

**UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

JÚLIA DA SILVA OLIVEIRA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

**ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ E INFÂNCIA E SEUS IMPACTOS NA VIDA
ADULTA**

SÃO PAULO

2021

UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

JÚLIA DA SILVA OLIVEIRA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)
ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ E INFÂNCIA E SEUS IMPACTOS NA VIDA
ADULTA

Trabalho de conclusão de Curso
à Universidade Santo Amaro - UNISA,
como requisito para a obtenção do título
Bacharel em Nutrição Orientadora:
Profa. Ms. Marcela Maria Pandolfi

SÃO PAULO

2021

O47a Oliveira, Júlia da Silva

Alimentação na gravidez e infância e seus impactos na vida adulta / Júlia da Silva Oliveira. – São Paulo, 2021.

32 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Santo Amaro, 2021.

Orientador(a): Prof^a. Ma. Marcela Maria Pandolfi

1. Alimentação na gestação. 2. Alimentação infantil. 3. Comorbidades. I. Pandolfi, Marcela Maria, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Júlia da Silva Oliveira

**ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ E INFÂNCIA E SEUS IMPACTOS NA VIDA
ADULTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de
Bacharel em Nutrição do Curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro.
Orientadora: Prof.^a Marcela Maria Pandolfi

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Marcela Maria Pandolfi

Prof.^a Ms. Clara Rodrigues

Prof.^a Dra. Célia Aparecida Pimenta

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus que me dá força e saúde todos os dias para levantar e ir atrás dos meus sonhos.

A minha mãe que sempre me apoiou e me ajudou a chegar até aqui.

Aos meus Professores por todo carinho com os alunos, cuidado, atenção, paciência e ensinamentos que me permitiram mostrar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

E a minha Orientadora Marcela Maria Pandolfi por aceitar ser minha orientadora e me conduzir nessa etapa final.

RESUMO

A gestação é considerada uma fase associada a diversos ajustes fisiológicos e anatômicos os quais promovem mudanças significativas no organismo materno. O organismo de uma gestante saudável experimenta diversas adaptações fisiológicas garantindo o crescimento e desenvolvimento do feto e asseguram as reservas biológicas necessárias ao parto, à recuperação pós-parto e à lactação. O objetivo deste trabalho foi mostrar como os hábitos alimentares inadequados acarretam problemas de saúde imediatos e também a longo prazo, através de revisão de literatura. A formação de hábitos alimentares saudáveis é um processo que se inicia desde o nascimento, com as práticas alimentares introduzidas nos primeiros anos de vida pelos pais, primeiros responsáveis pela formação dos mesmos.

Palavra chaves: Alimentação na gestação, alimentação infantil, comorbidades.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is considered a phase associated with several physiological and anatomical adjustments which promote significant changes in the maternal organism. The organism of a healthy pregnant woman experiences several physiological adaptations, ensuring the growth and development of the fetus and ensuring the biological reserves necessary for childbirth, postpartum recovery and lactation. The objective of this work was to show how inadequate eating habits lead to immediate and long-term health problems, through a literature review. The formation of healthy eating habits is a process that begins from birth, with eating habits introduced in the first years of life by parents, who are primarily responsible for their formation.

Key words: Feeding during pregnancy, infant feeding, comorbidities.

LISTA DE SIMBOLOS

LH – Leite Humano

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 Gestação.....	15
4.2 Aleitamento materno.....	18
4.3 Alimentação complementar.....	20
4.4 Doenças crônicas não transmissíveis.....	23
4.5 Consequências de uma alimentação não saudável.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

A gestação é considerada uma fase associada a diversos ajustes fisiológicos e anatômicos os quais promovem mudanças significativas no organismo materno. O organismo de uma gestante saudável experimenta diversas adaptações fisiológicas garantindo o crescimento e desenvolvimento do feto e asseguram as reservas biológicas necessárias ao parto, à recuperação pós-parto e à lactação¹.

O período intrauterino até os dois primeiros anos de vida de um indivíduo é considerado essencial para sua saúde¹. Portanto, uma boa alimentação deve tornar-se hábito desde criança por toda a vida, pois é fundamental no seu desenvolvimento, por isso é importante a conscientização sobre os benefícios que nos trará desde a infância. Uma alimentação equilibrada e saudável é fundamental no decorrer da infância, já que é nessa fase que acontece o desenvolvimento dos aspectos cognitivo, motor e afetivo da criança, uma fase muito importante que requer atenção e cuidados².

A alimentação saudável, além de proporcionar prazer, fornece energia e outros nutrientes que o corpo precisa para crescer, desenvolver e manter a saúde. A alimentação deve ser a mais variada possível para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes³.

Um grande desafio para os profissionais de saúde é estimular o contato com preparações de alimentos que sejam simultaneamente saudáveis e agradáveis aos sentidos, proporcionando prazer e respeitando a cultura dos indivíduos e de seu grupo social. Os maus hábitos alimentares estão associados a diversos prejuízos à saúde, entre eles a obesidade, cujos índices têm crescido nas últimas décadas como resultado do aumento no consumo de alimentos com alta densidade calórica e redução na atividade física³.

É na infância que os hábitos alimentares são formados e, irá depender do tipo de alimento que é oferecido à criança, assim como da qualidade da alimentação dos pais, sendo que as preferências e os hábitos alimentares podem influenciar em seu estado nutricional e possíveis consequências em sua vida adulta. Avaliar a qualidade e a quantidade de alimentos habitualmente consumidos pelas crianças em idade pré-escolar assim como os alimentos oferecidos pelos seus pais são fatores importantes na prevenção de obesidade infantil e de outras doenças, como as cardiovasculares e o diabetes, na vida adulta. O crescimento das tendências de sobrepeso e obesidade

infantil resulta, principalmente, de forças socioambientais que influenciam os comportamentos alimentares e de prática de atividade física, porém não estão sob o controle das crianças individualmente.⁴

A tecnologia traz benefícios inquestionáveis. Mas há, também, aspectos preocupantes. Um é o sedentarismo, que caracteriza o uso de quase todos os equipamentos tecnológicos. O outro é a obesidade, decorrente do consumo, cada vez mais intenso de alimentos industrialmente processados. Ao mesmo tempo tem ocorrido uma redução acentuada do consumo de alimentos naturais, por si só mais saudáveis, como: cereais, frutas e hortaliças, a crescente oferta e o consumo em alta de alimentos industrializados trazem consequências como o excesso de gorduras saturadas, gorduras trans, colesterol, açúcares e sal. A facilidade com que podem ser adquiridos é outro fator que escapa ao controle de pais, de educadores e de responsáveis pela alimentação infantil.⁵

O período considerado como os mil dias de vida, é caracterizado pelos 270 dias da gestação juntamente com os 730 dias, até que o bebê complete dois anos de idade. Essa é uma fase muito intensa e requer muita atenção, pois é crucial para o desenvolvimento físico e mental da criança portanto, a primeira infância é um ponto crítico e uma janela na qual deve estabelecer a dieta saudável e trajetórias de atividade física, o que levará à saúde, crescimento e desenvolvimento ideais. Tendo em vista que, essa é uma fase de adaptação e terá grande influência nos próximos anos de vida pois nesse período, ocorre um intenso desenvolvimento e formação de bons hábitos alimentares, que aumentarão as chances do bebê se tornar um adulto mais saudável. E, segundo Woo Baidal et al., o IMC pré-gestacional alto, ganho de peso gestacional excessivo, juntamente com o uso do tabaco durante a gestação, alto peso infantil ao nascer e alto ganho de peso infantil são principais fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil a qual traz muitos impactos ao longo da vida. Diante disso destaca-se a importância da alimentação saudável a qual deve possibilitar crescimento e desenvolvimento adequados, ter um bom funcionamento corporal e prevenir doenças como a obesidade.⁶

A ideia desta revisão se concretizou pois muitas vezes os pais sequer tem noção do quão prejudicial suas ações podem ser para o desenvolvimento de seus filhos. Sendo que a fase mais importante para o desenvolvimento físico e mental do ser humano são os primeiros mil dias de vida. Tudo que fizer nessa primeira fase da

vida terá um impacto emocional, da formação física, impacto da redução de doenças crônicas. Então uma alimentação correta nos primeiros anos de vida e uma atenção especial no aleitamento materno vai prevenir doenças na idade adulta, prevenindo obesidade, hipertensão outras doenças crônicas degenerativas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a alimentação na gravidez e infância e seus impactos na vida adulta.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Descrever as doenças mais prevalentes e relacionar com a alimentação na gravidez e na infância
- Levantar os dados das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população
- Discorrer sobre os hábitos alimentares saudáveis e suas aplicações para evitar impactos negativos na vida adulta

3. METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, buscando colher conhecimento e informações científicas sobre alimentação na gestação e infância e consequências na vida adulta.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica não sistematizada, na qual foram utilizados os seguintes critérios: artigos científicos publicados em periódicos nacionais, teses, dissertações e livros que abordam o tema no período de 2000-2021.

O levantamento de dados foi obtido através de obras literárias e artigos científicos extraídos da biblioteca virtual de saúde Bireme, pelas fontes SCIELO, Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS), Pubmed, Medline.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para esta pesquisa livros e artigos com publicações nos últimos anos.

O levantamento nas bases de dados foi realizado entre julho e novembro de 2021.

A pesquisa foi feita na língua Portuguesa e na língua Inglesa, com as seguintes palavras chave: Alimentação na gestação, alimentação infantil, comorbidades.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Gestação

O estado nutricional e o adequado ganho de peso materno são aspectos importantes para o bom resultado da gravidez, sendo o equilíbrio necessário entre o consumo essencial de nutrientes e o gasto energético do organismo para atingir as necessidades metabólicas, além de atuar e influenciar na manutenção da saúde da mãe e do feto resultando em uma gestação e uma vida saudável para ambos. Diante disso, a gestação provoca grandes modificações fisiológicas no organismo materno, no qual sucedem em um aumento de indispensabilidade em relação aos nutrientes essenciais, a fim de manter a nutrição materna, garantindo o adequado crescimento e desenvolvimento fetal durante a gravidez, com o intuito de obter um parto seguro. Portanto, durante a gestação, deve-se otimizar a alimentação da mãe, uma vez que implica diretamente no perfeito desenvolvimento do feto e na saúde da mulher.⁸

Durante a gravidez, as necessidades nutricionais aumentam para apoiar o crescimento e desenvolvimento do bebê bem como o metabolismo materno. Assim, as recomendações alimentares e nutricionais devem adaptar-se a cada mulher, considerando-se as diferenças individuais. Desta forma, recomenda-se adoção de um estilo de vida saudável, que deve iniciar-se mesmo antes da gravidez, para otimizar a saúde da mãe e reduzir o risco de complicações durante a gravidez e de algumas doenças no bebê.⁹

É natural que o peso aumente, devido à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do bebê, volume do útero e do sangue, tecido mamário e gordura de reserva¹⁰. Um inadequado ganho de peso está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal. Por seu lado, o elevado ganho de peso da grávida está associado ao aumento de peso do bebê ao nascimento e, secundariamente, ao aumento do risco de complicações na vida adulta⁹. Assim, as recomendações para o ganho de peso durante a gravidez foram formuladas de acordo com o reconhecimento da necessidade de equilibrar os benefícios de um crescimento fetal saudável, contra os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e bebê.⁹

A obesidade, na mulher que pretende engravidar, acarreta consigo mais desvantagens. A mulher obesa está mais susceptível de vir a desenvolver hipertensão e diabetes gestacional, bem como de ter que recorrer a uma cesariana.⁴No entanto, as desvantagens não se limitam apenas à mãe, as crianças de mulheres obesas estão em maior risco de macrosomia, baixos índices de Apgar, dificuldade na passagem dos ombros do feto durante o parto e desenvolvimento de obesidade infantil. Em oposição, as mulheres com um peso corporal dentro dos limites normo-ponderais (IMC entre 18,5 e 24,9) têm menor risco de desenvolvimento de doenças crónicas e usualmente têm um parto mais fácil.⁹

No caso de gestação de feto único, o ganho de peso (Kg) recomendado é:

- Gestantes com baixo peso pré-gestacional: 15,0kg (média);
- Gestantes com peso adequado pré-gestacional (eutróficas): 12,5Kg (média);
- Gestantes com sobrepeso pré-gestacional: 9,0Kg (média);
- Gestantes com obesidade pré-gestacional: 7,0Kg (média).

O papel do nutricionista, em relação ao parâmetro ganho de peso, será o de tentar assegurar que a grávida mantenha uma alimentação equilibrada, variada e completa, ajustada às suas novas necessidades nutricionais e energéticas, tentando evitar ganhos de peso quer reduzidos, quer excessivos, mas apenas os adequados à grávida em questão.

As necessidades de energia durante a gravidez vão aumentando de acordo com o trimestre da gestação. Assim, porque o gasto de energia total não se altera significativamente e o ganho de peso é mínimo durante o primeiro trimestre, o consumo de energia adicional é recomendado apenas no segundo e no terceiro trimestre da gravidez. Cerca de 340 e 450 kcal adicionais são recomendadas, respetivamente, durante o segundo e terceiro trimestre, para além das 2000 kcal recomendadas diariamente.¹⁰

Os carboidratos devem ser a fonte principal de calorias. Eles são fácil e rapidamente convertidos em energia. As gorduras dos alimentos podem também ser usadas para fornecer energia, mas a quantidade que a gestante deve ingerir de gorduras deve ser bem menor do que a de carboidratos. Atenção especial deve ser dada ao tipo de gordura ingerida, evitando as gorduras saturadas, presentes no leite

e na carne gordos, na manteiga, e as trans-saturadas, presentes nas margarinas. Os carboidratos são necessários para o funcionamento do cérebro e do sistema nervoso, tanto da mãe quanto do bebê. Os alimentos ricos em carboidratos, como os cereais, preferencialmente integrais, como pães, grãos, batatas, milho e outros, e as frutas de todo tipo, são o combustível da vida.¹¹

As vitaminas são essenciais para a utilização da energia dos carboidratos, assim como para a maioria das funções do corpo. Todas as vitaminas são importantes durante a gravidez, e a maioria pode ser obtida através de uma alimentação variada. Uma vitamina muito importante, tanto antes quanto durante a gravidez, é o ácido fólico.¹¹

O ácido fólico, também conhecido como folacina ou folato, é uma vitamina do complexo B. Ele ajuda a formar as células brancas e vermelhas do sangue e, portanto, é essencial durante a gestação para ajudar na produção aumentada de sangue, necessária para o feto e a placenta. Ele também ajuda na formação do material genético de cada célula. Mulheres que consomem quantidades adequadas de folato durante a gravidez podem reduzir o risco de ter uma criança com defeito congênito. Esses defeitos podem ocorrer no tubo neural logo no início da gestação, entre 24 e 28 dias após a concepção, afetando o cérebro ou a espinha do bebê. É recomendável que toda mulher em idade fértil tome 0,4 mg de ácido fólico por dia. O ácido fólico também auxilia no combate à anemia ferropriva, que é a falta de ferro no sangue.¹¹

Durante a gestação, o período que requer maior demanda de ferro é no último trimestre da gestação em virtude do aumento das necessidades de oxigênio do binômio mãe/bebê. A carência de ferro durante a gestação pode levar à anemia, que aumenta o risco de parto prematuro e morte perinatal. Pode haver também consequências para toda a vida do bebê, como a diminuição da capacidade cognitiva, de aprendizagem e de concentração. Para evitar estes efeitos deletérios, recomenda-se consumir 27mg/dia de ferro no 2º e 3º trimestres da gestação sendo a suplementação medicamentosa uma medida profilática preconizada pela World Health Organization. Deve-se concomitantemente recomendar o aumento na ingestão de ferro juntamente com alimentos ricos em vitamina C. É comum a ingestão oral de ferro ocasionar efeitos colaterais gastrointestinais, como náuseas, constipação e dor epigástrica.¹¹

As mulheres grávidas necessitam de cálcio extra, principalmente no terceiro trimestre, quando os ossos do bebê estão endurecendo e os dentes estão se formando. Seu corpo também está estocando cálcio para a produção de leite após o nascimento do bebê. Se a alimentação da gestante é pobre nesse mineral, ela pode ter câimbras nas pernas, cáries dentárias e perda de dente, ou até osteoporose, mais tarde, em sua vida. Isso acontece porque numa situação de falta de cálcio, o bebê tira esse mineral das reservas de sua mãe, principalmente de seus ossos.¹²

Durante a gestação, a ingestão adequada de cálcio pode prevenir a pressão alta, e uma condição perigosa, chamada de pré-eclâmpsia. Os alimentos do grupo do leite são fontes primárias de cálcio na nossa alimentação. Para a mulher grávida, são recomendadas 4 porções desse grupo diariamente. Alimentos do grupo do leite também são fontes importantes de outros nutrientes, como proteínas e vitaminas, por exemplo, a riboflavina. Escolher laticínios pobres em gorduras é uma boa dica para diminuir as calorias e aumentar o cálcio na dieta.¹²

4.2 Aleitamento materno

O leite materno é o ideal para o crescimento e desenvolvimento do bebê, é a melhor nutrição para o lactente e ele traz numerosos benefícios durante os primeiros anos de vida, que perduram por toda a vida. Além disso, auxilia na relação afetiva entre mãe e filho, mas também no processo imunológico e psicológico. O leite materno possui diversos nutrientes e uma variedade de vitaminas, minerais, proteínas, gorduras e carboidratos, além de ser rico em anticorpos necessários ao desenvolvimento do bebê. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a amamentação deve iniciar ainda na sala de parto na primeira hora de vida, ser mantida na forma de aleitamento materno exclusivo (AME) sem adicionar qualquer tipo de alimento sólido/semissólido ou líquidos nos primeiros 6 meses de vida, e, a partir de então, introduzir a alimentação complementar adequada, mantendo-se também o aleitamento materno (AM) por 2 anos ou mais. Há inúmeras evidências disponíveis sobre os benefícios do AM em curto prazo, especialmente diminuindo a morbimortalidade infantil ao se associar com menos episódios de diarreias, infecções respiratórias agudas e outras enfermidades infectocontagiosas. Mas umas das maiores influências do aleitamento materno se dá no processo de sucção

praticado pelo bebê durante a amamentação, processo este que contribui com o desenvolvimento do sistema estomatognático. Neste ato, com a correta posição da língua, o bebê pressiona o seio da mãe de forma que saia somente a quantidade de leite necessária a ser deglutida, auxiliando o desenvolvimento dos fonemas da fala e outros benefícios, como a formação da musculatura e dos ossos. Além disso, este processo possibilita o estímulo necessário para o desenvolvimento do sistema muscular, da ossatura bucal e da respiração nasal.¹²

Há fortes evidências na literatura do papel protetor do aleitamento materno contra a obesidade. O desmame precoce e a introdução inadequada de alimentos pode desencadear o início da obesidade já no primeiro ano de vida. O ganho de peso nos primeiros anos de vida ocorre de forma menos intensa em crianças amamentadas com LH. Somado a isso, o ganho de peso excessivo nos primeiros meses de vida está relacionado ao desenvolvimento da obesidade, ao maior acúmulo de gordura visceral e à maior gordura corporal. A interrupção precoce da amamentação e a adoção da alimentação látea artificial eleva o consumo energético infantil em 15-20%. Essa alimentação hipercalórica, na lactância, e nos primeiros anos da infância, é uma possível causa de obesidade precoce por aumento do tecido adiposo. A ausência do aleitamento materno tem sido associada a vários processos inflamatórios crônicos, como: asma, doença celíaca e obesidade. Mas essas consequências não se restringem apenas ao bebê, pois a mãe que amamenta também possui seus benefícios, como a prevenção de câncer de útero e mama, o restabelecimento do peso, menor sangramento pós-parto, além de evitar a osteoporose e doenças cardiovasculares. A lactação diminui a incidência e/ou a gravidade de diarreia, botulismo, enterocolite necrotizante, alergias, doenças infecciosas, respiratórias e doenças autoimunes, como também estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê.¹³

Dessa forma, estima-se que o AM poderia prevenir 13% de todas as mortes por doenças evitáveis em crianças com idade inferior a 5 anos em todo o mundo. Segundo estudo de avaliação de risco, nos países em desenvolvimento poderiam ser salvas 1,47 milhão de vidas por ano se a recomendação do AME por 6 meses e complementado por 2 anos ou mais fosse cumprida.¹⁴

O estômago do bebê quando nasce é muito pequeno. Por isso ele deve ser alimentado a cada duas ou três horas, em pequenas quantidades. Gradualmente as

mamadas vão ficando mais distantes, conforme aumenta sua capacidade gástrica. Após 6 meses o bebê deverá começar a receber alimentos novos, inicialmente frutas. A partir de então deve-se começar a introdução de novos alimentos, sem necessariamente abandonar a amamentação, que pode prosseguir até os dois anos de idade.¹⁴

4.3 Alimentação complementar

A alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao LH, é definida como alimentação complementar. A alimentação complementar adequada deve ser variada, a fim de favorecer hábitos alimentares saudáveis, e deve composta por alimentos ricos em energia e micronutrientes, baixos teores de açúcar, sal e condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo acessível. As crianças tendem a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente. Desta forma, recomenda-se que se ofereça inicialmente à criança alimentos com baixos teores de açúcar. A introdução deste nessa fase em que a criança está formando seus hábitos pode levar ao maior consumo desses alimentos e, por consequência, elevar o valor calórico total da dieta e o risco de sobrepeso e obesidade.¹⁵

Recomenda-se introduzir os novos alimentos gradualmente, um de cada vez, a cada 3 a 7 dias a fim de identificar possíveis reações alérgicas ao alimento. Glúten, ovos, peixes e castanhas devem ser evitados para crianças menores de um ano, em famílias com história de alergias alimentares.¹⁵ É muito comum a criança rejeitar novos alimentos, não devendo ser interpretado como uma aversão permanente da criança ao alimento. Em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a dez vezes para que o aceite bem. Crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos que as não-amamentadas, pois, por intermédio do LH, a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta materna. A pequena quantidade de alimentos inicialmente oferecida deve ser gradativamente aumentada com a idade da criança. A quantidade e a frequência dos alimentos oferecidos devem basear-se na aceitação da criança, variando segundo a necessidade individual, a quantidade de LH ingerido e a densidade dos alimentos complementares.¹⁵

O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio nutricional da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceitos, na formação de novos hábitos, no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não. A OMS recomenda às mães/cuidadores a prática de alimentação responsável, que usa os princípios de cuidados psicossociais. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de autorregulação do apetite da criança. Recomenda-se alimentar a criança, lenta e pacientemente, até que se sacie, jamais forçando-a a comer. Em casos de recusa, pode-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento não coercivos, desde que não distraiam a criança da refeição, que deve ser um momento de aprendizado que inclui atenção, conversa e contato visual entre a mãe/cuidador e a criança.¹⁵

Lactentes aos seis meses devem consumir alimentos semissólidos e macios (sob a forma de purês), podendo ser amassados, porém nunca liquidificados ou coados. A partir dos oito meses, a criança pode receber alimentos amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Aos dez meses devem ser oferecidos alimentos granulosos. Aos doze meses, a maioria das crianças pode receber os mesmos alimentos da família, evitando-se alimentos que possam oferecer riscos de engasgos, como nozes, uvas, sementes, cenouras cruas e outros. A consistência inadequada dos alimentos compromete sua ingestão. Já as crianças que não recebem alimentos semissólidos por volta de dez meses podem apresentar maior dificuldade de aceitação alimentar posteriormente. Recomenda-se ainda que os alimentos sejam oferecidos separadamente para que a criança possa reconhecer cores, texturas e sabores diferentes.¹⁶

Apenas o leite materno não atende completamente as necessidades da criança e, caso não ocorra essa inclusão, pode haver uma desaceleração do crescimento, um aumento do risco de desnutrição e ausência de micronutrientes necessários para sua saúde, como vitamina A ferro e zinco. Nesta idade as crianças não sabem a diferença entre os alimentos e não querem comer isto ou aquilo, apenas há uma tendência de levar tudo a boca, para experimentar. Portanto, a criança não ficará doente ou com vontade se não comer o que não pode, como é de senso comum se acreditar.¹⁶

No Brasil, o Ministério da Saúde, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elaborou as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, denominada “Os doze passos para uma alimentação saudável das crianças menores de dois anos” (Quadro 1). Esse guia, elaborado após amplo levantamento de dados, objetiva promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena.¹⁶

Quadro 1	Os 12 passos para alimentação saudável das crianças menores de dois anos.
Passo 1	AMAMENTAR ATÉ 2 ANOS OU MAIS, OFERECENDO SOMENTE O LEITE MATERNO ATÉ 6 MESES
Passo 2	OFERECER ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS, ALÉM DO LEITE MATERNO, A PARTIR DOS 6 MESES
Passo 3	OFERECER ÁGUA PRÓPRIA PARA O CONSUMO À CRIANÇA EM VEZ DE SUCOS, REFRIGERANTES E OUTRAS BEBIDAS AÇUCARADAS
Passo 4	OFERECER A COMIDA AMASSADA QUANDO A CRIANÇA COMEÇAR A COMER OUTROS ALIMENTOS ALÉM DO LEITE MATERNO
Passo 5	NÃO OFERECER AÇÚCAR NEM PREPARAÇÕES OU PRODUTOS QUE CONTENHAM AÇÚCAR À CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE
Passo 6	NÃO OFERECER ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS PARA A CRIANÇA
Passo 7	COZINHAR A MESMA COMIDA PARA A CRIANÇA E PARA A FAMÍLIA
Passo 8	ZELAR PARA QUE A HORA DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA SEJA UM MOMENTO DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS, APRENDIZADO E AFETO JUNTO DA FAMÍLIA
Passo 9	PRESTAR ATENÇÃO AOS SINAIS DE FOME E SACIEDADE DA CRIANÇA E CONVERSAR COM ELA DURANTE A REFEIÇÃO
Passo 10	CUIDAR DA HIGIENE EM TODAS AS ETAPAS DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA
Passo 11	OFERECER À CRIANÇA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL TAMBÉM FORA DE CASA
Passo 12	PROTEGER A CRIANÇA DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS

FONTE: Ministério Da Saúde 2019

Algumas doenças muito comuns em crianças, causadas por carências nutricionais são a anemia ferropriva, a hipovitaminose A, o bócio endêmico. Essas são os principais problemas carenciais no mundo, com recomendações de ações

específicas de saúde pública. Além disso, as relações que o ser humano mantém com a comida extrapolam a sua necessidade de nutrir-se. Embalado pelas sensações e emoções que despertam, os alimentos não são apenas nutrientes, energia, sabores e odores, mas também fortes representações psicológicas criadas em cada indivíduo, a partir de seu relacionamento com aquilo que come.¹⁶

Para a maioria das pessoas também é um bom motivo de convívio social. Por esses motivos, as experiências sensoriais da criança em crescimento, desde o nascimento, são tão importantes em seu desenvolvimento, e na determinação de seu comportamento futuro. Cabe aos pais e à escola um papel fundamental na formação de bons hábitos alimentares e na construção de uma atitude madura da criança em relação aos alimentos. Conduzir a alimentação de uma criança com competência não é apenas nutri-la, mas também ajudá-la a criar um sentimento de troca, prazer e convivência que repercutirá para sempre em sua saúde e estilo de vida.¹⁶

4.4 Doenças crônicas não transmissíveis.

A obesidade infantil é uma doença crônica e sua prevalência tem apresentado um rápido crescimento em escala mundial, chegando ao ponto de ser caracterizada como uma epidemia. Vários fatores são responsáveis pelo aumento de sua incidência, como a falta de atividades físicas, o uso de alimentos industrializados e o abandono do aleitamento materno.¹⁷

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma síndrome multifatorial caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, os quais consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. A hipertensão é uma síndrome que caminha lado a lado com a obesidade, hábitos alimentares inadequados associados à falta de atividade física, juntamente com o sobrepeso e/ou obesidade são um dos principais fatores do desenvolvimento de hipertensão ou pré-hipertensão. A hipertensão arterial é um grande fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, com alto índice de mortalidade materna, sendo uma complicação grave durante a gravidez, por isso requer uma vigilância constante por parte da gestante, para que a mesma possa seguir a gestação de maneira saudável e sem riscos. Segundo estudos realizados; as gestantes que manifestam hipertensão arterial durante a gravidez e após seis semanas de darem a

luz correm o risco de desenvolver hipertensão arterial crônica. O aumento da pressão arterial na gestação pode levar a um quadro clínico grave, surgindo uma disposição ao pré- eclampsia, onde ocorre o aumento da pressão arterial através da eliminação de proteína através da urina, em casos graves pode levar à eclampsia, que é o surgimento de convulsões e pode ocorrer antes, durante ou após o parto, o pré- eclampsia pode surgir a partir da vigésima semana de gestação. ¹⁸

De acordo com a Organização Mundial de Saúde dez por cento das mulheres grávidas sofrem com a hipertensão durante a gestação, sendo um risco tanto para a saúde da mulher, como em casos graves também ao feto. A falta de uma alimentação saudável e o excesso de sal, são grandes fatores de risco nesta situação, visto que, não existe uma causa específica para o surgimento da hipertensão na gravidez. ¹⁸

O colesterol alto aumenta o risco de problemas cardiovasculares (como a hipertensão), além disso infarto, AVC e aterosclerose, problemas que não só afetam a criança, como terão consequências significativas em sua vida adulta. Esse aumento ocorre principalmente devido ao consumo de alimentos ricos em açúcar ou em gorduras hidrogenadas, como os produtos industrializados apreciados pelas crianças, tais como biscoitos, bolachas, sucos, refrigerantes, balas e afins. ¹⁸

Até pouco tempo se acreditava que a Diabetes mellitus tipo 2 era uma doença exclusiva à fase adulta relacionada ao sedentarismo, má alimentação e obesidade e, sua prevalência na infância, apenas devido a hereditariedade. Todavia, de acordo com Oliveira et al., atualmente não se trata de uma doença específica em adultos, visto que sua prevalência vem crescendo entre crianças, principalmente entre as quais a obesidade é presente. O estilo de vida de cada criança em um ambiente com uma má gestão não só causa um aumento de estresse como também uma predisposição ao sedentarismo, que evolui para o sobrepeso e, por fim, obesidade. O excesso de gordura bloqueia a captação de insulina por meio dos receptores celulares, assim elevando os níveis de glicose que circulam na corrente sanguínea. A fim de evitar um acúmulo, o pâncreas aumenta sua produção de hormônio, não conseguindo atender a demanda por muito tempo, o que ocasiona nos níveis de glicose subindo novamente, e conseqüentemente que a diabetes se desenvolva. ¹⁸

Estudos mostram que obesidade pode aumentar em até 20% as chances de desenvolver algum tipo de câncer. Muitos fatores estão diretamente ligados ao câncer, entre eles estão alcoolismo, sedentarismo, má alimentação, e tabagismo.¹⁹

No Brasil, dados preliminares do Vigitel 2020, estratégia do Ministério da Saúde que monitora fatores de risco e proteção para doenças crônicas, mostraram que 57,5% da população adulta está com excesso de peso, e 21,5% dela está com obesidade (sendo 19,8%, em 2019).²⁰

No conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 25,2%, sendo maior entre mulheres (26,2%) do que entre homens (24,1%). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.²⁰

No conjunto das 27 cidades, a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 8,2%, sendo maior entre as mulheres (9,0%) do que entre os homens (7,3%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.²⁰

4.5 Consequências de uma alimentação não saudável.

Em estudo recente de Boots et al. demonstrou-se que, em mulheres com abortos recorrentes, houve taxa de aborto mais alta nas mulheres obesas que em não obesas (46% versus 43%, OR: 1,71, IC 95%, 1,05). Com base em estudos retrospectivos, concluiu-se que a obesidade está associada a alta taxa de abortamento em mulheres que concebem espontaneamente. Estudos prospectivos são necessários para verificar esses resultados preliminares.²¹

A gravidez, por si só, constitui um estado trombótico, caracterizado pelo aumento na concentração plasmática de fatores de coagulação I, VII, VIII e X, diminuição na proteína S e inibição da fibrinólise. Essas mudanças, em combinação com outros fatores de risco, tais como idade materna acima de 35 anos, multiparidade, parto cesáreo, pré-eclâmpsia e a obesidade, resultam em aumento do risco de trombose venosa. De acordo com diversos estudos, obesidade (IMC > 30 kg/m²) duplica o risco de trombose, por aumento da concentração dos fatores VIII e IX, mas não do fibrinogênio. É necessário que se avaliem os fatores de risco para tromboembolismo na gestante obesa e que se considere a profilaxia caso o risco seja

elevado (passado de tromboembolismo, trombofilia, síndrome antifosfolípides, cardiopatia, tabagismo). Apesar de recentes orientações para se realizar trombopprofilaxia na parturiente obesa, a falta de estudos prospectivos adequados ainda não permite seu uso universal. O uso arbitrário de repouso prolongado para a gestante obesa é um fator de risco para tromboembolismo venoso. Apesar da escassez de evidências padrão-ouro, a prevalência de obesidade e seu risco associado de tromboembolismo venoso merece consideração cuidadosa para o uso de trombopprofilaxia na população de gestantes obesas. Isso é especialmente importante na presença de fatores de risco adicionais.²¹

A incidência de diabetes mellitus gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral. No período gestacional, as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada, favorecendo o desenvolvimento de DMG. Também a prevalência de diabetes tipo 2 (DM2), pré-gestacional, é maior nessa população. Desta forma, recomenda-se que essas mulheres sejam rastreadas precocemente por meio de glicemia de jejum, glico-hemoglobina e, se necessário, teste oral de tolerância à glicose, com o objetivo de detectar pacientes previamente diabéticas, porém não diagnosticadas antes da gestação. Mulheres obesas com antecedente de DMG têm risco seis vezes mais alto de desenvolver DM2 no futuro, quando comparadas às magras com o mesmo antecedente.²¹

A obesidade está associada à resistência à insulina e consequente hiperinsulinemia, que pode resultar em condições tais como hipertensão, hiperlipidemia, doença cardíaca degenerativa, hiperuricemia, intolerância à glicose e DM2. Hiperleptinemia, aumento nas concentrações de PAI-1, micro ou macroproteinúria e disfunções endoteliais também têm sido relatadas. Esse grupo de doenças tem sido descrito coletivamente como “síndrome metabólica”, sendo comumente observada em gestações de mulheres obesas. O peso materno é um fator de risco independente para pré-eclâmpsia. Especificamente, as mulheres com IMC > 30 kg/m² têm probabilidade duas a três vezes maior para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Evidências comprovam que o risco de pré-eclâmpsia dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m² no IMC pré-gestacional. Uma gravidez anterior complicada por pré-eclâmpsia constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento

de pré-eclâmpsia grave na gravidez atual. A pré-eclâmpsia também está associada a risco aumentado de doença cardíaca coronariana a longo prazo.²¹

Concentrações reduzidas de vitamina D – 25(OH) D – são frequentemente observadas em indivíduos obesos. Uma das causas da deficiência de 25(OH)D em indivíduos obesos pode estar ligada ao depósito de vitamina D nos adipócitos, diminuindo a sua biodisponibilidade e acionando o hipotálamo para desenvolver uma cascata de reações que resulta no aumento da sensação de fome e na diminuição do gasto energético. Tal situação também gera aumento nos níveis de PTH, com consequente diminuição da sensibilidade à insulina, predispondo ao diabetes tipo 2 e ao diabetes gestacional durante a gravidez. Em revisão recente, a deficiência de vitamina D durante a gestação foi associada ao elevado risco de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, neonatos pequenos para a idade gestacional e vaginose bacteriana. Não se registrou aumento na taxa de cesarianas. As mulheres obesas transferem menos 25-OH D para o feto do que mulheres com peso normal, apesar de apresentarem níveis séricos semelhantes. Estudo recente demonstrou que fetos com baixos níveis de 25(OH) D em sangue de cordão exibiram elevado percentual de gordura corporal. Esses novos achados ressaltam as relações evolutivas entre obesidade materna, estado nutricional de vitamina D e adiposidade no período neonatal, que podem influenciar no peso corporal e distribuição de gordura na infância e na idade adulta.²¹

A probabilidade de trabalho de parto prolongado é mais ampla em gestantes obesas, provavelmente devido a menor tônus miométrial. A prevalência de parto operatório também é maior nessas pacientes, independentemente de complicações pré-natais, tamanho do feto ou idade gestacional. Os fatores contribuintes para a elevada frequência dessa via de parto são desproporção cefalopélvica e distócia por aumento de tecidos moles depositado na pelve materna. O parto cesáreo está sabidamente associado a alto risco de complicações, tais como infecção de ferida, tromboembolismo e endometrite, se comparado ao parto via vaginal. Pela elevada prevalência de macrossomia, também há alto risco de distócia de ombro em partos vaginais nessas pacientes, o que pode acarretar lacerações perineais e paralisias do plexo braquial no recém-nascido. Existe também mais probabilidade de parto pós-termo (41-42semanas) entre as mulheres obesas, porém o mecanismo para essa ocorrência não está elucidado. Comparadas a não obesas, parturientes obesas têm alto risco de hospitalização prolongada e infecção puerperal (independentemente da

via de parto). Essas pacientes também possuem mais dificuldade para amamentar e o possível mecanismo que explica esse fato pode ser a reduzida resposta da prolactina à sucção na primeira semana de puerpério.²¹

A obesidade materna está associada a aumentado risco de mortalidade perinatal e a desordens genéticas, macrossomia e gemelaridade dizigótica, mas não homozigótica, mesmo sem indução de ovulação. A longo prazo, os recém-nascidos macrossômicos, filhos de mães obesas ou diabéticas, são propensos ao desenvolvimento da obesidade infantil, síndrome metabólica, diabetes tipo 2 e aumento da mortalidade cardiovascular na vida adulta.²¹

A macrossomia fetal é a complicação mais frequente em filhos de gestantes obesas, mesmo naquelas que não desenvolveram DMG. Existe associação direta entre IMC e risco de macrossomia, decorrente do aumento da resistência à insulina em grávidas obesas, o que leva à hiperinsulinemia fetal, importante fator para o crescimento intrauterino. Além disso, lipases placentárias que clivam triglicerídeos presentes em excesso nas pacientes resistentes à insulina levam a mais aporte de ácidos graxos livres para o feto. O ambiente fetal é totalmente modificado, havendo alteração na síntese, secreção e ação da leptina, que determina alterações no metabolismo dos adipócitos fetais. Além disto, nas últimas semanas de gestação há aumento da disponibilidade de glicose, aminoácidos e ácidos graxos livres para o feto, contribuindo para o crescimento fetal excessivo.²¹

Elevada incidência de anomalias congênitas parece ocorrer em filhos de mulheres obesas, sendo as anomalias mais importantes os defeitos do tubo neural, as cardíacas e as anormalidades de parede abdominal, como a onfalocele. Uma explicação para essa aumentada incidência de defeitos de tubo neural pode ser a excessiva interferência do tecido adiposo na metabolização dos folatos, com perda do efeito protetor do ácido fólico nessas pacientes.²¹

Há consideráveis comprovações de que as complicações da obesidade materna se estendem para além da vida intrauterina e neonatal, chegando à idade adulta, acarretando uma série de problemas ao longo da vida. A obesidade materna constitui um risco para a obesidade infantil, independentemente do peso ao nascer, assim como para o surgimento da síndrome metabólica e doença cardiovascular na idade adulta. A obesidade infantil e na adolescência exerce um impacto físico e psicológico de longa duração e aumenta a morbidade e mortalidade da população. O aumento da prevalência da obesidade materna antes e durante a gravidez resulta em

um círculo vicioso de obesidade nas gerações subsequentes. Assim, mães obesas darão à luz filhas obesas, que têm mais risco de sofrer de obesidade e diabetes durante suas próprias gestações.²²

Resultados de estudo realizado em crianças de 0 a dois anos de idade no município de Curitiba – PR em 2014/2015, que frequentavam instituições públicas de ensino, mostraram como as consequências a curto prazo da Alimentação Complementar inapropriada foram avaliadas as relações antropométricas das crianças. Nas amostras, 27,5% das crianças encontravam-se com baixa estatura para a idade (Escore-Z < -2). Notou-se também que 57,5% das crianças estavam com excesso de peso (Escore-Z > +1 na relação IMC/idade), taxa considerada alta para a faixa etária. Tal resultado pode indicar que o excesso de peso tem se tornado cada vez mais comum na população em geral.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de hábitos alimentares saudáveis é um processo que se inicia desde o nascimento, com as práticas alimentares introduzidas nos primeiros anos de vida pelos pais, primeiros responsáveis pela formação dos mesmos. Portanto a nutrição adequada nos primeiros mil dias de vida é fundamental, já que ela pode impactar profundamente no desenvolvimento e na programação metabólica da criança e refletir na saúde em sua vida adulta. O aleitamento materno é de extrema importância para o recém-nascido, sendo uma de suas primeiras experiências nutricionais.

O Papel da nutricionista nessa fase da vida é fundamental para avaliação nutricional e orientação da família sobre o quão importante é a alimentação nessa fase da vida.

REFERÊNCIAS

1. MOZETIC, Ruana Maia; SILVA, Sarah Damazo Camargo; DE PIANO GANEN, Aline. A importância da nutrição nos primeiros mil dias. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 8, n. 2, p. 876-884, 2016.
2. ALVES, Gabriela Manhães; DE OLIVEIRA CUNHA, Teresa Claudina. A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas*, v. 10, n. 27, p. 46-62, 2020.
3. Valle, Janaína Mello Nasser; Euclides, Marilene Pinheiro. A Formação Dos Hábitos Alimentares Na Infância: Uma Revisão De Alguns Aspectos Abordados Na Literatura Nos Últimos Dez Anos. 2007. 2012.
4. RIBEIRO, Marselle Giulliana Soares. Comportamento alimentar de crianças em idade pré-escolar e escolar na comunidade de Poço Gordo em Campos dos Goytacazes-RJ: o desafio de evitar o surgimento de doenças crônicas na fase adulta. 2017.
5. SILVEIRA, Maria das Graças Garcez. Prevenção da obesidade e de doenças do adulto na infância. Editora Vozes Limitada, 2017.
6. Costa, R. Et Al. Alimentação Na Gravidez. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional De Saúde Da Mulher, Da Criança E Do Adolescente, 2014.
7. NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, p. 107-112, 2012.
8. PICCIANO, Mary Frances. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *The Journal of nutrition*, v. 133, n. 6, p. 1997S-2002S, 2003.
9. Institute Of, M. And I.O.M.P.W.G. National Research Council Committee To Reexamine, The National Academies Collection: Reports Funded By National Institutes Of Health, In Weight Gain During Pregnancy: Reexamining The Guidelines, K.M. Rasmussen And A.L. Yaktine, Editors. 2009, National Academies Press (Us), National Academy Of Sciences: Washington (Dc).
10. AFFONSO, Christianne De Vasconcelos; Sonati, Jaqueline Girnos. Nutrição E O Ciclo Da Vida: Gravidez, Amamentação E A Criança Pré-Escolar. São Paulo: Editora E Consultoria Em Nutrição Ltda, 2011.
11. DE FREITAS, Elisângela Da Silva Et Al. Recomendações Nutricionais Na Gestação. *Revista Destaques Acadêmicos*, V. 2, N. 3, 2011.

12. SANTIAGO, Luciano B. Et Al. Incentivo Ao Aleitamento Materno: A Importância Do Pediatra Com Treinamento Específico. *Jornal De Pediatria*, V. 79, P. 504-512, 2003.
13. CORDEIRO, Larissa Miranda Dutra; Teixeira, Marina Albergaria. Primeiros Mil Dias De Vida E Implicações Nos Determinantes Comuns De Obesidade E Saúde Bucal Infantil: Uma Revisão Bibliográfica. *Anais Do Seminário Científico Do Unifacig*, N. 6, 2021.
14. DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; Freire, Lincoln Marcelo Silveira; Franceschini, Sylvia Do Carmo Castro. Recomendações Para Alimentação Complementar De Crianças Menores De Dois Anos. *Revista De Nutrição*, V. 23, P. 475-486, 2010.
15. SALVE, Jeanine Maria; SILVA, Isilia Aparecida. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 43-48, 2009.
16. Brasil. Ministério Da Saúde. Guia Alimentar Para Crianças Menores De 2 Anos. Brasília, p. 229-241, 2019.
17. RAMOS, Maurem et al. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de pediatria*, v. 76, n. Supl 3, p. S229-S237, 2000.
18. NOGUEIRA, Anelise Impelizeri; CARREIRO, Marina Pimenta. Obesidade e gravidez. *Rev Med Minas Gerais*, v. 23, n. 1, p. 88-98, 2013.
19. GABRIEL DA CRUZ, M. Falieri; ARAMUNI, João Paulo C.; VILLELA, Humberto F. Uma Análise Comparativa entre os Casos de Câncer e Seus Principais Fatores: Uma Implementação de Algoritmo para Estudo do Câncer. *Computação & Sociedade*, v. 1, n. 1, 2019.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020
21. FERREIRA, Joel Saraiva; AYDOS, Ricardo Dutra. Prevalência de Hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 97-104, 2010.
22. FEITOSA, Vanessa Félix et al. Análise da alimentação complementar no bebê a partir dos seis meses de idade. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, v. 14, n. 25, p. 95-102, 2017.