

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE NUTRIÇÃO

KÁLITA RAQUEL VEIGA DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL**

LAGES- SC

2020

KÁLITA RAQUEL VEIGA DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Universitário – UNIFACVEST, como
requisitos para a obtenção do Título de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nádia Webber
Dimer.

Co-orientador: Prof^a. Patrícia Baptista

LAGES- SC

2020

KÁLITA RAQUEL VEIGA DA SILVA

**AÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA PREVENÇÃO DO
SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL**

KÁLITA RAQUEL VEIGA DA SILVA

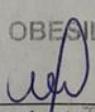
Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Universitário – UNIFACVEST, como
requisitos para a obtenção do Título
de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nádia
Webber Dimer.
Co-orientador: Prof.^a Patrícia Baptista

Lages, SC 09/07/2020.

Nota 9,5

**AÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA PREVENÇÃO DO
SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL**



(Assinatura do orientador do trabalho)



Nádia Webber Dimer
Coordenadora do Curso de Nutrição

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Universitário – UNIFACVEST, como
requisitos para a obtenção do Título
de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nádia
Webber Dimer.
Co-orientador: Prof.^a Patrícia Baptista

LAGES
2020

Dedico essa e todas as demais conquistas aos meus amados pais, que são a minha base e que nunca me deixaram faltar nada principalmente a força de vontade para correr atrás dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar saúde e nunca me deixar desistir nos momentos mais difíceis, por me dar amigos sinceros e uma família maravilhosa que nunca mediu esforços para me ajudar no que fosse preciso.

Agradeço aos meus pais Lucas e Janete meu maior exemplo de que não devemos para de lutar até conseguirmos o melhor. Obrigado por tudo principalmente por me proporcionarem viver esse momento mágico na minha vida e por nunca soltarem a minha mão minha eterna gratidão a vocês que são a minha luz.

Ao meu noivo Willian que desde que me mudei sempre me deu todo o apoio que precisava, me incentivou e me fez acreditar que eu era muito maior que os meus medos, e durante esses longos 4 anos me fez acreditar que tudo na vida vale a pena quando temos pessoas especiais ao nosso lado. Gratidão!

Aos meus sogros Teresinha e César que de várias maneiras me ajudaram nessa conquista, me deram incentivo e muito apoio. Obrigada.

Aos meus professores pelos ensinamentos ao longo desses anos, a minha co-orientadora professora Patrícia Baptista que com muita atenção e paciência me cedeu um pouco do seu tempo para me orientar. Gratidão!

Aos meu colegas de classe, em especial Daiane Boeira e Juliana Reich que apesar dos desentendimentos foram que me deram forças para continuar, obrigado por todos os momentos, em que brincamos, estudamos e fomos neuróticos, obrigado pelos abraços, com certeza essa caminhada não seria a mesma sem vocês. Obrigada de coração.

AÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL

Kálita Raquel Veiga da Silva¹
Prof^a. Dra. Nádia Webber Dimer²
Prof^a. Patricia Guimarães Baptista³

1

RESUMO

Muitos estudos tem abordado a importância do aleitamento materno para evitar a obesidade em crianças, pois o mesmo protege de diversas patologias e também auxilia para um crescimento adequado e mais saudável. Os mecanismos de proteção vão desde a composição única do leite humano, a escolaridade materna, o padrão alimentar e também os níveis socioeconômicos. Este trabalho tem como objetivo analisar a associação do sobrepeso e da obesidade infantil com o aleitamento materno e a alimentação complementar, além do impacto que a não amamentação pode causar. Foi realizado uma pesquisa de campo quantitativa com 28 crianças que frequentavam a unidade de saúde, e os mesmos analisados para uso no trabalho. Os resultados destacam que 35% das crianças avaliadas apresentaram sobrepeso é quase metade das crianças analisadas, e muitas com uma alta porcentagem no consumo de alimentos industrializados após um ano de idade e/ ou introdução alimentar complementar precoce, e as que não receberam aleitamento materno até os 6 primeiros meses de vida. Conclui-se que é de extrema importância que as crianças recebam leite materno por até no mínimo dois anos de idade, e que a sua alimentação seja variada, equilibrada e rica em nutrientes essenciais para seu desenvolvimento. Apesar de ainda muitos estudos não terem apontado uma afirmativa sobre a relação do aleitamento com a obesidade e sobrepeso, enfatiza-se que estudos mais aperfeiçoados serão feitos, para chegar em uma análise mais indicativa.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Obesidade infantil; Introdução complementar.

¹ Acadêmico do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIFACVEST.

² Graduada em Nutrição pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Mestrado/ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul (UNESC).

³ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas-RS (UFPel), Especialista em Administração em Serviços de Saúde (UNAERP/SMRG) e em Gestão Estratégica de Pessoas (Faculdade SENAC).

AÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL

Kálita Raquel Veiga da Silva¹
Prof^a. Dra. Nádia Webber Dimer²
Prof^a. Patricia Guimarães Baptista^{3,2}

ABSTRACT

Many studies have addressed the importance of breastfeeding to avoid obesity in children because it protects from various pathologies and also assists growth adequate and healthier. The mechanisms of protection range from unique composition of human milk, maternal education, the food pattern, and also the socioeconomic levels. This work aims to aim to analyze the association of overweight and childhood obesity with breastfeeding and complementary feeding beyond the impact that the non breastfeeding can cause. Research was carried out quantitative field with 28 children who attended the health unit, and the same analyzed for use at work. The results highlight 35% of children evaluated overweight is almost half of the children analyzed, and many with a high percentage of food consumption industrialized after a year of, age and/ or early complementary food introduction and those, that did not receive breastfeeding until the first 6 months of life. It is concluded that it is extremely importance that children receive breast milk for up to a minimum of two years age, and that their food be varied, balanced and rich in nutrients essential for its development. Although many studies still don't have pointed out a statement about the relationship between breastfeeding and obesity and overweight, it is emphasized that studies more perfected will be made, to arrive at a more indicative analysis.

Key words: Breastfeeding; Child obesity; Complementary introduction.

¹ Acadêmico do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIFACVEST.

² Graduada em Nutrição pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Mestrado/ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul (UNESC).

³ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas-RS (UFPel), Especialista em Administração em Serviços de Saúde (UNAERP/SMRG) e em Gestão Estratégica de Pessoas (Faculdade SENAC).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
1.2.2 OBEJTIVO ESPECIFICO	11
1.3 JUSTIFICATIVA	11
1.4 HIPÓTESES	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3. MATERIAIS E MÉTODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO	17
3.2 AMOSTRA E COLETA DOS DADOS.....	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5. CONCLUSÃO	31
REFERENCIAS	32
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO	37
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno reflete uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina, garantindo a melhor saúde possível, assim como o melhor resultado no desenvolvimento e estado psicológico da criança (BALABAN e SILVA 2004).

Segundo Cunha, 2001 o leite humano é visto como o alimento ideal para o primeiro ano de vida, incluindo assim bebês prematuros ou doentes.

Muitos estudos tem mostrado que o aleitamento materno exclusivo protege as crianças contra doenças infecciosas (meningite bacteriana, diarreia, infecção do trato respiratório, otite e infecção do trato urinário), também proporciona crescimento adequado e estende a probabilidade de continuação da amamentação total durante, no mínimo, o primeiro ano de vida (KRAMER *et al.*, 2002 *apud* BALABAN e SILVA 2004).

Para MONTE e GIUGLIANI, 2004, na página 131, o leite materno é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida, após esse período deve se iniciar a alimentação complementar, é de extrema importância que esses alimentos seja adequada as necessidades da criança, que é essencial na prevenção de várias doenças incluindo o sobrepeso.

A composição única do leite é um dos possíveis mecanismos biológicos que induzem a função protetora do leite materno contra a obesidade. Os nutrientes presentes no leite materno são qualitativa e quantitativamente diferentes de qualquer fórmula infantil, pois ele contém substâncias bioativas que afetam a diferenciação e proliferação dos adipócitos, podendo influenciar o crescimento e desenvolvimento dos tecidos (NOVAES *et al.*, 2009).

O aleitamento estimula o controle da saciedade interna, que permite a criança controlar a quantidade do leite consumido. Assim, é possível que os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvam mecanismos mais eficazes para regular sua ingestão energética. A leptina é um hormônio que tem a ação de inibir o apetite e as vias anabólicas e estimular as vias catabólicas, a presença do hormônio leptina no Leite Materno (LM), poderia desempenhar um papel regulador no metabolismo do lactente (VATTEN *et al.*, 2002 *apud* BALABAN e SILVA 2004, p.13). As crianças quando amamentadas podem ter uma melhor capacidade de manipular as concentrações séricas de colesterol em relação as crianças que

recebem fórmulas lácteas, isso poderia prevenir uma obesidade na idade adulta (OLIVEIRA e ESCRIVÃO 2004 apud INÁCIO *et al.*, 2007).

Crianças que mamam em mamadeiras podem ser encorajadas a terminar o conteúdo desse recipiente, mesmo quando já atingiram a saciedade, com isso poderá levar a diferenças posteriores na habilidade de autorregular a ingestão energética, já que a crianças não consegue controlar sua ingestão, essa conclusão é referenciada por DEWEY, 2003 *apud* NOVAES *et al.*, 2009, p.145).

Já BALABAN e SILVA 2004, na página 13 relata que em casos nas quais os pais têm um maior controle sobre a alimentação dos filhos, pode haver prejuízo para a evolução dos mecanismos de autorregulação da ingestão energética da criança, pois os mecanismos externos de controle podem superar os sinais internos de fome e saciedade (BIRCH e FISHER, 1998 apud HILL, 2002 apud BALABAN e SILVA, 2004, p.13). Portanto, a alimentação com a mamadeira, por exemplo, poderia favorecer o desenvolvimento do sobrepeso por promover uma ingestão excessiva de leite e/ou por prejudicar o desenvolvimento dos mecanismos de autorregulação.

Com o aumento da obesidade infantil é bastante preocupante o risco que essas crianças têm de tornarem-se adultos obesos, além de várias condições mórbidas associadas à obesidade: como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, distúrbios psicossociais (BALABAN e SILVA, 2004). Por isso, é de grande importância realizar um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, pois, segundo Dewey (2003) *apud* Novaes *et al.*,(2009), embora o efeito da amamentação possa não ser acentuada, sua função na prevenção do sobrepeso pode, ainda, ser importante em virtude da atual epidemia do sobrepeso infantil no mundo.

Diante do exposto, o aumento da obesidade em lactentes é resultado de um desmame precoce e incorreto, decorrente de erros alimentares no primeiro ano de vida, principalmente, nas populações urbanas as quais abandonam precocemente o aleitamento materno e o substituem por alimentos hipercalóricos, em quantidades superiores às necessárias para seu crescimento desenvolvimento.

Maior tempo de aleitamento materno por mulheres adultas pode ser explicado por sua maior experiência e conhecimento acerca da amamentação? A alimentação complementar deve ser apropriada no tempo de introdução, adequada na forma de apresentação, quantidade e oferta, além de ser segura?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 **Objetivo geral**

Esse trabalho teve como objetivo analisar a associação do sobrepeso e obesidade infantil com o aleitamento materno e a alimentação complementar.

1.2.2 **Objetivo específico**

- Identificar as causas do desmame e da introdução da alimentação complementar precoce;
- Compreender a importância do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida;
- Descrever a relação entre o desmame precoce e a introdução da alimentação complementar com o sobrepeso e obesidade infantil.
- Analisar as possíveis causas que levam as crianças a desenvolver sobrepeso e obesidade em relação as crianças que foram submetidas ao aleitamento materno exclusivo para as que não foram.

1.3 JUSTIFICATIVA

Diante dos acontecimentos ocorridos em relação a obesidade infantil, o presente estudo teve como propósito pesquisar os motivos que levam a esse desfecho e avaliar as causas da diminuição do aleitamento e a introdução alimentar complementar de alimentos não nutritivos. Segundo Brecailo *et al.*, (2010) o trabalho materno fora de casa mostrou-se associado ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses, indicando que o fato da mãe exercer atividades remuneradas fora de casa dificulta e interrompe a continuidade do aleitamento materno exclusivo aos seis meses, demonstrando a necessidade real de ações de apoio à mãe trabalhadora.

A importância desse tema está relacionada ao aumento nas taxas de obesidade decorrentes de maus hábitos alimentares oferecidos pelos pais no começo da introdução alimentar complementar, o que merece uma maior atenção, principalmente dos pais em relação a esse assunto. Com a complementação alimentar aos seis meses, as crianças passam a ingerir menos leite materno, ou seja, o leite é substituído pelos alimentos complementares (SACHDEV *et al.*, 1991, *apud* GIUGLIANI, 2000), situação que ocorre mesmo quando a frequência da amamentação é mantida. Muitas vezes, alimentos proporcionados pelos pais no começo da introdução alimentar complementar, situação que objetiva uma maior

atenção dos pais com relação ao assunto, são menos adequados sob o ponto de vista nutricional do que o leite materno.

1.4 HIPÓTESES

a) O aleitamento materno exclusivo até os seis meses poderia diminuir e/ou prevenir a obesidade infantil.

b) A alimentação complementar precoce/deficiente pode estar associada a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

c) O desmame precoce e a alimentação complementar da criança poderiam ser associados a obesidade infantil.

d) O desmame precoce e a introdução alimentar antes dos 6 meses da criança poderia estar associado ao sobrepeso e obesidade infantil.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A obesidade infantil tem sido apontada como um problema de saúde pública, a sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com proporções epidêmicas em todo o mundo provocando um impacto negativo na saúde pública (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

Se comprovado seu efeito protetor, o aleitamento materno poderia se transformar em uma arma na prevenção de doenças crônicas, o que se acrescentaria às suas inúmeras vantagens (BALABAN e SILVA, 2004 *apud* NOVAES *et al.*, 2009).

Segundo Araújo, Beserra e Chaves (2006) adiposidade na infância, em sua grande parte, não está diretamente relacionada ao consumo excessivo de alimentos, mas sim ao consumo de alimentos hipercalóricos, ligados a hábitos de vida sedentários. A construção deste padrão alimentar e comportamental tem como intermediador fatores gestacionais, familiares e socioculturais.

As vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido estão vinculadas ao fato de este suprir as necessidades nutricionais que toda a criança precisa por aproximadamente os seis primeiros meses de vida, a qual oferece resistência contra infecções e estabelece o vínculo psicológico entre mãe e filho. Outros fatores importantes também se relacionam ao ato de amamentar, como: reduzir as malformações da dentição, estimular e exercitar a musculatura que envolve o processo da fala, promover melhor a dicção e proporcionar tranquilidade ao recém-nascido (SANTOS, 2004).

Durante a infância ocorre a interação entre funções imunológicas e os fatores ambientais, infecciosos e nutricionais, sendo que o aleitamento materno tem papel complementar fundamental na manutenção imunológica. Por meio de propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras, o aleitamento materno complementa a imunidade secretora de lactentes contra patógenos gastrintestinais e respiratórios, além de estimular a manutenção imunológica das superfícies mucosas, propiciando benefícios a longo prazo (MACHADO, 1995).

Durante os primeiros anos de vida, é de extrema importância que os pais tenham uma orientação alimentar adequada e específica para que entendam não apenas quais são os alimentos que devem ser consumidos e que devem estar nas refeições das crianças, mas também quanto a sua forma de preparo, quantidade e

idade em que devem ser introduzidos, o crescimento saudável é alcançado com uma alimentação adequada, oferecer a crianças outros alimentos além do leite materno antes do sexto mês de vida pode tornar a crianças mais vulnerável a diarreias, a infecções respiratórias, gastrointestinais e a desnutrição, assim levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento adequado (WEFFORT e LAMOUNIER, 2009).

É possível que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir apresentar sobrepeso ou obesidade. Entre os possíveis mecanismos implicados a essa proteção, encontra-se um melhor desenvolvimento da auto-regulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas e a composição única do leite materno participando no processo de programação metabólica, alterando, por exemplo o número e tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica (HAISMA et al., 2015).

De acordo com Dawey (2003) e Palma (2004) devido à alta velocidade de crescimento, a criança quando pequena, faz parte de um dos grupos mais vulneráveis aos erros, deficiências e excessos alimentares, com consequências em seu estado nutricional. A constituição do tecido adiposo ocorre a partir da geração de células adiposas (adipócitos). Estas são desencadeadas por meio de uma nutrição excessiva de carboidratos e proteínas que, quando não metabolizados, são armazenados sob a forma de gordura no tecido subcutâneo. Logo, quanto maior for o armazenamento de gordura, maior será o número de células adiposas geradas, e, conseqüentemente, de tecido adiposo.

Segundo Simon, Souza e Souza (2009) o leite materno, contra o sobrepeso e obesidade de crianças, se mostra efetivo diante de uma pesquisa instituída em crianças pré-escolares, deste modo, a pesquisa comprovou que quanto maior a quantidade de leite materno recebido nos primeiros dois anos de vida, maior é a proteção a fatores como obesidade e sobrepeso.

De acordo com Balaban e Silva (2004) e Silveira *et al.*, (2008), a obesidade infantil pode gerar sérias consequências, como sendo a curto prazo estão as desordens ortopédicas, distúrbios respiratórios (apnéia do sono), diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias, além de distúrbios psicossociais e de algumas neoplasias. Já as consequências a longo prazo referem-se à mortalidade aumentada

por todas as causas e por doenças coronarianas naqueles indivíduos que foram obesos na infância e adolescência.

A dificuldade de aceitar regras e limites contribui para o agravamento, bem como as seleções descontroladas da alimentação, incorreto e excedente. Além do fator excesso de comida, a alimentação encontra-se relacionada a um refúgio para medos, angústias, temores e rejeição (SANTOS, 2003).

É importante ressaltar que, em crianças alimentadas com mamadeira, a quantidade consumida é, principalmente, regulada via volume, o que pode resultar na superalimentação do bebê, ou seja, enquanto não há o consumo de todo conteúdo da mamadeira, a mãe não se tranquiliza quanto ao fato de a criança estar bem alimentada. Assim, crianças amamentadas ao seio podem adquirir maior controle sobre seus hábitos alimentares do que as alimentadas com mamadeira (LIESE *et al.*, 2001).

A amamentação da criança com leite exclusivamente materno está positivamente associados como fatores de proteção, e alguns dos fatores de risco que podem desencadear o desmame precoce seriam, o baixo peso da criança, o trabalho da mãe fora de casa e as dificuldades encontradas pela mãe para amamentar (BAPTISTA, ANDRADE e GIOLO, 2004).

Os fatores dietéticos que contribuem para a obesidade infantil começam já na vida intrauterina, representados pela alimentação materna e mesmo antes com a condição nutricional da mãe anterior a gestação, ambos influenciando a situação nutricional do recém-nascido e posteriormente da criança e do adolescente. A inconsequência do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, visto que no período gestacional é a fase na qual as necessidades nutricionais são distintas por conta dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal (GALLETA *et al.*, 2006).

A dieta da mãe afeta o sabor do leite materno e os diferentes sabores interferem na ingestão do lactente. Há evidências que a experiência com diversos sabores durante a amamentação facilitará, no futuro, a aceitação de novos alimentos pela criança, contribuindo, assim, para uma alimentação mais variada (BIRCH e FISHER, 1998 *apud* BALABAN e SILVA, 2004).

Programas de conversão para a obesidade infantil tem destacado quão difícil é conseguir minimizar esta situação. Nem todos os que procuram atendimento

têm sucesso mantendo ou reduzindo o índice de massa corporal. Sabe-se ainda, que o envolvimento da família é de extrema importância, pois são os pais que dispõem o ambiente da criança podendo facilitar ou dificultar o controle da ingestão de alimentos menos calóricos. Em geral são os pais que ofertam a criança os alimentos, por meio de preparo das refeições ou autorizando sua compra pela própria criança (CARVALHO *et al.*, 2005).

As propagandas de alimentos têm mostrado sua influência nas escolhas alimentares, tem sido alvo de discussões frequentes, sendo destinada à propaganda parte da responsabilidade pelos problemas de má alimentação da população infantil. Nos últimos anos, a publicidade e a propaganda de alimentos são foco de discussões internacionais, principalmente as focada para o público infantil, considerando o estímulo ao consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcar e sal, bem como a intervenção que os meios de comunicação exercem nas práticas alimentares infantis (HAWKES *apud* REIS, VASCONCELOS e BARROS 2011).

As mudanças na rotina familiar, com a introdução da mulher no mercado de trabalho originaram alterações significativas na prática alimentar infantil. Essas alterações ainda se tornaram mais significativas quando se teve maior acesso as inovações tecnológicas e ao progresso aumentado de produtos alimentícios, objetivando a praticidade em resposta ao estilo de vida moderna. A grade de programação televisiva tem um grande número de propaganda de alimentos industrializados e de baixo valor nutricional voltada as crianças, o que incentiva a sua ingestão e aquisição, e diminuiu o consumo de alimentos saudáveis (ISHIMOTO e NACIF 2001 *apud* MONTEIRO 2009).

Dados recentes revelam que a obesidade infantil está aumentando no Brasil, principalmente nos lugares mais pobres da população, considerando as dificuldades do tratamento da obesidade em crianças e adolescentes torna-se fundamental, uma média preventiva que está sendo explorada, por meio de estudos, simples e de baixo custo, é o uso exclusivo do aleitamento materno até os seis meses de vida, já que estudos apontam o leite como tendo um efeito protetor contra a obesidade infantil (VIUNISK, 2000).

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO POPULAÇÃO

Foi realizado uma pesquisa de campo, do tipo aplicada, de valor qualitativo, os dados foram coletados durante o mês de fevereiro de 2020 na unidade de saúde do município de Chiapetta- RS.

3. 2 POPULAÇÃO

A população foi composta por crianças que frequentavam a unidade de saúde do município de Chiapetta-RS.

3.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 28 crianças, com idades entre 10 meses e 10 anos, a qual as mães aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.4 MÉTODOS E COLETA DE DADOS

Os dados antropométricos das crianças foram coletados durante as consultas, com o mínimo de roupa e as meninas sem adornos no cabelo, o peso foi verificado com auxílio de uma balança da marca Urano de plataforma com capacidade para 150Kg, o comprimento foi aferido em pé, descalço e com o calcanhar encostado na parede.

Em conjunto com os dados antropométricos coletados como peso e altura para a classificação do estado nutricional das crianças foi realizado o diagnóstico sobre os indicadores da curva IMC para idade recomendados pela OMS, e analisado pelo escore-z para meninos e meninas de 0 a 5 anos (tabela1) e de 5 a 10 anos (tabela 2), foi entregue as mães um questionário (Apêndice B) contendo 20 perguntas que foram respondidas e entregues a pesquisadora, o questionário continha outras informações necessárias em relação ao aleitamento materno exclusivo, a introdução alimentar e a alimentação atual da crianças.

3.5 TRATAMENTOS ÉTICOS

Esse estudo foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIFACVEST (CEP-UNIFACVEST), reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), atendendo as Diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 2012) e também pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 30 crianças que participaram da pesquisa 2 foram excluídas por falta de dados importantes para avaliação. Portanto a amostra final foi composta por 28 crianças, sendo que 2 crianças tinham idades entre 10 e 11 meses, 2 delas com 2 anos de idade, 4 tinham entre 3 e 4 anos, 8 tinham entre 5 e 6 anos, 4 tinham entre 7 e 8 anos e 8 crianças tinham idades entre 9, 10 e 11 anos. Das crianças avaliadas 19 eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino.

O diagnóstico do estado nutricional de cada criança, foi analisado pelo escore-z para meninos e meninas de 0 a 5 anos (tabela1) e de 5 a 10 anos (tabela 2).

Tabela1: Pontos de corte de IMC para idade para crianças menores de 5anos

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e ≤ Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: WHO 2006

Tabela 2: Pontos de corte de IMC para idade para crianças de 5 a 10 anos

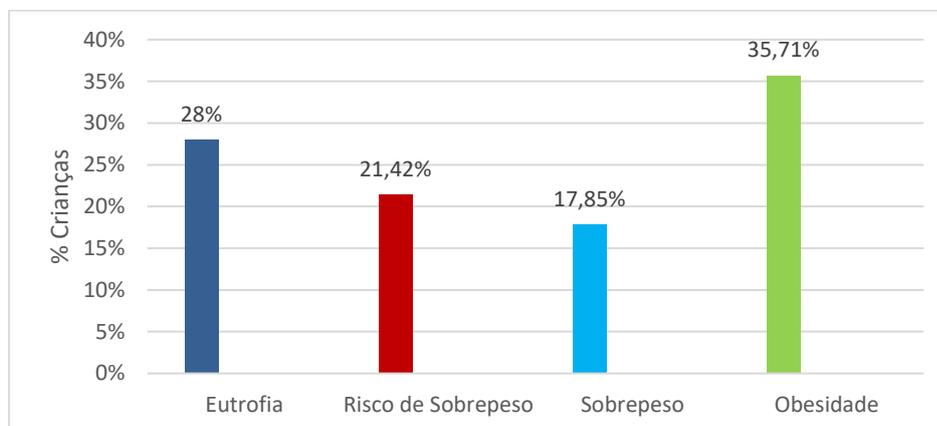
VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	> Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: WHO 2006/2007

Ao avaliar o estado nutricional das crianças, notou-se que a maioria apresentou os dados a seguir gráfico 1: das 28 crianças avaliadas 28% (n=7) foram classificadas como eutroficas, 21,42% (n=6) apresentaram risco de sobrepeso, 17,85% (n=5) apresentaram sobrepeso e 35,71% (n=10) apresentaram obesidade, pode-se observar que o percentual de crianças que apresentaram eutrofia são

inferiores as crianças que apresentaram obesidade. Crianças que estavam acima do peso ao nascer ou após 1 ano de idade somaram-se 25% (n=7) e 75% (n=21) das mães não souberam responder.

Gráfico 1: Avaliação nutricional



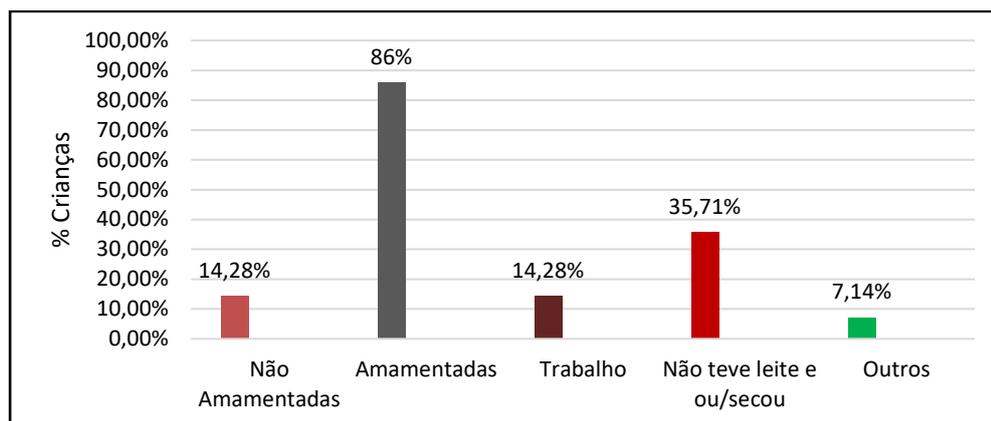
Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Segundo Monteiro *et al.*, (1995) citado por Ribas *et al.*, (1999), a importância da avaliação nutricional decorre da influência decisiva que o estado nutricional representa sobre os riscos de morbimortalidade e sobre o crescimento e desenvolvimento infantil.

O percentual de crianças classificadas com sobrepeso e obesidade, foi maior quando comparado com os valores encontrados no trabalho de Nascimento *et al.*, (2016), a qual o objetivo era analisar a possível associação do sobrepeso em pré-escolares, o tempo de aleitamento materno e a introdução do leite não sendo ele materno.

Como mostra o gráfico 2, sobre o aleitamento materno exclusivo foi possível observar que: 14,28% (n=4) dessas crianças não foram amamentadas ao seio e 85,71% (n=24) foram amamentadas por longo e curto período. Os motivos a qual levou a não amamentação exclusiva ou por longo período e/ou introdução alimentar antes dos seis meses deram-se 14,28 % (n=4) por motivos de trabalho, 35,71% (n=10) de mães que não tiveram leite ou que após um período o leite tenha secado e 7,14% (n=2) por outros motivos não relatados.

Gráfico 2: crianças amamentadas e não amamentadas, motivo.



Fonte: dados da pesquisa 2020.

Vianna et al., (2007) abordou em seu estudo, que quando foi relacionado o trabalho fora do lar, com a prática do aleitamento materno, entre as mães com filhos menores de quatro meses observou-se que no grupo de mães “trabalhadoras”, a prevalência da amamentação total foi significativamente menor. Ao analisar as mães residentes apenas na zona rural, com filhos menores de quatro meses, foi constatado que entre aqueles que trabalhavam fora houve uma prevalência significativamente menor de aleitamento materno exclusivo, sendo introduzido outros tipos de leite e alimentos antes dos 4 meses.

No estudo de Rocha et al., (2010) 40% das mães já haviam amamentado seus filhos anteriormente, com duração em média de nove meses, o motivo do desmame foi citado como, escassez ou falta de leite, o fato de os filhos não aceitarem mais o peito, muitas citaram que o leite era fraco e o bebê chorava muito. É importante orientar para as mães que tiveram resultados negativos anteriormente, que busquem pelo manejo correto de amamentar, trabalhar o medo e as inseguranças tornando assim essa prática mais prazerosa.

As crianças amamentadas ao seio tem uma menor chance de desenvolverem sobrepeso e obesidade na infância e vida adulta e ainda de desenvolverem possíveis patologias, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrintestinal e respiratório, diarreia, alergias, diminuição dos riscos de morbimortalidade e sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado (KRAMER *et al.*, 2001 *apud* TOMA e REA 2008).

Em um estudo de corte transversal, realizado por Hediger et al. (2001), com 2.565 crianças americanas entre 3 e 5 anos de idade, foi observado que as crianças que haviam recebido aleitamento materno, apresentavam uma menor

prevalência de risco de sobrepeso, em relação àquelas que nunca haviam sido amamentadas. Foram levadas em consideração, IMC materno, etnia e peso ao nascer.

Em outro estudo feito por Liese et al. (2001) também transversal, com 2.108 crianças de 9 a 10 anos de idade, provenientes de duas cidades alemãs, foi verificado uma menor prevalência de sobrepeso entre as crianças que receberam aleitamento materno.

As mães que não amamentaram por longo período ao seio, foi oferecido fórmulas infantis as crianças sendo 21,42% (n=6), e outras ofereceram outros tipos de leite ou alimentos. Hoje no mercado encontra-se variados tipos de leites e formulações que acabam substituindo o materno mas não em termos de proteção, podemos encontrar fórmulas de partida, fórmulas de seguimento, fórmulas à base de proteína de soja, isentas de lactose, anti-regurgitação, semi-elementares, elementares e também para prematuros e recém-nascidos de baixo peso.

Infelizmente, ainda é baixa no Brasil a prevalência de lactentes amamentados exclusivamente até os seis meses de idade, período recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo governo brasileiro (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Em uma pesquisa feita por Ribas et al., (1999) em relação ao aleitamento materno exclusivo por pelo menos 4 a 6 meses, proposto pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, está distante da realidade estudada, pois 99,0% receberam outro tipo de alimento até o sexto mês, sendo que, 55,1% das crianças receberam outro tipo de alimento antes de completarem um mês; 34,5% no primeiro ao terceiro mês; 9,4% no quarto ao sexto e 1,0% a partir do sétimo mês.

Por isso é de grande importância os profissionais da área da saúde, buscar informar por meio de cartilhas, as mães gestantes ou que já estão na fase de amamentação a real importância da amamentação exclusiva tanto para as crianças como em benefício a mãe.

O ministério da saúde em 2009 lançou a cartilha saúde da criança 1ª edição: nutrição infantil que vai desde o aleitamento materno até a alimentação complementar, e em 2015 lançou a 2ª edição. Em 2012 a cartilha saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, que aborda hábitos alimentares saudáveis. Em 2013 lançou a 2ª edição da cartilha sobre os Dez passos para uma alimentação saudável: um guia alimentar para crianças menores de 2 anos, são inúmeras

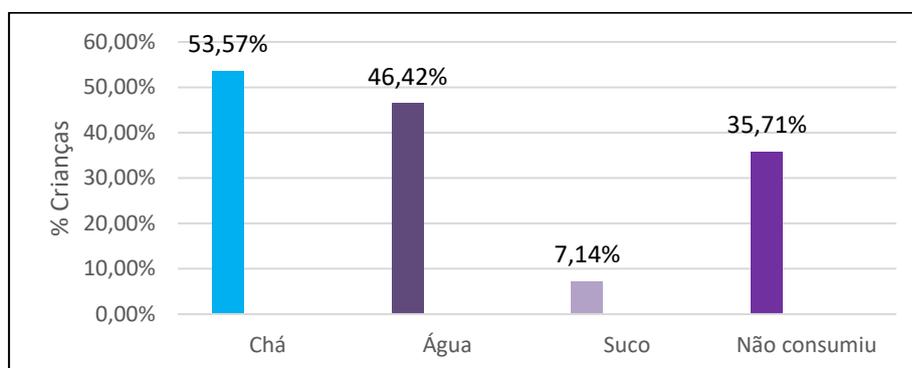
informações que podem ser repassadas as mães nas consultas ou até mesmo nas visitas domiciliares.

Para as mães de primeira viagem, é de grande importância a orientação e motivação sobre a prática de amamentar, sendo mais fácil assimilar o conhecimento e com maior disposição para aprender, pois não tiveram nenhuma experiência que influencia negativamente para esta ação (RAMOS e ALMEIDA, 2003)

Correlacionando a avaliação nutricional das crianças (gráfico 1) com o tempo de aleitamento materno (gráfico 2), foi notório que as crianças que não receberam leite materno ou que receberam por curto período, tiveram um elevado percentual de sobrepeso e alguns já obesos, nesse estudo 35 % das crianças apresentaram obesidade e 17% sobrepeso, a frequência de sobrepeso e obesidade ocorreu nas crianças que não receberam leite materno ou que receberam mas por um curto período, assim é possível que a falta da amamentação tenha influenciado para esse fim. Muitos estudos ainda precisam ser feitos com relação ao aleitamento materno e obesidade. Muitos estudos já apontam o leite materno como efeito protetor contra a obesidade, já que o mesmo protege as crianças contra muitas doenças.

Muitas mães relataram na pesquisa que durante a fase de amamentação foram introduzidos outros líquidos junto ao aleitamento no gráfico 3 mostra a % de crianças que introduziram dois dos líquidos ou todos, os mais citados pelas mães foram água e chá. Chás 53,57 % (n=15), Água 46,42% (n=13), Sucos 7,14% (n=2) e 35,71% (n=10) não consumiram nada além do leite materno.

Gráfico 3: consumo de líquidos durante a fase de amamentação.



Fonte: dados da pesquisa 2020.

A oferta de outros líquidos junto ao aleitamento materno antes dos seis meses é uma prática frequente e, mesmo que esporádica pode resultar em diminuição do consumo de LM e por consequência: menor extração e produção de

leite, contribuindo para o desmame precoce, menor ganho ponderal da criança, maior risco de ocorrência de diarreias (PARIZOTO *et al.*, 2009 *apud* CAMPOS *et al.*, 2015) entre outros.

Rea *et al.*, (1997) verificou em seu estudo que até o final do primeiro mês de vida, 86% das crianças recebem chá, e 50% recebem água. A introdução da mamadeira de leite artificial foi notada em 42% das crianças dessa idade.

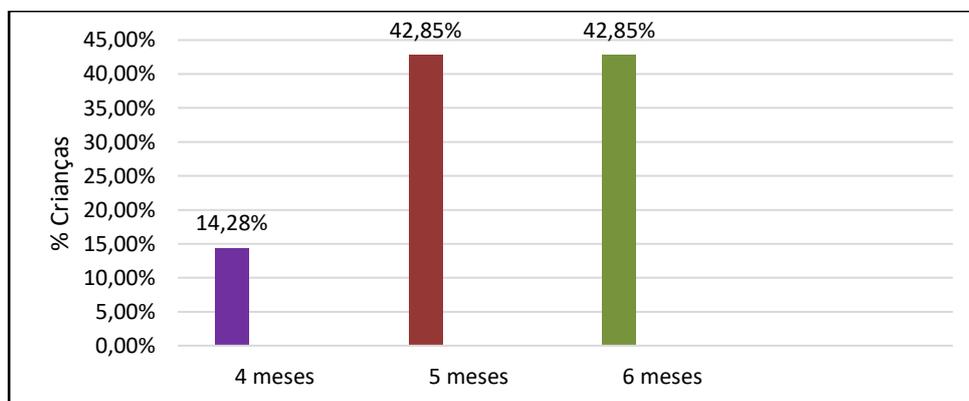
Percegoni (2002), afirma que o chá além de não contribuir em nutrientes, ainda contém substâncias que comprometem a biodisponibilidade de minerais do leite materno, ao saciar o apetite do bebê com esses líquidos, ocorre a redução da sucção de leite da mama, diminui a produção láctea na mãe e contribuindo para o declínio da amamentação.

Em um estudo feito por Oliveira, Parreira e Silva (2014), entre as mães entrevistadas, 46,5% (20) iniciaram a introdução de água, chás e sucos a partir dos seis meses de idade e 53,5% (22) iniciaram essa introdução antes da criança completar os seis meses de idade.

Em estudo feito por Takushi *et al.*, (2006) a oferta de água para saciar a suposta sede do bebê durante a amamentação e o uso de chá para aliviar possíveis cólicas foi pretendida mesmo após elas terem recebido aconselhamento sobre amamentação exclusiva.

A fase da introdução alimentar é de grande importância para a criança, é o primeiro contato com os alimentos ao quais vai ter o hábito de consumir por toda a vida, nessa questão observamos no gráfico 4 que: 14,28 % (n=4) das mães começaram a introdução alimentar com 4 meses, 42,85% (n= 12) começaram com 5 meses e 42,85% (n=12) introduziram alimentos com 6 meses completos.

Gráfico 4: introdução alimentar



Fonte: dados da pesquisa 2020.

Oferecer à criança alimentos que não o leite materno antes do quarto mês de vida é em geral desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento (REA, 1998).

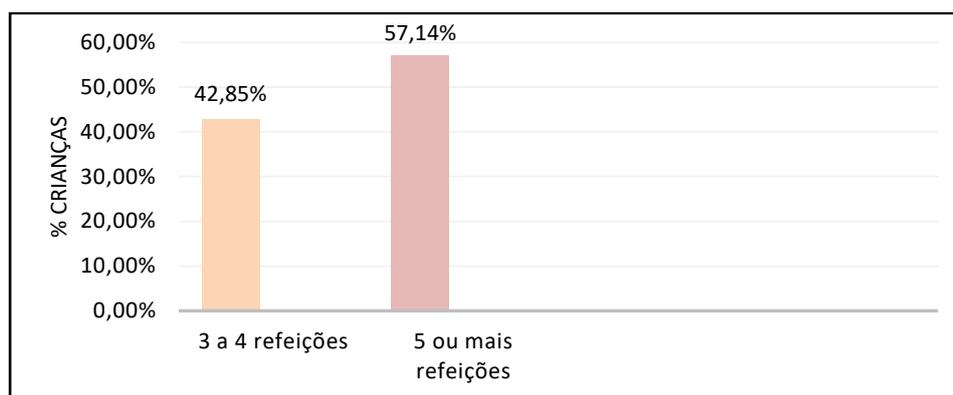
Muitos são os benefícios da introdução em tempo oportuno da alimentação complementar, que, idealmente, não deve ser iniciada antes dos 6 meses de vida, pois pode haver malefícios em se introduzir precocemente tais alimentos (KREMER e KAKUMA 2002 *apud* BRUNKEN *et al.*, 2006). A partir dos 6 meses, deverão ser oferecidos alimentos inicialmente em consistência pastosa, especialmente preparados para a criança, chamados de alimentos de transição, com o aumento progressivo de sua consistência até chegar à alimentação da família, o que deve ocorrer a partir dos 8 meses de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005).

Em uma pesquisa feita por Oliveira, Parreira e Silva (2014), referente à introdução da alimentação complementar, 67,4% (29) das crianças iniciaram essa alimentação aos seis meses de idade, 27,9% (12) antes dos seis meses e 4,7% (2) após os seis meses de idade.

A maior dificuldade é fazer com que a criança aceite uma alimentação variada, para que assim torne-se suas preferências e adquira hábitos alimentares mais saudáveis e adequados, uma vez que muitas crianças têm neofobia, fenômeno este denominado pelo medo de experimentar novos alimentos e sabores. As preferências alimentares das crianças na idade pré-escolar tendem ao elevado consumo de carboidrato, açúcar, gordura e sal, e um baixo consumo de vegetais e frutas, se compararmos às quantidades recomendadas. Esta tendência depende, em grande parte, dos padrões culturais de alimentação do grupo social ao qual ela pertence e a socialização alimentar da criança (RAMOS e STEIN, 2000).

No Gráfico 5, mostra a quantidade de refeições feitas pelas crianças ao longo do dia, 42,85% (n= 12) fazem de 3 a 4 refeições e 57,14% (n=16) delas fazem 5 ou mais refeições.

Gráfico 5: quantidade de refeições ao dia.



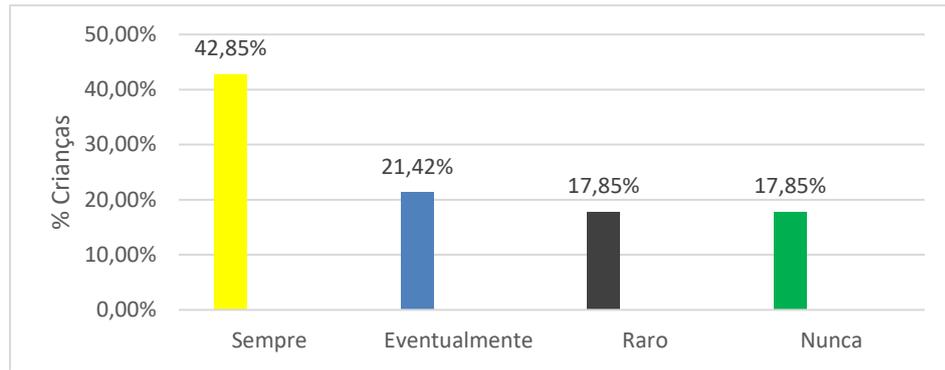
Fonte: dados da pesquisa 2020.

Um estudo feito por Costa e Silva (2009) o consumo de refeições diárias feita pelas crianças foi igual a encontrada na pesquisa, o número de refeições efetuadas por cada criança variou entre as 4 e 6 refeições diárias, a grande maioria 77,5 % faziam o pequeno almoço, o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde e o jantar; somente 12,5 % fazia adicionalmente a ceia. E 7,5% não faziam o pequeno almoço, a pesar de fazerem o lanche da manhã, o almoço, o lanche e o jantar.

Dados da literatura apontam que, um elevado percentual, de crianças e adolescentes não realizam algumas das refeições principais (desjejum, almoço e jantar) e/ou substituem principalmente o jantar por lanches, consomem alimentos industrializados e refrigerantes em grande quantidade. A ingestão desequilibrada de nutrientes na infância e na adolescência pode ser decorrente do tipo de alimento e da preferência de consumo. Em geral, a escolha é por alimentos mais gordurosos, com elevado teor calórico e quase sempre pouco nutritivo, o que propicia a ocorrência de uma alimentação desbalanceada, incluindo déficit ou excesso de ingestão de nutrientes específicos (SAMBATTI e ROGERO, 2004 *apud* MARTINS, WALDER e RUBIATTI, 2010).

Em relação ao consumo de frutas gráfico 6, as mães relataram que 42,85% (n= 12) delas consomem sempre nas refeições, 28,57% (n=8) consomem eventualmente, 17,85 % (n=5) relataram consumir raramente e 10,71% (n=3) não consomem nunca em nenhuma das refeições, e verduras 42,85% (n=12) consomem sempre, 21,42% (n=6) consomem eventualmente, 17,85% (n=5) consomem raramente e 17,85% (n=5) nunca consomem nas refeições.

Gráfico 6: consumo de frutas e verduras.



Fonte: dados da pesquisa 2020.

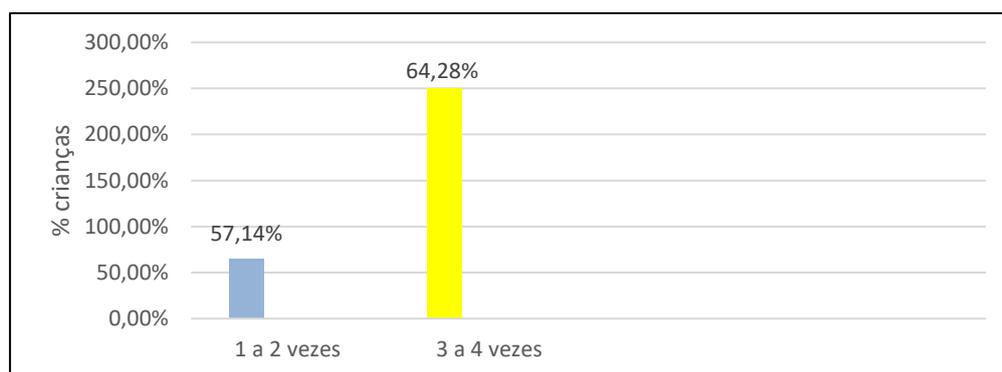
Em dados coletados por Souza, Szarfarc e Souza (1999) em um estudo feito com 317 crianças, as frutas foi um dos alimentos mais consumidos, em relação aos vegetais folhosos observou-se que entre as crianças mais novas era maior a proporção das que tinham recebido o alimento diariamente no último mês.

Durante a infância, a alimentação precisa ser adequada, é essencial para garantir o desenvolvimento e o crescimento da criança, uma vez que proporcionam energia e nutrientes necessários à manutenção da saúde e ao bom desempenho de suas funções fisiológicas (MENEGAZZO *et al.*, 2011).

Para que não falte nenhum nutriente, a alimentação da criança precisa ser bem planejada, por isso os pratos além de nutritivos precisam ser atraentes, para estimular o interesse da criança pelas refeições (OLIVEIRA e MENDES, 2008 *apud* PAIVA *et al.*, 2012).

Para o consumo dos doces gráfico 7, as crianças apresentaram: 64,28% (n=18) consomem doces de 1 a 2 vezes ao dia e 57,14% (n=5) consomem de 3 a 4 vezes, entre as refeições.

Gráfico 7: consumo de doces.



Fonte: dados da pesquisa 2020.

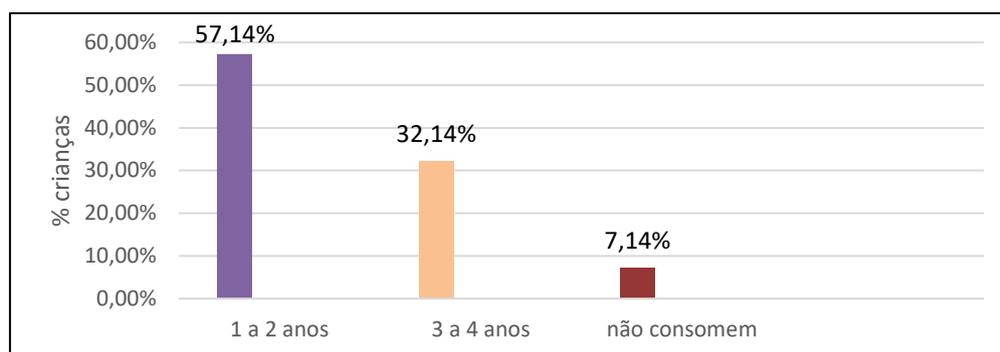
Uma pesquisa feita por Mello, Barros e Moraes (2016), com 4.839 crianças menores de dois anos, observou-se a alta prevalência no consumo de bebidas açucaradas, que esteve associada aos hábitos familiares. Muitos estudos mostram que os doces é um grupo que apresenta elevada frequência de consumo pela população infantil.

No estudo de Ferreira (2015) o consumo de doces e açúcares de adição foi considerado elevado, representando 70% e 68% respectivamente da população estudada, sendo que 40% consumiram o açúcar na adição de preparações antes do sexto mês de vida.

Lembrando que esses alimentos são isentos de outros nutrientes que são importantes para a criança, auxiliam para o aumento da densidade energética na dieta, levam a formação de maus hábitos alimentares, e ao risco de carências nutricionais, e morbidades na vida adulta (DIAS, 2013 apud FERREIRA 2015).

Os embutidos e enlatados gráfico 8 foram observados que apenas 1 criança consumiu antes de 1 ano de idade, e 57,14% (n=16), consumiu a partir de 1 e 2 anos de idade, 32,14% (n=9) a partir de 3 a 4 anos e 7,14 % (n=2) que ainda não consome nenhum tipo desses alimentos.

Gráfico 8: consumo de enlatados e embutidos.



Fonte: dados da pesquisa 2020.

Resultados encontrados por Toloni *et al.*, (2011), observa-se que para aproximadamente 2/3 das crianças foram oferecidos, antes dos 12 meses, alimentos com potencial obesogênico, como macarrão instantâneo, salgadinhos, bolacha recheada, embutidos, suco artificial, refrigerante e bala, pirulito e chocolate. Em outro estudo também mostrou o consumo de embutidos para menores de três meses 0,4%, mesmo sendo um potencial baixo é um risco pois pode levar a criança a óbito devido a imaturidade fisiológica, que não é capaz de digerir essas substâncias.

Em estudos feitos os resultados obtidos por Simon *et al.*, (2009), demonstrou que em relação a alimentação complementar precoce de quase todos os alimentos citados na pesquisa antes dos 6 meses de idade como: chá e água foram um dos alimentos mais ofertados as crianças, seguindo de leite não materno e frutas.

Outros estudos também mostraram a prevalência no consumo de alimentos industrializados para crianças entre seis meses e um ano e observou que 23,2% consumiram embutidos antes de um ano e 40,8% salgadinhos de pacote (HEITOR, RODRIGUES e SANTIAGO, 2011).

No Brasil, o consumo de alimentos minimamente processados ou processados, como arroz, feijão e ovos, diminuiu entre 10% e 27% em 16 anos. O consumo de pão e biscoitos aumentou 21% durante o mesmo período, enquanto o consumo de produtos como carne, lácteos, refrigerantes e doces aumentaram mais de 100%. Como parte desta transição nutricional que vem ocorrendo em toda América Latina e também no Brasil, a obesidade infantil vem aumentando a um ritmo alarmante (MALLARIONE *et al.*, 2013 *apud* BACKES *et al.*, 2016).

Ao final da análise dos dados, chegamos aos alimentos que a criança consome durante o dia ou os que mais consomem, esse foram citados pelas mães e pelas crianças: arroz, feijão e carne foi um dos alimentos com maior consumo pelas crianças, depois vem o pão, macarrão, batata frita, refrigerante, salgadinhos e bolachas, iogurtes, embutidos e pastel, o consumo de frutas e verduras foi extremamente baixo, muitas mães relataram também baixo consumo de água.

O início da obesidade pode ocorrer ainda em pouca idade do ser humano e persistir até a idade adulta. Assim, o diagnóstico precoce de sobrepeso ou obesidade é de grande interesse para a saúde pública, pois o tratamento nesta fase inicial da vida pode ser mais eficiente e menos inoportuno ao estado (NEOVIUS et al., 2004 apud BUENO e FISBERG 2006).

Nos primeiros dois anos de vida a prática alimentar tem uma importante influência na criação dos hábitos alimentares da criança e é diretamente orientada pelo ambiente familiar, este que, quando desfavorável propicia condições que induzem ao incremento de morbimortalidade e distúrbios alimentares que, uma vez adquiridos, são de difícil reversão. Além disso, alterações, carências ou falhas em fases precoces da vida, como na infância, pode resultar em consequências em longo prazo para as funções fisiológicas (MONTE e GIUGLIANE, 2004 apud FERREIRA 2015).

5. CONCLUSÃO

Com esse estudo conclui-se que muitas pesquisas apresentam evidências epidemiológicas a seu favor, se confirmada, representará mais uma das inúmeras vantagens do aleitamento materno, assim como mais uma arma na prevenção da obesidade, iniciando lá na infância.

Os resultados desta pesquisa indicam o cuidado com os alimentos oferecidos as crianças na introdução complementar, e até mesmo ao longo de seu crescimento. Através dos dados associamos o tempo de aleitamento materno a algumas patologias, e também como uma possível prevenção para o sobrepeso e obesidade, quando relacionadas as não amamentadas, ou que receberam leite materno em curto período. Levando em consideração ao tipo de alimento ofertado para as crianças, é possível observar que muitas delas receberam e ainda recebem uma alimentação precoce, muito mais rica em doces, enlatados e embutidos do que com alimentos *in natura*. Pode-se considerar que uma melhor assistência as mães e a saúde materno-infantil, trará melhores resultados quando se tratar de amamentação e alimentação complementar adequada após os 6 meses, continuando com o leite materno no mínimo até os primeiros dois anos de vida, garantindo que o leite tem seu efeito protetor.

REFERENCIAS

ARAÚJO, M.F.M; BESERRA, E.P; CHAVES, E.S. **O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem.** Acta Paul Enfermagem. Fortaleza, v. 19, n.4, p. 450-455, 2006.

ARAÚJO M.F.M; FIACO A.D; PIMENTEL L.S; SCHMITZ B.A.S. **Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, v.4, n. 2, p. 135-141, 2004.

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. **Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil.** Jornal de pediatria. Rio de janeiro, v. 80, n. 1.p 7-16, 2004.

BACKES J.B; QUEIRÓZ A.B.L; FRANZ L.B.B; BUSNELLO M.B. **consumo de alimentos processados no lanche da tarde de escolares.** Salão do Conhecimento Ciência Alimentando o Brasil UNIJUI. 2016.

BAPTISTA, G.R; ANDRADE, A.H.H.K.G; GIOLO, S.R. **Fatores associados a duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região Sul da cidade de Curitiba-PR.** Caderno de saúde Pública. Curitiba-PR, v. 25, n. 3, p.596-604, 2009.

BRECAILO, M.K; CORSO, A.C.T; ALMEIDA C.C.B; SCHMITZ, B.A.S. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava-PR.** Revista de Nutrição. Campinas, v. 23, n.4, p. 553-563, 2010.

BRUNKEN G.S; SILVA S.M; FRANÇA G.V.A; ESCUDER M.M; VÊNANCIO S.I. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro.** Jornal de Pediatria, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006.

BUENO M.B; FISBERG R.M. **Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, v.6, n. 4, p. 411-417, 2006.

CAMPOS A.M.S; CHAOUL C.O; CARMONA E.V; HIGA R; VALE I.N. **Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Piracicaba-SP, v.23, n.2, p. 283-290, 2015.

CARVALHO A.M.P; CATANEO C. GALINDO E.M.C; MALFARÁ C.T. **Auto conceito de imagem corporal em crianças obesas.** Paidéia, v. 30, n. 15, p. 131-139, 2005.

COSTA A; SILVA C. **Obesidade infantil- conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos.** Revista da faculdade de ciências da saúde. Porto: edições universidade Fernando pessoa, n. 6, p. 208-217, 2009.

CUNHA, L.N. **Diet Book Gestante: Tudo o que você deve saber sobre alimentação na gestação, na lactação e para os bebês.** 1ª ed. São Paulo. Mandarim, 2001. p.90-98.

DEWEY, K.G. Is breastfeeding protective against child obesity? J Hum Lact, v. 19, n. 1, p. 9-18, 2003.

FERREIRA F.S. **Consumo de alimentos impróprio por crianças menores de dois anos e suas possíveis consequências.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações, v. 13, n. 1, p. 87-98, 2015.

GIUGLIANI, E.R.J; VICTORA, C.G. **Alimentação complementar.** Jornal de Pediatria. Vol 76. p. 254-262, 2000.

GALLETA M.A; FAZIO E.S; TRECCO S.M; ZUGAIB M. **Nutrição e Gestação- Uma Revisão Geral.** Revista Nutrição Profissional. N° 8, p 11-21. São Paulo, 2006.

GUIMARÃES, A.C.A; FEIJÓ, I; SOARES, A; FERNANDES, S; MACHADO, Z; PARCIAS, S.R. **Excesso de peso e obesidade em escolares: associação com fatores biopsicológicos, socioeconômicos e comportamentais.** Arq Bras de Endocrinol Metab. Vol 56, n° 2, p.142-148, 2012.

HAISMA, H; WELLS, J. C. K; COWARD, W. A; FILHO, D. D; VICTORA, C. G; VONK, R.J; WRIGHT, A; VISSER, G. H. **Complementary Feeding With Cow's Milk Alters Sleeping Metabolic Rate in Breast-Fed Infants.** Journal of Nutrition. v. 135, p.1889-1895, 2005.

HEDIGER, M.L; OVERPECK, M.D; KUCZMARSKI, R.J; RUAN, W.J. **Association between infant breastfeeding and overweight in Young children.** Jama, v. 285, n. 19, p. 2453-2460, 2001.

HEITOR S.F.D; RODRIGUES L.R; SANTIAGO L.B. **Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais.** Ciência Cuidado e Saúde, v. 10, n. 3, p. 430-436, 2011.

INÁCIO, L.A; SABINO, T; OLIVEIRA, A.A; NAVARRO, F. **Aleitamento materno na prevenção da obesidade infantil.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 1 n°5, p 8-14, 2007.

LIESE, A.D; HIRSCH, T; VON, M.E; KEIL, U; LEUPOLD, W; WEILAND, S.K. **Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-y-old children in Germany, Int.J. Obes.** v. 25, n.11, p.1644-1650, 2001.

MACHADO C.S.M. **Desenvolvimento da resposta immune de mucosas: influencias do aleitamento materno e ambientes.** Jornal de Pediatria. N° 5, vol 71, p 241-247. São Paulo, 1995.

MARTINS D; WALDER B.S.M; RUBIATTI A.M.M. **Educação Nutricional Atuando na Formação de Hábitos Alimentares Saudáveis de crianças em idade escolar.** Revista Simbio-logias, v. 3, n. 4, p. 86-102, 2010.

MENEGAZZO M; FRACALOSSO K; FERNANDES A.C; MEDEIROS N.I. **Avaliação qualitativa das preparações de cardápios de centros de educação infantil.** Revista de Nutrição. Campinas-SP, v.2 n.24, p. 243-251, 2011.

MONTE, C.M.G; GIUGLIANI, E.R.J. **Recomendações para alimentação complementar das crianças em aleitamento materno.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p.131-141, 2004.

MONTEIRO R.A. **Influência de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha alimentar infantil.** Tese de Doutorado. Brasília, p. 1-224, 2009.

NASCIMENTO, V.G; SILVA, J.P.C; FERREIRA, P.C; BERTOLI, C.J; LEONE, C. **Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar.** Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, p.1-16, 2016.

NOVAES, J.F; LAMOUNIER, J.A; FRANCESCHINI, S.C.C; PRIORE, S.E. **Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil.** Nutrire. Ver. Soc. Bras. Alim. Nutr. São Paulo. Vol. 34, nº2, p. 139-160, 2009.

OLIVEIRA B.B; PARREIRA B.D.M; SILVA S.R. **Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivencia e pratica das mães.** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. Uberaba-MG, v. 3, n.1, p. 2-13, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Padrões de crescimento infantil métodos e desenvolvimento.** 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Padrões de crescimento infantil métodos e desenvolvimento.** 2007.

PAIVA P.Y.U; SANTOS D.A.C; SANTOS L.C.C; SOUZA B.S.R; CRUZ C.L.J.T; SPINELLI M.G.N; MATIAS A.C.G. **A importância do nutricionista na qualidade de refeições escolares: estudo comparativo de cardápios de escolas particulares de ensino infantil no município de São Paulo.** Revista Univap. São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, 2012.

PALMA, D; CARDOSO, A.L; LOPES, L.A; TADDEI, J.A. **Alimentação das crianças: o desmame: quando, como e por quê? Tópicos atuais em nutrição pediátrica.** São Paulo: Atheneu, p. 1-10, 2004.

PERCEGONI N; ARAÚJO R.M.A; SILVA M.M.S; EUCLYDES M.P; TINÔCO A.L.A. **Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais.** Revista de Nutrição, v.15, n1. p. 29-35, Campinas, 2002.

RAMOS C.V; ALMEIDA J.A.G. **Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 79, n.5, p. 385-390, 2003.

RAMOS M; STEIN L.M. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.76 n.3. p, 229-237, 2000.

REA M.F. **Amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria.** Jornal de Pediatria, v.74, n.3, p. 171-173, 1998.

REA M.F; VENÂNCIO S.I; BATISTA L.E; SANTOS R.G; GREINER T. **Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 402-416, 1997.

REIS C.E. G; VASCONCELOS I.A. L; BARROS J.F.N. **Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. Artigo de revisão.** Revista Paulista de Pediatria. Minas gerais, v.29, n. 4, p. 625-633, 2011.

RIBAS D.L.B; PHILIPPI S.T; TANAKA A,C,D'A. ZORZATTO J.R. **Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública. São Paulo- SP, v. 33, n.4, p.358-365, 1999.

ROCHA N.B; GARBIN A.J.I; GARBIN C.A.S; MOIMAZ S.A.S. **O ato de amamentar: um estudo qualitativo.** Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1293-1305, 2010.

SAMBATTI, J.B.A.; ROGERO, M.M. **Alimentação saudável e equilibrada na infância e na adolescência.** In: BARBOSA, V.L.P. Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: exercícios, nutrição e psicologia. São Paulo. Manole, 2004, p. 83-103.

SANTOS A.M. **Obesidade Infantil: excessos na sociedade.** Boletim da saúde. Nº 1, vol 17, p.98-104. Rio Grande do Sul, 2003.

SANTOS, N.C.M. **Assistência de enfermagem materno infantil.** Iatria. São Paulo. 2004.

SILVEIRA, R.B; ALBERNAZ, E; ZUCCHETO, L.M. **Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife. 2008.

SIMON, V.G.N; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. **Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2009.

SOUZA S.B; SZARFARC S.C; SOUZA J.M.P. **Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde escola do município de São Paulo.** Revista de Nutrição. Campinas-SP, 1999.

TOLONI M.H.A; LONGO-SILVA G.; GOULART R.M.M; TADDEI J.A.A.C. **Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo.** Revista de Nutrição Campinas-SP, 2011.

TOMA T.S; REA M.F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** Caderno de Saude Pública. São Paulo, v.24, n. 2, p. 232-246, 2008.

VIANNA R.P.T; REA M.F; VENANCIO S.I; E.M.M. **A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 2403-2409, 2007.

VIUNISK, N. **Leite Materno, emoções e obesidade infantil.** Revista Nutrição em Pauta. São Paulo, v. 8, n. 45, p. 23-26, 2000.

WEAVER, L; MICHAELSEN, K.F. **A good start in life: breast, but complementary foods should not be worse.** Nutrition 2001, 17: 481-3.5.

WEFFORT, V.R; LAMOUNIER, J.A. **Nutrição em pediatria: da neonatologia a adolescência.** Barueri-SP, p. 661, 2009.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST



CURSO DE NUTRIÇÃO

Questionário para pesquisa de TCC Dados da Criança

Nome: _____ Idade: Sexo: F () M ()

Peso:

Estatura:

Aleitamento Materno

- 1) Criança nascida(o):
() Pré-termo () Termo () Pós termo
- 2) Foi amamentada(o) ao seio exclusivamente?
() SIM () NÃO
- 3) Se sim até que idade, em meses? _____

- 4) Ainda está amamentando?
() SIM () NÃO
- 5) Qual motivo de a criança não ter sido amamentada até os 6 meses?

- 6) Antes dos seis meses, junto ao aleitamento materno foi introduzido algum tipo de líquido (chás, água ou sucos)? Se sim quais? _____
() SIM () NÃO
- 7) Fez uso de mamadeira?
() SIM () NÃO
- 8) Se sim, a partir de que idade?

- 9) Fez uso de fórmulas infantis?
() SIM () NÃO
- 10) A partir de que idade está acima do peso? _____

11) Qual o motivo da introdução da mamadeira ou alimentar antes dos 6 meses?

12) Qual motivo do desmame antes dos 6 meses? _____

13) Qual a idade começou a introdução alimentar? _____

Alimentação atual

14) Quantas refeições faz ao longo do dia?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais ()

15) Quais alimentos a criança consome durante o dia (cite alguns)? _____

16) Quantas vezes ao dia consome doces?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais ()

17) Consome frutas diariamente nas refeições?

() Sempre () Eventual () Raro () Nunca

18) Consome verduras e legumes diariamente nas refeições?

() Sempre () Eventual () Raro () Nunca

19) Qual idade começou a consumir alimentos enlatados/embutidos?

20) Qual o alimento a criança mais consome? _____

APÊNDICE B: TERMO D/E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de campo da **Unifacvest**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando, para isso, informar sua decisão a pesquisadora. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar a associação do sobrepeso e da obesidade infantil com o aleitamento materno e a alimentação complementar.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: Responder o questionário. Não há risco ou ônus na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você também não terá bônus.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir sua imagem, pois o objetivo principal é observar a influência da não amamentação exclusiva e introdução alimentar precoce ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade infantil.

O seu anonimato será preservado por questões éticas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador para localizá-lo a qualquer tempo.

Meu nome é Kálita Raquel Veiga da Silva. A pesquisa acontece sob supervisão do professor (a) Nádia Webber Dimer. Meu telefone para contato é (55) 996856532.

Considerando os dados acima, CONFIRMO estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos deste estudo científico e AUTORIZO a publicação dos dados coletados.

Eu.....Idade:.....
Sexo:.....UF:.....Naturalidade:..... Portadora do
documento nº.....(.....), declaro que entendi os objetivos, riscos e
benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Lages, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do sujeito pesquisado