

HÁBITOS ALIMENTARES, QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PRATICANTES DE BALÉFabrícia de Araújo Reis¹, Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão²**RESUMO**

O balé exige do praticante esforço e delicadeza na realização dos movimentos. O objetivo deste estudo foi avaliar hábitos alimentares, qualidade de vida e estado nutricional de crianças e adolescentes praticantes de balé. Trata-se de estudo transversal com todas as 35 crianças e adolescentes de 3 a 17 anos de um projeto social (Serra-ES). Utilizou-se questionário para identificar as situações sociodemográfica, história clínica, hábitos alimentares e qualidade de vida. O estado nutricional foi analisado por meio da antropometria (peso, altura, circunferência da cintura, prega cutânea tricipital e subescapular). Participaram da pesquisa os indivíduos que tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável e o projeto foi enviado ao comitê de ética do Centro Universitário Católica de Vitória (N^o CAAE: 95651318.3.0000.5068). Os dados foram descritos em frequência absoluta e relativa. Os resultados demonstraram que as crianças, em relação ao índice P/I e E/I 95,8% (n=23) apresentavam-se adequada para a idade. As adolescentes 72,7% (n=8) apresentaram eutrofia (IMC/I), já em relação a E/I 100% (n=11) estavam adequadas para a idade. Constatou-se um consumo adequado dos grupos: leguminosas, leite e seus derivados, enquanto os demais grupos de alimentos estavam inadequados e se observou elevado consumo de guloseimas. Na qualidade de vida 97% (n=31) apresentaram boa qualidade de vida. As bailarinas estavam eutróficas, entretanto é necessária uma melhora nos hábitos alimentares que pode impactar no rendimento deste esporte. A qualidade de vida foi classificada como boa e isso pode estar relacionado a prática desta atividade física.

Palavras-chave: Avaliação nutricional. Qualidade de vida. Hábitos alimentares. Bailarinas.

1 - Acadêmica de Nutrição da Católica de Vitória Centro Universitário, Brasil.

2 - Docente da Católica de Vitória Centro Universitário, Brasil.

ABSTRACT

Food habits, quality of life and nutritional status of children and ballet teenagers

Ballet demands from the practitioner effort and delicacy in performing the movements. The aim of this study was to evaluate the eating habits, quality of life and nutritional status of ballet children and adolescents. This is a cross-sectional study with all 35 children and adolescents from 3 to 17 years old from a social project (Serra-ES). A questionnaire was used to identify sociodemographic situations, clinical history, eating habits and quality of life. Nutritional status was analyzed by anthropometry (weight, height, waist circumference, triceps, and subscapular skin folds). Participants were individuals who had the informed consent signed by the responsible and the project was sent to the ethics committee of the Catholic University Center of Vitória (CAAE No.: 95651318.3.0000.5068). Data were described in absolute and relative frequency. The results showed that the children, regarding the P / I and E / I index 95.8% (n = 23) were adequate for their age. Adolescents 72.7% (n = 8) had normal weight (BMI / I), whereas in relation to E / I 100% (n = 11) were age appropriate. It was found an adequate consumption of the groups: legumes, milk, and its derivatives, while the other food groups were inadequate and high consumption of goodies. In quality of life 97% (n = 31) had good quality of life. The dancers were eutrophic however it is necessary an improvement in eating habits that can impact the performance of this sport. Quality of life was classified as good and this may be related to the practice of this physical activity.

Key words: Nutritional assessment. Quality of life. Eating habits. Ballerinas.

E-mail dos autores:

fabriciadearaujoreis@gmail.com

miriannutricionista@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O balé é uma modalidade muito disseminada e praticada por meninas na sociedade como uma alternativa adequada para a promoção da saúde física e mental, pois, não deixa de ser um momento também de socialização com outras crianças ou adolescentes (Dourado e colaboradores, 2012).

O surgimento do balé ocorreu há mais de quatro séculos no Ocidente. Além do vocabulário diferenciado, apresenta também técnicas específicas para a execução dos movimentos.

Além disso, o balé mexe muito com o movimento do corpo exigindo do praticante um condicionamento físico e um estado nutricional adequado para que não ocorram consequências na prática (Fattori, 2017).

A prática do balé também exige por questões culturais a postura longilínea que favorecem a delicadeza dos movimentos.

Diante disso, as praticantes, em especial as adolescentes podem adquirir sérios transtornos alimentares para que se alcancem esses resultados estéticos. Com isso, prejudicam seu bem-estar, a saúde nutricional e o próprio desenvolvimento (Cunha, Machado, 2019).

Tratando-se de qualidade de vida, destaca-se que ela é muito alinhada ao estado de saúde, e o estado nutricional pode influenciar. Crianças e adolescentes com excesso de peso tendem a ter uma qualidade de vida inferior em relação aos indivíduos eutróficos (D'ávila, Poll, Mello, 2018).

Segundo Fulco e colaboradores (2016), os adolescentes são considerados muito vulneráveis quanto à questão de alimentação.

Isso porque possuem necessidades alimentares superiores às das crianças e por sofrer influências externas como, por exemplo: amizades, históricos familiares, regras sociais, culturais e de aceitação em determinado grupo.

A junção de vários transtornos ou de elementos que traduzam a aceitação pelo corpo pode desencadear um transtorno alimentar que é oriundo da mente.

Grupos de bailarinas são potenciais para o desencadeamento desse problema, pois a prática do balé parece contraditória quando tenta aderir leveza e peso ideal com a necessidade de um bom condicionamento

físico pela quantidade de esforço demandado (Pelonha, 2018).

É essencial que o estado nutricional dessas bailarinas esteja adequado tendo em vista a disciplina e constância dos ensaios, pois, um adequado estado nutricional e uma alimentação equilibrada e variada oferece nutrientes que contribuem para uma melhor performance nas atividades esportivas.

Porém, é válido informar que padrões muito abaixo do normal em relação ao peso podem trazer sérios problemas à saúde e a performance esportiva.

A anorexia nervosa pode ser apontada como uma patologia muito comum em bailarinas, pois, a maior parte delas possui uma grande preocupação no ganho de peso (Araujo, Silva, Xavier, 2012).

A preocupação com a anorexia nervosa assim como outros transtornos alimentares que desencadeiam problemas diversos, é que podem impactar negativamente no desempenho social, físico e mental, além de envolver o emocional em todas as suas áreas.

Surge então a necessidade de acompanhamento do profissional de nutrição nesses e em grupos potenciais que podem ser propagadores de transtornos desse tipo (Castro, Brandão, 2018).

Alimentar-se bem e ingerir nutrientes necessários para o bom desempenho do corpo não depende da prática de nenhuma modalidade esportiva, ou seja, é inerente a todo indivíduo, mesmo sedentário.

Em contrapartida, nos grupos delimitados para esse estudo (crianças e adolescentes) a preocupação e atenção devem ser maiores.

Os praticantes de esportes que preconizam baixo peso corporal devem ter orientação nutricional adequada, para diminuir os riscos em relação ao crescimento e desenvolvimento, bem como garantir um desempenho melhor nos treinos (Ferraz e colaboradores, 2007).

O objetivo geral do trabalho é avaliar os hábitos alimentares, a qualidade de vida e o estado nutricional de crianças e adolescentes que praticam balé na cidade de Serra, sendo estas participantes de um projeto social.

MATERIAIS E MÉTODOS**Amostra**

As características apresentadas no estudo são observacionais do tipo transversal com amostra constituída por todos os indivíduos participantes do projeto.

A população avaliada foi de 35 indivíduos sendo crianças (n=24) e adolescentes (n=11), do gênero feminino, com idade entre 3 e 17 anos, praticantes de balé clássico de um projeto social da Serra-ES.

Aspectos éticos

Todos os responsáveis concordaram com a participação do seu filho na pesquisa, após a explicação sobre a importância da avaliação nutricional e de bons hábitos alimentares, assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado no Centro Integrado de Atenção à Saúde da Católica (CIASC) na Católica de Vitória Centro Universitário (UCV).

O termo foi assinado em duas vias iguais, sendo esclarecido todas as dúvidas antes da coleta, foi avaliado pelo comitê de ética da instituição (Nº CAAE: 95651318.3.0000.5068), assegurando a integridade do participante e garantindo que o estudo ofereça o mínimo de riscos e constrangimentos.

Quadro 1 - Guia para interpretação da CB/ AMB/ AMBc/ AGB/ PCT + PCSE (crianças e adolescentes).

Percentil	Tecido Adiposo	Tecido Muscular
< 5	Depleção/ Baixa reserva	Hipotrofia/ Baixa reserva
5 -15	Abaixo da média/ Risco de déficit	Abaixo da média/ Risco de déficit
15 -85	Média/ Adequado	Adequado
85 -90	Excesso	Acima da média/ Adequado
≥ 90	Obesidade	Acima da média/ Adequado

Fonte: (Frisancho, 1990).

Para a medição da circunferência da cintura foi utilizada a fita métrica inelástica da marca Sanny® com medição de até 150cm, tendo a classificação seguinte: crianças com percentual de gordura superior a 33% e circunferência da cintura superior a 71 cm são mais predispostas a risco cardiovascular, com menos de 20% de gordura e menos de 61 cm de circunferência da cintura, o risco é mínimo (ABESO, 2009).

Avaliação Antropométrica

O atendimento para a avaliação antropométrica foi realizado no projeto social, local onde as participantes praticam balé.

Para a avaliação antropométrica, coletou-se dados como: peso e altura, sendo possível através destes dados calcular o índice de massa corporal (IMC).

O peso foi avaliado com a balança digital (G TECH®) que tem capacidade máxima de 150 quilogramas (kg) e a estatura foi avaliada através do estadiômetro (Altura Exata), de acordo com a indicação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2004).

Também foram aferidas duas pregas cutâneas: tricipital e subescapular e a circunferência da cintura. As pregas cutâneas foram mensuradas com adipômetro clínico da marca Sanny®, com medição de 0mm a 55mm.

O percentual de gordura foi avaliado através da tabela de percentis de Frisancho (1990), que calcula o percentual com o somatório das 2 pregas (subescapular e tricipital), disponível no manual de avaliação de crianças e adolescentes de Fontes e colaboradores (2012), sendo classificadas de acordo com o quadro 1.

Para avaliação dos participantes de 3 a 5 anos, foi utilizado dado segundo as curvas de crescimento da OMS (WHO, 2006), já para os participantes de 5 a 17 anos utilizou-se as curvas da WHO (2007).

A classificação do estado nutricional das crianças de 3 a 9 anos foi dado através dos índices e parâmetros do quadro 2.

Quadro 2 - Avaliação antropométrica de crianças de 0 a 10 anos incompletos, segundo índices antropométricos.

Valores críticos		Índices Antropométricos					
		Crianças de 0 a 5 Anos Incompletos				Crianças 5 a 10 Anos Incompletos	
Percentil	Escore	P/I	P/E	E/I	IMC/I	E/I	IMC/I
< 0,1	< z-3	Peso muito baixo para a idade	Magreza acentuada	Estatura muito baixa para a idade	Magreza Acentuada	Estatura muito baixa para a idade	Magreza Acentuada
≥ 0,1 e < 3	≥ z-3 e < z-2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade	Magreza
≥ 3 e < 15	≥ z-2 e < z-1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Eutrofia
≥ 15 e ≤ 85	≥ z-1 e ≤ z+1						
≥ 85 e ≤ 97	> z+1 e ≤ z+2		Risco de sobrepeso		Risco de sobrepeso		Risco de sobrepeso
≥ 97 e ≤ 99,9	> z+2 e ≤ z+3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade
> 99,9	> z+3		Obesidade		Obesidade		Obesidade grave

Fonte: (WHO, 2006).

Para a classificação do estado nutricional das adolescentes de 10 a 17 anos,

foi utilizado os índices e parâmetros do quadro 3.

Quadro 3 - Avaliação antropométrica de adolescentes (10 a 19 anos incompletos) segundo índices antropométricos.

Valores críticos		Índices Antropométricos	
		Adolescentes de 10 Anos a 19 Anos Incompletos	
Percentil	Escore	IMC/I	E/I
< 0,1	< z-3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ 0,1 e < 3	≥ z-3 e < z-2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ 3 e < 15	≥ z-2 e < z-1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ 15 e ≤ 85	≥ z-1 e ≤ z+1		
≥ 85 e ≤ 97	> z+1 e ≤ z+2	Sobrepeso	
≥ e ≤ 99,9	> z+2 e ≤ z+3	Obesidade	
> 99,9	> z+3	Obesidade grave	

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, (2009).

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um questionário baseado no teste do guia alimentar apresentado pelo Ministério da Saúde sobre como está sua alimentação? O questionário foi adaptado para o público infantil, foram excluídas as perguntas relacionadas a hábitos que não fazem parte da vida do público infantil, como consumo de álcool e leitura de rótulos, já que o teste foi elaborado para adultos (Brasil, 2013).

Utilizou-se uma escala de avaliação de qualidade de vida AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Image) desenvolvido na França por Manificat e colaboradores (1997) sendo este instrumento traduzido e validado para cultura brasileira por Assumpção Junior e colaboradores (2000).

O instrumento possui 26 questões envolvendo os domínios: autonomia, lazer, funções e família, sendo baseado do ponto de vista da satisfação da criança através de uma escala de faces que representam as respostas: muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz.

A avaliação do questionário é feita através da pontuação, tendo como ponto de corte o escore 48, onde valor ≥ 48 considera-se boa a qualidade de vida é valor < 48 considera-se baixa qualidade de vida (Boccaletto, Mendes, Vilarta, 2010).

Os questionários foram disponibilizados na íntegra com perguntas

abertas e fechadas, além dos questionários sobre hábitos alimentares e qualidade de vida, outras questões foram abordadas como: idade, dados socioeconômicos e história clínica, sendo que somente 32 participantes responderão o questionário.

As participantes receberam o link do questionário e as instruções necessárias, entretanto os pais foram orientados a auxiliar em casos de crianças menores.

Estatística

Para a análise dos dados e resultado final (tabelas e gráficos) foi utilizada a estatística descritiva, os dados qualitativos que classificam o estado nutricional do paciente, características sociodemográficas, história clínica e hábitos alimentares e os dados quantitativos, que são os antropométricos, foram apresentados a partir de frequência absoluta (N°) e frequência relativa (%).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 35 pessoas, entre crianças e adolescentes, praticantes de balé, sendo 100% ($n = 35$) dos pesquisados do sexo feminino.

Um total de 32 participantes concluíram todas as etapas e responderam ao questionário.

A tabela 1 demonstra a frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas e atividade física.

As participantes da pesquisa possuíam idade mínima de 3 e máxima de 17 anos, sendo assim a variável idade foi dividida em três fases: pré-escolar, escolar e adolescência, as fases englobam respectivamente crianças de 3 a 6 anos, de 7 a 9 anos e adolescentes de 10 a 17 anos.

A maior parte da amostra 42,9% (n=15) apresentavam idade referente ao pré-escolar, ou seja, de 3 a 6 anos. Em relação a escolaridade, analisou-se que a maioria cursava o ensino fundamental 62,5% (n=20).

A variável raça/cor teve uma prevalência de 62,5% (n=20) de pessoas que se consideravam pardas, 18,8% (n=6) se consideravam branca e 18,8% (n=6) consideravam-se negras.

Os resultados demonstraram ainda, em relação a classe socioeconômica, que 62,5% (n=20) possuíam a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Sobre a prática de atividade física, observou-se que 87,5% (n=28) praticavam algum tipo de atividade física regular, pelo menos 30 minutos por dia.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas e atividade física.

Variáveis	Parâmetros	n	%
Idade	Pré-escolar	15	42,9%
	Escolar	9	25,7%
	Adolescente	11	31,4%
Escolaridade	Pré-Escolar/ Creche	11	34,4%
	Ensino Fundamental	20	62,5%
	Ensino Médio	1	3,1%
Cor de pele	Parda	20	62,5%
	Branca	6	18,8%
	Negra	6	18,8%
Classe socioeconômica	Até 1 salário mínimo	5	15,6%
	De 1 até 3 salários mínimos	20	62,5%
	De + 3 até 6 salários mínimos	6	18,8%
	De + 6 a 9 salários mínimos	1	3,1%
Faz atividade física?	Não	4	12,4%
	Sim	28	87,5%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A avaliação antropométrica foi realizada em 35 bailarinas, divididas em dois grupos somente para análise da antropometria: grupo 1, crianças de 3 a 9 anos, composto por 68,6% (n=24) das participantes e grupo 2, adolescentes de 10 a 17 anos, com 31,4% (n=11) das bailarinas.

A tabela 2 demonstra os resultados da avaliação antropométrica das participantes do grupo 1.

A maioria das avaliadas 95,58% (n=23) tiveram classificação de peso adequado para idade, em contrapartida 4,2% (n=1) foi classificada com peso elevado para idade.

O parâmetro P/E é utilizado em crianças de 0 a 5 anos incompletos, visto que

somente 25% (n=6) participantes se encaixavam nesta recomendação. A maior parte, 66,7% (n=4) foram classificadas com eutrofia, 16,7% (n=1) com risco de sobrepeso e 16,7% (n=1) com sobrepeso.

Relacionando a variável E/I observou-se que 95,8% (n=23) das crianças estavam com a estatura adequada para idade, enquanto 4,2% (n=1) encontrava-se com baixa estatura para idade.

Sobre o IMC/I, a classificação eutrofia foi comum entre 70,8% (n=17) das bailarinas, 8,3% (n=2) indicaram risco de sobrepeso, 16,7% (n=4) foram classificadas com sobrepeso e 4,2% (n=1) com obesidade.

Tabela 2 - Classificação dos índices antropométricos do grupo 1, crianças de 3 a 9 anos, de acordo com a WHO (2006).

Índice antropométrico	Classificação	n	%
Peso/Idade (n=24)	Peso muito baixo para idade	0	0,0%
	Baixo peso para a idade	0	0,0%
	Peso adequado para a idade	23	95,8%
	Peso elevado para a idade	1	4,2%
Peso/Estatura (n=6)	Magreza acentuada	0	0,00%
	Magreza	0	0,00%
	Eutrofia	4	66,7%
	Risco de sobrepeso	1	16,7%
	Sobrepeso	1	16,7%
Estatura/Idade (n=24)	Estatura muito baixa para a idade	0	0,0%
	Baixa estatura para a idade	1	4,2%
	Estatura adequada para a idade	23	95,8%
IMC/Idade (n=24)	Magreza acentuada	0	0,0%
	Magreza	0	0,0%
	Eutrofia	17	70,8%
	Risco de sobrepeso	2	8,3%
	Sobrepeso	4	16,7%
	Obesidade	1	4,2%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A tabela 3 expressa a classificação dos índices antropométricos do grupo 2. Em relação ao IMC, observou-se que 72,7% (n=8) foram classificadas com eutrofia, enquanto

27,3% (n=3) com sobrepeso. No índice E/I a classificação estatura adequada para idade foi unânime 100% (n=11).

Tabela 3 - Classificação dos índices antropométricos do grupo 2, adolescentes de 10 a 17 anos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2009).

Índice antropométrico	Classificação	n	%
IMC/Idade (n=11)	Magreza acentuada	0	0,0%
	Magreza	0	0,0%
	Eutrofia	8	72,7%
	Sobrepeso	3	27,3%
	Obesidade	0	0
	Obesidade grave	0	0
Estatura/Idade (n=11)	Muito baixa estatura para a idade	0	0,0%
	Baixa estatura para a idade	0	0,0%
	Estatura adequada para a idade	11	100%
	Risco de sobrepeso	0	0,0%
	Sobrepeso	0	0,0%
	Obesidade	0	0,0%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A tabela 4 expressa os valores dos marcadores de risco cardiovascular. Em relação ao percentual de gordura, 2,9% (n=1) se encontrava abaixo da média, 77,1% (n=27) estavam na média, 11,4% (n=4) com excesso e 8,6% (n=3) apresentaram obesidade como classificação.

Sobre a circunferência da cintura a maior parte 77,1% (n=27), estavam sem risco cardiovascular, enquanto 20% (n=7) tiveram como resultado risco cardiovascular e 2,9% (n=1) risco cardiovascular aumentado.

Tabela 4 - Marcadores de risco cardiovascular.

Variáveis	Classificação	n	%
Percentual de Gordura	Depleção / Baixa reserva	0	0,0%
	Abaixo da média / Risco de déficit	1	2,9%
	Média / Adequado	27	77,1%
	Excesso	4	11,4%
Circunferência da cintura	Obesidade	3	8,6%
	Sem risco cardiovascular	27	77,1%
	Risco cardiovascular	7	20%
	Risco cardiovascular aumentado	1	2,9%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

Na tabela 5 foram expressas as perguntas e respostas sobre a história clínica das participantes e foi observado que 31,3% (n=10) das bailarinas tiveram ganho de peso e sobre a ingestão alimentar, 28,1% (n=9) aumento do apetite.

Em relação a variável paladar e aceitação dos alimentos, apenas 3,1% (n=1)

apresentou o paladar e a aceitação diminuído e 3,1% (n=1) relataram estar aumentado.

Destacou-se ainda, sobre os sintomas gastrointestinais, que 15,6% (n=5) tinham constipação e apenas 3,1% (n=1) indicou ter diarreia, 3,1% (n=1) e náuseas.

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a história clínica.

História clínica		n	%
Você teve alterações de peso nos últimos 6 meses?	Ganho	10	31,3%
	Perda	3	9,4%
	Sem alterações	19	59,4%
Você teve alterações na ingestão alimentar?	Aumento do apetite	9	28,1%
	Perda do apetite	2	6,3%
	Sem alterações	21	65,6%
Como você sente o paladar e aceitação de alimentos?	Normal	30	93,8%
	Diminuído	1	3,1%
	Aumentado	1	3,1%
Você tem alguns destes sintomas gastrointestinais?	Náuseas	1	3,1%
	Diarreia	1	3,1%
	Constipação	5	15,6%
	Funcionamento normal do intestino	27	84,4%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A tabela 6 demonstra as variáveis relacionadas a dificuldade alimentar.

Observou-se que dos participantes entrevistados somente 3,1% (n=1) relatou ter dificuldade de mastigar e engolir os alimentos.

Sobre ter dificuldade de digestão dos alimentos, 12,5% (n=4) relataram ter.

Em relação a alergia ou intolerância alimentar, 15,6% (n=5) informaram ter algum tipo. No que se refere a seguir alguma dieta especial, apenas 3,1% (n=1) seguiu.

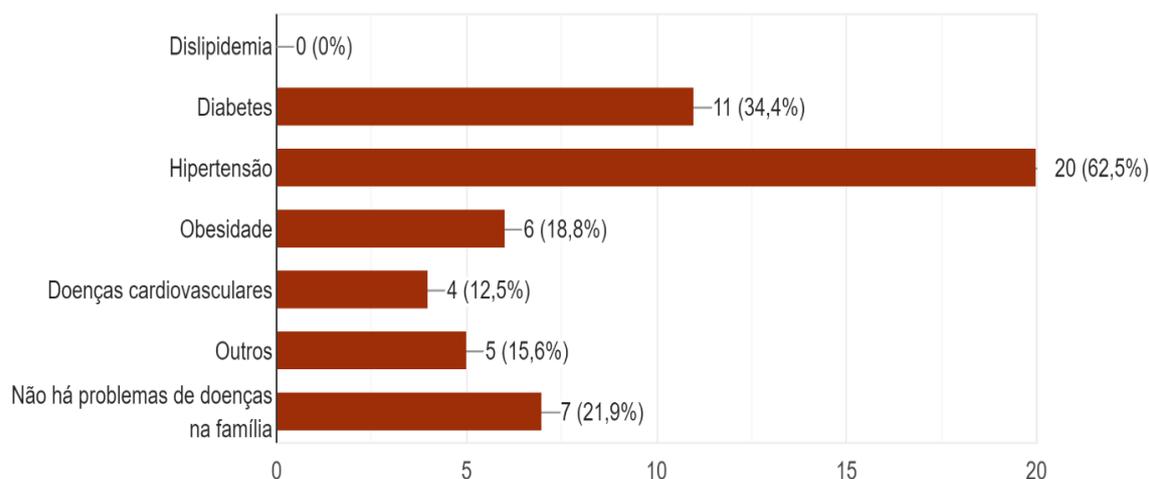
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a dificuldade alimentar.

Dificuldade alimentar		n	%
Dificuldade alimentar	Sim	1	3,1%
	Não	31	96,9%
Você tem dificuldade de mastigar o alimento?	Sim	1	3,1%
	Não	31	96,9%
Você tem dificuldade de engolir?	Sim	4	12,5%
	Não	28	87,5%
Você sente alguma dificuldade de digestão dos alimentos?	Sim	5	15,6%
	Não	27	84,4%
Você tem alergia ou intolerância alimentar?	Sim	3	9,4%
	Não	29	90,6%
Você está fazendo uso de algum suplemento alimentar?	Sim	1	3,1%
	Não	31	96,9%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A figura 1 representa a prevalência de doenças crônicas na família. Destacou-se a hipertensão, por ser a comorbidade com a

prevalência maior, 62,5% (n=20) declararam ter pessoas hipertensas na família.

**Figura 1** - Prevalência de doenças crônicas na família.

A tabela 7 representa a frequência relativa e absoluta dos hábitos alimentares relacionados a alimentos fonte de vitaminas, minerais, água, hortaliças e verduras.

Constatou-se que a ingestão diária de frutas pela maioria 40,6% (n=13) era de 2 unidades/fatias/pedaços copos de suco natural diariamente, em contrapartida 9,4% (n=3) não consumiam frutas, nem tomavam suco de frutas diariamente.

Em relação a ingestão diária de legumes e verduras a maior parte 40,6% (n=13) comiam 3 ou menos colheres de sopa, enquanto 37,5% (n=12) não comiam legumes, nem verduras diariamente.

Sobre a quantidade de água ingerida por dia, a metade das entrevistadas 50% (n=16) informaram que bebiam de 4 a 5 copos diariamente.

Tabela 7 - Hábitos alimentares relacionados a alimentos fonte de vitaminas, minerais, água, hortaliças e verduras.

Hábitos alimentares	n	%	
Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias	3	9,4%	
Qual é, em média, a quantidade de frutas que você come por dia?	3 ou mais unidades/ copos de suco natural	10	31,3%
	2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural	13	40,6%
	1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural	6	18,8%
Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?	Não como legumes, nem verduras todos os dias	12	37,5%
	3 ou menos colheres de sopa	13	40,6%
	4 a 5 colheres de sopa	4	12,5%
	6 a 7 colheres de sopa	1	3,1%
	8 ou mais colheres de sopa	2	6,3%
Quantos copos de água você bebe por dia?	Menos de 4 copos	3	9,4%
	8 copos ou mais	7	21,9%
	4 a 5 copos	16	50%
	6 a 8 copos	6	18,8%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A tabela 8 demonstra as variáveis relacionadas aos hábitos alimentares em relação aos alimentos proteicos e cereais: arroz, feijão, carnes e leguminosas. Sobre o consumo de cereais, pães e tubérculos, 93,8% (n=30) comem habitualmente menos que 3 porções diárias, já o consumo de feijão, lentilha ou outra leguminosa, sementes ou castanhas observou-se que 68,8% (n=22) consumiam 2 ou mais colheres de sopa por dia, por outro lado 6,3% (n=2) não consumiam.

Quanto ao consumo de carnes e ovos, a maioria 40,6% (n=13) das bailarinas tinham uma ingestão de 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo. 34,4% (n=11) consumiam 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos e

25,0% (n=8) comem mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos.

O consumo de peixe teve uma prevalência de 43,8% (n=14) dos indivíduos que tinham o hábito de consumir peixes somente algumas vezes no ano, ao contrário de 12,5% (n=4) que não consumiam peixes.

A respeito do consumo diário de leite e seus derivados 46,9% (n=15) dos pesquisados ingeriam 3 ou mais copos de leite ou pedaço/fatias/porções, enquanto apenas 3,1% (n=1) não consumiam leite, nem derivados, tendo prevalência 93,5% (n=29) o consumo de produtos integrais.

Tabela 8 - Hábitos alimentares em relação a alimentos proteicos e cereais, arroz, feijão, carnes e leguminosas.

Hábitos alimentares	n	%	
Qual a quantidade, em média, que você consome de arroz, milho e outros cereais, pães e tubérculos?	Menos que 3 porções por dia	30	93,8%
	3 a 4,4 porções por dia	1	3,1%
	Mais que 7,5 porções por dia	1	3,1%
Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão, lentilha ou outra leguminosa, sementes ou castanhas?	Não consumo	2	6,3%
	2 ou mais colheres de sopa por dia	22	68,8%
	Consumo menos de 5 vezes por semana	2	6,3%
	1 colher de sopa ou menos por dia	6	18,8%
Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?	Não consumo nenhum tipo de carne	0	0,00%
	1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo	13	40,6%
	2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	11	34,4%
	Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos	8	25,0%
Você costuma comer peixes com qual frequência?	Não consumo	4	12,5%
	Somente algumas vezes no ano	14	43,8%
	2 ou mais vezes por semana	2	6,3%
	De 1 a 4 vezes por mês	12	37,5%
Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados que você consome por dia?	Não consumo leite, nem derivados	1	3,1%
	3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções	15	46,9%
	2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções	6	18,8%
Que tipo de leite/derivados?	1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções	10	31,3%
	Integral	29	93,5%
	Semidesnatado ou desnatado	2	6,5%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

A tabela 9 mostra as variáveis relacionadas ao consumo de gordura, óleos e sal. Observou-se que 59,4% (n=19) responderam ter o hábito de tirar a gordura aparente das carnes, a pele de frango ou outro tipo de ave, enquanto 37,5% (n=12) não retiravam, sendo este um hábito provavelmente do responsável.

A variável tipo de gordura utilizada teve um maior número 71,9% (n=23) o consumo de óleo vegetal: soja, girassol, milho, algodão ou canola, em seguida com 21,9% (n=7) a banha animal ou manteiga, como a segunda mais utilizada pela família. Sobre o hábito de colocar mais sal nos alimentos já servidos apenas 3,1% (n=1) tinham este hábito.

Tabela 9 - Variáveis relacionadas ao consumo de gordura, óleo e sal.

Hábitos alimentares		n	%
Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele de frango ou outro tipo de ave?	Sim	19	59,4%
	Não	12	37,5%
	Não como carne vermelha ou frango	1	3,1%
Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar alimentos?	Banha animal ou manteiga	7	21,9%
	Óleo vegetal: soja, girassol, milho, algodão ou canola	23	71,9%
	Margarina ou gordura vegetal	2	6,3%
Você costuma colocar mais sal nos alimentos já servidos em seu prato?	Sim	1	3,1%
	Não	31	96,9%

Legenda: % frequência relativa, (n) frequência absoluta.

Na figura 2, é possível observar a frequência do consumo de produtos alimentícios não saudáveis.

Sobre o consumo de alimentos energéticos industrializados ou ultraprocessados, observou-se que a metade

da amostra 50,1% (n=16) consumiam de 3 a 5 vezes por semana, já em relação ao consumo de alimentos de fonte proteica industrializados ou ultraprocessados, 43,80% (n=14) consumiam de 3 a 5 vezes por semana.

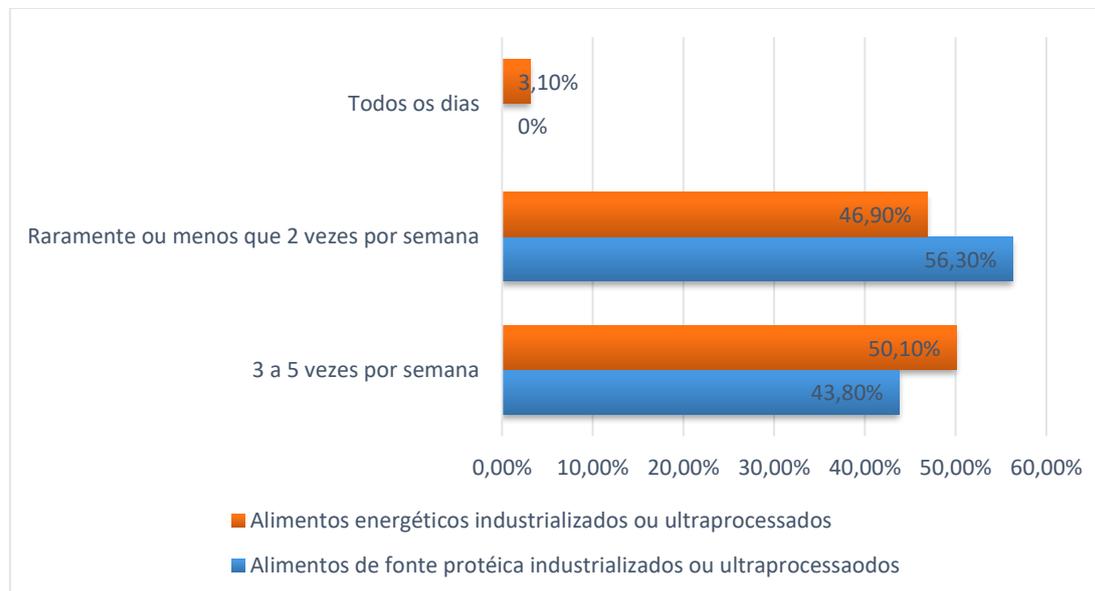
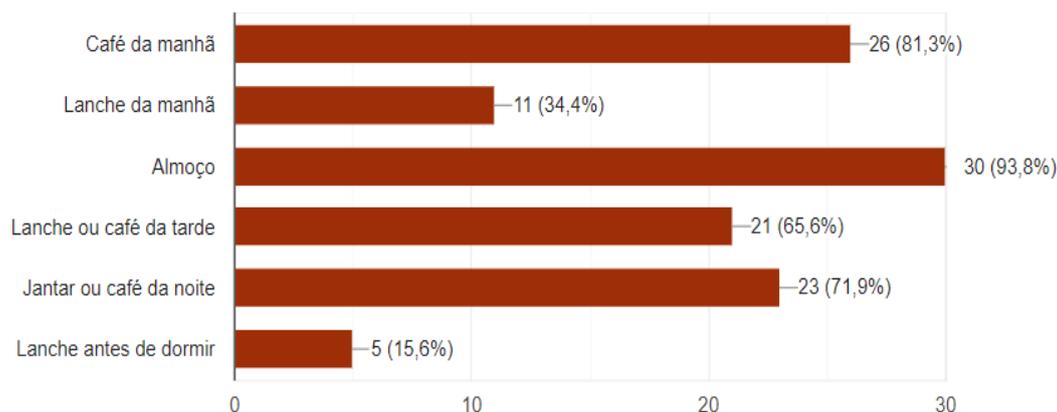


Figura 2 - Prevalência da ingestão de alimentos ou produtos alimentícios não saudáveis.

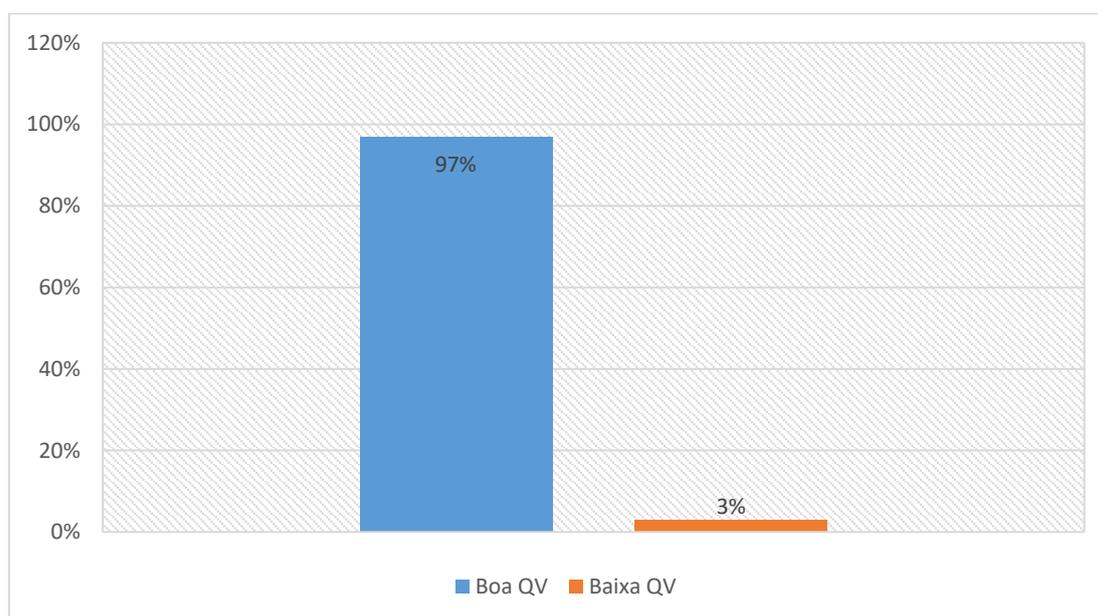
Na figura 3, percebeu-se que as refeições mais realizadas entre as bailarinas eram o café da manhã 81,3% (n=26) e o almoço 93,8% (n=30), já a menos realizada foi

o lanche antes de dormir apenas 15,6% (n=5) costumavam fazer, sendo que a maioria das participantes 40,6% (n=13) realizavam quatro refeições diárias.

**Figura 3 -** Quantidade de refeições feitas habitualmente no dia.

A figura 4 apresenta o resultado do questionário de qualidade de vida AUQI, realizado com as participantes, um total de 97% (n=31) apresentaram boa qualidade de vida, em contrapartida 3% (n=1) apresentou baixa qualidade de vida, sendo que neste indivíduo classificado com baixa qualidade de

vida, o domínio funções foi o que teve maior prevalência de resposta muito infeliz, com as seguintes perguntas: Como você se sente: quando vai a uma consulta médica, quando fica internado no hospital, quando toma remédios e quando pensa em quando tiver crescido.

**Figura 4 -** Qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A tabela 1 demonstrou que a maior parte da amostra 42,9% (n=15) foi composta por crianças na fase pré-escolar, que engloba a idade de 2 a 6 anos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), esta é uma fase de transição, onde a criança começa a tornar-se mais

independente, sendo um período de preocupação para os pais pois há uma diminuição das necessidades nutricionais e conseqüentemente do apetite, devido ao menor ritmo de crescimento e outro ponto importante encontrado no pré-escolar, é a neofobia, onde a criança tem dificuldade em aceitar novidades em relação a alimentação,

tornando assim uma fase difícil de estabelecer uma dieta saudável, variada e de qualidade.

Em relação a atividade física, 87,5% (n=28) praticam pelo menos 30 minutos diários, considerando as atividades de rotina diária como ir a pé ou de bicicleta para a escola, brincadeiras ativas entre outros.

Um estudo realizado por Neves, Souza e Fujisawa (2017), demonstraram que a atividade física tem efeito protetor em crianças classificadas com eutrofia e sobrepeso, concluindo que a prática de atividade física diminui as chances de obesidade e sedentarismo.

A tabela 2 apresenta os dados relacionados a avaliação antropométrica do grupo 1. Sobre o índice P/I, percebeu-se que 95,58% (n=23) foram classificados com peso adequado para a idade, enquanto 4,2% (n=1) estava com peso elevado para a idade.

No índice E/I 95,8% (n=23) se encontram com a estatura adequada para a idade, em contrapartida 4,2% (n=1) apresentou baixa estatura para a idade.

O peso por idade é usado como principal indicador do estado nutricional em crianças, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança e a estatura por idade é o melhor índice para apontar o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança, estando também presente na Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009).

Uma pesquisa realizada com amostra superior ao deste estudo, 1081 escolares, de Campina Grande - Paraíba, de 5 a 10 anos, demonstrou que 2,4% (n=26) alunos estavam com déficit de estatura, verificou-se ainda que 21,5% (n=232) apresentavam excesso de peso, chegando à conclusão que o estado nutricional dos escolares é marcado por sobrepeso e obesidade, as principais causas sugeridas foram ao hábito de não consumir o café da manhã e nem a merenda escolar (Pedraza e colaboradores, 2017).

A tabela 3 expressa os dados relacionados a avaliação antropométrica do grupo 2, em relação ao IMC/I, a maior parte 72,7% (n=8) apresentaram eutrofia, enquanto 27,3% (n=3) estavam com sobrepeso. Um estudo realizado com 27 meninas praticantes de balé clássico de uma escola de dança de Londrina-PR, mostrou resultados semelhantes, onde 78 % (n=20) das bailarinas foram classificadas com eutrofia, em

contrapartida 15% (n=4) e 7% (n=2) estavam, respectivamente, na faixa de sobrepeso e obesidade (Morelli, Santos, 2018).

Sobre a E/I, todas se encontravam com estatura adequada para a idade. Resultados diferentes foram encontrados em um estudo realizado com 28 adolescentes entre 14 a 18 anos, praticantes de balé, onde foi possível observar que 96,4% estavam com estatura adequada para a idade e 3,6% foram classificadas com baixa estatura para a idade (Vargas, Bernardi, Gallon, 2012).

Na tabela 4 demonstra-se os marcadores de risco cardiovascular, pregas cutâneas: tricipital e subescapular e circunferência da cintura. O resultado do percentual de gordura, mensurado através das pregas cutâneas, tricipital e subescapular, demonstrou que a maior parte 77,1% (n=27) das bailarinas encontravam-se com o percentual adequado.

Em um estudo de Dourado e colaboradores (2012), demonstrou em relação ao percentual de gordura, resultados semelhantes, onde a maioria das praticantes de balé 68,7% (n=22) encontravam-se em adequação.

Em relação a história clínica dos participantes, expressa na tabela 5, observou-se que 31,3% (n=10) bailarinas tiveram ganho de peso nos últimos 6 meses e 28,1% (n=9) tiveram aumento do apetite, estas variáveis se relacionam, pois a maioria das bailarinas que tiveram ganho de peso, também tiveram aumento do apetite.

Na tabela 6, encontra-se expressa as dificuldades alimentares, a variável com maior porcentagem foi em relação a alergia ou intolerância alimentar, onde 15,6% (n=5) relataram ter algum tipo de alergia ou intolerância.

A alergia alimentar vem crescendo nas últimas décadas, tornando-se um problema nutricional, isso deve-se ao fato de a população estar mais exposta a alérgenos alimentares, sendo que os principais alérgenos alimentares são de origem proteica e os alimentos mais causadores de alergias alimentares são: o leite, ovos, amendoim, castanhas, peixe e soja (Pereira, Moura, Constant, 2008).

A figura 1 demonstra a prevalência de doenças crônicas na família, tendo destaque a hipertensão, onde 62,5% (n=20) dos participantes informaram ter casos de hipertensão na família. Hereditariedade e obesidade devido ao consumo inadequado de

alimentos são alguns dos indicadores de risco mais presentes em casos de hipertensão primária juvenil (Chaves e colaboradores, 2009).

Uma pesquisa bibliográfica realizada com artigos originais publicadas nos últimos sete anos, demonstra que vários fatores estão ligados com a hipertensão arterial em crianças e adolescentes tendo destaque o excesso de peso, sedentarismo e consumo alimentar inadequado (Macedo e colaboradores, 2018).

Sobre os hábitos alimentares relacionado a alimentos fonte de vitaminas e minerais, água, hortaliças e verduras, como demonstra a tabela 7, percebeu-se que o hábito saudável desta categoria mais presente foi o consumo de frutas por dia, onde 31,3% (n=10) consomem uma quantidade de fruta ou suco natural adequado, enquanto 9,4% (n=3) não consomem. Já em relação ao consumo de legumes e verduras somente 6,3% (n=2) consomem a quantidade recomendada, 37,5% (n=12) não consomem.

Em um estudo de Muniz e colaboradores (2013), com amostra constituída por 600 escolares adolescentes de Caruaru-PE, mostrou que 10% dos participantes informaram não consumir frutas e 30,7% não consomem legumes/verduras, colaborando com o resultado desta pesquisa.

Um estudo realizado com recorte da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006, conclui que, entre 3.083 crianças de dois a cinco anos, há prevalência maior do consumo de frutas em crianças que as mães possuem mais escolaridade e tem idade entre 30 a 39 anos (Alves, Muniz, Vieira, 2013).

Dados semelhantes foram encontrados também em um estudo transversal com uma amostra maior, de 2.057 adolescentes de 13 a 18 anos, estudantes de escola pública de Aracajú-SE e região metropolitana, o consumo de verduras e legumes foi inadequado em 90,6% da amostra e o consumo inadequado de frutas foi de 79,1% (Silva e Silva, 2015).

Um outro estudo realizado com 95 escolares entre 10 a 14 anos demonstrou que, em relação ao consumo alimentar, a ingestão de frutas (84,2%), hortaliças (50,9%), leites e derivados (64,2%) estavam abaixo do recomendado, sendo este resultado semelhante ao da presente pesquisa, que também teve uma baixa adesão de hábitos alimentares saudáveis (Silva e colaboradores, 2018).

No que se refere a ingestão hídrica, 21,9% (n=7) consumiam a quantidade recomendada, 8 copos ou mais, 9,4% (n=3) ingeriam menos de 4 copos de água por dia.

Segundo as DRI (2005), o consumo de água na faixa pediátrica deve ser de 1,3 a 1,7 litros por dia, evitando durante as refeições, para evitar distensão gástrica e saciedade precoce (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

A tabela 8 demonstra os hábitos alimentares em relação a alimentos proteicos e cereais, carnes e leguminosas. Os grupos alimentares com maiores prevalências de consumo recomendado, foi o das leguminosas 68,8% (n=22) e leite seus derivados 46,9% (n=15).

Resultados diferentes foram encontrados em um estudo de Spinelli e colaboradores (2013), com 216 crianças de uma escola privada em São Paulo, onde todos os grupos, exceto grupo alimentar de óleos e gorduras, estavam com o consumo inadequado.

Um outro estudo realizado, com nove bailarinos adolescentes de ambos os sexos, por Ribas e colaboradores (2019), demonstrou resultados diferentes, pois o grupo pesquisado apresentava baixa ingestão de cálcio, devido ao consumo de leite e derivados inadequado. Ressaltaram ainda a importância do cálcio no desenvolvimento estrutural.

A tabela 9 refere-se as variáveis sobre gorduras, óleo e sal. Nota-se que a grande maioria possui hábitos adequados em relação a estas variáveis.

Sobre o hábito de retirar gorduras da carne ou pele de frango, 37,5% (n=12) informaram não tirar, sendo este hábito prejudicial pois, uma elevada ingestão de lipídeos, gorduras trans e saturadas, favorece o desenvolvimento das dislipidemias e da obesidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

Na figura 2 está expressa os hábitos não saudáveis. Falando de alimentos energéticos e industrializados, percebeu-se que a metade dos participantes, 50,1% (n=16), consomem de 3 a 5 vezes por semana, já em relação aos alimentos proteicos industrializados, observou-se que 43,8% (n=14) consomem também de 3 a 5 vezes por semana.

Uma revisão de literatura identificou que os fatores que influenciam o consumo de alimentos industrializados em crianças pré-escolares é o estilo de vida da família, mídia,

falta de informação dos responsáveis sobre alimentação saudável e adequada. Neste estudo destacou também a importância do desenvolvimento de ações e estratégias para a promoção da alimentação saudável (Melo e colaboradores, 2018).

O presente estudo demonstrou que a maioria das bailarinas 40,63% (n=13) fazem quatro refeições diárias, sendo o almoço a refeição mais realizada 93,8% (n=30), em contrapartida o lanche antes de dormir foi o de menor adesão 15,6% (n=5).

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com 47 adolescentes, entre 11 e 14 anos, observou-se que a maioria dos pesquisados 46,80% (n=22) realizavam quatro refeições diárias e cerca de 80,75% (n=38) faziam lanches entre as principais refeições (Fidencio e colaboradores, 2018).

A baixa adesão ao lanche antes de dormir pode estar aliado ao consumo de alimentos não saudáveis durante alguma etapa do dia que acabam desencadeando uma falta de equilíbrio no manuseio de pratos mais adequados à faixa etária de cada grupo em específico.

De acordo com Cunha (2014) quando a criança ou o adolescente ingere corretamente o café da manhã e almoço contendo verduras, legumes e frutas certamente não burlarão a sua dieta, não comprometendo outras refeições diárias a que tem necessidade.

Em relação ao resultado da qualidade de vida, apresentada na figura 3, 97% (n=31) apresentaram boa qualidade de vida, ao contrário de 3% (n=1) considerada com baixa qualidade de vida.

Como já foi descrito anteriormente, a mensuração do que seja qualidade de vida é muito subjetiva embora tenham indicadores que podem comprovar a falta de qualidade de vida, ou seja, a presença de patologias, deficiência, problemas crônicos dentre outros. Esse percentual pode estar vinculado ao bem-estar que o balé traz para o grupo, ou seja, a disposição e a satisfação em realizá-lo.

De acordo com Soares e colaboradores (2011), o conceito de qualidade de vida é aquele ligado à saúde da criança e do adolescente em um sentido amplo onde é preciso ainda considerar a ausência de patologias crônicas ou outros tipos de problemas.

Por outra perspectiva, a qualidade de vida em crianças e adolescentes também pode

estar vinculada à prática cada vez mais cedo de atividades físicas que promovam além do seu desenvolvimento físico, redução do sedentarismo e socialização com seus pares e evolução como pessoa (Lazzoli e colaboradores, 1998).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das crianças e adolescentes praticantes de balé pesquisados apresentaram adequado estado nutricional em relação a antropometria, visto que a maior parte das crianças estavam com peso adequado para a idade e as adolescentes eutróficas.

Em relação aos hábitos alimentares percebeu-se que grande parte da amostra possui uma alimentação não saudável, pois, constatou-se um consumo adequado apenas dos grupos: leguminosas, leite e seus derivados, enquanto os demais grupos de alimentos estavam inadequados e se observou elevado consumo de guloseimas.

A alimentação primária, ou seja, nos primeiros anos de vida, repercutirá pela vida toda, sendo que os hábitos alimentares dos pais influenciam nesta educação, uma vez que as crianças possuem maior dependência e adquirem os hábitos passados pelos responsáveis.

Já as adolescentes podem ser influenciadas também por outros agentes externos e por terem um pouco mais de idade e autonomia podem acabar não realizando muitas refeições tidas como saudáveis.

Sobre a qualidade de vida os resultados obtidos foram satisfatórios, concluindo-se que a maioria das bailarinas possuem boa qualidade de vida.

Sugere-se que sejam realizadas atividades de educação nutricional, que contribuam para a promoção de uma alimentação saudável, através de atividades que auxiliem na escolha em relação aos alimentos, criando-se hábitos alimentares e assim contribuindo para um melhor desempenho físico.

REFERÊNCIAS

- 1-Alves, M. N.; Muniz, L. C.; Vieira, M. D. F. A. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18. 2013. p. 3369-3377.

- 2-Araujo, E. D. S. D.; Silva, G. D. S.; Xavier, N. D. J. V. T. Estado nutricional de bailarinas de uma companhia de dança de Teresina-PI. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI. Teresina. Vol. 5. Núm.1. 2012. p.42-47.
- 3-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010/Abeso. 3ª edição. Itapevi, AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>
- 4-Assumpção Junior, F. B.; Kuczynski, E.; Sprovieri, M. H.; Aranha, E. M. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI-Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. Arq. Neuro-psiquiatr. Vol. 58. Núm.1. 119-27. 2000.
- 5-Boccaletto, E. M. A.; Mendes, R. T.; Vilarta, R. Diagnóstico da alimentação saudável e atividade física em escolas municipais de Artur Nogueira-SP. Campinas. Ipes. Vol. 1. 2010. 102 p.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar. Como ter uma alimentação saudável. Brasília-DF. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel_1edicao.pdf
- 7-Castro, P. D. S.; Brandão, E. R. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 23. 2018. p. 2917-2926.
- 8-Chaves, E. S.; Araújo, T. L.; Chaves, D. B. R.; Souza Costa, A. G.; Souza Oliveira, A. R.; Alves, F. E. C. Crianças e adolescentes com história familiar de hipertensão arterial: indicadores de risco cardiovasculares. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 22. Núm. 6. 2009. 793-799.
- 9-Cunha, L. F. D. A importância de uma alimentação adequada na educação infantil. TCC de Pós-Graduação em Ensino de Ciências. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ibaiti. 2014.
- 10-Cunha, P. R. F.; Machado, L. M. M. Avaliação do estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, consumo e comportamento alimentar de discentes de balé clássico em uma escola de dança em Belém-PA. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 13. Núm. 78. 2019. p. 219-230.
- 11-D'Avila, H. F.; Poll, F. A.; Mello, E. D. O Panorâma da Qualidade de Vida Associada Ao Estado Nutricional. International Journal of Nutrology. Vol. 11. Núm. 1. 2018.
- 12-Vargas, J. G.; Bernardi, J. R.; Gallon, C. W. Perfil nutricional e autopercepção corporal de bailarinas adolescentes. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol. 5. Núm. 29. 2012.
- 13-Dourado, C. P.; Santos, J. L.; Soares, B. M.; Baratto, I.; Santos, E. F.; Bennemann, G. D. Perfil nutricional de adolescentes praticantes de balé clássico do município de Guarapuava-Paraná. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol. 6. Núm. 35. p. 9. 2012.
- 14-Fattori, S. B. Satisfação da imagem corporal e comportamento alimentar de bailarinas amadoras da cidade de Canela-RS. TCC do Bacharelado em Nutrição. Universidade de Caxias do Sul. Canela. 2017.
- 15-Ferraz, A. P.; Alves, M. R. A.; Bacurau, R. F. P.; Navarro, F. Avaliação da dieta, crescimento, maturação sexual e treinamento de crianças e adolescentes atletas de ginástica rítmica. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol. 1. Núm. 1. 2007.
- 16-Fidencio, J.; Kuntz, M. G. F.; Czarnobay, S. A.; Campos, V. M. Associação entre estado nutricional, horas de consumo de tela e de atividade física em adolescentes. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 12. Núm. 72. 2018. p.535-541.
- 17-Fontes, G. A. V.; Mello, A. L.; Sampaio, L. R.; Luz, G. F.; Oliveira, C. C. D. Manual de avaliação nutricional e necessidade energética de crianças e adolescentes: uma aplicação prática. In Manual de avaliação nutricional e necessidade energética de crianças e

- adolescentes: uma aplicação prática. 2012. p. 88-88.
- 18-Frisancho, A. R. Anthropometric Standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann. Arbor: University of Michigan Press. 1990.
- 19-Fulco, M. V. F. Comportamento alimentar e seu reflexo sobre o estado nutricional de adolescentes de uma escola pública. Revista Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro. Vol. 13. Núm. 1. 2016. p.86-94.
- 20-Lazzoli, J. K.; Nóbrega, A. C. L. D.; Carvalho, T. D.; Oliveira, M. A. B. D.; Teixeira, J. A. C.; Leitão, M. B.; Rezende, L. Atividade física e saúde na infância e adolescência. Revista brasileira de medicina do esporte. Vol. 4. Núm. 4. 1998. p.107-109.
- 21-Macedo, N. L. S.; Lima Moura, R.; Silva, E. B.; Silva, J. C. C.; Oliveira, N. D.; Souza, G. S. F.; Silva, J. Y. P. Fatores Associados à Prevalência da Hipertensão Arterial em Crianças E Adolescentes: uma Revisão. International Journal of Nutrology. Vol. 11. 2018.
- 22-Manificat, S.; Dazord, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. Vol. 45. 1997. 106-114.
- 23-Melo, M. C.; Oliveira, G. S.; Silva, A. E. A.; Silva, D. S. P.; Azevedo, T. K. B. Crianças Pré-Escolares: uma revisão sobre o consumo de alimentos industrializados. Revista Humano Ser. Vol. 3. Núm. 1. 2018.
- 24-Morelli, N. R.; Santos, G. M. G. C. Avaliação do estado nutricional e do comportamento alimentar de bailarinas de uma Escola particular do centro de Londrina-PR. Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa. Vol. 27. Núm. 53. 2018. p. 35-50.
- 25-Muniz, L. C.; Zanini, R. D. V.; Schneider, B. C.; Tassitano, R. M.; Feitosa, W. M. D. N.; González-Chica, D. A. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru-PE. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 18. 2013. p. 393-404.
- 26-Neves, J. C. J.; Souza, A. K. V.; Fujisawa, D. S. Controle postural e atividade física em crianças eutróficas, com sobrepeso e obesas. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol. 23. Núm. 3. 2017. p. 241-245.
- 27-Pedraza, D. F.; Silva, F. A.; Melo, N. L. S. D.; Araujo, E. M. N.; Sousa, C. P. D. C. Estado nutricional e hábitos alimentares de escolares de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Ciência & saúde coletiva. Vol. 22. 2017. p. 469-477.
- 28-Pelonha, R. N. C. Insatisfação e distorção da imagem corporal em bailarinas adolescentes. TCC de Graduação em Nutrição. Departamento de Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN. 2018.
- 29-Pereira, A. C. D. S.; Moura, S. M.; Constant, P. B. L. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Vol. 29. Núm. 2. 2008. p. 189-200.
- 30-Ribas, M. R.; Júnior, N. W.; Silva, A. C. T. A.; Santos Cavalheiro, F.; Santos Teixeira, T. A. G.; Bassan, J. C. Conduta nutricional de bailarinos adolescentes de ambos os sexos. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol. 13. Núm. 77. 2019. p. 27-34.
- 31-Silva, G. M. F.; Silva, T. K. R.; Freitas Melhem, A. R.; Silva Tortorella, C. C. Avaliação nutricional, consumo alimentar e percepção de hábitos saudáveis entre escolares de 10 a 14 anos. Revista de Atenção à Saúde. Vol. 16. Núm. 57. 2018.
- 32-Silva, D. A. S.; Silva, R. J. S. Associação entre prática de atividade física com consumo de frutas, verduras e legumes em adolescentes do Nordeste do Brasil. Revista Paulista de Pediatria. Vol. 33. Núm. 2. 2015. p. 167-173.
- 33-SISVAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN orientação básica para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília-DF. Ministério da Saúde. 2004.
- 34-Soares, A. H. R.; Martins, A. J.; Lopes, M. D. C. B.; Britto, J. A. A. D.; Oliveira, C. Q. D.; Moreira, M. C. N. Qualidade de vida de

crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16. 2011. p.3197-3206.

35-Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação. São Paulo. Departamento de Nutrologia. 2009.

36-Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Rio de Janeiro. Departamento de Nutrologia. 3ª edição. Rio de Janeiro-RJ. 2012. 148 p.

37-Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia Manual Lanches Saudáveis. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª edição. São Paulo. 2018.

38-Spinelli, M. G. N.; Morimoto, J. M.; Freitas, A. P. G.; Barros, C. M.; Dias, D. H. S.; Pioltine, M. B.; Navarro, R. B. Estado nutricional e consumo alimentar de pré-escolares e escolares de escola privada. *Ciência & Saúde*. Vol. 6. Núm. 2. 2013. p. 94-101.

39-World Health Organization. WHO. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland. WHO. 2006.

40-World Health Organization. WHO. Growth reference data for 5-19 years: WHO reference 2007. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponível em <http://www.who.int/growthref/en/>

Autor para correspondência:

Fabrcia de Araujo Reis.

fabriadearaujoreis@gmail.com

Rua Uberlândia, 366- Nova Carapina 1.

Serra-ES, Brasil.

CEP: 29170-076.

Recebido para publicação em 20/01/2020

Aceito em 09/05/2020