

## ARTIGO ORIGINAL

# Consumo alimentar: um estudo sobre crianças com sobrepeso e obesidade do Espaço Mamãe Criança de Vera Cruz/RS

*Food consumption: a study with overweight and obese children at the Espaço Mamãe Criança in the city of Vera Cruz/RS*

Carina Garcia<sup>1</sup>, Jênifer Proença de Brum<sup>1</sup>, Daniela Elaine Roehrs Schneider<sup>1</sup>, Janine Koepp<sup>1</sup>, Lia Gonçalves Possuelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: agosto 2014 / Aceito em: dezembro 2014

[carinag.garcia@gmail.com](mailto:carinag.garcia@gmail.com)

## RESUMO

A inadequação alimentar pode se caracterizar por excesso de energia e nutrientes, causando distúrbios como a obesidade infantil. **Objetivo:** analisar a qualidade da alimentação de crianças com sobrepeso e obesidade entre a faixa etária de 1 a 7 anos, de ambos os sexos, participantes do Grupo Qualidade de Vida na Infância. **Método:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde do município de Vera Cruz/RS, com 15 crianças, que são integrantes do Grupo Qualidade de Vida na Infância que atende crianças com sobrepeso e obesidade. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2013. Durante o primeiro atendimento nutricional foi feita a entrevista com os pais ou responsáveis pelas crianças, utilizando o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, para a investigação dos hábitos alimentares. **Resultados:** verificou-se que há um bom consumo de frutas, feijão, leite/derivados e carne, entretanto a ingestão de verduras/legumes diminuiu com o aumento da idade. Além disso, percebeu-se que 80% das crianças com dois anos ou mais realizaram as refeições assistindo à televisão. A maioria consome alimentos não saudáveis, como: salgadinho de pacote, bolacha recheada, refrigerante, doces e embutidos. **Considerações finais:** concluiu-se que as crianças apresentam uma boa prevalência de consumo de frutas, leite, carne e feijão, mas o mesmo não acontece com as verduras cruas e cozidas, uma vez que os pais referiram não ser um alimento bem aceito, inclusive algumas crianças tem aversão às hortaliças.

**Palavras-chave:** Hábitos Alimentares; Transição Nutricional; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

*Inadequate diet can be characterized by excess energy and nutrients, causing disorders such as childhood obesity. **Objective:** analyze the dietary quality of overweight and obese children aged 1 - 7 years (both genders) participants of the group Qualidade de Vida na Infância (Quality of Life in Childhood). **Method:** this is a quantitative approach study performed in the Basic Health Units in the city of Vera Cruz/RS (Brazil), with 15 children who are members of the group Qualidade de Vida na Infância (Quality of Life in Childhood). Data were collected from June to September (2013). Children's parents or guardians were interviewed on the first day of nutritional care and inquired about the children's dietary habits. This task was performed using the Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Food Consumption Markers Form of the Food and Nutrition Surveillance System). **Results:** we found that there are a good intake of fruit, beans, milk/dairy and meat, and a decreasing intake of greens/vegetables with increasing age. In addition, one can see that 80% of children aged two years or more made meals watching television. Most of those children consume unhealthy food, such as snacks and chips, filled cookies, sodas, sweets and canned food. **Final considerations:** we conclude that children had a good prevalence of fruit, milk, meat and beans, but the same isn't true with raw and cooked vegetables, since parents reported not being a kind of food well accepted by their children (some of them have an aversion to greens).*

**Keywords:** Dietary Habits; Nutritional Transition; Public Policies.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um país em transição nutricional, pela substituição da desnutrição pela obesidade, devido ao excesso e à inadequação alimentar. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008-2009), divulgou que nos últimos anos, o peso dos brasileiros, vem aumentando gradativamente<sup>1</sup>. O índice de sobrepeso e obesidade, na faixa etária de cinco a nove anos, aumentou significativamente, pois o número de meninos com excesso de peso mais que dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Além disso, o número de obesos, nesse mesmo grupo etário, teve o aumento de 300%, passou de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2009 e a variação ainda foi maior, entre as meninas<sup>2</sup>.

O avanço da obesidade está fortemente ligado à alteração do consumo alimentar e da insuficiente prática de atividade física. Os determinantes da obesidade são de caráter demográfico, socioeconômico, epidemiológico, cultural, comportamental, ambiental e psicossocial, o que a torna uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, determinando que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complicação e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças, no Brasil, aponta que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis<sup>3</sup>.

A obesidade infantil é um fator de risco importante para diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral<sup>4</sup>. As pesquisas atuais discutem a importância do papel da família como fator fundamental para o sucesso no tratamento da obesidade de crianças e adolescentes, considerando-se que nessa faixa etária os indivíduos são dependentes de seus pais. As crianças sofrem influência dos conflitos no ambiente familiar, como as desavenças conjugais, violência familiar, doenças de algum membro da família, acesso direto e ilimitado às tecnologias como computadores, videogames e celulares<sup>5</sup>.

A inadequação alimentar pode se caracterizar por excesso de energia e nutrientes, causando distúrbios como a obesidade, que além de atingir a população adulta, também atingem as crianças. Esses problemas na infância, juntamente com as condições ambientais e comportamentais, podem ter efeitos importantes na saúde do indivíduo quando adulto, por isso, torna-se pertinente o conhecimento do comportamento alimentar das populações para o desenvolvimento de políticas públicas, relacionadas à segurança alimentar e nutricional<sup>6</sup>.

Nas últimas décadas, houve uma redução no consumo dos alimentos típicos de cada região (frutas, verduras e legumes) e acréscimo no consumo de alimentos com alta quantidade de açúcar simples, gordura e sódio. Isso ocorreu por vários fatores, como: o êxodo rural, o aumento da variedade de produtos industrializados e o aumento da publicidade desses produtos<sup>7</sup>.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é oferecido aos profissionais de saúde e aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à melhoria da qualidade da assistência à população<sup>8</sup>. O SISVAN contribui para que se avaliem a natureza e a

magnitude dos problemas de nutrição, diferenciando grupos sociais de risco e dando informações para a formulação de políticas e estabelecimento de programas e intervenções<sup>9</sup>.

O protocolo do SISVAN disponibiliza dois questionários para a avaliação da alimentação das crianças, conforme a idade das mesmas. O Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças menores de cinco anos de idade, é subdividido em três questionários: o primeiro para crianças menores de seis meses, que visa caracterizar a prática do aleitamento materno e identificar o tipo de alimentação que a criança está recebendo, o segundo é para crianças com idade entre seis meses e menos de dois anos que busca investigar a introdução de alimentação complementar e consumo de grupos de alimentos, como leite e derivados, doces, cereais, frutas, carnes, leguminosas, verduras e legumes e o terceiro para crianças com idade entre dois anos e menos de cinco anos que procura identificar as práticas alimentares da criança que já deve ter adotado a alimentação da família. O outro Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para indivíduos com cinco anos de idade ou mais, busca identificar com que frequência a criança consumiu alguns alimentos e bebidas nos últimos sete dias. As questões sobre frequência alimentar são indagadas apenas para as crianças maiores de dois anos de idade por já terem aderido à alimentação habitual da família<sup>10</sup>.

O interesse na prevenção da obesidade infantil se justifica pelo aumento de sua prevalência com permanência na fase adulta, pela potencialidade enquanto fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em crianças e adolescentes obesos, antes predominantes em adultos. Os estudos de intervenção da obesidade infantil em longo prazo, incluindo mudanças de comportamento e com tamanho amostral suficiente, ainda são escassos, contudo necessários para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes<sup>11</sup>.

Neste sentido, foi analisado o consumo alimentar de crianças com sobrepeso e obesidade entre a faixa etária de 1 a 7 anos, de ambos os sexos, participantes do Grupo Qualidade de Vida na Infância do município de Vera Cruz, Rio Grande do Sul.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo realizado na Unidade Básica de Saúde, denominada de Espaço Mamãe Criança do município de Vera Cruz - RS. Foram incluídas 15 crianças, na faixa etária de um a sete anos que representavam 22,06% do total de crianças com sobrepeso e obesidade, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e integrantes do Grupo Qualidade de Vida na Infância. Como critério de classificação do estado nutricional das crianças utilizaram-se as Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006 e 2007 e os respectivos pontos de corte para sobrepeso e obesidade para as crianças menores de cinco anos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, são:  $\text{escore } z > +2 \text{ e } \leq +3$ ;  $\text{escore } z > +3$  e para as crianças maiores de cinco anos são:  $\text{escore } z > +1 \text{ e } \leq +2$ ;  $\text{escore } z > +2 \text{ e } \leq +3$ ;  $\text{escore } z > +3$  que classifica a obesidade grave.

Durante o primeiro atendimento nutricional foi realizada a entrevista com os pais ou responsáveis, utilizando apenas um questionário, conforme a idade da criança, chamado de Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças menores de cinco anos de idade e o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para indivíduos com cinco anos de idade ou mais, preconizado pelo protocolo do SISVAN e recomendado pelo Ministério da Saúde e a coleta dos dados foi realizada entre o mês de junho a setembro de 2013. O instrumento de pesquisa investigou os hábitos alimentares das crianças, analisando o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e legumes e dos alimentos não saudáveis, como bolachas recheadas, salgadinhos de pacote e doces. Os pais ou responsáveis pela alimentação das crianças eram quatorze do sexo feminino e apenas um do sexo masculino.

O questionário para as crianças entre seis meses e menos de dois anos, investiga a introdução da alimentação complementar, o consumo de grupos de alimentos e a adoção de comportamento de risco tanto para a ocorrência de deficiência de ferro como para o desenvolvimento de excesso de peso. O formulário para as crianças entre dois anos e menos de cinco anos visa avaliar as práticas alimentares das crianças, que já devem ter adotado a alimentação da família, investigando o consumo habitual de alimentos de diferentes grupos e a adoção de comportamentos relacionados ao aumento do risco para desvios nutricionais, incluindo possíveis carências de micronutrientes. Para as crianças maiores de cinco anos, o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar é semelhante às versões adotadas em pesquisas de monitoramento de práticas de risco à saúde<sup>10,12,13</sup>. Também foi considerado o questionário adotado no VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O questionário busca identificar com que frequência a criança consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias, que estão relacionados, tanto a uma alimentação saudável, como a práticas pouco recomendadas<sup>10</sup>.

Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação da criança no estudo, onde o mesmo será armazenado em local seguro pelas pesquisadoras, durante cinco anos e após este período serão incinerados. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo número 236.523, no ano de 2013.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 15 crianças com sobrepeso e obesidade do Grupo Qualidade de Vida na Infância do Espaço Mamãe Criança, na faixa etária de um a sete anos, sendo que a maioria 66,6% é do sexo feminino. Os pais ou responsáveis relataram na entrevista a alimentação das crianças, o que possibilitou caracterizar o padrão alimentar.

### a) Crianças com idade entre seis meses e menos de dois anos;

Verificou-se através do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças menores de cinco anos de idade, que as cinco crianças com idade entre seis meses e menos de dois anos, apresentaram um bom consumo de verduras/legumes (80%), frutas (100%) e feijão (100%). Outro ponto positivo é que nenhuma criança realizou as refeições assistindo à televisão. Entretanto, 20% das crianças consumiram bebidas ou preparações adoçadas e papa salgada/comida de panela antes dos seis meses de idade (Tabela 1).

**Tabela 1** - Consumo Alimentar das crianças entre seis meses e menos de dois anos.

Consumo Alimentar	Crianças	
	N	%
Consumo de verduras/legumes <sup>1</sup>	4	80
Consumo de frutas <sup>1</sup>	5	100
Consumo de carne <sup>1</sup>	4	80
Consumo de feijão <sup>1</sup>	5	100
Consumo assistindo à televisão <sup>1</sup>	0	0
Consumo de comida de panela no jantar <sup>1</sup>	5	100
Consumo de bebidas ou preparações adoçadas <sup>2</sup>	1	20
Consumo de papa salgada/comida de panela <sup>2</sup>	1	20
Consumo de suco industrializado ou em pó <sup>3</sup>	1	20
Consumo de refrigerante <sup>3</sup>	1	20
Consumo de leite com farinha <sup>1</sup>	0	0
<b>TOTAL DE CRIANÇAS</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Consumo alimentar do dia anterior à pesquisa; <sup>2</sup>Consumo alimentar antes dos seis meses de idade; <sup>3</sup>Consumo alimentar no último mês.

### b) Crianças com idade entre dois anos e menos de cinco anos;

Constatou-se, através do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças menores de cinco anos de idade, que as crianças entre dois anos e menos de cinco anos, apresentaram um baixo consumo de verduras/legumes (20%). A ingestão de carne (80%) e fruta (100%) permaneceu a mesma em relação à faixa etária anterior (Tabela 2).

Dentre as crianças da faixa etária analisada, 40% tomaram bebidas açucaradas todos os dias (cinco a sete vezes por semana) e 40% três a quatro vezes por semana. O consumo de refrigerante, salgadinho de pacote e biscoito recheado teve maior prevalência em duas vezes por semana ou menos (Tabela 3).

**Tabela 2** - Consumo Alimentar das crianças entre dois anos e menos de cinco anos.

Consumo Alimentar	Crianças	
	N	%
Consumo de verduras/legumes <sup>1</sup>	1	20
Consumo de frutas <sup>1</sup>	5	100
Consumo de carne <sup>1</sup>	4	80
Consumo assistindo à televisão <sup>1</sup>	4	80
Consumo de comida de panela no jantar <sup>1</sup>	4	80
<b>TOTAL DE CRIANÇAS</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Consumo alimentar do dia anterior à pesquisa.

**Tabela 3** - Frequência alimentar semanal de crianças entre dois anos e menos de cinco anos.

Alimento	5 a 7 vezes	3 a 4 vezes	2 vezes ou menos	Nunca
Bebidas açucaradas <sup>1</sup>	2	2	1	2
Refrigerante <sup>1</sup>	0	1	3	1
Salgadinho de pacote <sup>1</sup>	2	0	3	0
Biscoito recheado <sup>1</sup>	0	2	3	2
Frutas <sup>1</sup>	2	2	1	2
Feijão <sup>1</sup>	3	2	0	2
TOTAL DE CRIANÇAS	5			

<sup>1</sup>Consumo alimentar semanal habitual.

### c) Crianças com cinco anos de idade ou mais;

Um total de 3 (60%) das crianças maiores de cinco anos de idade comeram salada crua na semana anterior à aplicação do instrumento de pesquisa (Tabela 4). Além disso, teve um baixo consumo de legumes e verduras cozidos (60%). Entretanto, observou-se um alto consumo de frutas (80%), feijão (60%), leite e/ou iogurte (80%), os quais foram consumidos todos os dias, pela maior parte das crianças.

Os alimentos não saudáveis como salgados fritos, embutidos, salgadinho de pacote, biscoito recheado, doce e refrigerante foram ingeridos pela maioria das crianças, durante a última semana.

## DISCUSSÃO

De acordo com o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças menores de cinco anos de idade, foi possível constatar que as cinco crianças com idade entre seis meses e menos de dois anos apresentaram um bom consumo de verduras/legumes (80%), frutas (100%) e feijão (100%). O estudo de Schaffazick<sup>14</sup> relata ingestões alimentares semelhantes de verduras/legumes (75%), frutas (100%) e feijão (87,5%).

A carne foi consumida por 80% das crianças estudadas e a sua ingestão é de suma importância, devido ao fato de conter alta biodisponibilidade de ferro. A deficiência de ferro está associada com a anemia ferropriva, que afeta 43% dos pré-escolares em todo o mundo, principalmente, nos países em desenvolvimento<sup>15</sup>.

Nenhuma criança realizou as refeições assistindo à televisão. Contudo, 20% das crianças consumiram bebidas ou preparações adoçadas antes dos seis meses de idade, o que é desnecessário e se deve evitar nos dois primeiros anos de vida, 20% consumiram papa sal-

gada/comida de panela antes dos seis meses de idade, o que é preocupante, pois a introdução da alimentação complementar deve ser realizada a partir dos seis meses e constituiu-se de duas papas de frutas e uma papa salgada, preparada com legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijão<sup>16</sup>.

Com relação ao tipo de bebida ingerida, 20% das crianças consumiram sucos industrializados ou em pó, antes dos seis meses de idade, 20% ingeriram refrigerante no último mês. Estas bebidas devem ser evitadas pelo excesso de açúcar e por estarem associadas à anemia ferropriva, excesso de peso e às alergias alimentares<sup>15</sup>. Além disso, as substâncias presentes nesses alimentos podem irritar a mucosa gástrica da criança, que possui maior sensibilidade no primeiro ano de vida e pode comprometer a digestão e a absorção de nutrientes<sup>17</sup>.

As crianças entre dois anos e menos de cinco anos apresentaram um inadequado consumo de verduras/legumes (20%) e 80% das crianças se alimentaram com comida de panela no jantar, o que é esperado, devido à faixa etária. A ingestão insuficiente de alimentos como legumes e vegetais compromete o aporte de micronutrientes, o que pode influenciar negativamente o sistema imunológico das crianças, deixando-as mais suscetíveis as infecções<sup>18</sup>. A ingestão de carne (80%) e fruta (100%) permaneceu inalterada em comparação à faixa etária anterior. Além disso, constatou-se que 80% das crianças realizaram as refeições assistindo à televisão, o que é alarmante, pois está associado à inadequação dos hábitos alimentares e a diminuição da atividade física, sendo um importante fator que pode levar à obesidade infantil<sup>14</sup>.

O consumo de refrigerante, salgadinho de pacote e biscoito recheado teve maior prevalência em duas vezes por semana ou menos, o que serve de alerta, pois estes alimentos devem ser consumidos apenas esporadicamente. Além disso, contêm aditivos e conservantes artificiais que, embora esteja no limite máximo permitido pela legislação, ainda não foram devidamente testados, desde a infância até a idade adulta<sup>17</sup>. Verificou-se um bom consumo de frutas, 40% das crianças ingeriram todos os dias e 40% três a quatro vezes por semana e a maior parte consumiu feijão todos os dias, o que é importante, por serem alimentos ricos em minerais e vitaminas, e por isso, previnam as carências nutricionais<sup>19</sup>.

Segundo o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para crianças maiores de cinco anos de idade

**Tabela 4** - Frequência alimentar semanal de crianças maiores de cinco anos de idade.

Alimento	Não comeu	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias
Salada crua	2	0	1	1	0	0	0	1
Verduras cozidas	3	1	0	0	1	0	0	0
Fruta	0	0	1	0	0	0	0	4
Feijão	1	0	1	0	0	0	0	3
Leite ou iogurte	0	0	1	0	0	0	0	4
Salgados fritos	1	3	1	0	0	0	0	0
Embutidos	0	1	0	3	0	0	0	1
Salgadinho de pacote	2	1	1	0	0	0	0	1
Biscoitos recheados/doces	1	0	1	0	1	0	0	2
Refrigerante	2	1	0	1	0	0	0	1
TOTAL DE CRIANÇAS	5							

foi possível verificar que as cinco crianças analisadas tiveram um baixo consumo de legumes e verduras cozidos, pois 60% não as consumiram na última semana. Um indicador positivo é o alto consumo de alimentos saudáveis como: frutas, feijão, leite e/ou iogurte, os quais tiveram a maior prevalência de consumo em todos os dias da semana<sup>19</sup>.

Uma grande parte das crianças ingeriu salgadinho de pacote, biscoito recheado, doces, refrigerante, embutidos, entre outros. Estes alimentos contêm alta concentração de gordura, açúcar e sódio, além de conservantes, corantes e outros aditivos alimentares. A ingestão continuada e excessiva destes é prejudicial à saúde, contribuindo para a obesidade infantil e o surgimento cada vez mais precoce das doenças crônicas não transmissíveis<sup>17</sup>.

A aceitação das crianças, em relação a novos alimentos aumenta por meio de repetidas exposições, podendo requerer entre oito a dez exposições em crianças com dois anos de idade e de oito a quinze vezes para as crianças entre quatro e cinco anos de idade, antes que se consigam modificações definitivas na alimentação, provavelmente por causa disso a ingestão do grupo de verduras e legumes, diminuiu, com o aumento da idade da criança<sup>20</sup>. As crianças não aceitam novos alimentos prontamente; essa relutância em consumi-los é conhecida como neofobia. É quando a criança nega-se a experimentar um alimento desconhecido e que não faça parte de suas preferências alimentares. Para que o comportamento se modifique, é necessário que a criança prove o novo alimento várias vezes, mesmo que seja em uma quantidade mínima, pois somente dessa forma ela conhecerá o sabor e a textura do alimento e estabelecerá o seu padrão de aceitação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as crianças com sobrepeso e obesidade do Grupo Qualidade de Vida na Infância do Espaço Mamãe Criança estavam consumindo frequentemente alimentos industrializados que são ricos em gordura, açúcar e sódio, como refrigerante, salgadinho de pacote, biscoito recheado, guloseimas e doces. Alimentos altamente calóricos e se consumidos de forma contínua e excessiva pode desencadear hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias.

Dessa forma, se torna necessário a implantação de políticas públicas mais eficazes para a promoção da saúde e prevenção da obesidade, tendo como público-alvo as crianças. Sugere-se que sejam realizados estudos a curto, médio e longo prazo para analisar a influência que a família pode exercer no consumo alimentar da criança.

O presente estudo apresenta, como limitação, o tamanho da amostra e também o instrumento de pesquisa, pois o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar busca identificar a qualidade da alimentação das crianças, mas não possibilita quantificar as porções de alimentos consumidos.

## AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do Espaço Mamãe Criança de

Vera Cruz - RS, pais e crianças pela participação e interesse na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 33(1); 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000100005&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100005&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
2. Melo ME. Diagnóstico da obesidade infantil – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20Infantil%20Diagnostico%20fev%202011.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.
3. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. Brasília, 2012.
4. Leão LSCS, Araújo LMB, Moraes LTL, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302003000200007&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200007&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
5. Camargo APPM, Filho AAB, Monteiro ARG, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200004&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200004&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2014.
6. Costa EC, Silva SPO, Lucena JRM, Filho MB, Lira PIC, Ribeiro MA, Osório MM. Consumo alimentar de crianças em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(3), 395-405, maio/jun., 2011.
7. Rodrigues MLCF. Alimentação e nutrição no Brasil. Brasília, 2007.
8. Ferreira CS, Cherchiglia ML, Comini CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, 13 (2), 167-177 abr/jun., 2013.
9. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. Brasília, 2003.
10. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília, 2008.
11. Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev. paul. pediatr.* (online), vol. 29, n. 4, 634-639, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400025>>. Acesso em: 21 de jan. 2014.
12. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H. Youth Risk Behavior Surveillance, United States, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/ss/ss5704.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.
13. Brener ND, Kann L, Kinchen SA, Grunbaum AJ, Whalen L, Eaton D, Hawkins J, Ross J. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5312a1.htm>>. Acesso em: 20 set. 2014.

14. Schaffazick AL. Estado nutricional e consumo de alimentos das crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Lagoa dos Três Cantos-RS. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34067/000789816.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 out. 2013.
15. Queiroz SS, Torres MAA. Anemia ferropriva na infância. *Jornal de pediatria*, 2000.
16. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. 2. ed. Brasília, 2010.
17. Toloni MHA 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, 24(1); fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n1/v24n1a06.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.
18. Alves MNM, Correa L, Vieira MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n11/26.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.
19. Vitolo MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro, 2008.
20. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, 93 (2), 271-277, 1994. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/93/2/271.short>>. Acesso em: 18 set. 2014.
21. Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 2. ed. São Paulo, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Carina/Documents/REDE%20CEGONHA/ARTIGO%202/Artigos/Manual\_de\_orientao\_para\_alimentaa\_lactente.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.