

IMPACTO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL NO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO DE GUARAPUAVA - PR

NUTRITIONAL FOLLOW-UP IMPACT ON THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN FROM A SPECIALIZED CENTER OF GUARAPUAVA-PR

Brasil

Nilciane Taques*
Pâmela Schactae Lacerda**
Angélica Rocha de Freitas Melhem***
Mariana Abe Vicente Cavagnari****
Carla Zanelatto*****
Paula Chuproski Saldan*****

Resumo: O objetivo deste trabalho foi avaliar se houve melhora no estado nutricional de crianças atendidas em um Centro Especializado de Guarapuava - PR após acompanhamento nutricional. O projeto foi conduzido com 35 crianças (idade média = 19,74 meses) frequentadoras do referido centro entre os anos de 2015 e 2017. Para avaliar o estado nutricional e antropométrico dessas crianças, foram analisadas as medidas de peso e estatura conforme preconiza o Ministério da Saúde. Para crianças com necessidades especiais, utilizaram-se curvas específicas. Foi possível observar que, nas consultas nutricionais de retorno, houve evolução de todos os quesitos avaliados, com destaque para a melhora do estado nutricional (77,14%) e do consumo alimentar (65,71%) no primeiro retorno. Evidencia-se, assim, a importância do acompanhamento nutricional na infância, sendo este um meio de intervenção precoce que favorece a qualidade de vida e a prevenção de novos problemas alimentares, com impacto sobre o bem-estar físico e emocional deste público.

Palavras chave: Avaliação Nutricional; Consumo de Alimentos; Assistência Ambulatorial; Lactente.

Abstract: The objective of this study was to assess whether there was improvement in the nutritional status of children assisted at a Specialized Center of Guarapuava-PR after nutritional follow-up. The project was developed with 35 children (average age= 19.74 months) attending the center between 2015 and 2017. To assess the nutritional and anthropometric status of these children, weight and height measures were analyzed as recommended by the Ministry of Health. For children with special needs, specific curves were used. Their nutritional status (77.14%) and food consumption (65.71%) was seen to have improved at the first return. The importance of nutritional monitoring in the childhood was evidenced for being a means of early intervention that favors the quality of life and a prevention of new diet problems, having a direct impact on the physical and emotional well-being of this public.

Keywords: Nutrition Assessment; Food Consumption; Ambulatory Care; Infant.

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

*Nutricionista. Universidade Estadual do Centro-Oeste(UNICENTRO),Guarapuava - PR, Brasil. E-mail:nilcianaetaques@hotmail.com
**Nutricionista. Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava - PR, Brasil. E-mail:pamelaschactae_22@hotmail.com
***Professora da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava - PR, Brasil. E-mail:angerocha@gmail.com
****Professora da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava - PR, Brasil. E-mail:marianaav@hotmail.com
*****Professora da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava - PR, Brasil. Aluna de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis - SC, Brasil. E-mail: carlaz_nutri@hotmail.com
*****Professora da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava - PR, Brasil. E-mail: pchuproski@unicentro.br

Introdução

A alimentação nos primeiros anos de vida é essencial para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança. O Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) ressaltam que a forma mais segura e completa de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados até o sexto mês de vida pós-natal é assegurando o aleitamento materno exclusivo (AME), desde a primeira hora de vida, já que este satisfaz todas as necessidades do binômio mãe-filho, por suas inúmeras vantagens, durante este período (WELFFORT; LAMOUNIER, 2009; BRASIL, 2015a). Iniciar precocemente a introdução alimentar pode interferir diretamente na duração do aleitamento materno e negativamente na promoção da saúde, uma vez que pode ocasionar menor absorção de nutrientes importantes e contribuir para a ocorrência da desnutrição infantil e o aparecimento de doenças como diarreia e infecções (OLIVEIRA et al., 2014).

Após os 6 meses de vida, as necessidades nutricionais dos lactentes aumentam, sendo necessário o início da alimentação complementar, a qual contribui para a formação dos hábitos alimentares na infância. Os alimentos complementares devem ser saudáveis e seguros, capazes de fornecer energia, macro e micronutrientes, além de serem ofertados conforme os sinais de apetite e saciedade da criança (BRASIL, 2015a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Uma dieta pobre em micronutrientes pode acarretar uma série de carências nutricionais associadas à introdução da alimentação complementar inadequada, mostrando inadequações no conteúdo de zinco, ferro, vitamina B6, riboflavina e niacina, refletindo de forma negativa no estado nutricional (EN) de cada criança (BRASIL, 2015a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Vale ressaltar que, mesmo recebendo outros alimentos, após esse período a criança pode continuar sendo amamentada até 2 anos ou mais, uma vez que a alimentação deve complementar e não ser a substituta do leite materno (WELFFORT; LAMOUNIER, 2009; MARTINS; HAACK, 2012; OLIVEIRA et al., 2014; BRASIL, 2015a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O EN de uma população, e em especial das crianças, é um relevante indicador de sua saúde e qualidade de vida, espelhando o modelo de desenvolvimento de uma determinada sociedade (BRASIL, 2013a). Além da análise do consumo alimentar, outro componente da avaliação nutricional de crianças é a antropometria, cujo objetivo é verificar o crescimento e as proporções corporais, visando estabelecer atitudes de intervenção. Os parâmetros antropométricos normalmente utilizados para avaliação do EN são o peso e a estatura (altura ou comprimento), que representam processos dinâmicos e contínuos e fazem parte dos indicadores de saúde da criança. Os valores desses dados devem ser analisados em função da idade e do sexo, já que são os principais determinantes de sua evolução entre um atendimento e outro (SIGULEM et al., 2000; BRASIL, 2012).

Os estudos nacionais que analisaram o EN de crianças ao longo dos anos evidenciam o fenômeno da transição nutricional com significativa redução da desnutrição e o aumento da prevalência do excesso de peso (MONTEIRO et al., 2009; VICTORA et al., 2011). Os efeitos causados por este processo são preocupantes não só no Brasil como no mundo, uma vez que o público infantil recebe cada vez mais cedo alimentos industrializados ricos em sódio, açúcar, gorduras e de baixo valor nutricional, para proporcionar o desenvolvimento físico e a promoção de saúde, refletindo, assim, de forma negativa no seu EN (LEAL et al., 2012; FECHINE et al., 2015).

A ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil e é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção. Dentre as ações, está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças por meio de atendimentos nutricionais. Por meio do acompanhamento do crescimento se faz a avaliação periódica do ganho de peso e é possível avaliar o progresso da criança, identificando aquelas em maior risco de morbimortalidade, prevenindo precocemente inadequações do EN e promovendo o crescimento infantil de forma saudável e adequada (CARVALHO et al., 2008).

A realização deste estudo buscou avaliar se houve melhora no EN de crianças atendidas em Centro de Recuperação Nutricional de Guarapuava-PR após acompanhamento nutricional.

Metodologia

Foi realizado um estudo de segmento com 35 crianças frequentadoras do Centro de Recuperação Nutricional de Guarapuava-PR no período de agosto de 2015 a abril de 2017. Esses dados fazem parte do Projeto de Extensão conduzido no referido centro desde 2009, intitulado “Atendimento nutricional à população frequentadora do Centro de Nutrição Renascer de Guarapuava-PR”, sob coordenação de uma das autoras do manuscrito.

O Projeto de Extensão é desenvolvido com a participação de acadêmicos do curso de Nutrição, supervisionados diretamente por docentes do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), na forma de atendimentos nutricionais ambulatoriais às mães ou responsáveis de crianças encaminhadas ao referido centro por apresentarem algum comprometimento do EN (SALDAN; BRECAILO, 2014).

A caracterização das mães e crianças que fizeram parte do estudo foi realizada com base na descrição do sexo, faixa etária, peso ao nascer, idade gestacional, idade da mãe, estado civil, profissão, número de filhos, escolaridade dos pais (mãe/pai), participação em programas sociais (Bolsa Família, Leite das Crianças,

Benefício de Prestação Continuada, entre outros), diagnóstico clínico e a Estratégia Saúde da Família (ESF) de referência para a família e criança.

Para avaliação do EN antropométrico, foram analisadas as medidas de peso (kg) e estatura (cm) das crianças conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). O perfil antropométrico foi avaliado com base nos índices Peso para Idade (P/I), Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I) expressos em escores-z, com base nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011). Já para crianças prematuras, com Síndrome de Down e Paralisia Cerebral, foram utilizadas curvas específicas para classificação do EN (CRONK et al., 1988; MUSTACCHI, 2002; BROOKS et al., 2011; FENTON; KIM, 2013).

Para avaliação da alimentação, foram construídos marcadores de alimentação saudável e não saudável embasados no material do Ministério da Saúde intitulado “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica” (BRASIL, 2015b).

Para crianças menores de 2 anos, foram construídos os seguintes indicadores: aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses; aleitamento materno continuado; introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro; consumo de alimentos ricos em vitamina A; consumo de alimentos ultraprocessados; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (BRASIL, 2015b).

Para crianças maiores de 2 anos, foram construídos os seguintes indicadores: hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; consumo de feijão; consumo de frutas; consumo de verduras e legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (BRASIL, 2015b).

Os dados foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel® e checados quanto à consistência no programa Epi Info versão 3.5.3 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA), utilizando-se o recurso de comparação dos dados (Data Compare). As medidas antropométricas foram digitadas e analisadas com o auxílio dos programas WHO Anthro e WHO AnthroPlus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; 2016), de acordo com a idade da criança no dia do preenchimento da anamnese.

A análise dos dados foi realizada no programa Stata 12.0 (StataCorp, College Station, Texas, EUA), por meio da estatística descritiva (média, desvio

padrão, frequência absoluta e relativa).

As mães ou responsáveis foram esclarecidas sobre o estudo no momento da consulta nutricional e aquelas que aceitaram que sua criança participasse do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO (Ofício nº 079/2009 e Parecer nº 2.008.802 de 10 de abril de 2017), sendo realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas de Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Resultados

Durante o período de estudo e desenvolvimento do Projeto de Extensão, foram atendidas 111 crianças em consultas nutricionais, sendo que, destas, 82 apresentavam comprometimento no EN e/ou nos hábitos alimentares, necessitando de acompanhamento nutricional por meio de consultas de retorno. Do total de crianças que necessitavam de atendimentos de retorno (n=82), apenas 35 compareceram, as quais compreenderam a amostra inicial deste estudo. Estas crianças apresentavam média de idade de 19,74 meses e desvio-padrão=±19,35 meses. Com relação à porcentagem de comparecimento nas consultas de retorno, verificou-se que, no primeiro retorno (R1), houve 42,68% de comparecimento (n= 35), seguido de 60% no segundo retorno (R2) (n=18) e 66,67% no terceiro retorno (R3) (n=10). Salienta-se que as crianças que atingiam o peso ideal e apresentavam hábitos alimentares saudáveis recebiam alta e eram dispensadas de novos atendimentos.

A maior parte das crianças era do sexo feminino (60%), com faixa etária entre 6 e 23 meses (57,14%), peso adequado ao nascer (71,73%), média de 2,840 kg e desvio-padrão=±0,534 kg, e nascidas a termo (82,86%), com média de 38,26 semanas e desvio-padrão=±2,17 semanas. Com relação às mães, verificou-se que a maioria apresentava idade entre 20 e 34 anos (57,14%), sendo a média de idade dessas mulheres 26,38 anos e desvio-padrão=±7,88 anos, residindo com companheiro (74,29%) e não trabalhavam fora (82,86%). Quanto à escolaridade dos responsáveis, houve o predomínio daqueles que não concluíram o ensino fundamental, sendo 31,43% dos pais e 28,47% das mães. Já sobre a participação em programas sociais, 54,29% relataram não participar, seguido de 42,86% que eram participantes de um ou mais programas, como Bolsa Família, Leite das Crianças, Benefício de Prestação Continuada e Luz Fraterna (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização de mães e crianças sob acompanhamento nutricional em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, 2015-2017

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Masculino	14	40
Feminino	21	60
Faixa etária		
<6 meses	6	17.14
6 a 23 meses	20	57.14
>24 meses	9	25.71
Peso ao nascer (g)		
<2.500	8	22.86
≥2.500	25	71.73
Não informado	2	5.71
Idade gestacional (semanas)		
30-36	4	11.43
37-41	29	82.86
Não informado	2	5.71
Idade da mãe (anos)		
<19	7	20
≥20 a 34	20	57.14
≥35	7	20
Não informado	1	2.86
Mãe reside com companheiro		
Sim	26	74.29
Não	7	20.00
Não informado	2	5.71
Mãe trabalha fora		
Sim	4	11.43
Não	29	82.86
Não informado	2	5.71
Escolaridade pai/mãe		
Ensino fundamental incompleto	11/10	31.43/28.57
Ensino fundamental completo	3/1	8.57/2.86
Ensino médio incompleto	6/7	17.14/20.00
Ensino médio completo	5/11	14.29/31.43
Ensino superior incompleto	2/1	5.71/2.86
Ensino superior completo	8/5	22.86/14.29
Não informado	0/0	0/0
Número de filhos		
1	15	42.86
2 a 3	16	45.72
5 a 6	2	5.72
Não informado	2	5.71
Participação em programas		
Sim	15	42.86
Não	19	54.29
Não informado	1	2.86

n= número amostral; %= percentual; g=gramas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os diagnósticos clínicos mais frequentes entre as crianças atendidas nas consultas de retorno foram: anemia ferropriva 34,79% (n=8), alergia à proteína do leite de vaca (APLV) 8,7% (n=2), doença celíaca 4,35% (n=1), doenças neurológicas com maior predomínio da paralisia cerebral 13,04 % (n=3), Síndrome de Down 4,35% (n=1), hidrocefalia 4,35% (n=1), microcefalia 4,35% (n=1), doenças menos comuns como sopro cardíaco 4,35% (n=1), toxoplasmose congênita 4,35% (n=1), problema de tireoide (alteração na sua função) 4,35% (n=1), hérnia diafragmática congênita 4,35% (n=1), atraso psicomotor 4,35% (n=1), além da prematuridade 4,35% (n=1).

Também foi investigada a ESF de referência de cada mãe e criança, a fim de se averiguar a distância de deslocamento de cada família. A ESF mais citada foi a do Tancredo Neves (n=4; 12,12%), seguida da do Dourados (n=3; 9,09%), ambas distantes do referido centro.

O perfil nutricional antropométrico das crianças avaliadas está apresentado na Tabela 2. É possível observar que a maioria das crianças que compareceram

às consultas de retorno apresentava peso adequado para a idade (P/I), sendo 57,14% no R1, 55,55% no R2, e 60% no R3. Pode-se observar que, no R1, havia mais crianças com diagnóstico de muito baixo peso (11,43%), porém menos de baixo peso (31,43%), ao passo que isso se inverte no R2 e R3, quando 5,55% e nenhuma das crianças apresentavam muito baixo peso e 38,88% e 40% baixo peso, respectivamente. Isso parece demonstrar que houve uma evolução do EN das crianças, ainda que não se alcançando o diagnóstico de adequação de peso. Nenhuma das crianças avaliadas apresentou peso elevado para idade.

Com relação a estatura das crianças, a maioria apresentou, nos três retornos, estatura adequada para idade, sendo 77,14% no R1, 61,11% no R2, e 80% no R3. Sobre o IMC/I, verificou-se que, nas consultas de R1 e R2, houve maior prevalência de crianças eutróficas, sendo 52,94% e 77,77%, respectivamente. O R3 mostrou que metade das crianças se encontrava com magreza e a outra metade eutróficas, não havendo prevalência de crianças com sobrepeso e obesidade. Vale ressaltar que, para crianças com Síndrome de Down, o IMC/I não foi aplicado, conforme referências da literatura.

Tabela 2 - Estado nutricional de crianças sob acompanhamento nutricional em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, 2015-2017

Índices Antropométricos	Retorno 1		Retorno 2		Retorno 3	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Escore -z (P/I)						
Muito baixo peso para idade	4	11,43	1	5,55	0	0
Baixo peso para idade	11	31,43	7	38,88	4	40
Peso adequado para a idade	20	57,14	10	55,55	6	60
Peso elevado para idade	0	0	0	0	0	0
Escore -z (E/I)						
Muito baixa estatura para idade	3	8,57	0	0	0	0
Baixa estatura para idade	5	14,28	7	38,88	2	20
Estatura adequada para a idade	27	77,14	11	61,11	8	80
Escore -z (IMC/I)						
Magreza acentuada	4	11,76	1	5,55	0	0
Magreza	11	32,35	3	16,66	5	50
Eutrofia	18	52,94	14	77,77	5	50
Risco de Sobrepeso	1	2,94	0	0	0	0
Sobrepeso	0	0	0	0	0	0
Obesidade	0	0	0	0	0	0

P/I = Peso para idade, E/I = Estatura para idade, IMC/C = Índice de massa corporal para idade. Índice aplicado para 34 crianças, pois uma apresentava Síndrome de Down.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Relacionado aos hábitos alimentares das crianças nota-se que o AME em crianças menores de 6 meses foi predominante nos dois primeiros retornos sendo 50% no R1 e 100% no R2, sendo que no R3 não houve crianças que se encaixavam nesta faixa etária. Para crianças de 6-23 meses, observa-se que, nos três retornos, o percentual de Aleitamento Materno Continuado (AMC) foi relevante, representando 55% no R1, 50% no R2, e 85,71% no R3. Com relação ao consumo de alimentos não saudáveis entre as crianças de 6-23 e de 2 anos ou mais, verificou-se que a maioria consumiu algum alimento ultraprocessado em um ou mais retornos. Dentre os alimentos ultraprocessados, o consumo de bebidas adoçadas foi o mais expressivo entre as crianças, representando 36,84% no R1 e 50% no R2 para crianças de 6-23 meses, e 33,33% no R1, 40% no R2 e 50% no R3 para crianças de 2 anos ou mais (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 - Marcadores de alimentação saudável e não saudável de crianças menores de 6 meses e de 6 a 23 meses sob acompanhamento nutricional em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, 2015-2017

Marcadores Consumo Alimentar	Retorno 1		Retorno 2		Retorno 3	
	N	%	N	%	N	%
Crianças menores de 6 meses						
AME	6	50	1	100	0	0
Crianças de 6 a 23 meses						
AMC	20	55	10	50	7	85.71
Introdução de alimentos	4	50	0	0	0	0
Diversidade alimentar mínima	20	30	10	40	7	42.86
Frequência mínima e consistência adequada	20	95	10	90	6	100
Consumo de alimentos ricos em ferro	20	85	10	100	7	85.71
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	20	65	10	60	7	57.14
Consumo de alimentos ultraprocessados	20	55	10	60	7	42.86
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	19	10.53	0	0	7	14.29
Consumo de bebidas adoçadas	19	36.84	10	50	0	0
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoitos salgados	20	15	10	10	0	0
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	20	10	10	10	7	28.57

AME= Aleitamento Materno Exclusivo, AMC= Aleitamento Materno Continuado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 4 - Marcadores de alimentação saudável e não saudável de crianças de 2 anos ou mais sob acompanhamento nutricional em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, 2015-2017

Marcadores Consumo Alimentar	Retorno 1		Retorno 2		Retorno 3	
	N	%	N	%	N	%
Hábito de realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia	6	100	5	80	2	100
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	6	16.67	0	0	0	0
Consumo de feijão	6	100	5	100	2	50
Consumo de fruta	6	50	5	40	2	100
Consumo de legumes e verduras	6	100	5	80	2	100
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	0	0	0	0	0	0
Consumo de bebidas adoçadas	6	33.33	5	40	2	50
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoitos salgados	0	0	5	20	2	50
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	6	33.33	5	20	2	50

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como pode ser observado na Tabela 5, houve melhora em todos os quesitos avaliados no presente estudo para a maioria das crianças atendidas, como estado nutricional antropométrico, consumo alimentar e seguimento das orientações nutricionais repassadas às mães ou responsáveis pelas crianças.

Tabela 5 - Descrição da evolução no estado nutricional, consumo alimentar e seguimento de orientações nutricionais por crianças sob acompanhamento nutricional em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, 2015-2017

Variáveis	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Melhora no estado nutricional antropométrico				
Inicial-R1	27	77.14	8	22.86
R1-R2	12	66.67	6	33.33
R2-R3	8	80.00	2	20.20
Melhora do consumo alimentar				
Inicial-R1	23	65.71	11	31.43*
R1-R2	13	81.25	3	18.75
R2-R3	8	80.00	2	20.00
Está seguindo as orientações repassadas				
Inicial-R1	25	71.43	9	25.71*
R1-R2	11	68.75	5	31.25
R2-R3	8	80.00	2	20.00

Inicial= primeiro atendimento realizado à criança, mãe ou responsável; R1= retorno 1; R2= retorno 2; R3= retorno 3. *Os dados com relação a melhora do consumo alimentar e o seguimento das orientações repassadas da consulta inicial para R1 referem-se apenas a 34 crianças, pois em ambos os casos, uma criança não apresentou respostas nestes quesitos, dessa forma o percentual não atingiu 100%.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

A avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de crianças compõe aspectos relevantes no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações que busquem a promoção à saúde e a prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na atenção primária para acompanhar o crescimento e a saúde da criança, quanto na detecção de distúrbios nutricionais como a desnutrição ou a obesidade (BOCCALETTO; MENDES; VILARTA, 2010).

Em um estudo transversal realizado com 136 crianças no mesmo centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR, os dados encontrados na caracterização de mães e crianças atendidas foram semelhantes ao do presente estudo, sendo que a maioria das mães (56,4%) apresentavam idade entre 20 e 35 anos, ensino fundamental incompleto, considerando os anos de estudo (81%) e convivendo - a grande maioria - com companheiro, sendo 57,9% casadas e 23,3% em união consensual (SALDAN et al., 2013). Com relação às crianças atendidas, a média de idade foi de 37,0 meses e desvio padrão=±37,3 meses, o peso ao nascer e a idade gestacional também se assemelharam, sendo que a maioria das crianças nasceu entre 37 a 41 semanas de gestação, apresentando peso ao nascer ≥2.500g (SALDAN et al., 2013).

No presente estudo, o diagnóstico clínico mais frequente entre as crianças atendidas foi de anemia ferropriva. Estudo que avaliou a prevalência de anemia em 754 crianças de 0 a 12 anos de uma unidade de pronto atendimento de Santa Maria-RS encontrou que a faixa etária com maior prevalência foi de 0 a 2 anos (59,09%), seguida da faixa etária de 4 a 6 anos (25%), o que pode ser justificado pelo acelerado crescimento e desenvolvimento dessas crianças, o desmame precoce e a susceptibilidade ao aparecimento de diversas doenças (GARCIA et al., 2011).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) apontam que 20,9% das crianças menores de 5 anos apresentaram anemia, sendo que esse percentual sobe para 24,1% na faixa etária de 6 a 23 meses (VANNUCCHI; VÍTOLO; JORDÃO JÚNIOR, 2009). Ressalta-se que a maioria das crianças do presente estudo encontrava-se na faixa etária de até 2 anos (74,28%), a qual é mais suscetível ao quadro de anemia ferropriva.

Do total de crianças do estudo, 26,09% apresentavam doenças neurológicas que comprometiam o seu EN, com maior prevalência de paralisia cerebral. Cerca de 30 a 40% das crianças com algum tipo de comprometimento neurológico apresentam dificuldades alimentares, sendo estas mais frequente naquelas com paralisia cerebral (ANDREW et al., 2010a). Vários estudos mostram que as dificuldades mais comuns apresentadas pelos portadores desta doença são comprometimento da fase motora oral, engasgo, tosse, náusea, dificuldade de transporte do bolo alimentar, refeições prolongadas ou interrompidas e refluxo gastroesofágico (AURÉLIO;

GENARO; FILHO, 2002; CALIS et al., 2008; WILSON; HUSTAD, 2009; ANDREW et al., 2010b; REILLY et al., 2010). As dificuldades alimentares são responsáveis pela aversão da criança ao consumo de determinados alimentos e pelo grande tempo gasto no momento da alimentação, gerando aos pais sentimentos de ansiedade e apreensão em relação à alimentação de seus filhos, uma vez que o ato de comer dessas crianças torna-se cansativo e não prazeroso (AURÉLIO; GENARO; FILHO, 2002). Por essas razões, problemas com a alimentação de crianças com debilidades neurológicas devem ser corrigidos precocemente, a fim de evitar agravos à saúde.

No presente estudo, apesar de a maioria das crianças apresentar adequação do EN antropométrico pelos índices avaliados, a situação de inadequação estava presente quando se observou que 42,86% das crianças no R1 tinham comprometimento do P/I, porém pode-se notar uma evolução positiva no R2 e R3, quando houve diminuição do diagnóstico de muito baixo peso. Isso demonstra que o acompanhamento nutricional realizado impactou no EN das crianças.

Pesquisa que avaliou o EN de 65 crianças de ambos os sexos, em uma Unidade Básica de Saúde de Antônio Prado-RS, encontrou que a maioria delas, segundo o índice P/I, apresentava peso adequado para idade 73,84% (n=43) e estatura adequada para idade segundo índice E/I 96,9% (n=63). Quando analisado o IMC/I dessas crianças, a grande maioria encontrava-se em eutrofia 58,46%, porém, diferentemente do que foi encontrado no presente estudo, observou-se um percentual significativo de sobrepeso e obesidade, sendo 24,61% e 13,84%, respectivamente. Apenas 3,07% apresentaram baixo peso (MENEGUZZO et al., 2010). Entretanto, cabe ressaltar que as crianças atendidas no referido centro de recuperação nutricional apresentam doenças que comprometem o EN, o que justifica os achados distintos da literatura.

Estudos evidenciam que o comprometimento do EN de crianças está associado a fatores de diferentes níveis de complexidade, dentre os quais destacam-se as condições socioeconômicas da família, hábito alimentar dos pais e características da própria criança (peso ao nascer, completitude do esquema vacinal, etc.). Apesar de o contexto atual de transição nutricional apresentar maior predisposição ao sobrepeso e à obesidade infantil, há de se considerar que tais índices se encontram mais prevalentes entre aqueles indivíduos de classes socioeconômicas mais altas. As dificuldades socioeconômicas durante a infância podem afetar a altura e o peso da criança ao longo da vida, em virtude da desnutrição durante a primeira infância (OLIVEIRA et al., 2007; SOUZA et al., 2012; ISASI et al., 2016).

Apesar de o presente estudo não ter investigado os fatores associados ao EN das crianças, pode-se notar que a maioria delas era oriunda de famílias em situação socioeconômica desfavorável, representada pela baixa escolaridade dos pais, pelo fato de as mães não trabalharem fora, o que impacta na renda da família, pelo percentual de famílias inscritas em

programas sociais de transferência de renda e de alimentos, além do quadro clínico das crianças, que agravava o EN. Por este motivo, o conhecimento desses fatores é essencial para o planejamento e a monitoração de projetos e ações como o presente estudo, a fim de que se possa garantir a melhoria do EN e do consumo alimentar de crianças.

Os marcadores do consumo alimentar demonstraram que, para as crianças menores de 6 meses, a prevalência de AME foi de 50% no R1 e 100% no R2, ao passo que no R3 não havia crianças que se encaixavam na faixa etária correspondente. Apesar do resultado positivo do AME neste estudo, atualmente, no Brasil, 68% das crianças iniciam o aleitamento materno nos primeiros dias de vida, porém apenas 41% continuam em AME até os 6 meses de vida e 25% permanecem em aleitamento materno continuado (AMC) dos 12 meses até os 2 anos de idade (UNICEF, 2014).

Para crianças de 6 a 23 meses, foram construídos 11 indicadores, os quais se referem ao AMC e à situação da alimentação complementar. A introdução de alimentos foi adequada em apenas 50% das crianças no R1, o que não foi observado na segunda e na terceira consulta nutricional, já que as crianças não alcançaram o recomendado. Estudos que analisaram o tempo da iniciação da introdução alimentar e os alimentos oferecidos reportaram que, dentre as crianças acompanhadas, cerca de 56,3% e 52,4%, respectivamente, tiveram a introdução alimentar em tempo precoce e com alimentos inapropriados (OLIVEIRA et al., 2007; SOUZA et al., 2012; ISASI et al., 2016).

Um dos fatores mais comuns para introdução precoce e inadequada de alimentos adotados pelas mães de crianças está relacionado ao retorno da mãe ao mercado de trabalho, como também às crenças, mitos e costumes de cada família (CAMPOS et al., 2014). No presente estudo, observou-se que a maioria das mães não trabalhava fora, o que poderia favorecer esse processo, no entanto, a introdução alimentar é permeada por mitos e crenças destacados acima, que podem justificar a inadequação do indicador introdução de alimentos, além da condição socioeconômica das famílias e do quadro clínico apresentado pelas crianças. Destaca-se, assim, a importância da orientação às mães ou responsáveis no atendimento e acompanhamento nutricional, acolhendo-os e respeitando-os em suas particularidades, dificuldades, conhecimentos prévios, êxitos e satisfações.

Sobre a diversidade alimentar mínima, observou-se uma ligeira melhora no indicador com o acompanhamento nutricional, sendo que, no R1, 30% das crianças consumiam pelo menos um alimento de cada grupo alimentar, incluindo leite materno, passando a 40% no R2 e 42,86% no R3. Esse indicador foi o mais inadequado nos retornos avaliados, uma vez que a dieta das crianças pequenas foi monótona e isso pode ser explicado, em parte, pela questão socioeconômica das famílias ou até por questões culturais que perpassam o período da alimentação complementar.

Trabalho que avaliou a alimentação de crianças de 6 a 23 meses de idade em Guarapuava-PR que compareceram à campanha nacional de vacinação em 2012 encontrou que a diversidade alimentar foi de 58,5%, valor um pouco acima do encontrado no presente estudo, porém, cabe destacar que se trata de estudo de base populacional no qual o perfil nutricional das crianças difere daquelas atendidas no centro de recuperação nutricional (SALDAN et al., 2016).

Nas três consultas de retorno, foi possível observar que a maioria das crianças recebia comida de sal com frequência e em consistência adequada (amassada ou em pedaços), sendo 95% de adequação no R1, 90% no R2 e 100% no R3, evidenciando mais uma vez que o maior problema em termos da alimentação complementar está na variedade da dieta e não no número de refeições servidas às crianças ou na sua consistência.

Quanto ao consumo de alimentos saudáveis, observa-se que o de alimentos ricos em ferro foi o mais relevante entre as crianças, haja vista que 85% relataram consumir carne ou fígado e feijão no R1, 100% no R2 e 85,71 % no R3. O consumo insuficiente de alimentos fontes de ferro ou com baixa disponibilidade desse micronutriente está diretamente relacionado com o aparecimento da anemia em crianças, a qual provoca atraso no crescimento, comprometimento cognitivo e motor, além de problemas imunológicos (PHILIPPI, 2008). Estudo que avaliou o consumo alimentar de crianças menores de 1 ano reportou que 88% das crianças avaliadas consumiram carne no dia anterior e 86,7% consumiram feijão, valores que se assemelham ao presente estudo (FREITAS et al., 2016). Entretanto, é preciso destacar que a quantidade de alimentos ricos em ferro consumidos por crianças de 6-23 meses pode não ser suficiente para a elevada demanda desse mineral nessa faixa etária. Cabe destacar que o diagnóstico clínico mais reportado no presente estudo foi anemia ferropriva.

Dada a demanda aumentada desse mineral após os 6 meses de vida e sabendo da dificuldade em atingir as necessidades de ferro pela via alimentar, o Ministério da Saúde preconiza a suplementação profilática do mineral a partir dos 6 meses até os 24 meses de vida, aliada à educação alimentar e nutricional direcionada às famílias com crianças pequenas (BRASIL, 2013b).

Sobre o consumo de alimentos não saudáveis entre as crianças de 6-23 meses atendidas, observou-se que a maioria (55%) consumiu algum alimento ultraprocessado no R1, 60% no R2 e 42,86% no R3. Dentre os alimentos ultraprocessados, o consumo de bebidas adoçadas foi mais frequente entre as crianças avaliadas, representando 36,84% no R1 e 50% no R2. No R3, como o número da amostra foi menor, não houve o consumo. Apesar do acompanhamento nutricional realizado pelas consultas de retorno e das orientações repassadas e reforçadas em cada atendimento, não se observou diminuição progressiva do consumo desses alimentos, e, no caso das bebidas adoçadas, houve aumento no consumo do R1 para o R2.

A recomendação para crianças menores de 2

anos é evitar o consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida, dada a preferência inata das crianças por alimentos doces (BRASIL, 2013a). Entretanto, os estudos apontam que o consumo desses alimentos vem se tornando comum pelas crianças pequenas, fortemente influenciado pelo consumo das outras crianças da família e dos adultos (IBGE, 2011; BRASIL, 2015c; SALDAN et al., 2016).

Os alimentos ultraprocessados são caracterizados por diversos autores pelo excesso de gorduras, açúcares e sódio, apresentando baixo conteúdo de fibras, vitaminas e minerais, podendo ser causadores do sobrepeso e da obesidade infantil e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e dislipidemia (SCHUCH et al., 2013; SOUZA et al., 2014; SPARRENBERGER et al., 2015).

Dados da Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) realizada em 2013 evidenciam elevada frequência no consumo de alimentos industrializados, com destaque para o consumo de bebidas adoçadas, como refrigerante ou suco artificial (32,3%) por crianças menores de 2 anos, achados que se assemelham aos encontrados no presente estudo (SOUZA et al., 2014; BRASIL, 2015c). Pesquisa que avaliou o consumo de alimentos em menores de 1 ano revelou que 55,4% das crianças consumiram refrigerante e 63,9% sucos artificiais em pó (FREITAS et al., 2016).

A introdução dos alimentos ultraprocessados vem ocorrendo de forma precoce na dieta de crianças, com destaque para o consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, embutidos e os alimentos e bebidas açucaradas, e esse fato pode estar diretamente ligado a questões socioeconômicas e demográficas, hábitos e estilo de vida da família, escolaridade dos pais e as próprias preferências alimentares das crianças (LONGO-SILVA et al., 2015).

Baseado nos marcadores de consumo alimentar para crianças de 2 anos ou mais, verificou-se que o primeiro marcador indicou que 100% das crianças no R1 realizavam no mínimo três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar), sendo que a porcentagem de adequação no R2 foi de 80% e no R3 100%. Apesar da alta adequação desse indicador, sabe-se que é importante realizar pelo menos dois lanches nos intervalos das principais refeições para garantir o aporte energético de macro e micronutrientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Quanto ao hábito de realizar as refeições em frente à televisão, constatou-se que apenas 16,67% das crianças no R1 possuíam este hábito, o que não foi visto nos demais retornos, representando um ponto positivo do acompanhamento nutricional, já que tal atividade pode atrapalhar a mastigação, a atenção da criança para com os alimentos que está consumindo e a sensação de saciedade.

Já o consumo de alimentos saudáveis nesta mesma faixa etária mostra que 100% das crianças no R1 e no R2

consumiam feijão, sendo que, no R3, essa porcentagem de adequação diminuiu para 50%. Quanto ao consumo de frutas, ficou evidente que 50% das crianças no R1, 40% no R2 e 100% no R3 consumiam frutas. Já sobre o consumo de verduras, no R1 100% relataram consumir, sendo 80% no R2 e 100% no R3. Como pode ser visto, o consumo de feijão, frutas e verduras oscilou entre os retornos, mesmo se enfatizando a importância do consumo diário desses alimentos.

Entretanto, para famílias em situação socioeconômica desfavorável pode ser difícil a compra semanal / quinzenal dos alimentos perecíveis (frutas, verduras). No estudo que investigou a prevalência de anemia em crianças que frequentavam o serviço de pronto atendimento, foi observada grande aceitação de feijão, frutas e verduras, sendo que 100% das crianças consumiram feijão e fruta e 80% verduras (GARCIA et al., 2011).

Quando se avaliou o consumo de alimentos ultraprocessados por maiores de 2 anos, notou-se que houve um aumento progressivo no consumo de bebidas adoçadas do R1 (33,33%), R2 (40%) e R3 (50%), o mesmo acontecendo para o consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoitos salgados no R2 (20%) e no R3 (50%). Apesar da recomendação para se evitar o consumo desses alimentos nos acompanhamentos, observa-se que nem sempre as orientações foram seguidas. Como já foi relatado, esses alimentos estão cada vez mais presentes nas famílias brasileiras (IBGE, 2011).

De uma forma geral, pode-se notar que o acompanhamento nutricional realizado nas três consultas de retorno das crianças foi efetivo e se refletiu na melhora do EN antropométrico, do consumo alimentar e no seguimento das orientações repassadas. Dessa forma, ressalta-se a importância do projeto de extensão para a comunidade atendida e para os acadêmicos do curso de Nutrição que têm um contato com a população, que podem vivenciar a parte prática da profissão e desenvolver estudos a partir dos atendimentos prestados.

Conclusão

Tendo em vista os aspectos observados neste estudo, pode-se notar a melhora do EN e consumo alimentar da maioria das crianças avaliadas durante as consultas nutricionais de retorno. Ações de prevenção e acompanhamento tornam-se essenciais para que os agravos nutricionais à saúde infantil, como o baixo peso, baixa estatura e obesidade sejam minimizados, sendo a avaliação do EN uma medida primordial para o aperfeiçoamento da assistência e promoção à saúde.

Diante disto, é de suma importância a efetivação de programas e projetos de extensão neste âmbito para que crianças e mães/responsáveis recebam atendimento nutricional específico, visando a melhora do EN da criança, já que uma intervenção precoce pode favorecer a qualidade de vida dessas crianças, garantindo-lhes um crescimento e desenvolvimento satisfatórios.

Agradecimentos

À Fundação Araucária de Apoio e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, pela concessão de uma bolsa do Programa Institucional de Apoio à Inclusão Social – Pesquisa e Extensão Universitária (PIBIS) e uma bolsa do Programa Institucional de Bolsas para Extensão Universitária (PIBEX).

Referências

ANDREW, M. J.; SULLIVAN, P. B. Feeding difficulties in disabled children. *Paediatrics and Child Health*, v. 20, n. 7, p. 321-326, 2010a.

ANDREW, M. J.; SULLIVAN, P. B. Growth in cerebral palsy. *Nutrition on Clinic Practice*, Silver Spring, MD, v. 25, n. 4, p. 357-361, 2010b.

AURÉLIO, S. R.; GENARO, K. F.; FILHO, E. D. M. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 2, p. 167-173, 2002.

BOCCALETTO, E. M. A.; MENDES, R. T.; VILARTA, R. Estratégias de promoção da saúde do escolar: atividade física e alimentação saudável. Campinas: **IPES**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional da Saúde**. 2013: Ciclos de vida. Rio de Janeiro, 2015c.

BROOKS, J. et al. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: new clinical growth charts. *Pediatrics*, Chicago, v. 128, n. 2, p. e299-e307, 2011.

CALIS, E. A. et al. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Melbourne, [S.l.], v. 50, n. 8, p. 625-630, Aug. 2008.

CAMPOS, A. A. O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-538, 2014.

- CARVALHO, M. F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.
- CRONK, C. et al. Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age. **Pediatrics**, v. 81, n. 1, p. 102-110, 1988.
- FECHINE, A. D. L. et al. Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, Fortaleza, n. 28, v. 1, p. 16-22, janeiro/março 2015.
- FENTON, T. R.; KIM, J. H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **BMC Pediatrics**, v. 13, n. 59, 2013.
- FREITAS, L. G. et al. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 46-52, 2016.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **The state of the world's children 2014 in number: every child counts**. New York, p.116, 2014.
- GARCIA, L. F. M. et al. Prevalência de anemia em crianças de 0 a 12 anos em uma unidade de Pronto – Atendimento em Santa Maria – RS. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.
- ISASI, C. R. et al. Association of Childhood Economic Hardship with Adult Height and Adult Adiposity among Hispanics/Latinos. The HCHS/SOL SocioCultural Ancillary Study, **Plos One**, v. 11, n. 2, 2016.
- LEAL, V. S. et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no estado de Pernambuco, Brasil: Prevalência e determinantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1175-1182, 2012.
- LONGO-SILVA, G. et al. Ultra-processed foods: Consumption among children at day-care centers and their classification according to Traffic Light Labelling system. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 5, p. 543-553, 2015.
- MARTINS, M. M.; HAACK, A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 263-270, 2012.
- MENEGUZZO, C. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Antônio Prado (RS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 275-281, 2010.
- MONTEIRO, C. A. et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Capítulo 11. p. 213-230
- MUSTACCHI, Z. **Curvas padrão pôndero-estatural de portadores de Síndrome de Down procedentes da região urbana da cidade de São Paulo**. 2002. 192 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- OLIVEIRA, A. P. D. et al. Capacitação dos agentes comunitários de saúde em aleitamento materno e alimentação complementar no âmbito da atenção primária, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 1, p. 106-110, 2014.
- OLIVEIRA, L. P. M. et al. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 601-613, 2007.
- PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri, SP: Manole, 2008. 383 p.
- REILLY, S. et al. Predicting language outcomes at 4 years of age: findings from early language in Victoria Study. **Pediatrics**, Elk Grove Village, IL, v. 126, n. 6, p. 1530-1537, Dec. 2010.
- SALDAN, P. C. et al. Perfil antropométrico, alimentação e situação socioeconômica de crianças atendidas em Centro de Recuperação Nutricional em Guarapuava- Paraná. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 1, p. 205-221, 2013.
- SALDAN, P. C. et al. Proposal of indicators to evaluate complementary feeding based on World Health Organization indicators. **Nursing & Health Sciences**, v. 18, n. 3, p. 334-341, 2016.
- SALDAN, P. C.; BRECAILO, M. K. Atendimento ambulatorial de crianças em centro de recuperação nutricional. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, p. 72-79, 2014.
- SCHUCH, I. Excesso de peso em crianças de pré-escolas: prevalência e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 179-188, 2013.
- SIGULEM, D. M. et al. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, s. 3, p. 275-8, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **A Alimentação Complementar e o Método BLW**. Guia prático de atualização; n. 3, maio de 2017.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, escolar, do adolescente e na escola**. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012.
- SOUZA, F. I. S. et al. Alimentação complementar de lactentes no primeiro ano de vida: ênfase nas papas principais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 231-235, 2014.
- SOUZA, M. M. et al. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de insegurança alimentar de suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3425-3436, 2012.
- SPARRENBERGER, K. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015.
- VANNUCCHI, H.; VÍTOLO, M. R.; JORDÃO JÚNIOR, A. A. Micronutrientes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. cap. 13, p. 249-263.
- VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
- WELFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**. Manole São Paulo, 2009.
- WILSON, E. M.; HUSTAD, K. C. Early feeding abilities in children with Cerebral Palsy: a parental report study. **Journal of Medical Speech: Language Pathology**, v. 17, n. 1, 2009.
- World Health Organization. **Anthro for personal computers**, version 3.2.2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/> Acesso em: 18 abril de 2016.
- World Health Organization. **Anthro plus for personal computers**. Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/en/> Acesso em: 18 abril de 2016.