

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA- DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Natássia Scortegagna da Cunha

ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES

Porto Alegre, 2013

Natássia Scortegagna da Cunha

ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

Orientadora: Ilaine Schuch

Porto Alegre, 2013

Natássia Scortegagna da Cunha

ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

Porto Alegre, 31 de julho de 2013.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES, elaborado por Natássia Scortegagna da Cunha, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ilaine Schuch - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Oliveira

Prof^a. Dr. Paul Fisher

Prof^a. Virgílio José Strasburg

*Dedico este trabalho aos meus pais, como forma da minha gratidão
por todo amor e dedicação incansáveis e por
serem a peça fundamental de meu crescimento pessoal.
Aos meus familiares pelo carinho e apoio
dispensados em todos os momentos que
precisei.
E finalmente pelos colegas de Pós Graduação
que foram parceiros em toda caminhada de estudos e aprendizado.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus por ter iluminado o meu caminho.

Aos meus pais, em especial, pelo imenso incentivo e apoio incondicional para seguir os meus sonhos, pela educação base para minha vida e apoio nos meus estudos.

Aos meus familiares que entenderam minha ausência e apoiaram-me em minhas escolhas.

A minha orientadora Elaine Schuch pelo apoio, disponibilidade, colaboração e conhecimentos transmitidos durante a realização deste trabalho.

A minha colega e amiga Fernanda que a Pós-graduação colocou em meu caminho pela alegria, amizade e apoio.

A Coordenação e ex-colegas de trabalho da Escola Infantil Santa Isabel pela possibilidade de realização deste trabalho e por todos os meios colocados à disposição.

Aos meus colegas de trabalho do Programa TelessaúdeRS e da Pós Graduação pelo apoio e amizade em todos os momentos de minha nova etapa de vida.

Enfim, a realização desta monografia marca o fim de uma importante etapa da minha vida.

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma fizeram parte desse caminho e contribuíram para que eu chegasse até aqui para conclusão desse trabalho.

Muito obrigada de coração.

RESUMO

O desenvolvimento precoce da obesidade vem se tornando alarmante na infância, caracterizando-se como um problema de saúde pública que tende a se manter em todas as fases da vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade alimentar de pré-escolares, descrever as características sociodemográficas e econômicas e identificar o estado nutricional de pré-escolares que frequentam uma escola educação infantil filantrópica na cidade de Passo Fundo (RS). Foram avaliadas 41 crianças com idade entre 2 anos e 5 anos e 11 meses. Foi aplicado um questionário de frequência alimentar pelo familiar e/ou responsável a fim de verificar os hábitos alimentares e um questionário para análise das condições socioeconômicas das famílias. Além dos questionários foram realizadas medidas antropométricas. O estado nutricional foi determinado através dos índices antropométricos: estatura/idade e IMC/idade. A prevalência de déficit de altura nas crianças foi de 12,2% e 56,1% dos escolares apresentaram com risco de sobrepeso e/ou obesidade (29,3 e 26,8%, respectivamente). O aleitamento materno foi presente neste estudo em 75,6% dos escolares. Outro aspecto questionado foi o tempo de aleitamento materno onde se verificou que 19,51% dos escolares teve tempo de ≤ 1 mês de vida. Os pais relataram que 46,42% dos escolares comeram em frente à televisão no dia anterior à entrevista. Encontrou-se baixo consumo de verduras, legumes, feijão e leite. Observou-se alto consumo de refrigerantes, salgadinhos de pacote e biscoitos recheados. Torna-se fundamental o investimento na educação alimentar sobre uma alimentação saudável nas escolas e também na família.

Palavras-chave: estado nutricional; pré-escolar; qualidade alimentar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Aleitamento materno

AME - Aleitamento materno exclusivo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

LM – Leite materno

MS - Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais da população.....	22
Tabela 2 – Distribuição das crianças de acordo com.....	23
Tabela 3 – Distribuição das crianças de acordo com.....	24
Tabela 4 – Distribuição das crianças por sexo.....	26
Tabela 5 – Questionário alimentar para crianças entre 2 anos.....	26
Tabela 6 – Frequência semanal de consumo de alimentos.....	28
Tabela 7 – Qualidade alimentar avaliada pelos pais.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 Alimentação infantil	11
2.2 Formação de hábitos alimentares	15
2.3 Estado Nutricional.....	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral.....	18
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Delineamento da pesquisa.....	18
4.2 População de estudo	18
4.3 Critérios de inclusão e perdas por recusa	19
4.4 Coleta de dados	19
4.4.2 Avaliação da qualidade da alimentação	20
4.4.3 Processamento e análise dos dados	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 Características gerais da população	21
5.2 Hábitos alimentares de crianças entre 2 e 5 anos de idade.....	26
5.3 Hábitos alimentares de crianças maiores de 5 anos	28
5.4 Avaliação da qualidade alimentar pelos pais	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período onde a criança tem pouco controle sobre o ambiente em que vive, estando sujeita às mudanças nos padrões ambientais e de comportamento na inserção no ambiente escolar. A promoção da saúde nas escolas deve partir de uma visão integral e multidisciplinar, a qual leva em consideração o contexto familiar, aspectos comunitários, sociais e ambientais (ANZOLIN et. al., 2010).

Os hábitos alimentares são construídos com base em determinações socioculturais nas quais a mídia desempenha papel estruturador na construção e desconstrução dos procedimentos alimentares (SERRA; SANTOS, 2003). Os fatores culturais e psicossociais influenciam experiências alimentares da criança desde o nascimento (RAMOS et. al., 2000).

O comportamento alimentar atualmente ocupa papel central na prevenção e tratamento de inúmeras doenças. A alimentação na infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, representa um dos principais fatores na prevenção de doenças na fase adulta (ROSSI et. al., 2008). O conhecimento e o acompanhamento da situação nutricional instituem instrumento vital para avaliar as condições de saúde da população infantil, além de proporcionar medidas objetivas da população em geral. A importância da avaliação nutricional deriva da influência decisiva que o estado nutricional exerce sob a morbimortalidade, o crescimento e o desenvolvimento infantil (FISBERG et. al, 2004).

Ramos et. al., (2000), afirmam que a formação do comportamento alimentar da criança é de responsabilidade da família através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. Também, as práticas alimentares na infância dependem fortemente do poder aquisitivo das famílias (AQUINO, et. al., 2002).

A palavra hábito alimentar não necessariamente é apenas sinônimo de preferências alimentares, ou seja, consumir os alimentos de que mais gosta. No caso específico dos pré-escolares, o hábito alimentar caracteriza-se basicamente pelas preferências alimentares (RAMOS et. al., 2000). Acompanhando a mudança do perfil nutricional das crianças brasileiras, o objetivo da alimentação escolar tem evoluído para função de alimentação saudável, com foco na formação de hábitos alimentares saudáveis (SCHUCH, 2011).

A avaliação do estado nutricional (EN) é fundamental no acompanhamento da saúde da criança, pois torna possível verificar se o crescimento está se afastando do padrão por doença e/ou por condições sociais desfavoráveis, visando estabelecer intervenções. Assim, quanto mais populações e/ou indivíduos são avaliados do ponto de vista nutricional, mais

intervenções precoces são estabelecidas, melhorando a qualidade de vida da população de forma geral (MELLO, 2002).

A condição nutricional do pré-escolar pode ser utilizada a fim de prever riscos nutricionais e de saúde em geral, na adolescência e na vida adulta. A inadequação alimentar também pode se caracterizar por excesso de energia e nutrientes, levando a distúrbios como a obesidade, diabetes e hipertensão arterial. Esses problemas na infância, juntamente com as condições ambientais e comportamentais, podem ter efeitos importantes na saúde na fase adulta (COSTA et. al., 2011).

O estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida (MELLO, 2002). Dados encontrados em vários estudos referem associação do estado nutricional infantil com as condições socioeconômicas em que vive. Dentre as privações sociais associadas à desnutrição cita-se a baixa renda, baixa escolaridade materna, dieta inadequada, condições precárias de habitação e saneamento, entre outras (FISBERG et. al, 2004).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Alimentação infantil

A abordagem nutricional a partir do primeiro ano requer conhecimento das características biopsicossociais que são comuns ao pré-escolar e ao escolar (VITOLLO, 2003). Na perspectiva biológica, a fase pré-escolar é definida como aquelas crianças com idade entre um e seis anos, porém no sistema educacional brasileiro, os pré-escolares são aquelas crianças entre quatro e seis anos de idade (SCHUCH, 2011).

A alimentação está intimamente associada à saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantil, constituindo-se os primeiros anos de vida em período vital para o estabelecimento de práticas alimentares adequadas (TOLONI et. al., 2011). No primeiro ano de vida a alimentação constitui um meio essencial para a garantia da sobrevivência e do crescimento adequado.

O início do curso da vida, em especial os primeiros 24 meses, caracteriza-se como um dos mais críticos períodos de segurança alimentar e nutricional de uma população (PALMEIRA et. al., 2011). Torna-se inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem, não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, elevando a

morbimortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como retardo de crescimento, comprometer o desempenho escolar e contribuir no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O AM representa uma das experiências nutricionais mais precoces do recém-nascido (BALABAN et. al., 2004). O aleitamento materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e estabelece a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Trata-se da estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mãe (II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM, 2009) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Além de todos os benefícios como nutricionais, imunológicos e psicológicos, o leite humano tem efeito protetor sobre o estado nutricional infantil (AMARAL; BASSO, 2009). Os inúmeros fatores presentes no leite materno proporcionam proteção contra infecções e acarretam menos mortes. Estima-se que o AM poderia evitar cerca de 10% de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A Organização Mundial de Saúde, endossada pelo Ministério da Saúde do Brasil, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida (DUNCAN et. al., 2013).

Pesquisas realizadas nas duas últimas décadas ajudaram na compreensão dos benefícios do AM para a criança e para a mãe. A grande importância dos resultados fez com que mudanças substanciais fossem realizadas nas recomendações das políticas públicas. Muitos estudos também têm sido realizados com o intuito de avaliar as intervenções mais efetivas para o aumento das práticas de amamentação (TOMA; REA, 2008). O efeito mais marcante do AM, se dá sobre a mortalidade infantil, o efeito do leite materno também é observado pelos estudos sobre morbidade infantil, principalmente por infecções gastrointestinais e respiratórias (OLIVEIRA, 2010). A hipótese de que o AM tem efeito protetor contra a obesidade não é recente. Porém, resultados controversos têm sido encontrados, principalmente frente ao aumento da obesidade (SIMON et. al., 2009).

O AM é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho e repercute no estado nutricional da criança, auxiliar na defesa infecções e no desenvolvimento cognitivo e emocional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Conhecer como os índices do AM se comportam ao longo dos anos torna-se importante do ponto de vista gerencial, pois permite melhorar o direcionamento de programas de promoção, proteção e apoio (FERREIRA, 2007).

Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM, 2009) mostraram que o tempo médio do Aleitamento Materno (AM) no país aumentou um mês e meio: de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008. Outro resultado importante está relacionado com o aumento, em média, de um mês na duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nas capitais e Distrito Federal. Em 1999, a duração do AME era de 24 dias e, em 2008, passou a ser de 54 dias. Da PNDS de 2006 para a PPAM de 2009, houve aumento da amamentação na primeira hora de vida, mostrando resultados positivos das ações de saúde pública voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), mostrou a prática do AME em 43,3% das crianças na faixa de 0-4 meses de idade. Na PNDS 2006, entre os menores de seis meses foram observados avanços em relação a AME e complementada, em comparação com 1996, porém, a introdução de alimentos semissólidos ainda persiste de forma precoce. Avanços importantes nas práticas do aleitamento foram observados nestes dez anos que separam as duas pesquisas. A PNDS 2006 mostrou que amamentação tem progredido no Brasil, especialmente quando se trata de tempo de duração. Porém, o aleitamento materno exclusivo continua sendo pouco frequente e de curta duração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Apesar de esforços no incentivo do AM no país, o desmame precoce ainda é desafio para profissionais da saúde. As causas da não AME por no mínimo seis meses são inúmeras. Entre elas, a necessidade de trabalhar fora do lar, produção insuficiente de leite, estresse na hora de amamentar, preocupação com a estética corporal, entre outros (JOCA et. al., 2005). Apesar do reconhecimento de seu papel importante, os índices de AME ainda são baixos e a duração é insatisfatória na maioria dos países (SILVA, 2008).

O diagnóstico da situação de amamentação constitui importante passo para a definição e redirecionamento de políticas de saúde materno-infantil (KITOKO et. al., 2000). A prática do AM tem impacto positivo no EN, na saúde e no desenvolvimento da criança. Pode ainda, proteger lactentes que vivem em domicílios inseguros quanto à alimentação e nutrição, dificuldade de acesso aos alimentos, o leite materno (exclusivo ou com alimentação complementar) é de baixo custo financeiro (GOMES;GUBERT, 2012).

Assim, além de receber leite materno (LM), a criança necessita de uma alimentação adequada a partir dos seis meses de vida (LIMA et. al., 2011). Usualmente há introdução precoce da alimentação complementar e um rápido declínio no consumo de leite materno, colocando em risco a saúde de crianças cuja situação econômica desfavorável pode acarretar na aquisição de uma alimentação complementar inadequada (Saunders et. al., 2003).

O consumo alimentar inadequado nos primeiros anos de vida está relacionado à ocorrência de morbimortalidade em crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, excesso de peso, desnutrição e carências nutricionais como ferro, zinco e vitamina A, entre outros (BORTOLINI et. al., 2012). O período de alimentação complementar é elemento essencial de cuidado do lactente, pois é determinante direto de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento (VITOLLO et. al., 2003).

A fase pré-escolar (2 a 6 anos) é oportuna para a formação de bons hábitos alimentares e a concretização dos mesmos. Uma alimentação inadequada pode colocar em risco o desenvolvimento e o crescimento, além de causar anemia ferropriva, desnutrição, obesidade entre outros distúrbios nutricionais (VALENTE et. al., 2010). As diretrizes estabelecidas no país sobre alimentação saudável para crianças indicam a necessidade do consumo diário de frutas, verduras, legumes, leguminosas e carnes e de se evitar o consumo de refrigerantes, biscoitos, doces, salgadinhos e outros alimentos não recomendados nos primeiros anos de vida (BORTOLINI et. al., 2012).

O quadro epidemiológico atual, no qual a desnutrição se soma ao excesso de peso em crianças brasileiras pré-escolares, é decorrente da transição demográfica, alimentar e nutricional a nível mundial, principalmente em países em desenvolvimento (SOUSA, 2012). No Brasil, pesquisas nacionais identificaram uma tendência de aumento na prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes (NOGUEIRA;SCHIERI, 2009). Ações para o tratamento da obesidade na infância mostram efeitos positivos em vários estudos. Pesquisas de intervenção centralizam seus estudos em comunidades e no ambiente escolar, mostrando resultados concretos (REIS et. al., 2011).

É um grande desafio desenvolver políticas de alimentação escolar que forneçam alimentação saudável, equilibrada, que atenda as necessidades daqueles que sofrem de insegurança alimentar e, ao mesmo tempo, que não contribua para a obesidade daqueles indivíduos que já estão se alimentando de forma suficiente (PEIXINHO et. al., 2008).

Conforme dados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF) (2008-2009) através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), crianças entre um e seis anos representam cerca de 13% da população do país. Esse grupo acaba sendo mais exposto às condições de vida precárias. Assim, fica explícito o valor social e proteção de investimentos públicos que qualifiquem ações de educação e atenção à criança (SCHUCH; 2011). Creches devem proporcionar condições adequadas de desenvolvimento e crescimento, principalmente para crianças provenientes de famílias de baixa renda, tornando-se estratégia na prevenção e recuperação de déficits nutricionais (MAGALHÃES; ALMEIDA, 2011).

2.2 Formação de hábitos alimentares

A formação de hábitos alimentares tem início com a bagagem que interfere nas preferências alimentares, e que sofrem diferentes influências advindas do meio ambiente como: tipo de aleitamento materno nos primeiros seis meses, inclusão de alimentos complementares no primeiro ano de vida, experiências positivas e negativas relacionadas à alimentação, hábitos da família e condições socioeconômicas entre outros (VITOLLO, 2003). Os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida e irão refletir nas práticas alimentares e no estado de nutrição e saúde por toda vida (BORTOLINI et. al., 2012).

Estabelecer o hábito alimentar na infância é crucial para a saúde da criança, com efeitos potenciais ao longo da vida, a obesidade e o desenvolvimento de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. A reação da criança frente ao alimento e ao ato de se alimentar pode variar, tornando necessário acompanhamento adequado para diferenciar manifestações normais das que podem ser patológicas (SCHUCH, 2011).

O período que se dá entre o desmamar e os cinco anos de idade é em termos nutricionais a fase mais vulnerável do ciclo de nossa vida (MONTE, 2004). A introdução de alimentos após os seis meses deve complementar as numerosas qualidades e funções do LM, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos ou mais. A introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem a cuida e exigindo esforço adaptativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Dados do consumo alimentar permitem analisar as características e os hábitos alimentares sendo facilmente transformados em práticas de saúde pública (DALLA COSTA et. al., 2011).

No Brasil, os dados que permitem avaliar as modificações no consumo alimentar são as POF's, regularmente realizadas pelo IBGE, avaliam a disponibilidade de alimentos nos domicílios pela avaliação da aquisição de alimentos, porém, não permitem informações sobre o consumo alimentar de forma individual (PEREIRA et. al., 2009). Assim como a renda, o conhecimento e o cuidado que o responsável destina à criança, também são determinantes da aquisição e seleção dos alimentos (AQUINO; PHILIPPI, (2002).

A análise do consumo alimentar tem papel decisivo e não se restringe a uma mera quantificação dos nutrientes consumidos. Ao contrário, busca-se identificar os determinantes culturais, sociais, demográficos, ambientais e cognitivos emocionais para que sejam estabelecidos planos alimentares adequados à realidade, para melhor adesão ao tratamento (FISBERG et. al., 2009). As deficiências alimentares podem causar crescimento e desenvolvimento infantil inadequados, aumentando vulnerabilidade às infecções e gerando

atrasos no processo de maturação do sistema nervoso, no desenvolvimento mental e intelectual, podendo ser irreversíveis (BERNARDI et. al., 2011).

O padrão alimentar do pré-escolar é determinado por preferências alimentares e a tendência das preferências nessa fase conduz consumo de alimentos com quantidade elevada de carboidrato, gordura, açúcar, gordura e sal. A alteração no padrão de consumo alimentar tem tido como consequência aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade em detrimento da redução da desnutrição e carenciais (SOUSA; 2012). A prevalência de sobrepeso e obesidade infantil está aumentando a nível global, com reflexos curto e longo prazo na saúde pública. No Brasil, a obesidade vem aumentando em todas as camadas sociais (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2012). Dados de Pelotas (RS) mostraram que a prevalência de excesso de peso dobrou entre 1986 e 1993 em crianças de quatro anos de idade (GIGANTE et al., 2003).

As escolhas cotidianas de consumo alimentar realizadas pela população leiga são conduzidas por fatores que postergam os aspectos das condições de vida, como nível de renda, urbanização e acesso à diversidade de alimentos, incluindo também características como faixa etária, nível escolar e cultura alimentar familiar (MACIEL et. al, 2012).

Nos últimos anos, o poder econômico e a influência da mídia nas crianças sobre as decisões familiares aumentaram ainda mais: exercem influências consideráveis sobre as compras da família em diversas categorias de produtos (FIATES et. al., 2008). O público infantil é o mais vulnerável aos apelos promocionais. A mídia está entre as formas que mais influencia as práticas alimentares de crianças e jovens (MOURA, 2010). Os resultados de vários estudos apontam a permanência em frente à televisão como um fator que podem influenciar crianças e adolescentes a desenvolverem hábitos alimentares menos saudáveis (ROSSI et. al., 2010).

2.3 Estado Nutricional

O estado nutricional (EN) é definido como resultado do equilíbrio entre consumo de nutrientes e gasto energético para suprir as necessidades nutricionais em plano individual e coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). O monitoramento contínuo do crescimento e do estado nutricional de crianças é uma forma prática e de custo baixo, pois alterações podem ocorrer em qualquer faixa etária, desde os primeiros anos de vida. As avaliações do estado nutricional populacional, em especial de crianças são tradicionalmente executadas a partir da observação do peso, estatura em relação à idade e sexo da criança (FARIAS et. al., 2008).

A situação nutricional da população infantil é essencial para verificar a evolução das condições de saúde e de vida da população em geral, considerando o caráter multicausal, relacionado ao atendimento de necessidades básicas como alimentação, saneamento, acesso aos serviços de saúde, renda e educação, entre outros (TUMA et. al., 2005). Os indicadores socioeconômicos representam um dos principais fatores associados com o EN de crianças e determinantes básicos e imediatos da desnutrição pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (BARROSO; 2008).

A antropometria é amplamente empregada na avaliação nutricional de indivíduos e de grupos populacionais. Além disso, trata-se de uma técnica não invasiva, universalmente aplicável e de boa aceitação (TORRES et. al., 2007). O uso de medidas antropométricas na avaliação do EN tem se tornado, a maneira de avaliar populações e indivíduos mais prática e de menor custo, embora com limitações. A fundamentação do diagnóstico antropométrico do estado nutricional de crianças vem oscilando, historicamente, entre bases epidemiológicas e estatísticas (CONDE; MONTEIRO, 2006).

A avaliação do estado nutricional é etapa essencial no estudo de uma criança, para que se possa verificar se o crescimento afasta-se do padrão esperado por doença e/ou por condições sociais desfavoráveis (MELLO, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2009), a avaliação nutricional é requisito para determinar ou não a necessidade de uma intervenção alimentar. A nutrição é reconhecidamente um fator crítico na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Mesmo a má nutrição moderada pode trazer consequências tardias no rendimento escolar e no desenvolvimento cognitivo.

Fatores como renda familiar, saneamento básico, escolaridade da mãe e aleitamento materno estão relacionados ao estado nutricional de uma criança devido ao fato de serem variáveis determinantes das condições de saúde infantil (MAGALHÃES; ALMEIDA, 2011). Estudos realizados em diversas regiões do Brasil que compararam o estado nutricional de crianças, por grupos de renda e escolaridade dos pais, apontaram que crianças de famílias com piores condições socioeconômicas apresentaram riscos significativamente maiores de déficit de peso e retardo no crescimento (VITOLLO et. al., 2008).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) (2008-2009), houve queda nas taxas de desnutrição em todas as faixas etárias, persistindo em graus pouco intensos entre as crianças do Norte ou em famílias com rendimentos mais baixos. Nesse aspecto, o Nordeste apresentou resultados próximos do Sul, Sudeste e Centro Oeste. De acordo com Monteiro (2009), entre os menores de cinco anos avaliados nas Pesquisas Nacionais sobre Demografia e

Saúde – PNDS, realizadas entre 1996 e 2006, a prevalência de desnutrição foi reduzida em cerca de 50%, passando de 13,5% no primeiro inquérito, para 6,8% no mais recente.

O comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). No ambiente familiar, é fundamental que os pais compartilhem diretamente das escolhas alimentares de seus filhos desde o sexto mês de vida, considerando que antes desse período seja imprescindível o AME (ARAÚJO, 2010).

Além da família, não podemos nos esquecer da escola, que se transforma em importante contexto de socialização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O espaço escolar é um local factível e oportuno para a obtenção de informações representativas locais sobre saúde e nutrição (CHAVES et. al., 2008). As escolas estão sendo promovidas pelo governo e pela sociedade civil como um ambiente favorável para implantação de estratégias políticas de alimentação e nutrição visando à promoção de hábitos alimentares saudáveis e ao combate à obesidade infantil (JAIME; LOCK, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o consumo de alimentos e o estado nutricional de pré-escolares em uma escola educação infantil de caráter filantrópico.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de delineamento transversal, com amostragem probabilística.

4.2 População de estudo

A população de estudo constitui-se de 41 pré-escolares que frequentam o Projeto Santa Isabel, da cidade de Passo Fundo – RS, que atende um grupo de aproximadamente 50 crianças. O Projeto Santa Isabel atende crianças com idade entre dois e cinco anos, moradoras

dos bairros Lucas Araújo, Don Rodolfo e Tupinambá. A escola é uma instituição filantrópica, fundada em 1984, com sede na Rua Pio XI, na cidade de Passo Fundo – RS.

As crianças são educadas a partir dos princípios pedagógicos da rede educacional Notre Dame, em parceria com a Sociedade São Vicente de Paulo (Vicentinos). A rede educacional Notre Dame realiza a parte pedagógica no período da tarde e os Vicentinos – entidade de assistência social – mantém sua presença nas comunidades, através de oficinas sociais ministradas por monitores no turno da manhã.

4.3 Critérios de inclusão e perdas por recusa

Foram incluídas todas as crianças dos níveis júnior, I, II e III. Não foram avaliados aqueles escolares cujos pais e/ou responsáveis não permitiram a participação dos mesmos.

4.4 Coleta de dados

Primeiramente foi entregue um pedido de autorização formal à coordenação da escola para realizar o estudo com as crianças e familiares (Apêndice A). Após a aprovação pela coordenação da instituição, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), para cada familiar ou responsável.

O período para a coleta dos dados foi de março a abril na sala da Coordenação da escola em período de expediente da Nutricionista, ou seja, durante horário de funcionamento da escola. A presente pesquisa foi realizada pela pesquisadora de forma individualizada evitando possíveis constrangimentos e para que fosse feita de maneira mais precisa possível.

4.4.1 Técnicas de medidas antropométricas e classificação do estado nutricional

No presente trabalho foram utilizadas as seguintes variáveis antropométricas: massa corporal (kg) e estatura (cm). As variáveis antropométricas foram aferidas utilizando-se técnicas padronizadas conforme OMS (1985).

A aferição do peso em quilogramas (kg) foi feita em uma única medição por uma balança da marca Plenna, com peso máximo de 180kg e precisão de 100g. A criança foi posicionada no centro da balança, descalça, com os bolsos vazios, em posição ereta, mãos ao lado do corpo, pés juntos e cabeça com um ângulo de 90°.

A aferição da estatura foi feita em uma única medição com uma fita métrica inelástica e com auxílio de um estadiômetro, com 200cm, fixado em uma parede sem rodapé, a 50 cm do chão. Para a medida da estatura a criança foi posicionada ereta, em pé encostada na parede descalça e com a cabeça livre de adereços. A medida foi feita com a cabeça erguida, os braços estendidos ao longo do corpo e olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. Foi utilizada uma régua antropométrica com precisão de 1mm fixada na parede a 50cm do solo, juntamente com um esquadro de madeira.

Para a classificação do estado nutricional da população utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para a Idade, conforme preconizado pela OMS (2006) e Ministério da Saúde (2011). De acordo com critérios do SISVAN (2011), o índice IMC/idade expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura e é utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice utilizado em outras fases do curso da vida. O SISVAN recomenda a classificação do IMC proposta pela OMS, tanto para menores de 5 anos (WHO, 2006), como para crianças a partir de 5 anos (WHO, 2007). O índice E/I expressa o crescimento linear da criança. Trata-se do índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

4.4.2 Avaliação da qualidade da alimentação

Para avaliar a qualidade da alimentação foram utilizados dois questionários desenvolvidos e utilizados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Aplicou-se um questionário para os pais de crianças com idade entre 2 anos e menores de 5 anos de idade e outro para maiores de 5 anos de idade. O questionário para menores de 5 anos era composto por doze perguntas sobre a frequência no consumo de alimentos protetores e alimentos de risco para a saúde (Anexo A). Outra questão analisada foi sobre o fato da criança comer assistindo televisão. Já o questionário aplicado para crianças maiores de 5 anos era composto por dez perguntas, também analisando a frequência de alimentos protetores e alimentos de risco (Anexo B). Utilizou-se também um questionário para a coleta de dados pessoais e sócios demográficos (Apêndice C).

4.4.3 Processamento e análise dos dados

Inicialmente os dados foram digitados em planilhas do programa *Excel*[®], constituindo o banco de dados. Para diagnóstico nutricional utilizou-se o software Anthro com base nas tabelas e gráficos da OMS (2006) para menores de 5 anos e Anthro Plus para maiores de 5 anos (OMS, 2007). A análise estatística foi feita no programa SPSS Versão 18.0 e os resultados estão apresentados em tabelas de frequências simples.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características gerais da população

Foram avaliados 41 pré-escolares com idade entre ≥ 2 e ≤ 6 anos. A tabela 1 descreve as características gerais da população. A média de peso ao nascer encontrada no estudo de Carrascoza et. al. (2011), foi de 3.239g e 3.279g, com crianças divididas em dois grupos, o primeiro em AME e o outro em AM complementado ou predominante. Outro estudo (HOFELMANN; DALLABONA, 2012) observou que 10,2% das crianças apresentaram baixo peso ao nascer. No estudo de Magalhães e Almeida (2011), encontrou-se através de relatos dos pais que 7,5% das crianças nasceram com baixo peso (<2500g), 7,5% peso insuficiente e as demais com peso adequado (≥ 3000 g). Já no estudo de Schaffazick (2011), a prevalência de baixo peso ao nascer este presente em 9,7% das crianças estudadas.

No presente estudo, o aleitamento materno esteve presente em 75,6% dos escolares. Segundo Carrascoza et. al. (2011), apesar da comprovada importância da oferta exclusiva do leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança, os índices de aleitamento exclusivo ainda permanecem abaixo do esperado. Dos familiares das crianças que responderam ao inquérito no estudo de Santos (2010), 86,2% afirmaram amamentação do filho participante da pesquisa. No estudo de Freitas et. al. (2012), 85,3% das mães investigadas disseram que amamentavam os bebês. Em relação ao padrão de aleitamento no terceiro mês, pôde-se observar no estudo de Mascarenhas et. al. (2006), que apenas 39% da amostra recebia aleitamento materno exclusivo. O estudo de Hediger et. al. (2001), concluiu que crianças em idade pré-escolar amamentadas exclusivamente por período menor que quatro meses apresentam uma maior prevalência de sobrepeso.

Outro aspecto investigado foi à introdução dos alimentos, no estudo de Brunken et. al. (2006), verificou-se uma frequência alta de introdução de outros alimentos muito

precocemente. No estudo de Magalhães; Almeida (2011), somente 2,5% das crianças receberam alimentação complementar no primeiro mês de vida. Conforme Oliveira et. al. (2005), vários estudos no Brasil identificaram a introdução precoce de alimentos complementares, verificando que, aos seis meses é grande o número de crianças que já têm o hábito de consumir uma variedade de alimentos. Monte e Giugliani (2004), afirmam que vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados demonstram que a introdução precoce de alimentos aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção presentes no leite materno. O segundo passo do Guia alimentar para crianças menores de dois anos (Ministério da Saúde, 2010), preconiza a partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais, uma vez que a partir dessa idade as necessidades nutricionais do lactente podem não ser supridas apenas pelo leite humano.

Embora o aleitamento materno estivesse presente, a introdução da mamadeira foi precoce nas duas populações estudadas (SANTOS et. al., 2008). Dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (PPAM, 2009) mostra que o tempo médio do AM no país passou de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008. Siqueira e Monteiro (2007), ao avaliar a amamentação verificou que 78,8% receberam por pelo menos três meses. Na população de estudo de Saldiva et. al. (2007), 59% das crianças estavam sendo amamentadas aos seis meses, e essa proporção passou para 40% aos 12 meses idade.

Tabela 1 – Características gerais da população

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Masculino	23	56,1
Feminino	18	43,9
Total	41	100
Família recebe benefício social		
Sim	12	29,3
Não	29	70,3
Total	41	100
Idade materna na gestação		
> 19 anos	09	21,9
20 -39	29	70,7
40 ou +	0	0
Não sabe	03	7,3
Total	41	100
Peso ao nascer		

< 2.500	05	12,9
2.500 - 4.000	31	75,6
> 4.000	05	12,9
Total	41	100
Nascimento prematuro		
Sim	14	34,15
Não	25	60,97
Não sabe	02	4,87
Total	41	100
Aleitamento materno		
Sim	31	75,6
Não	10	24,39
Total	41	100
Tempo de aleitamento (meses)		
≤ 1	08	19,51
1,01 – 4	09	21,95
4,01 – 6	11	26,82
6 ou +	02	4,87
Não sabe	11	26,82
Total	41	100
Idade de introdução alimentos (meses)		
≤1	08	19,51
mais de 1 até 4	09	21,95
4 até 6	12	29,26
mais de 6	02	4,87
Não sabe	10	24,39
Total	41	100

Fonte: Próprio autor

Tabela 2 – Distribuição das crianças de acordo com a classificação da Estatura para Idade.

Classificação	n (%)
Muito baixa estatura para a idade	2 (4,9)
Baixa estatura para idade	3 (7,3)
Estatura adequada para a idade	36(87,8)
Total	41

Fonte: Próprio autor

Na tabela 2 estão apresentados os resultados acerca do estado nutricional das crianças pesquisadas utilizando o índice de estatura para idade. Podemos observar que a maioria das crianças encontra-se em eutrofia. Em estudo populacional realizado na Paraíba em crianças entre 6 e 59 meses de idade, observou-se uma prevalência de 4,9% de acordo com segundo índice E/I (PIRES et. al., 2008). No estudo de Aires et. al. (2011), realizado no município de

Santa Maria no Rio Grande do Sul, com crianças de 2 a 5 anos, quanto ao índice A/I foi observado que todas as crianças encontravam-se dentro do padrão. No estudo de Cavalcante et. al. (2006), com crianças entre 12 e 35 meses de idade, da rede pública de saúde de Viçosa, o estado nutricional pelo índice estatura/idade verificou que, apesar da maioria das crianças (75,9%) apresentarem-se eutróficas, uma proporção significativa estava sob risco nutricional. O índice altura/idade, no estudo de Vargas (2007), verificou-se que 64% das crianças avaliadas do gênero feminino apresentaram estatura adequada, 36% baixa estatura e nenhuma apresentou risco de baixa estatura e alta estatura. Já nas crianças do gênero masculino, 73% tinham estatura adequada, 27% tinham baixa estatura e nenhuma delas apresentou risco de baixa e alta estatura.

O estudo de Vargas et. al. (2007), com crianças de 0 e 5 anos de ambos os gêneros na cidade de Cascavel (SC), com base no índice E/I, verificou-se que 64% das crianças avaliadas do gênero feminino encontram-se com estatura adequada, 36% apresentam baixa estatura e nenhuma apresentou risco de baixa estatura e alta estatura. Mendonça (2009), ao avaliar o índice E/I, verificou que 2% das crianças apresentavam baixa estatura para a idade. Monteiro e Conde (2000) encontraram prevalência de 2,4 para o *déficit* de E/I em crianças na cidade de São Paulo e Tuma et. al. (2005) observaram prevalência de 4% de desnutrição segundo o índice E/I. Um estudo em Minas Gerais com crianças de seis meses até sete anos do Programa Bolsa Família (PBF) demonstrou ocorrência maior do que o presente trabalho com 6,3% (OLIVEIRA et. al., 2011).

Tabela 3 – Distribuição das crianças de acordo com IMC para Idade.

IMC/Idade	n (%)
Magreza acentuada	3 (7,31)
Magreza	3 (7,31)
Eutrofia	14 (34,14)
Risco de sobrepeso	13 (31,7)
Sobrepeso	6 (14,63)
Obesidade	2 (4,88)
Total	41

Fonte: Próprio autor

A proporção dos escolares no estudo de Mondini et. al. (2007), ingressantes no ensino fundamental, que apresentaram sobrepeso foi de 17% (10,8% de sobrepeso e 6,2% de obesidade). Estudos realizados no Brasil têm demonstrado altas prevalências de sobrepeso e

obesidade, semelhantes às encontradas em outros países como Estados Unidos (OGDEN et. al., 2002) e Canadá (CANNING et. al., 2004). A prevalência de sobrepeso e a obesidade no estudo de Garcia et. al., (2009), foram consideradas elevadas, 13,1% e 9%, respectivamente. Já no estudo de Schaffazick (2011), em relação ao índice IMC para idade, observou-se que 19,4% das crianças classificaram-se em risco de sobrepeso e 9,6% com excesso de peso (4,8% de sobrepeso e 4,8% de obesidade).

A prevalência de sobrepeso nas crianças avaliadas no estudo de Dallabona et. al., (2010) foi de 9,5%. Ao estudar escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul, Polla e Scherer (2011) identificaram o excesso de peso presente em 30% entre todos os avaliados. No estudo de Vieira et. al. (2008), os resultados também mostraram que a prevalência de excesso de peso entre os escolares pelotenses é elevada, contrariamente ao déficit do crescimento linear. O excesso de peso distribui-se diferentemente entre meninos e meninas, variando conforme a idade e tipo de escola. A predominância do sobrepeso no estudo de Corso et. al. (2003), em crianças menores de dois anos, provavelmente está associada ao desmame precoce e a erros alimentares ocorridos nos primeiros anos de vida. Em estudo em Santa Maria (RS), de Aires et. al. (2011), com crianças de 2 a 5 anos, o perfil antropométrico demonstrou alta prevalência de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade em todos os indicadores (IMC, P/A). A prevalência de sobrepeso e obesidade em estudo de Dallabona et. al., (2010), apesar de não muito elevada (9,5%), foi praticamente quatro vezes maior do que a de desnutrição e foi maior em crianças menores de dois anos. Já nos resultados de Pires et. al., (2009), mostraram que a desnutrição segundo índices estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E) foram de, respectivamente, 9,8%, e 1,2%.

Ao estudarem a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de seis a onze anos de idade, de escolas públicas de São Paulo, Ferrari; Barbosa (2008) verificaram 22,2% dos indivíduos com sobrepeso e 8,39% com obesidade. Segundo Conde e Monteiro (2006), o emprego de curvas baseadas no índice IMC/idade a fim de classificar o EN de crianças e adolescentes permitem soluções práticas e, por outro lado, debates sobre a utilização dessas curvas para avaliar o estado nutricional de grupos em fase crescimento. De acordo com Dallabona et. al. (2010), a intervenção precoce da obesidade na infância depende da colaboração dos pais e/ou responsáveis, em primeira instância, da capacidade de reconhecerem a situação nutricional de seus filhos.

Tabela 4 – Distribuição das crianças por sexo, de acordo com IMC para Idade.

IMC/Idade	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)
Magreza acentuada	2 (8,69)	1 (6)
Magreza	1 (4,34)	2 (12)
Eutrofia	7 (30,43)	7 (39)
Risco de Sobrepeso	0	0
Sobrepeso	6 (26,08)	1 (6)
Obesidade	6 (26,08)	6 (34)
Obesidade grave	1 (4,34)	1(6)
Total	23	18

Fonte: Próprio autor

No estudo de Magalhães; Almeida (2011), com relação ao índice IMC/I foi observado que duas crianças possuíam baixo IMC para idade e sete crianças apresentavam-se com sobrepeso/obesidade. No Brasil, existem vários estudos investigando o estado nutricional em escolares. Pesquisas realizadas, entre 2002 e 2005, mostram prevalência de sobrepeso na faixa etária de 6 a 10 anos, variando entre 9,3 e 17,9% e para obesidade entre 4,4 e 8,3%. Esses estudos encontraram maior prevalência em meninas (MONTEIRO et. al., 2010).

5.2 Hábitos alimentares de crianças entre 2 e 5 anos de idade

Tabela 5 – Questionário alimentar para crianças entre 2 anos e menores de 5 anos de idade (n = 18).

Consumo Alimentar	n	%
Consumo de verduras/ legumes ¹	10	35,71
Consumo de frutas ¹	23	82,14
Consumo de carne ¹	26	92,85
Consumo de feijão ²	14	50
Consumo assistindo televisão ¹	13	46,42
Consumo de comida de panela no jantar ¹	24	85,71
Consumo de bebidas ou preparações adoçadas ²	16	57,14
Consumo de refrigerante ³	23	82,14
Consumo de salgadinhos de pacote ³	22	78,57
Consumo de biscoitos recheados ³	24	85,71

¹ Consumo referente ao dia anterior a pesquisa.

² Consumo do alimento/preparação de 5 a 7 vezes por semana.

³ Consumo referente até 2 vezes na semana

Fonte: Próprio autor

O estudo de Barbosa et. al., (2006), com pré-escolares, encontrou após seis meses de frequência à creche aumento no consumo de legumes, apesar do grupo alimentar ainda não atingir a porção recomendada. Assim sendo, a ingestão de legumes deve ser incentivada, fazendo-se necessária a conscientização por parte das mães de que esse grupo deve ser complementado na própria residência, para se alcançar os índices recomendados para tal grupo de alimentos. No estudo de Pires et. al., (2009), a frequência de consumo no grupo das verduras/legumes foi de duas a quatro vezes por semana. Em relação ao consumo para o grupo das leguminosas foi observado frequência semanal (4 a 7 vezes na semana) superior a 50% no estudo de Magalhães; Almeida (2011). A frequência no consumo de legumes e verduras, por crianças de 2 a 5 anos na cidade de Nova Santa Rita, não foi observada alta frequência de consumo (ZVEIBRÜCKER; MIRAGLIA, 2012). No estudo de Schaffazick (2011), foi encontrado baixo consumo de legumes e verduras cozidas, cerca de 50% dos pais relataram que a criança não consumiu.

Em estudo de Barbosa et. al. (2006), após seis meses de frequência à creche, pré-escolares atingiram a recomendação no consumo de frutas. No estudo de Magalhães; Almeida (2011) observou-se uma frequência inferior a 50% em frequência semanal (4 a 7 vezes na semana) para o consumo de frutas. Em estudo de Pires et. al., (2009), encontrou que o consumo do grupo das frutas foi de duas a quatro vezes por semana. Semelhante ao grupo das verduras, no estudo de Zveibrücker e Miraglia (2012), as frutas também não tiveram alta frequência de consumo. No estudo de Schaffazick (2011), observou-se um bom consumo de frutas ou suco de frutas, aproximadamente, 40% ingerem todos os dias e dia sim, dia não.

Ao analisar o consumo de carnes, Pires et. al. (2009), verificou a frequência de duas a quatro vezes por semana. No estudo de Schaffazick (2011), observou que a maioria das crianças (86,4%) consome carne. A maioria das crianças (65,5%), no estudo de Santos (2010), de 3 a 7 anos de idade consome uma a três vezes por semana carne de vaca, porco, cabrito ou borrego e apenas 3,4% raramente ou nunca as come. Em relação ao consumo alimentar dos filhos foi observado uma frequência semanal (4 a 7 vezes na semana) superior a 50% para o grupo das carnes no estudo de Magalhães; Almeida (2011).

No estudo de Schaffazick (2011), foi observado que a maioria (77,3%) das crianças alimenta-se com comida de panela no jantar. Quanto ao consumo de bebidas açucaradas observou-se que a maioria toma todos os dias (cinco a sete vezes/semana), em mesmo estudo.

Quando questionados sobre o fato da criança comer em frente à televisão, no dia anterior à entrevista, 46,42% dos pais e/responsáveis confirmaram e 53,57% relataram que não. Sendo assim, a Educação Nutricional é ferramenta essencial no combate da influência

negativa do *marketing* sobre crianças e adolescentes. Além disso, faz-se necessário a regulamentação das propagandas de alimentos direcionadas a esse público. No estudo de Schaffazick (2011), a prevalência de consumo de alimentos assistindo à televisão foi relativamente baixa (36,4%) na pesquisa. De acordo com Rossi et. al. (2010), apesar de não haver concordância entre estudos internacionais a respeito da influência da TV na obesidade, as mudanças comportamentais provocadas por ela no hábito alimentar e no tempo dedicado à atividade física são determinantes que podem propiciar o sobrepeso ou a obesidade, sugerindo a TV como variável indiretamente associada.

No estudo de Schaffazick (2011), o consumo de refrigerantes teve maior prevalência em duas vezes por semana ou menos. É interessante notar que Santos (2010), em estudo com escolares de 3 a 7 anos em Portugal, 67,3% das crianças nunca ou raramente consome refrigerantes de cola. No Brasil, dados da POF (2002-2003), mostraram que a aquisição de açúcar e refrigerantes pelas famílias brasileiras compreendeu 13,4% do valor energético, enquanto que o percentual relativo a frutas, verduras e legumes totalizou apenas 2,3%.

Magalhães; Almeida (2011) observaram uma frequência inferior a 50% em frequência semanal (4 a 7 vezes na semana) para o consumo de doces. Pires et. al. (2009), observaram consumo bastante frequente de alimentos prejudiciais à saúde como balas/chocolates.

Zveibrücker e Miraglia (2012), quando analisado o consumo alimentar de feijão, encontraram alta frequência de consumo (75,29%). No estudo de Schaffazick (2011), encontrou-se que 45% consomem feijão duas vezes por semana ou menos.

5.3 Hábitos alimentares de crianças maiores de 5 anos

Tabela 6 – Frequência semanal de consumo de alimentos em crianças de maiores de 5 anos e menores de 10 anos de idade (n = 13) .

Alimentos/Bebidas	Nenhum	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Salada crua	4 (30,76)	3 (23,07)	1 (7,69)	1 (7,69)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (30,76)
Legumes e verduras cozidos	4 (30,76)	3 (23,07)	2 (15,38)	0 (0)	1 (7,69)	1 (7,69)	0 (0)	2 (15,38)
Frutas frescas ou salada de frutas	2 (15,38)	2 (15,38)	1 (7,69)	0 (0)	3 (23,07)	0 (0)	0 (0)	5 (38,46)
Feijão	2 (15,38)	2 (15,38)	0 (0)	0 (0)	1 (7,69)	2 (15,38)	0 (0)	6 (46,15)
Leite ou iogurte	2 (15,38)	2 (15,38)	1 (7,69)	1 (7,69)	1 (7,69)	0 (0)	0 (0)	6 (46,15)

Batata frita, batata de pacote e salgados fritos	4 (30,76)	4 (30,76)	1 (7,69)	0 (0)	1 (7,69)	2 (15,38)	0 (0)	1 (7,69)
Hambúrguer e embutidos	2 (15,38)	3 (23,07)	5 (38,46)	1 (7,69)	0 (0)	1 (7,69)	0 (0)	1 (7,69)
Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	1 (7,69)	2 (15,38)	4 (30,76)	0 (0)	2 (15,38)	0 (0)	0 (0)	4 (30,76)
Refrigerante	4 (30,76)	3 (23,07)	2 (15,38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,69)	3 (23,07)

Fonte: Próprio autor

No estudo de Almeida (2010), avaliaram-se crianças de 6 a 11 anos de idade, o grupo dos vegetais e legumes é consumido diariamente por mais de metade da amostra (74,9%). Ao considerar o consumo de vegetais cozidos e crus, o estudo de Polla e Scherer (2011), com crianças de 6 a 10 anos de idade, verificou inadequação, visto que as crianças ingerem os vegetais com média de duas vezes/semana, sendo que o ideal seja o consumo diário.

Foi encontrado no estudo de Almeida (2010), mais de metade da amostra consome diariamente o grupo das frutas (74,4%). Quanto à ingestão de frutas, o estudo de Polla e Scherer (2011), identificou resultado insatisfatório, com consumo de 4 vezes na semana, sendo que a recomendação de ingestão é diária no horário de lanches e sobremesas.

No que diz respeito ao consumo regular de leite, em estudo de Almeida (2010), avaliando-se escolares de 6 a 11 anos de idade, os valores percentuais foram bem elevados (92,5%). O estudo de Santos (2010) observou que 88,4% das crianças nunca ou raramente consome leite gordo enquanto que 4,3% consomem mais de uma vez por dia. Em relação ao consumo de leite foi observado frequência semanal (4 a 7 vezes na semana) superior a 50%

Quando questionado sobre o consumo nos últimos sete dias dos seguintes alimentos: batatas fritas, batata em pacote, coxinha, encontrou-se baixo consumo, ou seja, o Ministério da Saúde (2013) orienta evitar consumo destes alimentos. O estudo de Polla e Scherer (2011), com crianças de 6 a 10 anos de idade, ao avaliar o consumo de alimentos gordurosos de no máximo 1 vez/semana, foi excedido, visto que a média foi maior.

O Passo 4 do Guia alimentar orienta quanto a moderação no uso de sal. No estudo de Polla e Scherer (2011), foram encontrados valores acima do preconizado. No estudo de Schaffazick (2011) o consumo de hambúrguer e embutidos teve o consumo bem variado, demonstrando maior consumo em sete dias da semana.

Almeida (2010) encontrou percentual considerável de crianças com consumo diário de bolachas (26,1%). Os alimentos mais consumidos conforme estudo de Marinho e Roncada (2003), em escolares de 3 a 7 anos incompletos, foram pão, bolacha e biscoito, com 98,3 %. Quanto ao consumo de batata frita/salgadinhos fritos/bolacha doce e doces em geral

concentrou-se em até três vezes por semana no estudo de Schaffazick (2011). No estudo de Marinho; Roncada (2003), os alimentos mais consumidos foram pão, bolacha e biscoito, com 98,3 %, seguido pelo açúcar (95,1 %).

No estudo de Polla e Scherer (2011), foram encontrados valores acima do preconizado quando analisado o consumo de refrigerantes. Almeida (2010) encontrou uma frequência de 13,6%. Já em estudo realizado com alunos matriculados nas quatro primeiras séries do ensino fundamental em Pelotas (RS), com idades entre 5 a 9 anos e igual ou maior que 10 anos, foi observado consumo diário de refrigerantes em 21,6% dos escolares, que vem de encontro com os valores deste estudo. Além disso, no mesmo estudo cerca de 90% consumiram refrigerantes no decorrer dos sete dias que antecederam à entrevista (FLORES, et. al. 2013).

5.4 Avaliação da qualidade alimentar pelos pais

Tabela 7 – Qualidade alimentar avaliada pelos pais (n = 41)

Resposta	n	%
0 – Muito boa	07	17,07
1 – Boa	19	46,34
2 – Mais ou menos	12	29,26
3 – Ruim	02	4,87
4 – Muito ruim	01	2,43

Fonte: Próprio autor

No estudo de Hofelmann e Dallabona (2012), uma parcela majoritária das crianças teve sua saúde avaliada como muito boa (50,6%) ou boa (41,3%), enquanto 8,1% dos pais consideraram a saúde de seus filhos regular. Nenhuma das crianças avaliadas teve sua saúde classificada como ruim ou muito ruim. Estudo de Giacomossi et. al. (2011), realizado com pais e/ou responsáveis por crianças de creches públicas e privadas da cidade de Balneário Camboriú (SC), mostrou que a maioria das crianças com baixo peso (69,2%) foi considerada eutrófica pelos pais, enquanto 63% daquelas acima do peso também o foram. Achado similar foi descrito por Boa Sorte et. al. (2007), 55,3% das genitoras das crianças com excesso de peso não reconheceram seus filhos como apresentando peso excessivo.

A avaliação da saúde da criança pelo responsável é limitada, uma vez que poucos estudos questionaram de forma direta a percepção dos pais sobre a saúde de seus filhos. Ressalta-se que é evidente a influência dos pais na formação de hábitos alimentares saudáveis

e na intervenção da disponibilidade dos mesmos em casa para, dessa forma, causar influências em relação ao consumo alimentar na escola.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma alimentação saudável deve ter desde os primeiros anos de vida de uma criança, em termos de quantidade e qualidade, pois nesta fase são incorporados os hábitos alimentares, que podem auxiliar no crescimento e desenvolvimento e riscos de morbimortalidades infantis. Uma alimentação equilibrada é indispensável ao desenvolvimento físico e mental do ser humano em qualquer etapa da vida, a fim de promover e manter a saúde. O presente trabalho mostra mais uma vez que as prevalências de desvios nutricionais, em especial a obesidade é um problema de saúde infantil que vem crescendo e que precisa ser enfrentado por diferentes setores. O consumo acentuado de alimentos não saudáveis em detrimento dos saudáveis contribui no desenvolvimento da obesidade e outras doenças na infância.

Os resultados encontrados também apontam para a importância de se divulgar os malefícios da introdução precoce de alimentos. A elaboração deste trabalho deu-se pela importância da problemática atual da obesidade infantil a fim de aperfeiçoar estratégias de intervenção. Torna-se fundamental o papel do profissional nutricionista no ambiente escolar a fim de interferir de forma positiva nos hábitos alimentares desses indivíduos através de educação nutricional.

No presente estudo, os resultados reforçam a importância dos programas de educação nutricional direcionados principalmente às famílias de pré-escolares, por ser a faixa etária na qual as práticas alimentares são inicialmente estabelecidas, repercutindo diretamente nas condições de saúde tanto na infância quanto na idade adulta. Espera-se que o estudo traga subsídios para discussões a respeito da relação entre alimentação e nutrição, pois o conhecimento a respeito do consumo alimentar e do estado nutricional desses indivíduos constitui importante ferramenta no controle de problemas nutricionais e de fatores associados.

Diante disso, a educação nutricional serve como uma estratégia importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis e se torna fundamental no ambiente escolar, possibilitando a participação de professores, profissionais da área de nutrição, pais, alunos e merendeiras garantindo maior êxito nas intervenções.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, A. P. et. al. **Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v., 55, n. 4, out./dez. 2011.

ALMEIDA, C. S. C. **Monitorização do excesso de peso e obesidade na população infantil: Contributos para a gestão de cuidados de saúde.** Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2010.

ANZOLIN, C. et. al. **Intervenções nutricionais em escolares.** Rev. Bras. em Promoção da saúde, Fortaleza, v. 23, n. 4, out./dez., 2010.

AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T. **Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 6, n. 36, ago, 2002.

ARAÚJO, S. M. L. **Desenvolvimento de atividades para crianças e adolescentes em educação nutricional: realização de dinâmicas educativas.** 2010.

BALABAN, G. et. al. **O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.4, n. 3, jul./set., 2004.

BARBOSA, R. M. et. al. **Avaliação do consumo alimentar de crianças pertencentes a uma creche filantrópica na Ilha de Paquetá.** Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 6, n. 1, jan./mar., 2006.

BARROSO et. al. **Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar.** Rev. Bras. Epid., São Paulo, v.11, n. 3, maio, 2008.

BERNARDI, J. R. et. al. **Consumo alimentar de micronutrientes entre pré-escolares no domicílio e em escolas de educação infantil do município de Caxias do Sul (RS).** Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n.2, mar./abr., 2011.

BOA SORTE, N., et. al. **Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, 2007.

BORTOLINI, G. A. **Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n. 9, set, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança,** Brasília: DF, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança.** Brasília: DF, 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos: Um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** Brasília: 2010. Disponível em <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-582.pdf>.> Acesso em: jun/13.

_____, Ministério da saúde. **Dez passos para a promoção da alimentação saudável nas escolas.** Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dez_passos_pas_escolas.pdf.> Acesso em: jun/13.

_____, Ministério da Saúde, **Cadernos de atenção básica, Saúde da criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**, n.23, Brasília: DF, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança.** Brasília: DF, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: DF, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: DF, 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**, n. 33, Brasília: DF, 2012.

_____, Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência, Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília: DF, 2013.

BRUNKEN, G. S. et. al. **Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro.** *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, 2006.

CANNING, P. M. et. al. **Prevalence of overweight and obesity in a provincial population of Canadian preschool children.** *Canadian Medical Association Journal*. v. 171, n. 3, 2004.

CARRASCOZA, K. C. **Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 10, 2011.

CAVALCANTE, A. A. M. **Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais.** *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 19, n. 3, maio/jun., 2006.

CHAVES, M.A.M. et. al. **Estudo da relação entre a alimentação escolar e a obesidade.** *HU Revista*, Juiz de Fora, v.34, n. 3, jul/set.2008.

CONDE, W. L; MONTEIRO, C.A. **Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents.** *Journal Pediatric*, Rio de Janeiro, v. 82, 2006.

CORSO, A. C. T. **Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC.** Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 1, jan./mar., 2003.

COSTA, E. C. et. al. **Consumo alimentar de crianças em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil.** Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 3, maio/jun., 2011.

COSTA, M. C. D. et. al. **Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil.** Epid. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 3, jul/set, 2011.

DALLABONA, A. et. al. **Variáveis infantis e maternas associadas à presença de sobrepeso em crianças de creches.** Rev. Paul. Ped., São Paulo, v. 28, n. 4, 2010.

DALLACOSTA, M. C. **Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 3, jul/set, 2011.

DUNCAN, B.B, SCHMIDT, M.I, GIUGLIANI, E.R.J, organizadores. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2013.

FARIAS, et. al. **Estado nutricional de escolares em Porto Velho, Rondônia.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 4, jul./ago., 2008.

FERRARI, H. G.; BARBOSA, M. H. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do ensino fundamental de Escolas Públicas de Limeira, São Paulo.** Rev. da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 6, jul. 2008.

FERREIRA, L. **Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004.** Rev. Nutr., Campinas, v. 20, n. 3, maio/jun., 2007.

FIATES, et. al. **Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 1, jan/fev, 2008

FISBERG, R. M. et. al. **Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, mai/jun, 2004.

FISBERG, R. M. et. al. **Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica.** Arq. Bras. End. Met., São Paulo, v. 53, n. 5, 2009.

FLORES, T. R. et. al. **Consumo de refrigerantes entre escolares de séries iniciais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.** Rev. Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan/abr, 2013.

FREITAS, L. V. T. et. al. **Práticas de aleitamento materno no Município de Igatu – CE.** Rev. Bras. Prom. Saúde, Fortaleza, v. 25, n. 4, out/dez, 2012.

GARCIA, A. F. G. et. al. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em pré-escolares de escolas públicas e privadas em Recife, Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2009.

GIACOMOSSI, M. C. et. al. **Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil.** Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 5, set./out., 2011.

GIGANTE, D. P. et al. **Tendências no perfil nutricional das crianças nascidas em 1993 em Pelotas, Rio Grande do Sul.** Brasil: análises longitudinais. Cadernos de Saúde Pública, Suplemento 1, v. 19, 2003.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. **Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, 2012.

HEDIGER, M. L. J. et. al. **Association between infant breastfeeding and overweight in young children.** Journal of the American Medical Association, v. 285, 2001.

HÖFELMANN, D. A.; DALLABONA, A. **Avaliação da saúde de crianças em creches de cidade do sul do Brasil.** Rev. Paul. Pediatr., v. 30, n. 3, 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011.

JAIME, P. C.; LOCK, K. **Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity?** Prev. Med., v. 48, 2009.

JOCA, M. T. et. al. **Fatores que contribuem para o desmame precoce.** Esc. Anna Nery R. Enf., v. 9, n. 3, dez., 2005.

KITOKO, P. M. et. al. **Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out/dez, 2000.

LIMA, A. E. et. al. **Práticas alimentares no primeiro ano de vida.** Rev. Bras. de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 5, set/out., 2011.

MACIEL, E. S. **Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira.** Rev. Nutr., Campinas, v. 25, n. 6, nov./dez., 2012.

MAGALHÃES, M. L. N.; ALMEIDA, M. E. F. **Avaliação de crianças menores de seis anos de uma creche, segundo parâmetros antropométricos e dietéticos.** Nutrir Gerais, Ipatinga, v. 5, n. 8, fev./jul., 2011.

MARINHO, H. A.; RONCADA, M. J. **Ingestão e hábitos alimentares de pré-escolares de três capitais da Amazônia Ocidental Brasileira: Um enfoque especial à ingestão de vitamina A.** Acta Amazônica, v. 33, n. 2, 2003.

MARTINS, C. **Avaliação do estado nutricional e diagnóstico.** Curitiba: NutroClínica, v.1, 2008.

MASCARENHAS, M. L. W. et. al. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, 2006.

MENDONÇA, A. **Avaliação do estado nutricional de pré-escolares de 2 a 5 anos que frequentam o ensino público do Município de Içara, SC.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, SC, julho, 2009.

MELLO, E. D. **O que significa a avaliação do estado nutricional.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, 2002.

MONDINI, L. et. al. **Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, agosto, 2007.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. **Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 2004.

MONTEIRO, C. A; CONDE, W. L. **Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996).** Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 6, 2000.

MONTEIRO, L. N. et. al. **Estado nutricional de estudantes de escolas públicas e fatores associados em um distrito de saúde do Município de Gravataí, Rio Grande do Sul.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 19, n. 3, jul/set., 2010.

MOURA, N. C. **Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes.** Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, v. 17, n. 1, 2010.

NOGUEIRA, F. A. M.; SICHIERI, R. **Associação entre consumo de refrigerantes, sucos e leite, com o índice de massa corporal em escolares da rede pública de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, dez., 2009.

OGDEN, C. L. et. al. **Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000.** Journal of the American Medical Association. v. 288, n. 14, 2002.

OLIVEIRA L. P. M, et. al. **Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.** Rev. Nutr., Campinas, v. 18, n. 4, jul./ago., 2005.

OLIVEIRA, F. D. C. C. et. al. **Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, 2011.

OLIVEIRA, L. D. **Eficácia de uma estratégia de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável direcionada a mães de adolescentes e avós maternas ns taxas de aleitamento materno exclusivo e na época de introdução de outros alimentos.** Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PALMEIRA, P. A. et. al. **Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil.** Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 4, jul./ago., 2011.

PEIXINHO, A. **Alimentação Escolar no Brasil e nos Estados Unidos.** O mundo da Saúde, São Paulo, v. 35, n. 2, 2011.

PEREIRA, R. A. et. al. **Mudanças no consumo alimentar de mulheres do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1995-2005.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, nov. 2009.

PIRES, M. P. et. al. **Consumo alimentar, antropometria e morbidade em pré-escolares de creches públicas de Campina Grande, Paraíba.** Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr, São Paulo, v. 34, n. 1, abr/2009.

POLLA, S. M.; SCHERER, F. **Perfil alimentar e nutricional de escolares da rede municipal de ensino de um município do interior do Rio Grande do Sul.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 2011.

PONTES, T. E. **Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos.** Rev. Paul. Ped. São Paulo, v. 27, n. 1, 2009.

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

REIS, C. E. G. et. al. **Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil.** Rev. Paul. Pediatr., v. 29, n. 4, 2011.

ROSSI, A. et. al. **Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 6, nov./dez. 2008.

ROSSI, C. E. et. al. **Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática.** Rev. de Nutrição, v. 23, n. 4, jul./ago. 2010.

SALDIVA, S. R. D. **Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, 2007.

SANTOS, N. P. **Avaliação dos Hábitos Alimentares de Crianças entre os 3 e os 7 anos de Idade do Externato Lisbonense.** FCNAUP, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Portugal, 2010.

SANTOS, R. B. et. al. **Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e saúde de crianças moradoras de cortiços e favela.** Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 6, nov./dez. 2008.

SAUNDERS, C.; ACCIOLY, E.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

SCHAFFAZICK, A. L. **Estado nutricional e consumo de alimentos das crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município de Lagoa dos Três Cantos – RS.** Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SCHUCH, I. **Sobrepeso em pré-escolares dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina: prevalência e fatores associados.** Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. **Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 4, 2003.

SILVA, M. B. **Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Mat. Inf., Recife, v. 8, n. 3, jul./set., 2008.

SIQUEIRA, R. S.; MONTEIRO C. A. **Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

SIMON, V. G. N. et. al. **Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009.

SOUSA, J. S. **Estratégias de persuasão para o público infantil utilizadas em embalagens de alimentos.** Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TOLONI, M. H. A. et. al. **Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo.** Rev. Nutr., Campinas, v. 26, n. 1, jan./fev. 2011.

TOMA, T. S.; REA, M. F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

TORRES, A. A. L. **Avaliação Antropométrica de pré-escolares – comparação entre os referenciais: NCHS 2000 e OMS 2005.** Rev. Eletr. Enf. v. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a13.htm>> Acesso em jun/13.

TUMA, et. al. **Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 5, n. 4, out./dez., 2005.

VALENTE, T. B. et. al. **Hábitos alimentares e condições socioeconômicas de pré-escolares assistidos por uma creche no interior do Rio Grande do Sul, Brasil.** Brazil Journal Food Technol, III SSA, nov., 2010

VARGAS, P. R. **Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em creche filantrópica na região oeste do Paraná.** Trabalho de conclusão de Curso. FAG, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007.

VIEIRA, M. F. A. et. al. **Estado nutricional de escolares de 1a a 4a séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, julho, 2008.

VITTOLO, M. R. **Nutrição: da gestação à adolescência.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. 322 p.

VITTOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

ZVEIBRUCKER, F. P., MIRAGLIA, F. **Avaliação do consumo alimentar de pré-escolares frequentadores de EMEIs no Município de Nova Santa Rita, RS.** Rev. de Iniciação Científica, CIPPUS, Canoas, v. 1, n. 1, 2012.

Anexos

Anexo A: QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR UTILIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Questionário Frequência Alimentar

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS

2. Ontem, a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? Sim Não

3. Ontem, a criança comeu fruta? Sim Não

4. Ontem, a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? Sim Não

5. Ontem, a criança comeu assistindo televisão? Sim Não

6. Ontem, a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? Sim Não

7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável) Todos os dias (5 a 7x semana) Dia sim, dia não (3 a 4x semana) Às vezes(2 x semana ou menos) Nunca

Nome da criança: _____

Apêndices

Apêndice A: SOLICITAÇÃO À COORDENAÇÃO DA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL SANTA ISABEL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Porto Alegre, 06 de março de 2013

À Coordenação da Escola de Educação Santa Isabel:

Eu, Natássia Scortegagna da Cunha, acadêmica do curso de Especialização em Saúde Pública, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – RS, sob orientação da professora Dra. Ilaine Schuch, venho por meio desta solicitar autorização, por escrito, para realizar uma pesquisa de cunho acadêmico com os escolares da Escola Educação Infantil Santa Isabel, na cidade de Passo Fundo - RS.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a qualidade da alimentação e o estado nutricional de pré-escolares. Para tanto necessitamos coletar de dados como peso, altura, idade, gênero além de verificar qualidade alimentar por meio da aplicação de um questionário de frequência de consumo alimentar, um questionário sobre qualidade alimentar além de dados socioeconômicos e sócio demográficos.

Desde já agradeço e conto com sua colaboração.

Natássia Scortegagna da Cunha
Pesquisadora colaboradora

Gabriel Garcia
Coord. Projeto Santa Isabel

Ir. Ignez
Coord. Escola Educacao Infantil Notre Dame Santa Isabel

Apêndice B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr (a) está sendo convidado à participar, como voluntário de uma pesquisa cujo objetivo principal é estudar a qualidade da dieta de pré-escolares e a relação com o estado nutricional.

A sua participação consistirá em responder um questionário sobre a alimentação de seu filho (a). Além disso, será necessário realizar medidas do peso e da altura de seu filho (a).

A participação de seu filho (a) não é obrigatória, e ele ou o sr (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. As medidas de peso e altura não oferecem risco ou desconforto para seu filho (a).

Não haverá nenhum gasto com a sua participação nesta pesquisa. A coleta de dados será no próprio ambiente escolar e em horário de aula.

No caso de você concordar na sua participação e de seu filho (a) na pesquisa, favor escrever seu nome e assinar o presente documento. Sua identificação e do seu filho (a) não será divulgada em momento algum. Garantimos ainda, que os dados obtidos não serão divulgados individualmente e, sim, coletivamente, sendo as informações e os resultados utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Em caso de dúvida poderá procurar a pesquisadora Natássia Scortegagna da Cunha pelo telefone (54) 91658169.

Nome da Criança: _____

Nome do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____

Apêndice C: QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DE NASCIMENTO DA CRIANÇA E DA QUALIDADE ALIMENTAR.

Nome da criança: _____

Nível escolar: _____

Data nascimento da criança: _____

Telefone: _____

1- QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

1.1- CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

NOME	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO

1.2. A família recebe algum benefício de programas sociais?

a) () sim () não. Se sim, qual: _____

1.3. Organização familiar (com quem mora)?

1.4. Quem cuida da alimentação da criança quando ela está em casa? _____

1.5. Peso de nascimento das crianças: _____

1.6. Comprimento ao nascer: _____

1.7. Idade gestacional: _____

1.8. Idade da mãe na gestação: _____

1.9. Amamentação no peito? () sim () não. Se sim, até que idade: _____
meses

2. Quando iniciou alimentação? _____

2- Questionário sobre Qualidade Alimentar

Reponda: Como você considera a qualidade da alimentação do seu filho?

(0) Muito boa (1) Boa (2) mais ou menos (3) ruim (4) muito ruim

Nome da criança: _____