

ALIMENTAÇÃO, IDENTIDADE E RESISTÊNCIA:

a dieta de adolescentes quilombolas.



© Copyright 2025. Centro Universitário São Camilo.
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.
Alimentação, identidade e resistência:
a dieta de adolescentes quilombolas.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Reitor e Diretor Administrativo

Anísio Baldessin

Diretora Acadêmica

Celina Camargo Bartalotti

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

Autores

Alline Luziane Figueredo Honda

Ana Carolina Barco Leme

Adriana Garcia Peloggia de Castro

H738

Honda, Alline Luziane Figueredo
Alimentação, identidade e resistência: a dieta de adolescentes
quilombolas / Alline Luziane Figueredo Honda, Ana Carolina Barco Leme,
Adriana Garcia Peloggia de Castro. -- São Paulo: Setor de Publicações -
Centro Universitário São Camilo, 2025.
44 p.

ISBN 978-65-84146-08-2

1. Padrões alimentares 2. Adolescentes 3. Quilombolas 4. Insegurança alimentar I. Leme, Ana Carolina Barco II. Castro, Adriana Garcia Peloggia de III. Título

CDD: 613.2

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Ana Lucia Pitta CRB 8/9316



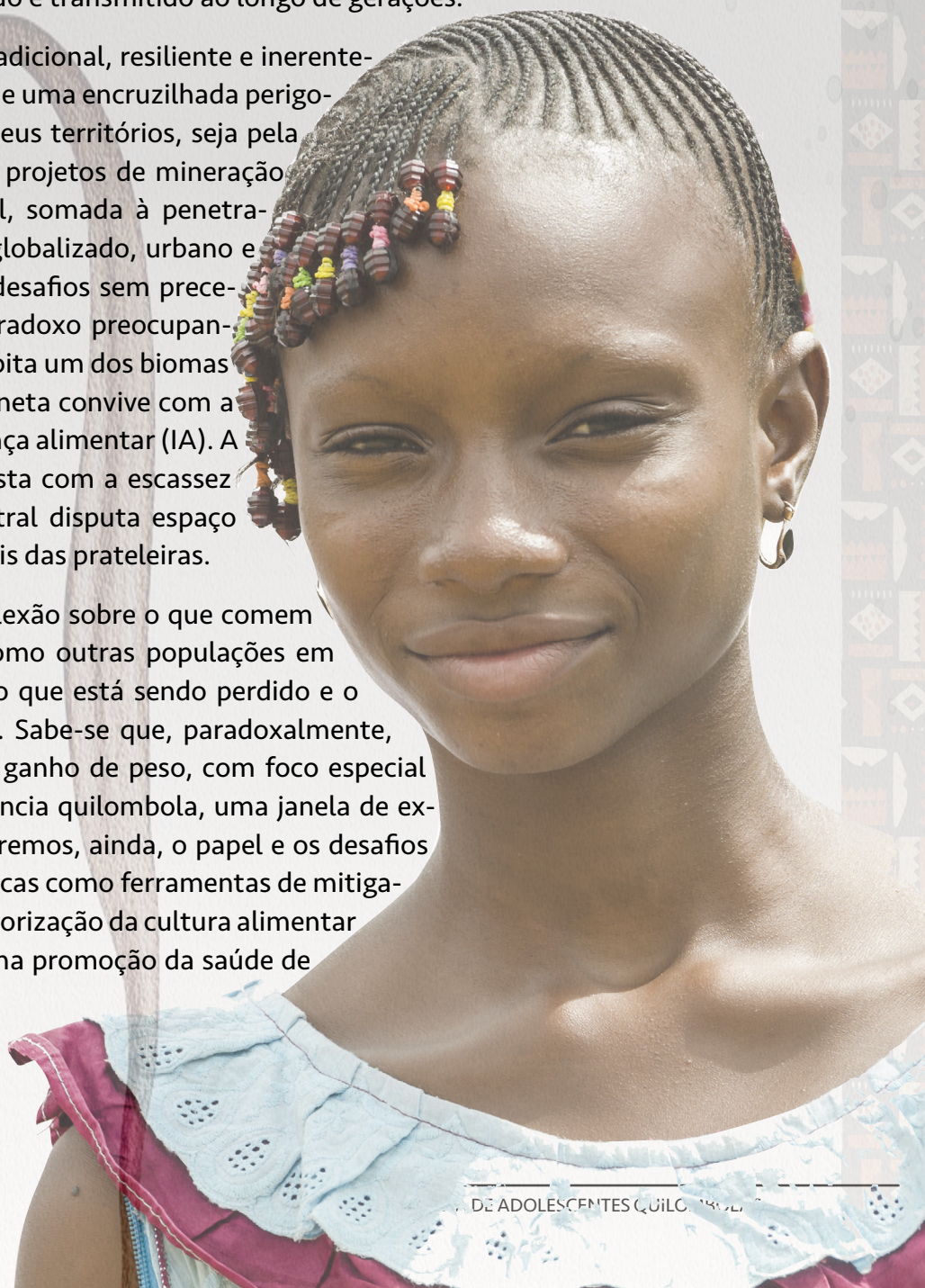
Prefácio

A diversidade étnico-racial e cultural brasileira engloba diferentes comunidades espalhadas por todo o país, muitas delas em situação de vulnerabilidade, como os quilombolas, os quais representam um patrimônio cultural e ambiental de valor inestimável.

No entanto, ainda pairam dúvidas sobre como comunidades cercadas pela biodiversidade da floresta e por outros recursos naturais podem viver sob a ameaça da fome. Sabe-se que a existência dessas populações é marcada pela resistência histórica, intrinsicamente ligada à sabedoria da roça e do rio – fontes de sustento e identidade. O pilar central que estrutura essas comunidades é seu sistema alimentar: um complexo de conhecimentos sobre cultivo, extrativismo, pesca e culinária, refinado e transmitido ao longo de gerações.

Contudo, esse modo de vida tradicional, resiliente e inerentemente sustentável enfrenta hoje uma encruzilhada perigosa: a crescente pressão sobre seus territórios, seja pela expansão do agronegócio, por projetos de mineração ou pela degradação ambiental, somada à penetração de um modelo alimentar globalizado, urbano e industrializado, a qual impõe desafios sem precedentes. Emerge, assim, um paradoxo preocupante: a mesma população que habita um dos biomas mais ricos e biodiversos do planeta convive com a ameaça constante da insegurança alimentar (IA). A abundância da floresta contrasta com a escassez na mesa, e a sabedoria ancestral disputa espaço com os produtos hiperpalatáveis das prateleiras.

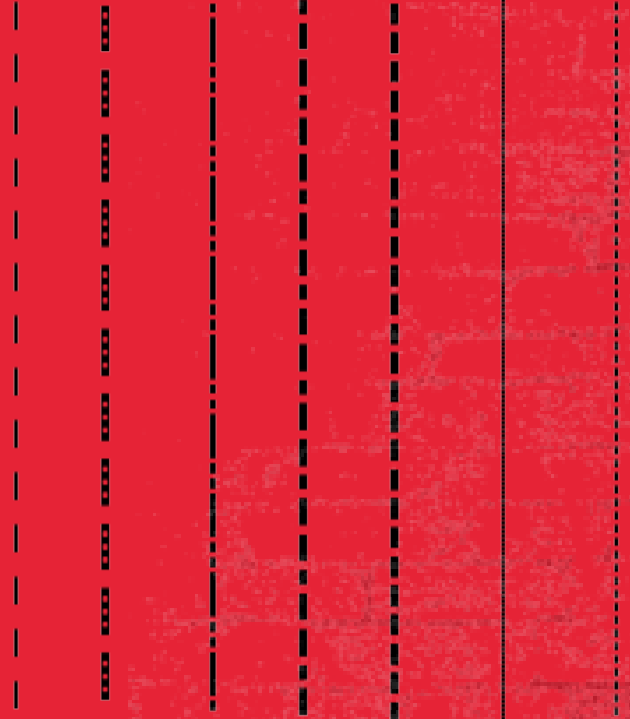
Este *e-book* é um convite à reflexão sobre o que comem os povos quilombolas, bem como outras populações em situação de vulnerabilidade – o que está sendo perdido e o que ainda é possível preservar. Sabe-se que, paradoxalmente, a IA também contribui para o ganho de peso, com foco especial nos impactos sobre a adolescência quilombola, uma janela de extrema vulnerabilidade. Analisaremos, ainda, o papel e os desafios das estratégias e políticas públicas como ferramentas de mitigação, além da importância da valorização da cultura alimentar como estratégia fundamental na promoção da saúde de comunidades vulneráveis.



sumário

1. introdução.....	05
2. avaliação da dieta dessas populações.....	10
3. dietas das populações em vulnerabilidade e insegurança alimentar.....	16
4. problemas relacionados à dieta e insegurança alimentar.....	21
5. políticas e programas para a segurança nutricional no Brasil.....	25
6. receitas culinárias.....	29
7. considerações finais.....	35
referências.....	37





introdução



Uma população vulnerável é um grupo de indivíduos que apresenta um risco elevado de ter problemas e desigualdades relacionados ao âmbito da saúde¹, as quais são diferenças na saúde associadas a desvantagens sociais, econômicas e/ou ambientais. Essas desigualdades advertidamente afetam grupos populacionais que, com frequência, apresentam grandes obstáculos na área da saúde baseados em características individuais, como nível socioeconômico, idade, gênero, cultura, religião, transtornos mentais, deficiências, orientação sexual ou identidade de gênero². Certos grupos populacionais, no Brasil, são considerados vulneráveis³, entre eles as populações quilombolas e os adolescentes.

Entende-se por quilombolas grupos étnico-raciais formados durante o período colonial, no qual havia resistência ao sistema escravocrata estabelecido na época, em que escravos pretos eram trazidos da África ao Brasil para serem utilizados como mão de obra⁴. Mesmo após a abolição da escravidão em 1888, levou um século, e o estabelecimento da Constituição Federal de 1988, para que os quilombolas adquirissem reconhecimento oficial de identidade e direito à terra. Essa população reside em comunidades denominadas “quilombos”, compreendendo na maioria das vezes descendentes de pessoas escravizadas com cor de pele preta ou “parda”. Nessas comunidades, mantém-se a forma social de organização de seus ancestrais e a apresentação de relações únicas com a terra e práticas culturais específicas^{4,5}.

Os adolescentes, por sua vez, estão inseridos no período de transição entre a infância e a vida adulta, dos 10 aos 19 anos. Eles apresentam rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial, afetando os sentimentos, os pensamentos, as tomadas de decisões e a interação com o mundo⁶. Portanto, quilombolas e adolescentes caracterizam-se como grupos vulneráveis, e com isso apresentam um fator de risco à saúde, pois sua alimentação apresenta uma piora da qualidade da dieta⁷.

A disponibilidade e o acesso aos alimentos estão associados à insegurança alimentar (IA), o que influencia os indivíduos a terem uma vida ativa e saudável⁸. No entanto, é bastante frequente a utilização dos termos “fome” e “insegurança alimentar” como sinônimos, porém, esses são conceitos distintos, sendo a fome uma consequência da IA⁹⁻¹². Na IA, o foco da fome reflete as questões ligadas ao acesso inadequado ou inseguro a alimentos que sejam suficientes, nutritivos e pessoalmente aceitáveis. Portanto, a “fome” não compreende os problemas de segurança alimentar que estão relacionados à disponibilidade ou qualidade do alimento a nível social^{9-11,13}.



Assim, o objetivo deste *e-book* será definir quais alimentos suficientes, nutritivos e pessoalmente aceitáveis existem em populações vulneráveis, incluindo adolescentes quilombolas, porém, a fome ocorre quando o acesso a esses alimentos por meio de canais normais (por exemplo, supermercados e restaurantes) é interrompido. Devido ao fato de o dinheiro ser considerado o principal pré-requisito para o acesso aos alimentos por meio dos canais normais no Brasil, problemas econômicos, políticos e climáticos, caracterizados pela insegurança financeira aguda ou crônica ou pela pobreza, são um dos maiores fatores de risco para o aparecimento da fome em populações vulneráveis.

Por fim, a definição proposta de fome neste material difere de seu significado literal, visto que a sensação fisiológica está associada à falta de alimentos e ao desejo de comer. Essa definição deve também diferenciar a terminologia do uso da “fome” daquela estabelecida em outras partes do mundo, e das orientações de políticas públicas do país em descrever situações da difusão da fome, inanição e/ou falta crônica de alimento levando a um baixo peso⁹.

Por conseguinte, no Brasil, da mesma forma que ocorre em alguns países de alta renda, como Canadá e EUA^{14,15}, indivíduos com baixo nível socioeconômico e certos grupos raciais e étnicos apresentam elevada prevalência para IA, estão mais suscetíveis a residir em ambientes alimentares com poucos recursos e lideram as maiores cargas para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas às suas dietas¹⁶. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 2023¹⁷, estima-se que 27,6% dos domicílios estavam em IA, de acordo com a classificação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)¹⁸, e destes 4,1% estão em IA severa, isto é, pelo menos um membro da família apresenta ingestão alimentar reduzida devido a recursos limitados aos alimentos¹⁹.

A EBIA é um questionário que avalia o nível de insegurança alimentar com 14 itens preenchido pelo membro da família mais experiente com idade maior ou igual a 18 anos. A EBIA foi adaptada do módulo de pesquisa em segurança alimentar domiciliar (*Household Food Security Survey Module*) dos EUA^{20,21} e captura um gradiente de vivências que variam desde a preocupação de ficar sem o alimento ao comprometimento da qualidade dos alimentos consumidos, a redução da quantidade dos alimentos consumidos ou pular as refeições, com todas as perguntas especificando o motivo da realização dessas ações ser devido à falta de dinheiro¹⁸. A EBIA faz referência aos últimos três meses, com oito perguntas sobre as vivências dos adultos (com idade maior ou igual a 18 anos) e seis perguntas sobre as vivências das crianças (com idade menor que 18 anos). As respostas do nível da IA domiciliar são categorizadas em variáveis de quatro níveis baseadas no número de respostas afirmativas, aplicando os limites estabelecidos pela escala brasileira para definir insegurança leve, moderada e severa, conforme destacado no **Quadro 1**.



Quadro 1 – Avaliação do nível de insegurança alimentar baseado na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

Nível	Interpretação	Domicílios ≥ 18 anos	Domicílios < 18 anos
Segurança alimentar	Não há relato de problemas relacionados ao acesso de alimentos.	0	0
Insegurança alimentar leve	Algum indicador de preocupação ou barreira relacionada à renda ao acesso adequado e seguro do alimento.	1-5	1-3
Insegurança alimentar moderada	Comprometimento na qualidade e/ou quantidade do alimento consumido por adultos e/ou crianças devido à falta de dinheiro para a compra do alimento.	6-9	4-5
Insegurança alimentar severa	Padrões alimentares disruptivos e redução na ingestão de alimentos por adultos e/ou crianças.	10-14	6-8

Fonte: Baseado no sistema de classificação brasileira (2014).

Quanto à situação existente no Brasil, a IA é mais prevalente nas regiões rurais e norte do país, visto que os dados publicados em 2022 pelo II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar mostraram que 63,8% e 71,6%, respectivamente, apresentam algum grau de IA²². Entretanto, poucos estudos avaliam a prevalência dessa insegurança em grupos de vulnerabilidade étnico-racial no Brasil. Por exemplo, dados representativos de domicílios em região rural da Bahia mostraram que 44% da população eram quilombolas e apresentaram maior prevalência de IA comparado ao grupo de não quilombolas, reforçando a maior vulnerabilidade desse grupo étnico-racial e cultural²³.

Nesse sentido, as Nações Unidas e seus parceiros no Brasil vêm trabalhando para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. São, ao todo, 17 objetivos conectados que tratam dos principais desafios de desenvolvimento enfrentados pelas pessoas no Brasil e no mundo²⁴. Os três primeiros objetivos estão relacionados à temática deste *e-book*: (i) erradicação da pobreza, (ii) fome zero e agricultura sustentável e (iii) saúde e bem-estar, conforme ilustrado pela **Figura 1**. O entendimento da IA para a avaliação da dieta, baseado no contexto dessas populações étnico-racialmente vulneráveis, como quilombolas adolescentes, se torna necessário para que estratégias de mudanças de comportamento e políticas de saúde pública eficazes sejam realizadas visando atingir esses objetivos até 2030.



Figura 1 – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas.

Fonte: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>.

Nota: Os dados apresentados foram parcialmente extraídos da dissertação de Alline Honda (2025), com adaptações realizadas pelas autoras para fins de publicação neste *e-book*.

Avaliação
da dieta
dessas
populações

2.

Adieta é um importante fator de risco relacionado aos estilos de vida em diversas DCNT. As populações em situação de vulnerabilidade vivendo em IA estão associadas a um consumo maior de alimentos hiperpalatáveis e calóricos e a um excesso de peso corporal^{13,25}. A IA apresenta prevalência de 86,1% nos quilombolas residentes no Brasil, e desses 55% estão em IA severa²⁶. Além disso, quanto maior a severidade da IA, maior o consumo de alimentos fontes de energia, como arroz, açúcar e óleos vegetais¹⁶. As informações dietéticas, portanto, são úteis na compreensão de fatores socioeconômicos, raciais e culturais, e na promoção da equidade em saúde em diferentes populações²⁷.

Ao contrário de outros estilos de vida (como o tabagismo), as exposições dietéticas apresentam maior complexidade na avaliação, pois as pessoas comem alimentos e, mesmo que as quantidades e os tipos sejam diversificados entre eles, raramente percebem o que e quanto comem²⁸. Por isso, uma avaliação dietética inadequada pode ser um sério obstáculo no entendimento da relação entre dieta, IA e desigualdade em saúde.

Métodos bioquímicos, isto é, biomarcadores, têm sido utilizados para avaliar a ingestão dietética de nutrientes específicos, no entanto, a dieta dos seres humanos não se limita a um ou outro nutriente, e existe uma interação de diferentes nutrientes que alteram a composição final. Os biomarcadores fornecem medidas integradas que refletem a absorção e o metabolismo após o consumo, podendo sofrer a influência de doenças e regulação homeostática. Desse modo, os valores não podem ser traduzidos pela ingestão dietética absoluta do indivíduo. Outras medidas diretas de ingestão dietética podem ser mais informativas do que biomarcadores.

Entre os métodos de avaliação dietética disponíveis, o questionário de frequência alimentar (QFA) tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos desde o início dos anos 1990. Após dúvidas sobre a acurácia desse método, diversas mudanças na avaliação de outros métodos têm sido realizadas. Alguns pesquisadores têm modificado o foco e concentrado os esforços em melhorar a viabilidade e acurácia de métodos de avaliação dietética do tipo semiquantitativo (como questões abertas e fechadas) em vez de realizar melhorias no QFA ou verificar a presença de biomarcadores relevantes. Agora, outros pesquisadores têm se preocupado em melhorar a acurácia do QFA.



Uma avaliação cuidadosa da exposição dietética com recursos limitados permanece um desafio a pesquisadores, além de nutricionistas clínicos e profissionais da saúde pública em geral²⁹. Portanto, o objetivo deste capítulo do *e-book* é revisar métodos de avaliação dietética rápidos e práticos e sua viabilidade em estudos epidemiológicos com populações vivendo em vulnerabilidade.

Com o intuito de avaliar a ingestão dietética baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira³⁰, foi desenvolvido um instrumento para indivíduos com idade maior ou igual a dois anos. O instrumento denominado “Marcadores do Consumo Alimentar” apresenta sete itens, sendo três marcadores “saudáveis”: (i) feijão, (ii) frutas (excluindo sucos) e (iii) verduras (excluindo batata, mandioca e inhame), e quatro marcadores “não saudáveis”: (i) hambúrgueres e/ou embutidos (presunto, mortadela, linguiça e salsicha), (ii) bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha e suco de fruta com adição de açúcar), (iii) macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e (iv) biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo e gelatina)³¹.

Esse instrumento avalia se o indivíduo consumiu esses alimentos no dia que antecedeu a pesquisa, com respostas “sim” e “não”, e não requer treinamento específico para coleta, por isso, é considerado um método rápido e prático e pode ser aplicado por qualquer profissional da atenção básica. No entanto, esse método apresenta uma lista limitada de grupos de alimentos/bebidas consumidos, podendo não refletir o dia habitual de consumo do indivíduo e dificultando avaliar a adesão às recomendações dietéticas, como estimativa de quantidade e porções a serem consumidas para uma alimentação saudável^{32,33}.

O uso do Guia Alimentar para a População Brasileira³⁰ para avaliação do consumo alimentar pode ser limitado devido à dificuldade para quantificar os grupos, pois apresenta termos ambíguos como “limitar” e “evitar”; gerando diferentes interpretações. A maioria dos guias alimentares mundiais endossados pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO/ONU)^{33,34} apresentam medidas “mais” quantitativas para avaliar, conforme as recomendações nutricionais estipuladas por organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁵, EAT-Lancet³⁶ e as ingestões dietéticas de referência (*DRIs*, na sigla em inglês)³⁷. Considerando diferentes níveis socioeconômicos, maior acesso e disponibilidade aos alimentos no país e o avanço das técnicas individuais na avaliação dietética, têm sido mais frequente o uso da avaliação em nível individual nos estudos de epidemiologia nutricional.



Entre os métodos que avaliam subjetivamente o consumo alimentar em estudos epidemiológicos em populações vulneráveis, como no caso dos quilombolas adolescentes, temos os recordatórios de 24 horas (Rec24h), os questionários de triagem alimentar e o QFA, como ilustrados no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Métodos de avaliação em estudos epidemiológicos para populações em vulnerabilidade.

	Marcador Sisvan	Rec24h	Triagem alimentar	QFA
Potenciais	Fácil aplicação entre indivíduos com baixo nível educacional.	Fornecer dados detalhados e tem uma carga de resposta relativamente pequena (não é necessário um alto nível educacional para responder).	Avalia a ingestão dietética usual de forma simples, sendo de fácil aplicação para indivíduos de baixo nível educacional. Rápido e útil para estudos epidemiológicos.	Avalia a ingestão dietética usual de forma simples, apresenta o melhor custo-benefício e maior economia de tempo, sendo útil para estudos epidemiológicos.
Limitações	Não avalia consumo alimentar usual e é específica a um número reduzido de alimentos/bebidas.	Pode apresentar um possível viés de relato, requer entrevistador treinado. Pode apresentar um possível viés do entrevistador. Caro e demorado, leva pelo menos dois dias não consecutivos para avaliar a ingestão habitual. Deve-se levar em conta possíveis mudanças na dieta, caso haja avaliações múltiplas.	Específica para estudos de grupos e objetivos de pesquisa, utiliza questões fechadas, apresenta viés de relato e requer avaliação acurada do questionário desenvolvido. Não apresenta as quantidades consumidas de porções, dificultando a estimativa habitual dos alimentos/bebidas.	Específica para estudos de grupos e objetivos de pesquisa, utiliza questões fechadas, podendo apresentar viés de relato. Requer avaliação acurada do questionário desenvolvido.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

Nutricionistas clínicos, pesquisadores e gestores de políticas públicas estão frequentemente interessados no alinhamento da avaliação da ingestão dietética e das recomendações clínicas. Índices da Qualidade da Dieta (IQD) são medidas realizadas via pontuações de padrões dietéticos em termos do quão próximo eles se alinham a orientações dietéticas nacionais e quanto a variedade nas escolhas “saudáveis” está dentro dos principais grupos de alimentos ou é equivalente a agrupamentos internacionais³⁸. Muitos dos IQD foram desenvolvidos por meio do Rec24h ou QFA^{39,40}, entretanto, quando não



é possível a administração desses instrumentos, informalmente conhecidos como “triagens”, faz-se necessária uma compreensão rápida sobre a ingestão dietética do indivíduo^{41,42}. Por exemplo, para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), frutas, legumes e verduras são considerados um indicador de saudabilidade da ingestão dietética⁴³. Além disso, as orientações baseadas na Pirâmide dos Alimentos, atualizada em 2024, reforçam essa orientação, demonstrando a substituição do grupo dos cereais por frutas, legumes e verduras (FLV) em sua base, recomendando-se ao menos 400g/dia (aproximadamente seis porções/dia)³³.

Estão sendo desenvolvidos instrumentos de triagem alimentar que avaliem rapidamente a aderência às recomendações dietéticas em um determinado período, podendo este ser um mês, últimos três meses ou até 12 meses, para refletir um “consumo” mais habitual⁴⁴⁻⁴⁶, visto que para que um comportamento se torne um hábito, são necessários pelo menos seis meses⁴⁶. No Brasil, está sendo adaptado de um estudo canadense^{47,48} um questionário de triagem com 16 itens, cujo objetivo é ser autoadministrado por adolescentes e adultos vivendo em vulnerabilidade socioeconômica.

O questionário de triagem é baseado em frequência, mantendo o princípio de uma triagem simples, e pode transformar facilmente as recomendações não expressas em recomendações utilizando métricas numéricas, proporcionalidade e refletindo algumas das orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira³⁰. Nesse sentido, por existir uma lacuna de evidências nacionais sobre a ingestão dietética de indivíduos em vulnerabilidade e suas escolhas alimentares, o foco deve ser na frequência da ingestão dos grupos de alimentos. No caso, deve-se optar por uma maior frequência na ingestão de alimentos fontes de vitaminas, minerais e fibras (grupo adequação) e uma menor frequência na ingestão de alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras saturadas (grupo moderação), o que pode ser considerada uma diferença entre maior e menor adesão às recomendações dietéticas^{47,48}.

No caso dos “Marcadores de Alimentação Saudável” do Sisvan³¹, por haver apenas sete itens com respostas dicotômicas, referentes ao dia que antecede a pesquisa, a dieta se baseia na pontuação da “Diversidade da Dieta”⁴⁹. Para cada grupo de alimento, os participantes recebem uma pontuação igual a um, caso tenham reportado que consumiram os alimentos, e zero se não os consumiram. Para os alimentos, que devem ter seu consumo “limitado” ou “evitado”, conforme as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira³⁰, as pontuações são revertidas, ou seja, quem respondeu “sim” recebe uma pontuação igual a zero, e quem respondeu “não” recebe uma pontuação igual a um. As respostas “não sei” foram consideradas como omissão e, portanto, para itens de alimentos pontuados de modo inverso, foi considerado que consome, e os itens que não sofrem essa inversão na pontuação, foi considerado que não consome, conforme consta no **Quadro 3**.



Quadro 3 – Esquema de pontuação para os Marcadores do Consumo Alimentar do Sisvan.

	Sim	Não	Não sei
Adequação			
Feijão	1	0	0
Frutas	1	0	0
Legumes/verduras	1	0	0
Moderação			
Hambúrguer/embutidos	0	1	1
Bebidas adoçadas	0	1	1
Macarrão instantâneo/salgadinhos/biscoitos salgados	0	1	1
Biscoitos recheados/doces/guloseimas	0	1	1

Fonte: Dissertação de mestrado de Alline Honda (2025).

Conclui-se que a escolha do instrumento para avaliar a dieta de populações vulneráveis, como no caso dos adolescentes quilombolas, depende do objetivo da pesquisa. Se o pesquisador, nutricionista clínico e/ou profissional de saúde coletiva deseja fazer uma avaliação mais detalhada para ter maior compreensão dos hábitos dietéticos, é importante a escolha de instrumentos que representem os grupos de alimentos mais consumidos pela população de interesse e que façam referência ao longo do tempo, a fim de poder obter um resultado o mais próximo possível do “hábito” alimentar do indivíduo. Também devem ser levados em consideração instrumentos que sejam fáceis e práticos para que populações que vivem em situação de vulnerabilidade e com baixo nível educacional, consigam preenchê-los de forma satisfatória, reduzindo os vieses de relato.





3.

dieta das

populações em

vulnerabilidade

e insegurança

alimentar

A

dieta, cuja palavra vem do grego *díaita*, significa “maneira de viver” e seu conceito e sua utilização têm se modificado muito ao longo dos anos. Historicamente, esteve ligada à restrição de nutrientes, visando suprir carências ou eliminar excessos e, quando associada a doenças, caracteriza-se por alterações na consistência e inclusão ou exclusão de alimentos⁵⁰.

Em 1999, Philippi⁵¹ adotou o termo “dieta” para conceituar uma alimentação adequada, isto é, aquela que atende às necessidades nutricionais do indivíduo. A palavra “dieta” passa a ser utilizada tanto na prática da nutrição (por exemplo, clínica e saúde coletiva) quanto na área de pesquisa para caracterizar uma alimentação saudável^{32,33}, representando importante mudança em sua forma de utilização e interpretação.



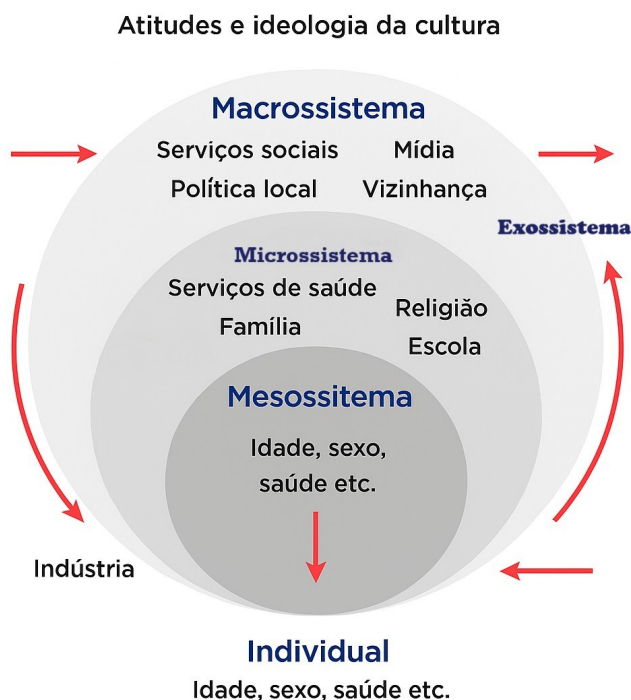
17

“Alimentação saudável

deve ser entendida como um padrão dietético que favoreça a escolha de alimentos de todos os tipos, procedência segura e relacionamentos positivos, não estigmatizando alimentos como “bons” e “ruins”. A alimentação deve fornecer todos os nutrientes necessários para o completo bem-estar físico, social e emocional dos indivíduos de todas as idades, gêneros/sexos, raças/etnias, condições socioeconômicas e de saúde, além de minimizar o risco e a ocorrência de doenças, e encorajar o prazer por meio do equilíbrio entre fome e saciedade^{31,32}.”

Nesse sentido, os hábitos alimentares são estabelecidos desde a primeira infância e são individualizados. No entanto, também são influenciados por diversos aspectos que abrangem vários níveis, como mostrado na “Teoria dos Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner”⁵², ilustrado pela **Figura 2**.

Figura 2 – Teoria do Sistema Ecológico de Bronfenbrenner.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Bronfenbrenner (2004).

Tradicionalmente, os hábitos alimentares de populações vulneráveis, como é o caso dos quilombolas e indígenas, são muitas vezes baseados em alimentos da agricultura familiar e do extrativismo. Entretanto, segundo os dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar de 2022, observou-se uma elevada prevalência de IA nessa população (69,6%, sendo 21,8% em IA severa)²², devido à disponibilidade e ao acesso aos alimentos "saudáveis"⁵³. Nesse sentido, os pântanos alimentares (compostos em sua maioria por industrializados), em muitos casos, são as únicas fontes de escolhas alimentares "mais saudáveis" das famílias em vulnerabilidade econômica, as quais apresentam menos chance de comprar alimentos em supermercados devido ao custo elevado. As famílias têm maiores oportunidades para realizar escolhas alimentares "saudáveis" quando estas estão disponíveis e são acessíveis, mas suas opções são limitadas por conta do acesso mensal aos pântanos alimentares e dos preços elevados nos supermercados⁵⁴. Crianças e adolescentes nessa situação tendem a ser os mais atingidos, e apenas 22% conseguem alcançar as recomendações nutricionais diárias⁵⁵.

Outro aspecto que influencia o surgimento da IA nesses grupos populacionais e as mudanças de seu padrão dietético é um processo denominado aculturação dietética^{56,57}. Por exemplo, historicamente os quilombolas têm o hábito de consumir mandioca *in natura* (cozida) e suas preparações, como a farinha d'água, o beiju, a tapioca e o tucupi (sumo amarelo extraído da raiz da mandioca, o qual, após fervura, torna-se seguro para o consumo). Outros tubérculos, como cará e batata-doce, também estão presentes na cultura alimentar dos quilombolas. Todos esses alimentos fornecem quantidades importantes de carboidratos e algumas vitaminas do complexo B^{53,58,59}. Entretanto, as evidências (a maioria internacional) demonstram que essas populações vulneráveis estão trocando sua identidade cultural por alimentos e refeições rápidas e prontas para consumo, geralmente com alto teor de açúcares, gorduras saturadas e sódio⁵³. Portanto, conclui-se que a redução na ingestão de energia e nutrientes está associada à IA e à fome entre pais/responsáveis e crianças (e adolescentes).

Outra atividade realizada por comunidades quilombolas, a qual também está relacionada a questões de segurança alimentar, é o extrativismo, podendo ser definido como uma maneira de produzir bens por meio da remoção de recursos úteis diretamente de sua área de ocorrência natural, com o emprego de baixa tecnologia quando exercido por populações rurais em situação de vulnerabilidade econômica e em áreas remotas⁶⁰. Por meio dessa prática, as populações têm

acesso a diversos alimentos, os principais sendo o açaí e o bacaba, que costumam ser consumidos acompanhados de farinha (d'água) e peixe. O consumo do açaí, na região Norte, por essas comunidades é feito de modo salgado, diferente da versão consumida como sobremesa nas regiões Sudeste e Sul do país. Outra fruta bastante comum é o tucumã, polpa fibrosa e alaranjada, fonte de carotenoides (pró-vitamina A) e gorduras insaturadas. O cupuaçu e o taperebá (cajá) são outras frutas muito consumidas por essa população, sendo importantes fontes de vitaminas. Por fim, destaca-se a castanha-do-pará, fonte essencial de minerais, como o selênio. Todos esses alimentos atuam como potenciais antioxidantes da dieta, entretanto, diversos são os fatores que influenciam seu consumo diário, os quais vão desde sua produção até o teor de nutrientes presente nesses alimentos. Outras questões que podem influenciar seu consumo são a qualidade do solo para plantio e questões climáticas e monetárias para acesso e disponibilidade desses alimentos, o que acaba acarretando a ocorrência de IA⁶¹.

Processo que ocorre quando indivíduos em vulnerabilidade deixam de adotar padrões dietéticos e/ou escolhas alimentares de sua cultura^{55,56}.



Quadro 4 – Exemplos de alimentos típicos consumidos por comunidades quilombolas.

Alimento	Origem/Observações
Açaí	Fruto nativo da região amazônica, consumido com farinha ou peixe.
Mandioca	Base da alimentação, utilizada na forma de farinha, goma ou beiju.
Peixes regionais	Fonte de proteína, podendo ser pescados em rios locais.
Castanha-do-pará	Fonte de gordura saudável, coletada em áreas da floresta.
Castanha-do-baru	Fruto originário do cerrado, mas também frequente nas regiões Norte e Nordeste. Apresenta alto valor nutricional e proteico, podendo ser consumida <i>in natura</i> e em preparações como bolos, biscoitos e demais produtos de panificação.
Cará e inhame	Tubérculos cultivados localmente.
Banana	Fruta cultivada e consumido <i>in natura</i> ou frita.
Milho	Utilizado em preparações como mingau, bolo e pamonha.
Feijão	Cultivado em roças, considerado uma base proteica vegetal.
Coco	Utilizado em preparações doces e salgadas.
Frutas nativas	Como bacaba, buriti e tucumã, todas ricas em nutrientes.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).



**problemas
relacionados
à dieta e
insegurança
alimentar**

4.

A pesar dessa comunidade viver à base da economia de subsistência, com a presença (teoricamente) de muitos alimentos considerados *in natura*, são frequentes os casos de excesso de peso corporal⁶² e doenças crônicas não transmissíveis.

Os últimos dados representativos da população brasileira, provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada em 2017 e 2018, demonstraram que 23,42% de indivíduos com idade menor ou igual a dez anos e excesso de peso vivem em IA, e destes 17,15% apresentam um grau de IA leve; 4,03%, um grau de IA moderada; e 2,24%, um grau de IA severa¹⁷. A relação entre IA e ganho de peso foi inicialmente publicada por Dietz¹¹ em 1995, e tal associação anteriormente parecia paradoxal, visto que a IA resulta da falta de recursos econômicos adequados para compra de alimentos e a obesidade, consequência de um consumo excessivo de alimentos.

Com o intuito de minimizar os problemas relacionados à falta de acesso e disponibilidade dos alimentos, a realização de ações voltadas a comunidades em situação de IA vem sendo cada vez mais incentivadas para oferecer alimentos de baixo-custo na tentativa de reduzir a fome (física). Entre elas, temos os desertos e pântanos alimentares⁶³, os quais são diversos em características, localização e atendimento de necessidades, porém, costumam apresentar alimentos calóricos ricos em açúcares adicionados, sódio e gorduras saturadas, estando assim associados a uma dieta de baixa qualidade, reduzida em nutrientes essenciais e elevado risco de ganho de peso e DCNT⁶⁴. Além disso, existem diversas disparidades entre consumidores dos pântanos e desertos alimentares em contraste com a população brasileira em geral.

Estado nutricional (status de peso) em crianças e adolescentes (5 a 18 anos) é definido por meio do Índice de Massa Corporal (peso (kg) / altura² (m)), idade (anos e meses) e sexo da criança⁶¹. O Z-score é calculado para a classificação do estado nutricional em: (i) baixo peso: < -2dp, (ii) eutrofia: ≥ -2 e < +1, (iii) excesso de peso: ≥ +1 e < +2 e (iv) obesidade ≥ +2.



Desertos alimentares: locais que tenham disponibilidade e acesso limitados a alimentos *in natura*, considerados saudáveis. Considera-se desertos alimentares as áreas geográficas nas quais a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos “saudáveis” são limitadas de zero a cinco estabelecimentos que oferecem alimentos saudáveis em até 15 minutos de caminhada para cada mil habitantes.

Pântanos alimentares: territórios com abundância de estabelecimentos comerciais que ofertam ultraprocessados (por exemplo, hiperpalatáveis calóricos). Considera-se pântanos alimentares as áreas geográficas nas quais há uma abundância de estabelecimentos que oferecem, sobretudo, opções alimentares que sejam ricas em açúcares adicionados, sódio e gorduras saturadas. Ou seja, 15 estabelecimentos acessíveis em até 15 minutos de caminhada para cada mil habitantes.



No Brasil, de acordo com os dados do Censo demográfico de 2022⁶⁵, incluindo aqueles que vivem em áreas remotas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, cerca de 32% e 19% vivem próximos a desertos e pântanos alimentares⁶⁴, e pode-se notar um aumento do grau de severidade da IA nessas populações⁶⁴. A ideia pela busca por alimentos “menos” saudáveis está associada à teoria da restrição dietética⁶⁶, levando a um consumo maior desses alimentos e, assim, à desvalorização de sua cultura local. Muitas famílias e adolescentes em vulnerabilidade e IA apresentam um ciclo alimentação-fome no qual a ingestão alimentar oscila de acordo com as flutuações na disponibilidade dos alimentos, ou seja, essa ingestão diminui durante períodos de escassez alimentar e aumenta em períodos de relativa abundância de alimentos (por exemplo, após recebimento de salário, auxílio-financeiro, entre outros)⁶⁷.

Existe o argumento de que muitos princípios de uma alimentação “saudável” conflitam com as opções disponíveis àqueles com recursos limitados para a compra de alimentos. Primeiro, com relação ao acesso a alimentos dependente de recursos financeiros, pode-se perceber que há uma ingestão alimentar de acordo com a disponibilidade dos alimentos x sinais de fome, podendo aumentar as chances de ingestão após saciedade quando o alimento estiver presente. Além do mais, entre as famílias vivendo em IA, o chefe da família tem maior probabilidade de ter mais de um trabalho, o que pode levar a uma mudança de agenda, perturbando ambas as rotinas alimentares pessoal e familiar.

Conforme já mencionado, essas famílias residem em áreas com pouco ou nenhum acesso a alimentos “saudáveis”. Além disso, produtos frescos são menos disponíveis do que alimentos embalados e prontos para consumo, por exemplo, e requerem mais tempo e recursos financeiros para preparo. Finalmente, a IA também está associada ao estresse emocional e a transtornos, como depressão e ansiedade, podendo estes atrapalhar a relação entre os sinais internos de fome e saciedade e aumentar o risco de comportamentos alimentares disruptivos. Portanto, no contexto de uma IA aguda, indivíduos podem não estar aptos a honrar imediatamente os sinais de fome, nem consumir uma variedade de alimentos nutritivos que proporcionem os sentimentos de satisfação e saciedade⁶⁸.

Nesse sentido, devido às percepções “bio-comportamentais” mencionadas anteriormente sobre o efeito “paradoxal” da falta de alimentos, a IA impacta na habilidade dos indivíduos de realizarem escolhas alimentares mais saudáveis. A seguir, o próximo capítulo discutirá as estratégias e políticas públicas que ajudam a mitigar o problema da IA, o qual leva a uma piora da qualidade da dieta em populações remotas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, como quem vive em comunidades quilombolas.





**políticas e
programas
para a
segurança
nutricional
no Brasil**

5.

Políticas públicas relacionadas à nutrição são essenciais para certificar a segurança alimentar no Brasil, porém, ainda existem lacunas significativas nesse campo. O **Quadro 5** fornece a descrição de algumas políticas públicas e programas com maiores alcances, além de destacar seu potencial efeito na segurança alimentar e recomendações, baseadas em evidências e consensos de especialistas, de estratégias que possam melhorar o impacto dessas políticas e desses programas na segurança alimentar.

Quadro 5 – Políticas e programas de nutrição e recomendações para aumentar seu impacto na segurança alimentar.

Política/ programa	Fonte de financiamento e administração	População	Descrição do programa e efeito na alimentar	Recomendações para aumentar seu efeito na segurança alimentar
PNAE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)	Estudantes matriculados na rede de ensino público (crianças, adolescentes e jovens adultos).	O objetivo é fornecer lanches e/ou almoço a estudantes. Em teoria, os lanches e almoços devem alcançar as recomendações nutricionais (Guia Alimentar) e serem nutritivos comparados à média dos alimentos competitivos. O intuito é melhorar a segurança alimentar por meio da alimentação escolar.	Proteger e fortalecer os padrões nutricionais dos alimentos ofertados na alimentação escolar (por exemplo, inclusão de alimentos in natura e minimamente processados e exclusão dos “ultraprocessados”).
PAA	Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)	Agricultores familiares, incluindo assentados da reforma agrária, silvicultores, extrativistas, pescadores artesanais, comunidades indígenas e quilombolas e outros povos e comunidades tradicionais. Pessoas em situação de insegurança e as entidades que prestam assistência ou serviços a estas, que recebem a doação dos alimentos.	Executado pelos estados e municípios com recursos do MDS ou pela Companhia Nacional de Abastecimento (Conab) com recursos disponibilizados pelo MDS. Os produtos são adquiridos a preços praticados em mercados regionais. São cinco modalidades ofertadas: compra com doação simultânea, PAA-Leite, compra direta, compra institucional e apoio à formação de estoques. Entre as novidades da atual versão, está o aumento no valor individual que pode ser comercializado pelos agricultores familiares, de R\$ 12 mil para R\$ 15 mil, nas modalidades doação simultânea, formação de estoques e compra direta. O agricultor pode acessá-las simultaneamente de maneira individual ou por meio de organizações associativas das quais faça parte do quadro societário.	Incentivar a compra de alimentos nutritivos (por exemplo, subsidiar a compra de frutas, legumes e verduras) e desincentivar o consumo de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados.
Cesta Básica de Alimentos	Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)	Famílias em situação de insegurança alimentar, incluindo povos e comunidades tradicionais, como indígenas, quilombolas, extrativistas e pescadores, além de outros grupos populacionais específicos identificados por características socioculturais, econômicas ou conjunturais particulares que demandam atendimento diferenciado para garantir a segurança alimentar. A renda não pode ultrapassar a ½ salário mínimo.	O objetivo é fornecer alimentos para distribuição por meio de repasses financeiros do governo federal. A ação busca garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável, à saúde e ao bem-estar da população brasileira. Devem ser levadas em conta as seguintes diretrizes: Recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e para crianças brasileiras menores de dois anos. Respeito à cultura e às tradições regionais. Proteção da alimentação adequada e saudável, da saúde e do meio ambiente. Diversificação e diversidade, observadas as condições da região, do território, do bioma e da sazonalidade dos alimentos. Todas essas diretrizes têm por objetivo fomentar sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis.	Avaliar e comunicar os valores nutricionais por meio da distribuição dos alimentos a populações em vulnerabilidade econômica. Expandir suas opções para incluir alimentos culturalmente apropriados.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).



Programas federais de assistência à alimentação

O Governo Federal registrou cerca de dez bilhões de reais para investimento no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) relativos à aquisição de alimentos *in natura* e minimamente processados para dar assistência a populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, provendo uma alimentação saudável. O PNAE é um programa que fornece refeições gratuitas para estudantes da rede pública municipal e estadual. Aproximadamente 40 milhões de estudantes participam do PNAE, e mais da metade tem entre 7 e 18 anos⁶⁹.

Padrões nutricionais mais recentes, como o “Plano Brasil sem Fome”, têm contribuído para a segurança alimentar de famílias com crianças e adolescentes. Entretanto, apesar de o Brasil ter saído do mapa da fome, muitos indivíduos, incluindo crianças e adolescentes, embora não sintam a “sensação fisiológica” da fome, têm uma dieta de má qualidade, com um aumento no consumo de alimentos com alto teor de açúcar adicionado, gorduras saturadas e sódio, o que leva ao ganho de peso e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis precocemente⁷⁰.

Nesse sentido, os atuais programas de assistência nutricional variam em sua capacidade de atender às necessidades nutricionais dos indivíduos que dependem dela. Cada um desses programas, entretanto, fornece uma oportunidade valiosa de apoio à segurança alimentar para um grande número de brasileiros em todas as fases da vida. Os programas de assistência à alimentação têm focado na compra de alimentos *in natura* e minimamente processados,



como frutas, legumes e verduras, carnes não processadas, arroz e feijão, vetando consumo de alimentos “ultraprocessados”⁶⁹. Estes são, segundo a definição do Guia Alimentar para a População Brasileira, biscoitos recheados, salgadinho “de pacote”, refrigerantes e macarrão “instantâneo”.

Em geral, esses alimentos são produzidos pela indústria de alimentos de grande porte, envolvendo diversas etapas e técnicas de processamento e muitos ingredientes, incluindo sal, açúcar, óleos, gorduras e substâncias de uso exclusivamente industrial³⁰. Existe uma lacuna na literatura relacionada à produção de artigos que avaliem esses programas de assistência nutricional. Há um estudo qualitativo realizado com 83 adolescentes e 12 funcionários de escolas públicas do município de São Paulo que verificou uma baixa aceitação da alimentação escolar, porém, mantendo-se o consumo dos alimentos por serem a única alternativa disponível no ambiente escolar. Além disso, muitos dos indivíduos questionados trazem ou compram alimentos nos chamados desertos alimentares, próximos às escolas.

A partir desse estudo, realizado em 2009, sugere-se que sejam feitas modificações nas refeições a fim de que sejam mais próximas das preferências alimentares dos adolescentes⁷¹. Outras evidências (internacionais) têm demonstrado a efetividade de incentivos de compra para frutas, legumes e verduras em supermercados, resultando na diminuição de venda de bebidas açucaradas. O sucesso de alguns programas assistenciais, liderados pelo incentivo à segurança alimentar, é oriundo de repasses financeiros federais para sua manutenção⁷². Ademais, pesquisas sugerem que, apesar de não existir “fome”, ainda prevalece o problema da IA e da busca por alimentos hiperpalatáveis e calóricos, os quais ocasionam um rápido ganho de peso, portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias focadas na relação fome e saciedade, levando a escolhas alimentares mais intuitivas, dentro do contexto alimentar^{67,68}.



6.

receitas
culinárias



A culinária quilombola, bem como a de outros povos de patrimônio cultural do país, carrega um mosaico de sabores, técnicas e tradições que refletem a profunda conexão entre a comunidade e a biodiversidade brasileira. Frutas, sementes e raízes nativas desempenham um papel fundamental na alimentação e na identidade cultural desse povo. Exemplos de frutos presentes em sua biodiversidade, os quais são fontes importantes de nutrientes para a promoção da saúde, são açaí, buriti, taperebá (cajá), inajá, macaxeira, pupunha e tucumã.

Os aspectos práticos da orientação nutricional voltados ao público em situação de vulnerabilidade socioeconômica devem apresentar estratégias para incentivar uma alimentação equilibrada e prazerosa, adaptando as refeições ao contexto desses grupos populacionais. Com criatividade e adaptações, considerando o acesso e a disponibilidade dos alimentos, os hábitos regionais, o custo e a sazonalidade, é possível oferecer uma alimentação que promova a valorização da cultura alimentar e da qualidade de vida dessas famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A redação de todas as receitas presentes neste *e-book* seguiu o protocolo de Philippi^{32,73} adotado nos livros de técnica dietética e pirâmide dos alimentos, o qual inclui nome da preparação, ingredientes listados na ordem de preparo, medidas usuais de consumo, peso em gramas e outras informações no formato de dicas, como a substituição de alimentos que sejam do mesmo grupo. A seguir, serão apresentadas quatro receitas culinárias com alimentos típicos da biodiversidade brasileira para serem consumidos ao longo do dia durante as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e como lanches intermediários.

1. Overnight de açaí
2. Caldo de macaxeira com frango
3. Pupunha assada com ervas
4. Patê de tucumã



1. Overnight de açaí

Ingredientes

- 1 colher de sopa de chia (10g)
- 1 copo de iogurte natural (130ml)
- ½ embalagem de polpa de açaí (50g)
- 1 colher de sopa de mel (10g)
- 1 banana-nanica (126g)

Modo de preparo

No liquidificador, bata a polpa de açaí, o iogurte e o mel até obter uma mistura completamente homogênea.

Adicione a mistura do liquidificador em potinhos e incorpore a chia, intercalando com a banana.

Leve à geladeira por, no mínimo, três horas ou até que esteja firme.

Dica: Pode substituir por outras frutas regionais, como buriti. Se gostar de um azedinho maior, pode substituir por taperebá (cajá) e, caso queira mais doce, adicione mel a gosto. É uma preparação que pode ser consumida no café da manhã e nos lanches intermediários.

Rendimento

2 potes de 80ml

Valor nutritivo

174,10kcal (28,95g carboidratos; 5,24g proteínas; 5,23g lipídeos; e 4,97g de fibra total)

Alimento da biodiversidade brasileira

Essa receita transforma o açaí (*Euterpe oleracea*) em uma sobremesa surpreendente e cheia de cor. O *overnight* aproveita a polpa do fruto, que é fonte de antioxidantes e gorduras boas, para criar um doce com sabor único. É uma opção prática, pois não precisa ir ao forno, sendo econômica e ideal para dias mais quentes.

Você sabia que o termo “overnight” vem do inglês e significa “durante a noite”?

Ele é bastante utilizado no Brasil em preparações que ficam hidratando por horas, geralmente da noite até a manhã seguinte, para serem consumidas no café da manhã. As receitas de *overnight* garantem praticidade e melhor digestibilidade.

2. Caldo de macaxeira com frango

Ingredientes

- 1 unidade grande de macaxeira (aipim) (500g)
- 2 filés médios de peito de frango cozido e desfiado (200g)
- 4 copos de “requeijão” de caldo do cozimento do frango (1 litro)
- 1 unidade (grande) de cebola picada (80g)
- 2 dentes de alho picados (10g)
- 2 colheres de sopa de azeite (20ml)
- Sal e pimenta-do-reino a gosto
- 1 colher de chá de cheiro-verde picado (10g)

Modo de preparo

Cozinhe a macaxeira em água e sal até ficar bem macia. Escorra, reservando a água do cozimento, e retire os filamentos centrais. Bata a macaxeira cozida no liquidificador com parte da água do cozimento (ou o caldo de frango) até virar um creme. Em uma panela, aqueça o azeite e refogue a cebola e o alho. Adicione o frango desfiado e refogue bem. Despeje o creme de macaxeira na panela, misture e adicione mais caldo ou água, se necessário, até atingir a consistência desejada. Tempere com sal e pimenta-do-reino, deixando ferver por alguns minutos. Finalize com cheiro-verde picado e sirva quente.

Dica: Pode substituir a macaxeira por batata-doce ou batata-inglesa. Muito gostoso para ser consumido em refeições como almoço ou jantar, servido como prato principal.

Rendimento

5 porções

Valor nutritivo

309,66 kcal (48,12g de carboidratos; 19,47g de proteínas; 5,77g de lipídeos; e 5,94g de fibras)

Alimento da biodiversidade brasileira

A macaxeira (*Manihot esculenta Crantz*), também conhecida como aipim ou mandioca, é um dos alimentos mais importantes da base alimentar brasileira. Rica em carboidratos, os quais fornecem energia, vitaminas do complexo B e minerais, é um ingrediente versátil para pratos reconfortantes e nutritivos.

Você sabia que em diferentes partes do país o mesmo alimento pode ter nomes diferentes?

Por exemplo, “macaxeira” é o termo utilizado no Norte e Nordeste do país; “aipim”, no Sul; e “mandioca”, no Sudeste. Entretanto, “mandioca” é o nome mais técnico e utilizado no país. Ela é um tubérculo originário da América do Sul, e o Brasil é o quinto maior produtor no mundo. É um alimento bastante utilizado em diferentes preparações no mundo globalizado; portanto, em inglês, é traduzida como “cassava” ou “mandioca”; em espanhol, “yuca”; e em francês, “manioc”.

3. Pupunha assada com ervas

Ingredientes

Pupunha (fruto) cozida (500g)
3 colheres de sopa de azeite de oliva (30g)
1 colher de chá de alecrim fresco (10g)
1 colher de chá de tomilho fresco (10g)
2 dentes de alho (10g)
Sal e pimenta-do-reino a gosto

Modo de preparo

Primeiro, cozinhe as pupunhas em panela de pressão com água e sal por cerca de 20 a 30 minutos, ou até que fiquem macias. Escorra e espere amornar. Descasque e corte as pupunhas ao meio, retirando o caroço. Em uma assadeira, disponha as metades da pupunha. Amasse levemente os dentes de alho com a casca e espalhe sobre elas. Regue com o azeite de oliva e salpique o alecrim, o tomilho, o sal e a pimenta-do-reino. Leve ao forno preaquecido a 200 °C por cerca de 15 a 20 minutos, ou até dourarem levemente. Sirva como acompanhamento de carnes ou como petisco.

Dica: Para ser servida como guarnição durante as refeições principais do almoço e jantar, podendo acompanhar uma carne (vermelha ou branca) grelhada, junto com a dupla arroz e feijão, recentemente reconhecida pela OMS como uma preparação saudável.

Rendimento

4 porções

Valor nutritivo

371,76 kcal (77,71g de carboidrato; 19,60g de proteína; 16,37g de lipídeos; e 34,91g de fibras)

Alimento da biodiversidade brasileira:

A pupunha (*Bactris gasipaes*) é um fruto de palmeira nutritivo, rico em carboidratos, fibras e carotenoides (pró-vitamina A). Diferente do palmito pupunha, o fruto deve ser cozido antes do consumo para eliminar a presença de fatores antinutricionais e amolecer sua polpa firme e saborosa.

Você sabia que a pupunha é uma palmeira nativa da Amazônia?

Ela é muito valorizada pelo seu palmito (extraído do tronco) e pelo fruto de cor amarelo-alaranjado. O palmito, por sua vez, é mais sustentável que o tradicional, pois a planta pode ser colhida sem ser derrubada. Além do mais, a fruta pupunha deve ser cozida antes do consumo, devido à presença de ácido oxálico que causa má digestão. Enquanto o palmito é frequentemente consumido no Sul e Sudeste, a fruta é consumida e considerada uma iguaria no Norte do país.

4. Patê de tucumã

Ingredientes

- 2 ½ pacotes de polpa de tucumã (250g)
- 4 colheres de sopa de creme de ricota (60g)
- ½ unidade de cebola-roxa picada (25g)
- 1 colher de sopa de suco de limão (10g)
- Sal e pimenta-do-reino a gosto
- 1 colher de chá de coentro fresco picado (10g)

Modo de preparo

Em uma tigela, misture a polpa de tucumã com o creme de ricota até formar uma pasta. Adicione a cebola-roxa, o suco de limão, o sal, a pimenta e o coentro. Misture bem até obter uma consistência homogênea.

Dica: Sirva com pães, torradas ou como recheio de tapiocas. É ideal para ser consumido nos lanches intermediários e/ou no jantar, quando preferir uma refeição “mais leve”.

Rendimento

5 porções (70g)

Valor nutritivo

156,55 kcal (14,56g carboidratos; 2,13g proteínas; 11,40g lipídeos; e 6,39g fibras totais)

Alimento da biodiversidade brasileira

O tucumã (*Astrocaryum aculeatum*) é um fruto emblemático da culinária amazônica. Sua polpa, de cor alaranjada intensa e sabor característico, é fonte de ômega 3, vitamina A e fibras. O patê de tucumã é uma excelente opção para sanduíches e torradas.

Você sabia que o nome tucumã tem origem na língua tupi-guarani?

Sim, e significa “espinho”, em referência às folhas da palmeira que possuem espinhos afiados. Além de ser um fruto nutritivo e típico da Amazônia, ele é muito usado no famoso sanduíche regional “x-caboquinho”, feito com pão, queijo coalho e tucumã.

**c
o
n**

**siderações
finais**

7.

Mesmo dentro de comunidades, conhecidas por apresentar uma cultura alimentar diversa com alimentos fontes de importantes nutrientes que ajudam na promoção da saúde, existe a IA. Essa condição não ocorre somente devido à falta de recursos monetários, mas aspectos ambientais e humanitários também estão associados à falta de acesso e disponibilidade dos alimentos para uma vida ativa e saudável. Há muitas comunidades que vivem da economia de subsistência, e em 2024, foram avaliados diversos domicílios quilombolas localizados em zonas rurais do Macapá. Neles, verificou-se que 83,3% dos domicílios estão em IA, e destes 9,97% estão em IA severa.

Muitos domicílios, principalmente aqueles com adolescentes residentes, têm optado por incluir alimentos hiperpalatáveis calóricos (ultraprocessados), salgadinhos de pacote/macarrão instantâneo, e bebidas açucaradas, reduzindo o consumo de frutas, independentemente do tipo – regional ou não regional. Mesmo que haja a presença de alimentos “ultraprocessados” em sua dieta, ainda observa-se o consumo de verduras e legumes e de cereais, como a mandioca e os produtos originários dela (como a tapioca).

Um aumento no excesso de peso é bastante prevalente nessa população, visto que ele ocorre em cerca de 46% dos adolescentes quilombolas do Macapá. Porém, não se pode culpar apenas o tipo de alimento consumido, mas deve-se levar em conta também a quantidade ingerida. Consumir apenas um tipo de alimento ou alimentos de mesma fonte, e em quantidades elevadas, pode levar a problemas de peso corporal. Por isso, as políticas públicas devem incentivar uma alimentação adequada, de acordo com o estipulado no Guia Alimentar para a População Brasileira, e levando em conta as características dessas comunidades, a fim de que não percam sua identidade cultural, nem alimentar (definida pelo processo de aculturação) e tenham dietas que prezem pelo equilíbrio entre fome, saciedade e prazer de comer.



referências

1. VULNERABLE populations: Who are they? *The American Journal of Managed Care*, v. 12, n. 3, p. 348-352, 2006. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/nov06-2390ps348-s352>. Acesso em: 16 out. 2025.
2. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Healthy People 2020 Overview of Health Disparities. *Centers for Disease Control and Prevention*, 20 out. 2023. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/health-disparities.htm. Acesso em: 16 out. 2025.
3. ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS. *Vulnerable populations*. EatrightPRO.org, 2025. Disponível em: <https://www.eatrightpro.org/practice/research/tools-and-initiatives/vulnerable-populations>. Acesso em: 16 out. 2025.
4. SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de; PRIOSTE, Fernando. Quilombos no Brasil e direitos socioambientais na América Latina. *Revista Direito & Práxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 2903-2926, 2017.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: Quilombolas – Primeiros resultados do universo (segunda apuração)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73104>. Acesso em: 16 out. 2025.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adolescent health*. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>. Acesso em: 16 out. 2025.
7. THOMPSON, Claire. Dietary health in the context of poverty and uncertainty around the social determinants of health. *Proceedings of the Nutrition Society*, v. 81, n. 2, p. 134-140, 2022.
8. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO) *et al.* *The state of food security and nutrition in the world: Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms*. Rome: FAO; Ifad; Unicef; WFP; WHO, 2024. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cd1254en>. Acesso em: 16 out. 2025.
9. DAVIS, Barbara; TARASUK, Valerie. Hunger in Canada. *Agriculture and Human Values*, v. 11, n. 4, p. 50-57, 1994.
10. DHURANDHAR, Emily J. The food-insecurity obesity paradox: A resource scarcity hypothesis. *Physiology & Behavior*, v. 162, p. 88-92, 2016.
11. DIETZ, W. H. Does hunger cause obesity? *Pediatrics*, v. 95, n. 5, p. 766-767, 1995.
12. DINOUR, Lauren M.; BERGEN, Dara; YEH, Ming-Chin. The food insecurity-obesity paradox: A review of the literature and the role food stamps may play. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 107, n. 11, p. 1952-1961, 2007.
13. BROWN, Alison G. M. *et al.* Food insecurity and obesity: Research gaps, opportunities, and challenges. *Translational Behavioral Medicine*, v. 9, n. 5, p. 980-987, 2019.

14. DAVE, Jayna M. *et al.* Regional variability in the prevalence of food insecurity and diet quality among United States children. *Nutrients*, v. 16, n. 2, p. 224, 2024.
15. HUTCHINSON, Joy; TARASUK, Valerie. The relationship between diet quality and the severity of household food insecurity in Canada. *Public Health Nutrition*, v. 25, n. 4, p. 1013-1026, 2022.
16. LEME, Ana Carolina; CASTRO, Adriana Garcia Peloggia de; HONDA, Alline Luziane Figueiredo. Exploring food insecurity and dietary markers among Brazilian adults: insights from the Brazilian House Budget Survey – 2017-18. *Nutrition & Food Science*, v. 55, n. 5, p. 923-945, 2025.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua: segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102084>. Acesso em: 16 out. 2025.
18. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS); SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO (SAGI). *Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia): análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília, DF: MDS; Sagi, 2014. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/escala-brasileira-de-inseguranca-alimentar-ebia-analise-psicometrica-de-uma-dimensao-da-seguranca-alimentar-e-nutricional/>. Acesso em: 16 out. 2025.
19. COLEMAN-JENSEN, Alisha J. Working for peanuts: Nonstandard work and food insecurity across household structure. *Journal of Family and Economic Issues*, v. 32, n. 1, p. 84-97, 2011.
20. MEN, Fei; TARASUK, Valerie. Classification differences in food insecurity measures between the United States and Canada: Practical implications for trend monitoring and health research. *The Journal of Nutrition*, v. 152, n. 4, p. 1082-1090, 2022.
21. RABBITT Matthew P. *et al.* *Household food security in the United States in 2023*. Washington, DC: United States Department of Agriculture, Economic Research Service, 2024. Disponível em: <https://handle.nal.usda.gov/10113/8583175>. Acesso em: 16 out. 2025.
22. REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (REDE PENSSAN). II Vigisan Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. São Paulo: Rede Penssan, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 16 out. 2025.
23. SILVA, Etna Kaliane Pereira da *et al.* Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 1-14, 2017.
24. UNITED NATIONS (UN). *The sustainable development goals report*. 2022. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>. Acesso em: 16 out. 2025.

25. CARVAJAL-ALDAZ, Diana; CUCALON, Gabriela; ORDONEZ, Carlos. Food insecurity as a risk factor for obesity: A review. *Frontiers in Nutrition*, v. 9, p. 1-5, 2022.
26. CHEROL, Camilla Christine de Souza; FERREIRA, Aline Alves; SALLES-COSTA, Rosana. Governmental programmes associated with food insecurity among communities of descendants of enslaved blacks in Brazil. *Public Health Nutrition*, v. 24, n. 10, p. 3136-3146, 2021.
27. AGURS-COLLINS, Tania *et al.* Perspective: Nutrition health disparities framework: A model to advance health equity. *Advances in Nutrition*, v. 15, n. 4, p.100194, 2024.
28. WILLETT, Walter C. *Nutritional epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195122978.001.0001>. Acesso em: 16 out. 2025.
29. SHIM, Jee-Seon; OH, Kyungwon; KIM, Hyeon Chang. Dietary assessment methods in epidemiologic studies. *Epidemiology and Health*, v. 36, p. e2014009, 2014.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em: 16 out. 2025.
31. LOUZADA, Maria Laura da Costa *et al.* Marcadores do sistema de vigilância alimentar e nutricional predizem qualidade da dieta. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 82, p. 1-11, 2023.
32. PHILIPPI, Sonia Tucunduva. *Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição*. 4. ed. Barueri: Manole, 2024.
33. PHILIPPI, Sonia Tucunduva *et al.* Healthy lifestyle and sustainable behaviors: A proposal to the food pyramid for the Brazilian context. *Nutrition*, v. 135, p. 112771, 2025.
34. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). *Dietary guidelines*. 2025. Disponível em: <http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/home/en/>. Acesso em: 16 out. 2025.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Healthy diet*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. Acesso em: 16 out. 2025.
36. WILLETT, Walter *et al.* Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*, v. 393, n. 10170, p. 447-492, 2019.
37. UNITED STATES. U. S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Dietary reference intakes*. 2023. Disponível em: <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/dietary-guidelines/dietary-reference-intakes>. Acesso em: 16 out. 2025.

38. WIRT, Annika; COLLINS, Clare E. Diet quality – What is it and does it matter? *Public Health Nutrition*, v. 12, n. 12, p. 2473-2492, 2009.
39. LEME, Ana Carolina Barco; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; FISBERG, Regina Mara. Changes in diet quality 6 and 12 months post-intervention – The Healthy Habits, Healthy Girls: a Brazilian study. *Revista de Nutrição*, v. 33, p. 1-12, 2020.
40. BRASSARD, Didier *et al.* Development of the Healthy Eating Food Index (HEFI)-2019 measuring adherence to Canada’s Food Guide 2019 recommendations on healthy food choices. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 47, n. 5, p. 595-610, 2022.
41. THOMPSON, Frances E. *et al.* The national cancer institute’s dietary assessment primer: A resource for diet research. *Journal of the Academy Nutrition and Dietetics*, v. 115, n. 12, p. 1986-1995, 2015.
42. THOMPSON, Frances E. *et al.* Development and evaluation of the national cancer institute’s dietary screener questionnaire scoring algorithms. *The Journal of Nutrition*, v. 147, n. 6, p. 1226-1233, 2017.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/vigilancia-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 16 out. 2025.
44. CADE, Janet *et al.* Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires: A review. *Public Health Nutrition*, v. 5, n. 4, p. 567-587, 2002.
45. LACAILLE, Lara. Eating Behavior. In: GELLMAN, Marc D.; TURNER, J. Rick (eds.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, 2013. p. 641-642. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1613. Acesso em: 16 out. 2025.
46. PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, v. 12, n. 1, p. 38-48, 1997.
47. HUTCHINSON, Joy M. *et al.* The Canadian food intake screener for assessing alignment of adults’ dietary intake with the 2019 Canada’s Food Guide healthy food choices recommendations: Scoring system and construct validity. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 48, n. 8, p. 620-633, 2023.
48. HUTCHINSON, Joy M. *et al.* Development of the Canadian food intake screener to assess alignment of adults’ dietary intake with the 2019 Canada’s Food Guide healthy food choices recommendations. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 48, n. 8, p. 603-619, 2023.
49. SWIMDALE, Anne; BILINSKY, Paula. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for measurement of household food access: Indicator guide*. Washington, DC: USAID; FHI, 2006. Dispo-

nível em: https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HDDS_v2_Sep06_0.pdf. Acesso em: 16 out. 2025.

50. PHILIPPI, Sonia Tucunduva; AQUINO, Rita de Cássia de. *Dietética: princípios para o planejamento de uma alimentação saudável*. Barueri: Manole, 2015.

51. PHILIPPI, Sonia Tucunduva *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999.

52. BRONFENBRENNER, Urie; MORRIS, Pamela A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, William; LERNER, Richard M (eds.). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. 5. ed. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 1998. v. 1. p. 993-1028.

53. AL-BAZZ, Samer A. *et al.* Food security of temporary foreign farm workers under the seasonal agricultural worker program in Canada and the United States: A scoping review. *Advances in Nutrition*, v. 13, n. 5, p. 1603-1627, 2022.

54. BOWEN, Mary Elizabeth *et al.* Community Food Pantry (CFP) recipients' food challenges: Latino households with at least one member working as farm worker compared to other CFP households. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, v. 14, n. 1-2, p. 128-140, 2019.

55. KILANOWSKI, Jill F.; MOORE, Laura C. Food security and dietary intake in midwest migrant farmworker children. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 25, n. 5, p. 360-366, 2010.

56. SATIA, Jessie A. Dietary acculturation and the nutrition transition: An overview. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 35, n. 2, p. 219-223, 2010.

57. SATIA-ABOUTA, Jessie *et al.* Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 102, n. 8, p. 1105-1118, 2002.

58. ARRUDA, Dyego de Oliveira *et al.* O cotidiano em territórios quilombolas de Mato Grosso do Sul, Brasil: do isolamento às múltiplas (re)existências. *Interações*, Campo Grande, v. 22, n. 2, p. 563-582, 2021.

59. CORRÊA, Nádia Alinne; SILVA, Hilton P. Da Amazônia ao guia: os dilemas entre a alimentação quilombola e as recomendações do guia alimentar para a população brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021.

60. SOARES, Keller Regina *et al.* Extrativismo e produção de alimentos como estratégia de reprodução de agricultores familiares do assentamento seringal, Amazônia meridional. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Piracicaba, v. 56, n. 4, p. 645-662, 2018.

61. FANZO, Jessica; HOOD, Amelia; DAVIS, Claire. Eating our way through the Anthropocene. *Physiology & Behavior*, v. 222, p. 112929, 2020.

62. ONIS, Mercedes de *et al.* Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 85, n. 9, p. 660-667, 2007.

63. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Plataforma Alimenta Cidades é lançada com mapeamento dos desertos e pântanos alimentares*. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/plataforma-alimenta-cidades-e-lancada-com-mapeamento-dos-desertos-e-pantanos-alimentares>. Acesso em: 16 out. 2025.
64. EICHER-MILLER, Heather A. A review of the food security, diet and health outcomes of food pantry clients and the potential for their improvement through food pantry interventions in the United States. *Physiology & Behavior*, v. 220, p. 112871, 2020.
65. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: população e domicílios (primeiros resultados)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102011>. Acesso em: 16 out. 2025.
66. HERMAN, C. P.; MACK, D. Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, v. 43, n. 4, p. 647-660, 1975.
67. HAZZARD, Vivienne M. *et al.* Food insecurity and eating disorders: A review of emerging evidence. *Current Psychiatry Reports*, v. 22, n. 12, p. 74, 2020.
68. BURNETTE, C. Blair *et al.* Is intuitive eating a privileged approach? Cross-sectional and longitudinal associations between food insecurity and intuitive eating. *Public Health Nutrition*, v. 26, n. 7, p. 1358-1367, 2023.
69. BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. *Confirma as ações e programas do Governo Federal*. [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunica-br/lista-de-acoes-e-programas>. Acesso em: 16 out. 2025.
70. LEME, Ana Carolina; CASTRO, Adriana Garcia Peggia de; HONDA, Alline Luziane Figueiredo. Exploring food insecurity and dietary markers among Brazilian adults: insights from the Brazilian House Budget Survey – 2017-18. *Nutrition & Food Science*, v. 55, n. 5, p. 923-945, 2025.
71. LEME, Ana Carolina Barco; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; TOASSA, Erika Christiane. O que os adolescentes preferem: os alimentos da escola ou os alimentos competitivos? *Saúde e sociedade*, v. 22, p. 456-467, 2013.
72. THORNDIKE, Anne N. *et al.* Strengthening US food policies and programs to promote equity in nutrition security: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, v. 145, n. 24, p. e1077-e1093, 2022.
73. PHILIPPI, Sonia Tucunduva. *Nutrição e técnica dietética*. 4. ed. Barueri: Manole, 2019. v. 1.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO