
PERFIL DO ALEITAMENTO, ALIMENTO COMPLEMENTAR, FREQUÊNCIA DE CONSUMO ATUAL E A TENDÊNCIA AO SOBREPESO EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE CURITIBA

PROFILE OF BREASTFEEDING, COMPLEMENTARY FOOD, CURRENT CONSUMPTION FREQUENCY AND TENDENCY TO OVERWEIGHT IN CHILDREN UNDER 5 YEARS FROM CURITIBA

¹Daniele Ferreira Barbosa dos Santos; ¹Eliane Carneiro Gomes; ²Grace Maria Ferreira de Castro Wille; ¹Sandra Mara Woranovicz Barreira

1- Programa de Pós graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

2- Departamento de Farmácia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

Email: dani_iep@msn.com

RESUMO:

O objetivo foi verificar o perfil do aleitamento, alimento complementar e frequência de consumo atual dos pré-escolares de Curitiba, PR, para subsidiar a formulação de estratégias para combater a obesidade infantil. Um estudo transversal envolvendo crianças usuárias de unidades de saúde ou matriculadas em escolas públicas e particulares no município de Curitiba realizada de junho a dezembro de 2014. Fez-se uso de questionário para conhecer dados socioeconômicos, recordatório alimentar do primeiro ano de vida e frequência de consumo alimentar atual. Grande parte das famílias curitibanas não seguem as recomendações de: aleitamento, tanto a exclusividade quanto a duração; início de alimento complementar, pois introduzem precocemente água, chá, papa, açúcar; consideram sua alimentação saudável; não estão preocupadas com o excesso de peso dos filhos e não controlam muito o acesso às guloseimas e industrializados. Considerando que a obesidade é multifatorial, a população estudada, independente do poder aquisitivo, tem perfil para aumentar a prevalência do sobrepeso. Faz-se necessário sensibilizar as famílias para que a criança cresça em meio a nutrição adequada para o seu bom desenvolvimento, adquirindo bons hábitos alimentares e, assim, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos.

Palavras-chave: Pré-Escolar, Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Estudo Transversal.

ABSTRACT:

The objective was determine the feeding profile, complementary food and frequency of current consumption of preschool children in Curitiba, PR, to support the formulation of strategies to combat childhood obesity. Cross-sectional study involving children attending health units or preschoolers in public and private schools in the city of Curitiba held from June to December 2014. There was use of a questionnaire to meet socio-economic data, food the first year of life and frequency of current food consumption. Most families do not follow the recommendations of: breastfeeding, both exclusivity and the duration; early complementary food, as early introduced water, tea, pope, sugar;

consider their healthy eating; are not concerned with overweight children and not much control access to treats and industrialized foods. Given that obesity is multifactorial, the population studied, regardless of income, has profile to increase the prevalence of overweight. It is necessary to raise awareness among families for children to grow in the midst of proper nutrition for their proper development, acquiring good eating habits and thus preventing new cases and preventing overweight individuals may become obese.

KEY WORDS: Preschooler, Breastfeeding, Complementary Feeding, Overweight. Cross Sectional Study.

1. INTRODUÇÃO

É de essencial importância para o desenvolvimento da criança uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada, pois esta proporciona a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho das funções do organismo, e para a manutenção de um bom estado de saúde (FARIAS e RAVAZZANI, 2010). Dada a importância da dietética infantil na puericultura, a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e sociedades de pediatria lançam guias, manuais, pirâmides e modelos de cardápios à serem seguidos pelas famílias, educadores de centros infantis e profissionais da saúde (SBP, 2012; MS, 2004; OMS, 2003; MS, 2002).

A OMS (2001) recomenda o aleitamento materno exclusivo por seis meses e seus benefícios para o curto e longo prazo na saúde são inquestionáveis em áreas diversas, como no combate e prevenção de doenças infecciosas, doenças inflamatórias, neurológicas, fortalecimento da relação mãe e filho, entre outros (GIUGLIANI, 2010; CURY, 2009; STETTLER 2007). Após o sexto mês devem ser iniciados os alimentos sólidos, complementar ao aleitamento, pois este ainda é ótimo para a relação mãe e filho e imunidade, não tendo prazo para término (SBP 2012; GIUGLIANI, 2010; CURY, 2009; STETTLER 2007; OMS, 2001). Os alimentos utilizados pela família devem ser oferecidos inicialmente em forma de papa, passando para pequenos pedaços dos 9 aos 11 meses e, no 12º mês na mesma consistência que são consumidos pela família. Deve-se evitar açúcar, enlatados, frituras, refrigerantes, salgadinhos e o uso de sal deve ser moderado (MS, 2002).

Durante o crescimento somático e de compartimentos corporais (massa magra, óssea e gorda), os componentes da dieta e dos alimentos são os principais fatores ambientais a influenciar o genoma humano. Esta interação ao longo da vida, em grande parte, define o estado de saúde ou de doenças de um indivíduo. Estudos experimentais e ensaios clínicos mostram ampla evidência de que fatores nutricionais e metabólicos, em fases iniciais do desenvolvimento humano, têm efeito em longo prazo na programação (*imprinting*¹) da saúde na vida adulta (SBP, 2012; JARAMILLO, 2009; BALABAN e SILVA, 2004).

A obesidade é um dos grandes desafios epidemiológicos do momento, pois é uma doença de causas múltiplas que envolvem fatores genéticos e ambientais e estes

parecem interagir levando a um balanço calórico positivo que resulta em agravos de saúde e comorbidades associadas (OMS 2014; BALABAN e SILVA, 2004, RAMOS e BARROS, 2003).

No Brasil, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões o excesso de peso e a obesidade são encontrados com grande frequência (IBGE, 2010). Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (2009), a prevalência do excesso de peso para altura das crianças de 0 a 59 meses no sul do país é estimada em 9,4%. No município de Curitiba a prevalência do sobrepeso e obesidade era de 4,08% em 2012, sendo maior que o déficit de peso para idade (SISVAN, 2012).

Nesse contexto é que surge a presente proposta com o objetivo de avaliar o perfil do aleitamento materno, início de alimentação complementar e frequência de consumo alimentar atual dos pré-escolares de Curitiba, PR, para subsidiar a formulação de estratégias para a prevenção da obesidade infantil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 População e desenho

Um estudo transversal foi conduzido com 514 crianças de 20 a 51 meses de idade do município de Curitiba, PR. Foram selecionadas aleatoriamente 2 unidades de saúde dos 9 distritos sanitários, posteriormente a Secretaria Municipal de Educação indicou 14 centros municipal de ensino infantil e mais 11 centros particulares concordaram em participar do estudo realizado de junho a setembro de 2014.

A casuística desse estudo é composta pela amostra do estudo de SANTOS, (2014) que investigou a influência do aleitamento no peso das crianças curitibanas realizado em 2014, o qual teve delineamento da amostra calculada sobre os nascidos vivos de Curitiba em 2011 (25.247 crianças) considerando a prevalência de sobrepeso do município de 4,08% no ano de 2012 (166 crianças para ter nível de confiança de 95% e erro de estimativa de 3%).

2.2 Coleta de dados e análise

Foi elaborado questionário para coletar informações sobre aspectos demográficos e socioeconômicos da família, caracterização do aleitamento materno, alimentação complementar e alimentação atual da criança e perfil nutricional atual dos pais. A coleta de dados foi realizada nos períodos de junho a setembro de 2014. No início do trabalho os dirigentes das creches, bem como as autoridades sanitárias das unidades de saúde foram esclarecidos quanto à metodologia, e as unidades foram visitadas para a verificação da rotina diária, a fim de adequar a operacionalização das ações, sem interferir no andamento normal das atividades. Os responsáveis foram

informados sobre os objetivos da pesquisa e após consentimento, responderam o formulário.

A aplicação do questionário aos usuários de unidades de saúde foi na forma de entrevista pela própria pesquisadora ou agente comunitária e conseguiu-se 305 participações. O mesmo questionário, com instruções para o auto preenchimento, foi entregue pelas escolas para serem respondidos pelos responsáveis e devolvidos à escola. Portanto a amostra estudada foi constituída por 50 pré-escolares de centros privados e 159 de centros públicos, 305 de usuários de unidades de saúde, totalizando 514 crianças.

Em relação ao aleitamento materno, foi perguntado até que idade, em meses, a criança mamou exclusivamente no peito (aleitamento materno exclusivo) e período total do aleitamento materno. Para a alimentação complementar foi perguntado em que idade (em meses) foram introduzidos os seguintes alimentos na alimentação da criança: água e/ou chá, leite não materno, açúcar, farinha de cereais, frutas, mingau de amido, papa de bolacha, carne e peixe.

Para a alimentação atual perguntou-se a frequência semanal do consumo de ovo, carne, peixe, leite e derivados, frutas, hortaliças, enlatados, bolacha, achocolatado, bala e/ou pirulito, bombom, macarrão, arroz, feijão, salgadinhos tipo chips e batata frita - a lista de alimentos constantes no questionário foi construída a partir de dados de estudos prévios, que apontavam vários itens da alimentação habitualmente consumida por pré-escolares, sendo feita uma adequação após a realização de um pré-teste. Não foi investigada a forma de preparo, número e tamanho das porções. Para avaliação da alimentação atual, utilizou-se como referência a Pirâmide Alimentar Brasileira para crianças.

Todos os formulários foram analisados, algumas informações estavam incompletas ou não respondidas e não foi possível o contato telefônico com o responsável para obtenção das informações faltantes. Contudo não houve descarte nessa fase da pesquisa e apenas foram consideradas como não respondidas.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Setor da Saúde da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal da Saúde e aprovação pela Secretaria Municipal de Educação (CAAE 22182813.3.0000.0102). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado ou encaminhado juntamente com os formulários da pesquisa.

3. RESULTADOS

Do grupo de entrevistados, 85,60% (440) foi constituído por mães e o restante representado por pais, avós e outros cuidadores das crianças; 54,86% (282) eram referentes a meninos; 69,65% (358) das crianças moravam com pai e mãe; a maior parte das crianças era primogênita (48,83%) e quanto à faixa etária, 61,67% (317) tinha entre 25 e 36 meses. Também foi observado que 79,96% (411) das crianças nasceram

de parto a termo, sendo a frequência de baixo peso de 7,59% (39). Quanto aos dados maternos, foi observado que 79,96% (411) possuíam mais de oito anos de estudo e 68,87% (354) estavam trabalhando. A renda familiar de 60,51% dos entrevistados foi de até três salários mínimos.

Apenas 6,61% (34) da amostra não receberam aleitamento materno; 4 e 6 meses foram as medianas da duração do aleitamento materno exclusivo e duração total do aleitamento materno respectivamente. Da amostra, 79,18% (407) receberam por menos de 6 meses aleitamento exclusivo; 29,18% (150) das crianças pararam de mamar antes do sexto mês e 38,13% (196) receberam leite materno até o primeiro ano de vida; 25,10% (129) foram amamentados por mais de um ano.

As medianas das idades de introdução dos leites não materno: fórmula de partida², em pó integral e de vaca foram respectivamente 3,5; 12 e 12 meses. A mamadeira foi usada pela maioria das mães (86,77%) e teve a mediana de introdução de 5 meses.

Em relação ao leite em pó integral não foi questionado qual tipo/'fase' foi administrado, sendo percebido que esse tipo de leite foi pouco administrado antes do 6º mês. Algumas famílias iniciaram leite em pó integral como transição para o leite de vaca. Outras famílias nunca haviam dado ao filho leite de vaca e ainda faziam uso do leite em pó integral. A quantidade de famílias que administraram o leite de vaca antes do primeiro ano foi de 34,82%.

Acerca do alimento complementar, 6,81% e 11,07% foram famílias que seguiram a recomendação de iniciar água e alimento, respectivamente, a partir do 6º mês. Quando perguntou-se da introdução de água ou chá, questionou-se se o mesmo era feito com adição de açúcar e 29,38% afirmaram que sim. Algumas mães relataram o uso de adoçante e mel. Perguntou-se também sobre o início da adição de açúcar nos alimentos, a qual obteve mediana de 6 meses, o mesmo valor da mediana de introdução de papa. Por fim, verificou-se que muitas mães iniciaram o uso de açúcar na papa de frutas, o qual leva o nome de papa doce. A papa de bolacha e mingau de maisena também têm sido introduzidos como papa doce. Ouviram-se casos de introdução de sopa e suco de fruta como alimento complementar. A mediana de início de carne, fruta e papa de bolacha foi de seis meses. A mediana para mingau de amido e farinha de cereais foi de 7 e 12 meses respectivamente. Para o início de peixe foi de 8 meses - algumas famílias acreditavam que não era recomendado para criança - o consideraram reimoso.

Poucas famílias relataram que a criança teve alguma restrição alimentar devido intolerância a lactose, refluxo ou dificuldade na deglutição. A maioria das mães disse seguir recomendações de pediatra (57,78%) e foi verificada forte influência das avós em 31,91% das famílias.

No questionário era perguntado se a criança já seguia e desde quando a rotina

alimentar da família, ou se havia alguma diferença; 15,76% das crianças seguiam a rotina antes do 12º mês e o que diferenciava para algumas era a quantidade de tempero ou textura; 67,70% das mães consideravam possuir uma alimentação saudável ou muito saudável.

A maioria das famílias não verificaram algum comportamento alimentar atual que preocupasse, algumas relataram preocupação para a preferência por doce, por estarem muito seletivos, por não comerem ou por terem deixado de comer feijão, carne ou legumes.

As medianas de frequência de consumo semanal dos alimentos avaliados podem ser visualizadas na Tabela 1.

TABELA 1- Frequência de ingestão semanal de alguns alimentos, em número absoluto, porcentagem, mediana e moda de consumo conforme renda familiar

Alimentos	n (%)	<3 salários	= 3 salários
		Dias de consumo (Mediana)	Dias de consumo (Mediana)
Arroz	488 (94,94)	7	7
Bolacha	466 (90,66)	3	3
Macarrão	463 (90,08)	3	2
Legumes e saladas	467 (90,86)	6	6
Frutas	468 (91,05)	6	7
Carne	478 (93)	6	6
Peixe	364 (70,82)	1	1
Ovo	407 (79,18)	2	1
Feijão	484 (94,16)	7	7
Leite	455 (88,52)	7	7
Iogurte	440 (85,60)	4	4
Queijo	366 (71,21)	2	2
Lanches*	383 (74,51)	1	1
Bombom	371 (72,18)	1	1
Sobremesas	402 (78,21)	1	1
Achocolatado	320 (62,26)	2	1
Enlatados	307 (59,73)	1	1
Batata frita	358 (69,65)	1	1
Salgadinho-Chips	377 (73,35)	1	1
Bala	416 (80,93)	2	1
Refrigerante	374 (72,76)	1	1
Suco artificial	433 (82,24)	4	4

* Lanches= pizza, pão com salsicha ou hambúrguer

A maioria das crianças comiam diariamente arroz, feijão, frutas, saladas, leite e derivados como o recomendado pelas diretrizes do país. Já o consumo de industrializados é consideravelmente alto.

As famílias menos favorecidas consomem mais carboidratos, proteínas, guloseimas e frituras. O elevado consumo no grupo dos carboidratos deve-se à maior ingestão de macarrão, para o grupo de proteínas o maior consumo de ovo e para as guloseimas bala, achocolatado, batata frita e chips, quando comparado o consumo das famílias com três ou mais salários. As de melhor poder aquisitivo consomem mais queijo e iogurte.

No total foram obtidos dados antropométricos de 420 mães e 222 pais: 40,71% e 62,01%, respectivamente, se encontravam com sobrepeso ou obesidade. Quanto a preocupação de que o filho fique com sobrepeso, a maioria dos pais estavam nada ou pouco preocupados (67,70%) com o excesso de peso das crianças.

Durante as entrevistas, muitas falas sugeriram que os responsáveis preferem que a criança seja mais gordinha para suportar possíveis doenças, sendo maior a preocupação para a magreza.

4. DISCUSSÃO

Nossos achados revelam que muitas mães não seguem o aleitamento exclusivo de 6 meses como o recomendado pela OMS e MS; não conseguem amamentar por mais de um ano (conforme os parâmetros da OMS considera-se bom e muito bom acima de 21 e 23 meses respectivamente) e introduzem precocemente água, chá e papa. Na entrevista foi visto que iniciam sopas, sucos, papas de bolacha e mingau de amido como alimento complementar e com adição de açúcar. Muitas mães marcaram mais de uma pessoa quando questionadas quem auxiliou no início do alimento complementar, o que pode sinalizar que existem dúvidas e insegurança. Verifica-se aí a brecha onde os profissionais de saúde podem e devem atuar à orientação das mães.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (2009) mostrou que no sul do Brasil amamenta-se menos, tem comportamento alimentar inadequado e há mais casos de sobrepeso comparado às outras regiões geográficas. O inquérito nacional de 2008 mostrou duração mediana de aleitamento materno de 10 meses para capitais e Distrito Federal - considerado ruim. Já o aleitamento materno exclusivo apresentou mediana de 54 dias. O conjunto das capitais da região Sul apresentou a menor duração mediana do aleitamento materno de 302 dias, e para o aleitamento materno exclusivo mostrou 59 dias (MS, 2009) (OMS, 2003). Nossos resultados estão abaixo dos recomendados pela OMS e MS, sendo a mediana de aleitamento exclusivo superior ao do inquérito de 2008 para a região Sul que foi de 2 meses.

A hipótese de que o aleitamento materno tem efeito protetor contra a obesidade tardia é suportado pela: força de associação, pela relação dose-resposta, pela plausibilidade biológica e pelo mecanismo de comportamento. A força de associação é justificada quando se somam os estudos e consequentemente as amostragens, onde verifica-se que os que foram amamentados possuem menor risco para adquirir obesidade. A relação dose-resposta é compreendida quando analisa-se que os que foram amamentados por mais tempo são os mais protegidos. Já a plausibilidade biológica tem suporte devido a qualidade e quantidade dos componentes do leite humano não encontrados na fórmula infantil e leite de vaca. Pela hipótese de que o aleitamento regula a ingestão por sinalização interna justifica-se o mecanismo de comportamento (STETTLER, 2007).

O estudo de Simon (2009), mostrou que a amamentação exclusiva por seis meses e a amamentação por mais de 24 meses entre os pré-escolares de centros privados de São Paulo foi fator protetor para sobrepeso e obesidade. O estudo de Abarin (2012) mostrou que o aleitamento materno exclusivo impacta em todos os genótipos do gen FTO - gen relacionado a obesidade- dos meninos com substancial redução do IMC a medida que aumenta o período do aleitamento exclusivo.

Existem evidências de que a introdução de alimentos antes dos 6 meses não oferece vantagem e também pode ser prejudicial (GIUGLIANI e VICTORA, 2000). Tal situação é preocupante, tendo em vista que ficam mais susceptíveis às alergias alimentares, infecções e que o bom desenvolvimento da criança depende de uma alimentação equilibrada. Com a complementação alimentar antes do 6º mês, as crianças passam a ingerir menos leite materno, ou seja, este é substituído pelo alimento complementar e muitas vezes são menos adequados do que o leite materno sob o ponto de vista nutricional (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Conforme o estudo de Corso *et al* (2003) o excesso de peso prevalece nas regiões mais desenvolvidas do Brasil- onde há modernização industrial e mudança de comportamento alimentar- e em menores de cinco anos de idade é mais frequente nos primeiros anos de vida, associado a práticas de desmame precoce e difusão de normas de dietética infantil incorretas, as quais estimulam a superalimentação.

O trabalho de Tuma *et al* (2005) também revela o uso diário e precoce de açúcar entre os pré-escolares de Brasília, bem como os resultados de Caetano *et al*, 2010, que avaliaram as práticas inadequadas de alimentação complementar em Recife, Curitiba e São Paulo. Nos achados de Simon *et al*, 2009, a introdução de açúcar foi fator de risco para o sobrepeso em pré-escolares de São Paulo.

Os trabalhos de Huh (2011); Seach (2010) e Simon *et al* (2009), mostraram relação direta com alimentação complementar precoce e desenvolvimento de sobrepeso na infância.

Segundo o Ministério da Saúde (2002) o padrão de alimentação complementar

das crianças no Brasil é desfavorável, pois é: introduzida precocemente, monótona, não supre as necessidades de minerais e vitaminas, adicionado ao fato dos tabus e crenças relacionados aos alimentos contribuírem para o pouco consumo de alimentos que são importantes fontes de vitaminas e minerais.

Acerca do consumo atual, com os dados encontrados, é possível afirmar que o atual consumo alimentar das crianças é inadequado com um alto consumo de industrializados influenciado pelo comportamento alimentar dos pais. Durante as entrevistas, muitas falas sugeriram que os responsáveis preferem que a criança seja mais gordinha para suportar possíveis doenças, sendo maior a preocupação para a magreza. Esta questão é abordada por Camargo *et al* (2013) como uma crença cultural materna onde o sobrepeso não é visto como um problema já a magreza está associada com problemas de saúde.

Estudo de Santos e Rabinovich (2011) mostra que existe um permissivismo para alimentos não adequados e sem moderação por parte dos responsáveis para compensar sua ausência devido a viagens, trabalho, entre outros.

Os dados do presente estudo mostraram que a maioria dos pais, dentre os pais que informaram dados antropométricos, estavam com sobrepeso ou obesidade e houve quantidade considerável de mães estavam na mesma situação. A obesidade entre os familiares é um fator de risco preponderante para a obesidade na infância, pois o risco de uma criança ser obesa aumenta em função da obesidade dos pais (CAMARGO, 2013). Nos resultados de Simon *et al* (2009) ter o pai obeso foi fator de risco para o sobrepeso em pré-escolares de São Paulo. Os achados de Costa *et al* (2011) e Santos e Rabinovich (2011), mostram que os filhos tendem a ter aspecto corporal ao dos pais e quando filho de pai e mãe obesos a chance de ser obeso na vida adulta é de 80%. Conforme Valle e Euclides (2007) as práticas alimentares dos pais obesos influenciam no comportamento alimentar das crianças, podendo levá-las a desenvolverem a obesidade. Para as autoras, mães com desordem alimentares contribuem mais para aumentar as taxas de problemas alimentares em crianças do que mães sem desordens alimentares; as primeiras têm problemas de controle de ingestão alimentar e, ainda, na ânsia de que a criança fique alimentada algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas.

O poder aquisitivo das famílias também influencia no comportamento alimentar. O presente estudo mostra que famílias de menor poder aquisitivo consomem mais macarrão e guloseimas (bolacha, achocolatado, bala, sucos e refrigerante). As de maior renda consomem um pouco mais de frutas, legumes, iogurte e queijo. Sabe-se que carboidrato é, em parte, transformado e estocado na forma de carboidrato e que o maior consumo proteico estimula a proliferação dos adipócitos (MELNIK, 2012; RODRIGUES 2009). Entretanto, como não foi investigado o tamanho e número de porções não se pode concluir que as famílias curitibanas de baixa renda tendem ao

sobrepeso pelo maior consumo de carboidratos enquanto que as de renda maior pelo consumo aumentado de fontes proteicas.

O município de Curitiba vivencia um momento em que a prevalência do sobrepeso e obesidade é baixa, mas é maior que o déficit de peso para idade. Conforme o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (2012) o perfil nutricional dos curitibanos menores de 4 anos, nos últimos anos, apresentou um aumento da taxa de peso elevado de 4,08% em 2012. No município, a Secretaria Municipal da Saúde desenvolve o Projeto Saúde da Criança e em parceria com a Secretaria Municipal da Educação o Projeto Saúde na Escola que atuam fortemente na atenção básica e fazem os encaminhamentos necessários das crianças - oferecendo atenção integral com monitoramento do risco ao nascer e evolutivo, acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento (SMS-CURITIBA, 2012). Portanto, é possível que as intervenções de saúde destes Programas sejam ainda mais efetivas se estas considerarem as atitudes distorcidas das famílias (percepção de pratos saudáveis, sobrepeso infantil, acesso às guloseimas, etc).

5. CONCLUSÃO

As famílias curitibanas infelizmente não seguem as recomendações de aleitamento materno, início de alimento complementar, consideram sua alimentação saudável, não estão preocupadas com o excesso de peso dos filhos e não controlam muito o acesso às guloseimas. Tendo em vista que a obesidade é multifatorial, a população estudada, independente do poder aquisitivo, tem perfil para aumentar a prevalência do sobrepeso, mesmo com os esforços das Secretarias Municipal da Saúde e da Educação.

Faz-se necessário sensibilizar as famílias para que adotem hábitos saudáveis para que a criança cresça em meio a nutrição adequada para o seu bom desenvolvimento. A respeito do excesso de peso é importante que exista conscientização das famílias para a prevenção de novos casos e evitar que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos com agravos na vida adulta.

6. REFERÊNCIAS

ABARIN, T.; WU, Y.Y.; WARRINGTON, N.; LYE, S.; PENNELL, C.; BRIOLLAIS, L. The impact of breastfeeding on FTO-related BMI growth trajectories: an application on the Raine pregnancy cohort study. **International Journal of Epidemiology**. Oxford, v.41, p. 1650-1660, nov. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 43, de 19 de setembro de

2011. **Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes.**

Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d8361b804aaa96d79ef6de4600696f00/Resolucao_RDC_n_43_de_19_de_setembro_de_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BALABAN, G.; SILVA, G. A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro, n.1, v.80, p. 7-14, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, 2009.

CAETANO, M.C.; ORTIZ, T.T.; SILVA, S.G.L.; SOUZA, F.I.S.; SARNI, R.O.S. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n.3, p 196-201, 2010.

CORSO, A.C.T.; BOTELHO, L.J.; ZENI, L.A.Z.R.; MOREIRA, E.A.M. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.1, v. 16, p. 21-28, jan. 2003.

COSTA, S. D.; OLIVEIRA, J.C.; ROCHA, S.M.B. Educação nutricional com atividade lúdica para escolares da rede municipal de ensino de Curitiba. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v. 2, p. 100-116, 2011.

CAMARGO, A.P.P.M.; BARROS, A.A.F; ANTÔNIO, M A.R.G. M.; GIGLIO, J.S. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 323-333, fev. 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. **Perfil nutricional de crianças com menos de 4 anos**. Curitiba, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos SINASC 2011**. Disponível em:< http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/vigilancia/arquivos/epidemiologica/indicadores/Perfil%20Nascidos%20Vivos_2011

CURY, M.T.F. Aleitamento materno. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan. p. 279-300, 2009.

FARIAS, A.M.; RAVAZZANI, E.D. Avaliação do Consumo de legume e verdura em pré escolares de um a seis anos de um. Centro de Educação Infantil. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v. 5, p. 90-101, 2010

GIUGLIANI, E.R.J; VICTORA, C.G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**. v.76, p.253-262, 2000.

GIUGLIANI, E.R.J. **A Sociedade Brasileira de Pediatria: ações e conquistas em aleitamento materno**. Disponível em:< http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1845&tipo_detalhe=s> Acesso em: 26/08/2014.

HUH, S.Y.; SHIMAN, S.L.R.; TAVERAS, E.M.; OKEN, E.; GILLMAN, M.W. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. **Pediatrics**. Stanford, v.127, n.3, p.544-550, mar. 2011.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf.> Acesso em: 06/06/2013.

JARAMILLO, P.L. Cardiometabolic Disease in Latin America: The role of fetal programming in response to maternal malnutrition. **Rev. Esp. Cardiol**. v.6, p. 670-676, 2009.

MELNIK, C.B. Excessive Leucine-m TORC1-signalling of cow milk-based infant formula: the missing link to understand early childhood obesity. **Journal of Obesity** p.1-14, 2012.

RAMOS, A.M.P.P.; BARROS, A.A.F. Prevalência da Obesidade em Adolescentes Bragança Paulista. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, 2003.

RODRIGUES, L. Obesidade infantil. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS,; C.; LACERDA,

E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E.P. Situações Familiares na Obesidade Exógena Infantil do Filho Único. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 507-521, 2011.

SEACH, K.A.; DHARMAGE, S.C; LOWE, A.J.; DIXON, J.B. Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years. **International Journal of Obesity**. v.34, p.1475-9, 2010.

SIMON, V.G. SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n.1, p. 60-69, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar**. Rio de Janeiro, 2012.

STETTLER, N. Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood and adulthood obesity in the first year of life. **Internatinonal Journal of Obesity**. London, v. 31, p. 1035-1043, 2007.

TUMA R.C.F.B.; COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, DF. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 5, n. 4, p. 419-428, out. 2005.

VALLE, J.M.N; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista de Atenção Primária a Saúde**.v.10, n.1, p. 56-65, jan/jun 2007.

WHO. **Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva, 2003.

WHO. **Obesity and overweight**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acesso em: 15/04/2014.

WHO. **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation**, Geneva, 2001.

Nota explicativa:

¹Imprinting = indução, deleção ou prejuízo do desenvolvimento de uma estrutura somática ou ajuste de um sistema fisiológico por um estímulo ou agressão que ocorre num período suscetível, resultando em consequências em longo prazo para as funções fisiológicas; Um exemplo importante de imprinting é a relação entre as más práticas de alimentação no primeiro ano de vida e o desenvolvimento futuro de obesidade (SBP, 2012; HUH, 2011; SEACH, 2010; SIMON, 2009).

²É o produto, em forma líquida ou pó utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer, por si só, as necessidades nutricionais dos lactentes sadios durante os primeiros meses de vida (ANVISA, 2011)