

Análise do perfil nutricional de crianças de 2 a 5 anos no município de Trindade-Goiás

Analysis of the nutritional profile of children aged 2 to 5 years in the municipality of Trindade - Goiás

Análisis del perfil nutricional de niños de 2 a 5 años en el municipio de Trindade - Goiás

Recebido: 08/11/2022 | Revisado: 18/11/2022 | Aceitado: 19/11/2022 | Publicado: 26/11/2022

Shara Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-2800>
Centro Universitário de Mineiros UNIFIMES, Brasil
E-mail: shara.ribeiro@academico.unifimes.edu.br

Mariana Carla Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9944-5226>
Centro Universitário de Mineiros UNIFIMES, Brasil
E-mail: mariana.mendes@unifimes.edu.br

Resumo

Introdução: Nas últimas décadas a população vivenciou transformações epidemiológicas, socioeconômicas e nutricionais com consequente aumento de doenças associadas aos hábitos alimentares. Dessa forma, essas transições que transformaram o cotidiano da população, alteraram também o perfil nutricional das crianças. *Objetivo:* Identificar a prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade em crianças de dois a cinco anos de idade que vivem no município de Trindade no estado de Goiás. *Métodos:* Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo que utilizou como base de dados online o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), realizando avaliação do estado nutricional de crianças entre dois a cinco anos, considerando os fatores: peso x idade e IMC x idade nos anos de 2013 a 2021. *Resultados:* Houve redução na quantidade de crianças registradas no ano de 2013, 2015 e 2020, além disso, verificou-se aumento na quantidade de crianças muito baixo peso em 2015, porém, em geral, o município de Trindade apresentou em todos os anos maior quantidade de crianças com peso elevado. *Conclusão:* Evidenciou-se percentual elevado no excesso de peso das crianças de 2 a 5 anos. Além disso, através dos dados obtidos conclui-se que o município de Trindade apresentou discrepância na quantidade de crianças informadas pelo SISVAN em cada categoria de peso comparado ao Brasil em 2013 e 2021. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de abastecimento da rede de dados epidemiológicos bem como a intervenção através de políticas públicas, objetivando a melhora dos hábitos de vida, diminuindo o percentual de crianças que, atualmente se encontram com sobrepeso.

Palavras-chave: Avaliação nutricional; Índice de massa corporal (IMC); Obesidade; Desnutrição; Criança.

Abstract

Introduction: In the last decades the population has experienced nutritional, socioeconomic and habits epidemiological transformations with a consequent increase in associated diseases. Thus, these transitions that transform the daily life of the population, also change the nutritional profile of children. *Objective:* To identify a prevalence of weight, overweight and obesity in two to five year olds living in the municipality of Trindade in the state of Goiás. *Methods:* This is a descriptive epidemiological study that used the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) as an online database, assessing the nutritional status of children aged between two and five years, considering the factors: weight x age and BMI x age in the years 2013 to 2021 quantity. *Results:* There was a reduction in the year of children beyond 2013, 2015 and 2020, apart20 there was an increase in the number of very low weight children in 2015, however, in general, Trindade presented in every year the largest municipality of children with high weight. *Conclusion:* There was a high percentage of overweight in children aged 2 to 5 years. In addition, through the data obtained, it is concluded that the municipality of Trindade presented a discrepancy in the amount of data to be included by SISVAN in each weight category compared to Brazil in 201. In this sense, the need to supply the network of epidemiological data as well as an intervention through public policies, aiming at an increase in the percentage of children who currently.

Keywords: Nutritional assessment; Body mass index (BMI); Obesity; Malnutrition; Child.

Resumen

Introducción: En las últimas décadas la población ha experimentado transformaciones nutricionales, socioeconómicas y de hábitos epidemiológicos con el consecuente incremento de enfermedades asociadas. Así, estas transiciones que transforman la vida cotidiana de la población, también modifican el perfil nutricional de los niños. *Objetivo:* Identificar

una prevalencia de peso, sobrepeso y obesidad en niños de dos a cinco años residentes en el municipio de Trindade en el estado de Goiás. *Métodos:* Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo que utilizó el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) como base de datos en línea, evaluando el estado nutricional de niños entre dos y cinco años, considerando los factores: peso x edad e IMC x edad en el años 2013 a 2020. *Resultados:* Hubo una reducción en el año de niños más allá de 2013, 2015 y 2020, aparte hubo un aumento en el número de niños de muy bajo peso en 2015, sin embargo, en general, Trindade presentó en todos años el municipio más grande de niños con peso alto. *Conclusión:* Hubo un alto porcentaje de sobrepeso en niños de 2 a 5 años. Además, a través de los datos obtenidos, se concluye que el municipio de Trindade presentó una discrepancia en la cantidad de datos a ser incluidos por el SISVAN en cada categoría de peso en comparación con Brasil en 201. En ese sentido, la necesidad de abastecer la red de datos epidemiológicos, así como una intervención a través de políticas públicas, con el objetivo de aumentar el porcentaje de niños que actualmente.

Palabras clave: Evaluación nutricional; Índice de masa corporal (IMC); Obesidad; Desnutrición; Niño.

1. Introdução

A transição nutricional é um processo em que ocorre mudança no perfil alimentar, sendo que nos últimos anos há predomínio do consumo de alimentos ultraprocessados e de alta densidade calórica. Essa transição não ocorre isolada, está relacionada com alterações no contexto demográfico, socioeconômico e também com a transição epidemiológica, essa última caracterizada pela redução de doenças infecciosas e parasitárias e pelo aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Todos esses processos refletem a atual realidade da nossa população brasileira em todas as faixas etárias, incluindo as crianças (Brasil, 2012; Brasil, 2014).

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde “Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento” o período pré-escolar (2 a 7 anos) é caracterizado pela atenuação das necessidades nutricionais, por consequência da diminuição do ritmo de crescimento da criança. Essa fase alimentar pré-escolar é temporária, indefinida e com variações, portanto, exige um bom acompanhamento dos hábitos alimentares para evitar distúrbios em fases posteriores. Sendo assim, as possíveis consequências da ausência de acompanhamento são o baixo peso e sobrepeso (Brasil, 2012; Sousa, et al., 2019).

O Ministério da Saúde preconiza a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes na atenção básica, e a forma mais barata e prática, com uso de tecnologias leve-dura é o acompanhamento do peso, altura e IMC, e seus respectivos acompanhamentos através das curvas de crescimento disponíveis nas cadernetas das crianças e adolescentes. O baixo peso é determinando para crianças no intervalo de dois a cinco anos quando: $\text{escore-z} < -3$ e $< \text{escore-z} < -2$ (OMS, 1995). Essa condição contribui com graves condições de saúde, como baixa imunidade levando a maior prevalência de doenças infecciosas, retardo do desenvolvimento natural da criança, dificuldade no rendimento escolar e altas taxas de mortalidade infantil. Concomitante a isso, o sobrepeso em crianças é um importante problema de saúde pública, ele se caracteriza pelo $\text{escore-z} > +2$. Além disso, para avaliação de crianças obesas, deve-se utilizar o gráfico exclusivo de índice de massa corporal (IMC), que deve ser superior ao $\text{escore-z} > +3$ (Brasil, 2011; Brasil, 2012; Ibrahim, et al., 2017; Osterbauer, et al., 2012).

Vários estudos têm demonstrado ao longo dos anos que as alterações nutricionais na infância podem elevar o risco desses indivíduos apresentarem DCNT e complicações ainda na infância ou na vida adulta. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil avaliou 14.558 crianças e 12.155 mães biológicas em 12.524 domicílios distribuídos em 123 municípios dos 26 Estados da Federação e no Distrito Federal. Como resultado esse estudo demonstrou que no Brasil, as crianças menores de 5 anos apresentaram prevalência de baixo peso para idade ($Z < -2$) de 2,9% e elevado peso para idade ($Z > 2$) de 5,0%; e as prevalências de magreza foi de 3,0%. A região Norte apresentou a menor prevalência de magreza (0,9%) e a Sudeste, a maior (3,5%). A prevalência de risco de sobrepeso ($1 < Z \text{ IMC/I} \leq 2$) foi de 18,3%, com a região Centro-Oeste apresentando a menor prevalência (14,5%), com diferença estatisticamente significativa se comparada com a das regiões Sul (22,2%) e Sudeste (18,4%) (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019).

Considerando o sobrepeso e obesidade um problema de saúde pública e suas possíveis repercussões na saúde do indivíduo, é necessária a intervenção precoce, pois assim é possível reduzir a prevalência de distúrbios nutricionais, influenciando positivamente nos gastos governamentais futuros, evitando custos com o aparecimento de comorbidades, já que o baixo peso e o sobrepeso são considerados fatores de risco para o aparecimento de doenças. Permitindo, portanto, melhora na qualidade de vida dessa população (Brasil, 2012).

Nesse contexto, com a mudança no perfil nutricional de crianças e adolescentes no Brasil nos últimos anos, bem como a repercussão clínica futura desses pacientes, objetivou-se identificar o estado nutricional de crianças de dois a cinco anos de idade que residem no município de Trindade no estado de Goiás.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, visando expor características presentes em uma determinada área de interesse e população, com abordagem quantitativa, fazendo a quantificação dos dados obtidos (Martins, 2015). Foi construído com base em banco de dados de domínio público online, proveniente do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Brasil, 2022). Este sistema permite acesso a dados sobre o estado nutricional de todas as faixas etárias da população de todo Brasil que é atendida na Atenção Básica, em que usualmente os profissionais das Unidades Básicas de Saúde cadastram os dados.

A amostra abrangeu crianças de 2 a 5 anos de ambos os sexos no período de 2013 a 2021, restritas ao município de Trindade no Estado de Goiás. No entanto, a amostra de dados variou em sua quantidade de crianças registradas no decorrer dos anos, evidenciando que provavelmente essas crianças no município não foram registradas no banco de dados.

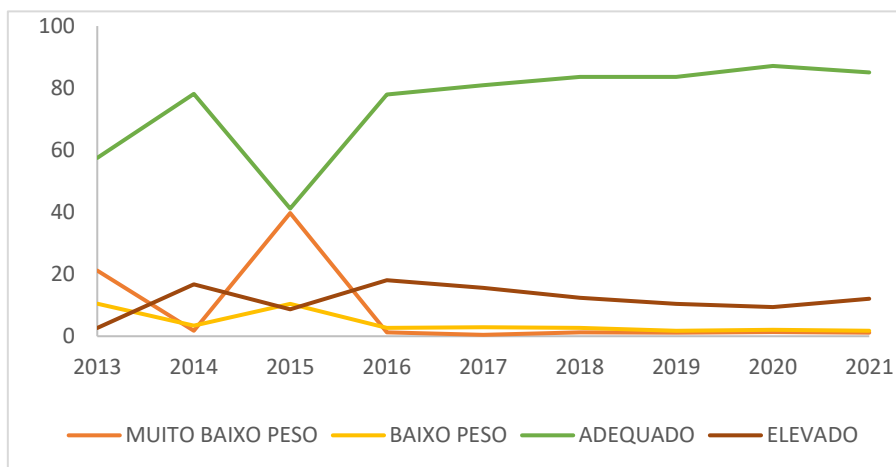
A busca no sistema se inicia na escolha dos relatórios consolidados e então é determinado o tópico de estudo como o estado nutricional. Para gerar o relatório final foram utilizados em cada um, ano e mês de referência agrupando-os por município de Trindade. Outros filtros utilizados foram referentes a fases da vida, escolhido o período “criança”, variando na idade de 2 a 5 anos. Os índices gerados variaram entre o peso x idade e IMC x idade, sem diferenciar entre sexo, raça/cor, escolaridade e outros. Os dados foram exportados para o Microsoft Excel 2013, e foram elaboradas as tabelas e gráficos. A classificação do estado nutricional por meio do peso x idade foi realizada por: “muito baixo peso”, “baixo peso”, “adequado” e “peso elevado”. E a classificação por meio do IMC x idade foi realizada por: “magreza acentuada”, “magreza”, “eutrofia”, “risco de sobrepeso”, “sobrepeso” e “obesidade”.

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética Médica por se tratar do uso de informações disponíveis em banco de domínio público, estando de acordo com a resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados

De acordo com os dados oferecidos no SISVAN-WEB em relação as crianças de 2 a 5 anos atendidas no município de Trindade nos anos de 2013 a 2021, nota-se uma redução na quantidade de crianças com peso adequado em 2013 e 2015, além de um aumento na quantidade de crianças muito baixo peso em 2015 (Figura 1).

Figura 1 – Quantidade de crianças muito baixo peso, baixo peso, peso adequado e peso elevado no período de 2013 a 2021.

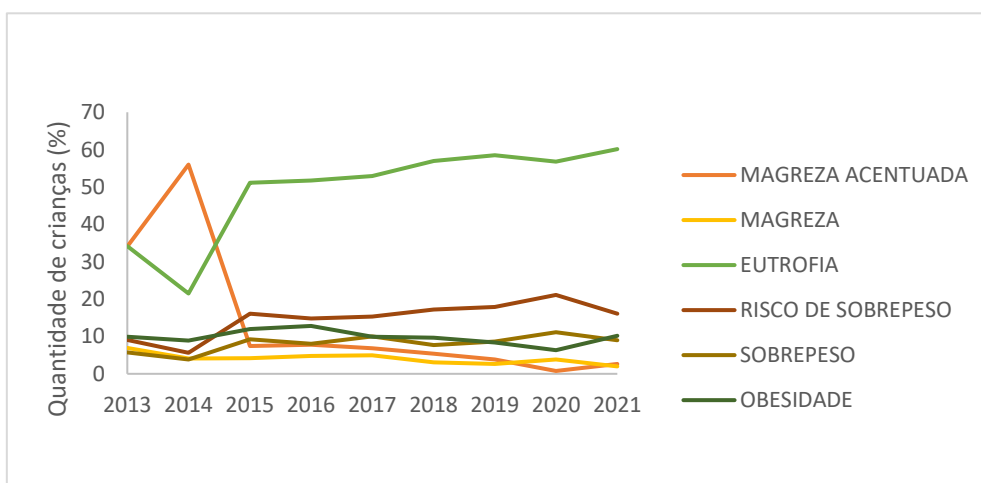


*Fonte: Dados obtidos do SISVAN-WEB (2022).

De acordo com a Figura 1 é notório o aumento de crianças com muito baixo peso juntamente com a diminuição de crianças com peso adequado no mesmo ano, revelando, portanto, que essas crianças passaram de um peso adequado para a condição de muito baixo peso. Além disso, destaca-se o padrão do peso elevado sempre constante, indicando que não houve diminuição na quantidade de crianças que estavam com peso elevado.

A Figura 2 demonstra o aumento de magreza acentuada em 2014 coincidindo com diminuição da porcentagem de eutrofia no mesmo ano, ou seja, diminuindo a quantidade de crianças com o peso adequado para a idade. O risco de sobrepeso apresentou aumento significativo em todos os anos a partir de 2014 e desde então esteve acima da quantidade de crianças com magreza (Figura 2).

Figura 2 – Quantidade de crianças com magreza acentuada, magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade no período de 2013 a 2021.

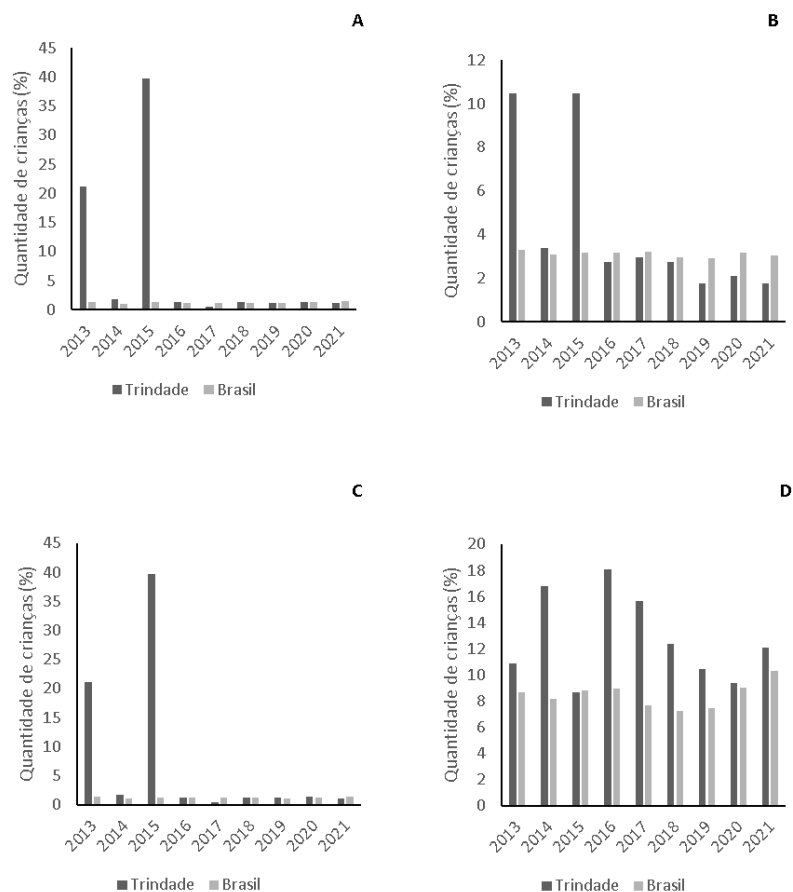


*Fonte: Dados obtidos do SISVAN-WEB (2022).

A partir da Figura 3, nota-se que o município de Trindade apresentou discrepância na quantidade de crianças em cada categoria de peso comparado ao Brasil em 2013 e 2015. Essa diferença na quantidade de crianças indica que não tem sido fornecido ao sistema a quantidade real de crianças existentes na localidade. Nestes anos observa-se maior quantidade de crianças com muito baixo peso (Figura 3A) e baixo peso (Figura 3B) e menor quantidade de crianças com peso adequado (Figura 3C).

Além disso, de forma geral, o município de Trindade apresentou em todos os anos maior quantidade de crianças com peso elevado (Figura 3D).

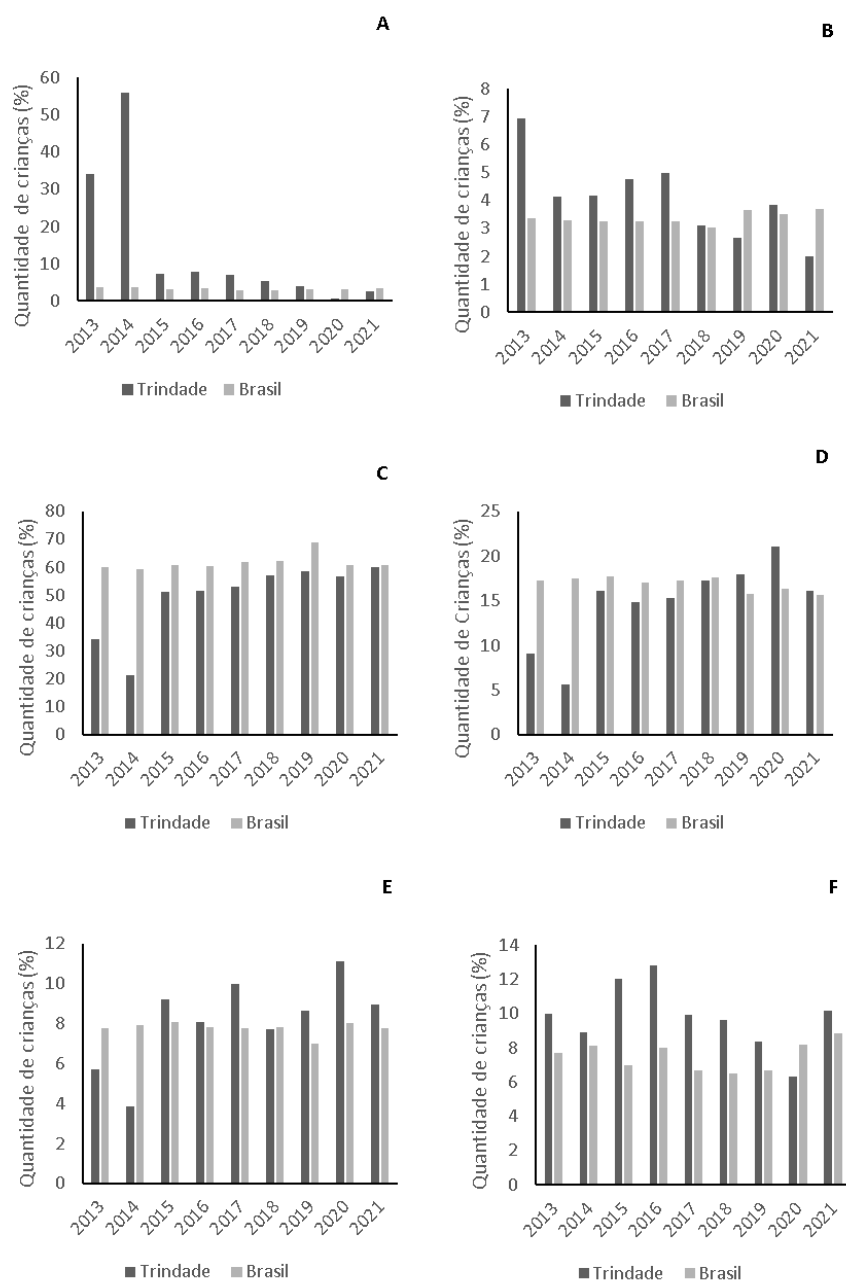
Figura 3 – Quantidade de crianças com muito baixo peso (A), baixo peso (B), peso adequado (C) e peso elevado (D) no município de Trindade e Brasil.



*Fonte: Dados obtidos do SISVAN-WEB (2022).

Na Figura 4 é apresentada a relação IMC x idade no município de Trindade e no Brasil e nota-se que o município de Trindade apresentou maiores valores de magreza acentuada principalmente em 2013 e 2014 (Figura 4A). Até 2018 o município também apresentava maiores valores de magreza, a qual demonstrou diminuição nos anos de 2019 e 2021 (Figura 4B). Em relação a eutrofia entre os anos de 2013 e 2021 o município de Trindade apresentou valores menores comparados aos valores do Brasil (Figura 4C). Chama atenção também, o fato de o município de Trindade apresentar valores altos de sobrepeso a partir do ano de 2015 (Figura 4E), e de forma geral, maiores valores de obesidade em todo o período estudado (Figura 4F).

Figura 4 – Quantidade de crianças com magreza acentuada (A), magreza (B), eutrofia (C), risco de sobrepeso (D), sobrepeso (E) e obesidade (F) no município de Trindade e Brasil.



*Fonte: Dados obtidos do SISVAN-WEB (2022).

4. Discussão

Nas últimas décadas, sedentarismo, disponibilidade de alimentos industrializados e mudança dos hábitos alimentares favoreceram o aumento de peso, que por sua vez, está associado a maior risco de eventos adversos na vida adulta. Nesse cenário, observa-se que a obesidade tem tido aumento em sua prevalência em todo mundo e é considerada atualmente como um dos mais graves problemas de saúde pública, tanto na faixa etária adulta quanto em crianças e adolescentes, devido suas importantes repercussões clínicas. No Brasil, durante os últimos 50 anos, observou-se, mudança no perfil nutricional da faixa etária pediátrica, em que ocorreu um declínio da desnutrição e aumento em ritmo acelerado de sobrepeso/obesidade (Burns, et al., 2017; Brasil, 2021).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, mostrou a prevalência de 1:3 crianças na faixa etária de de 5 a 9 anos estavam acima do peso recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses dados se mostram preocupantes, já que, estima-se que cerca de 80% de crianças obesas aos 5 anos de idade serão obesas na vida adulta, portanto, é uma doença que deve ser reconhecida, e precocemente prevenida nos diferentes níveis de atenção à saúde (Burns, et al., 2017; Vedana, et al., 2008).

A obesidade é definida como uma doença crônica, em que há excesso de gordura corporal através do desequilíbrio entre ganho e gasto energético, resultando em um balanço energético positivo. Sua etiologia é multifatorial, sendo: fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Desempenha importante fator de risco nas manifestações de diversas doenças não transmissíveis, como a resistência insulínica, dislipidemia, hipertensão arterial, levando ao aumento de fatores de risco cardiovascular, risco de acidente vascular encefálico, aumento na morbimortalidade no adulto jovem, dentre outros. Além disso, destaca-se também o acometimento psicológico que se inicia na infância, atingindo aproximadamente 100% das crianças (Burns, et al., 2017; Guedes, 2022; Mazur, 2015;).

O diagnóstico é feito por meio da anamnese e do exame físico com avaliação antropométrica. É enfatizando durante a consulta as condições de nascimento, presença de hipotonia nos primeiros meses de vida, doenças anteriores à consulta e também durante a gestação, uso de medicações (glicocorticoides e medicações psicotrópicas), idade de início do ganho de peso, desenvolvimento puberal, alimentação, exercício físico e história familiar. Além disso, a avaliação física pesquisa na inspeção desvios fenotípicos, acantose nigricans, estágio puberal segundo Tanner e medidas antropométricas como: Peso (kg), estatura (m), para cálculo do índice de massa corpórea (IMC, em kg/m²), velocidade de crescimento (em cm/ano), avaliação da distribuição da gordura (circunferência abdominal, em cm) (Brasil, 2011; Suliga, 2006)

Uma das maneiras de realizar a avaliação da gordura corporal é através do índice de massa corpórea (IMC), comparando a mesma com os padrões para idade e sexo, sendo essas padronizadas pela OMS. São classificadas como crianças com sobrepeso aquelas que apresentam percentil > 85 e crianças obesas com percentil > 97. Além disso, é necessária a avaliação da circunferência da cintura, a mesma é realizada em nível das cristas ilíacas durante o processo de expiração, relacionando-a com a sua estatura e idade. Esses valores podem ser relacionados com o risco cardiovascular na vida adulta, sendo, o percentil da circunferência da cintura maior que 90, como fator preditor de síndrome metabólica na vida adulta (Brasil, 2011; Burns, et al., 2017; Porto, 2019; Suliga, 2006).

Dada suas complicações futuras o ministério da saúde coloca como pilar a prevenção da doença. Iniciando-se no pré-natal, com orientação nutricional materna e controle do ganho de peso corporal, seguido do destaque do aleitamento materno que deve ser incentivado e promovido, já que estudos longitudinais e revisões sistemáticas demonstraram a relação entre o aleitamento materno e o menor risco de sobrepeso e obesidade na infância, ou seja, o maior tempo de aleitamento materno mostrou ter maior efeito protetor. Constatou-se que o sobrepeso e a obesidade foram significativamente maiores entre as crianças que introduziram fórmula infantil e sólidos antes e até o 4o mês de vida. Além disso, deve-se atentar a introdução alimentar complementar, que deve ser iniciada ao sexto mês de vida, evitando alimentos industrializados e com alto teor de sódio e açúcar. Deve-se para isso avaliar a alimentação da família. Destaca-se, portanto, o papel do médico que irá monitorar as medidas antropométricas, orientações gerais e diagnóstico precoce. (Brasil, 2016; Santos, 2020; Suliga, 2006)

Já a desnutrição, é definida como um déficit energético decorrente de uma deficiência ou excesso de nutrientes essenciais, podendo esses serem micro ou macronutrientes. Esses causam desequilíbrio entre o suprimento de energia, de nutrientes e a demanda do organismo, podendo resultar em alterações na manutenção, crescimento e nas funções metabólicas. Sendo assim, como exemplo tem-se uma criança obesa em um cenário que apresenta deficiência de ferro, apresentando, portanto, desnutrição pelo conceito anteriormente citado (Brasil, 2013; Burns, et al., 2017; Porto, 2019).

A desnutrição energético-proteica segue a classificação de primária, secundária, sendo respectivamente quando não há doença associada e quando existe uma doença relacionada. Além dessa, pode ser classificada quanto a alteração na absorção ou por necessidades nutricionais aumentadas e/ou perdas de nutrientes aumentadas (Burns, et al., 2017).

O tempo, e a forma clínica contribuem para a definição e especificação da desnutrição, sendo assim, podem ser analisados os indivíduos emagrecidos (wasted) e/ou com parada de crescimento (stunted) conforme o tempo de curso de exposição. Através de critérios clínicos e laboratoriais são divididas as formas de marasmo, kwashiorkor e kwashiorkor-masmático (Burns, et al., 2017).

O reconhecimento da fisiopatologia da desnutrição energético proteica é fundamental para o prognóstico do paciente, permitindo, então, uma intervenção eficaz e correta, permitindo a diminuição da mortalidade e terapia nutricional adequada. Sendo assim, é reconhecido que a criança com desnutrição energético proteica está em um equilíbrio homeostático limítrofe, sujeito ao colapso endócrino-metabólico (Burns, et al., 2017).

As vias de utilização energética repercute em alterações em diversos sistemas orgânicos, sendo eles, imunológico, endócrino, nervoso central, gastrointestinal, cardiovascular e renal. Sendo assim, a escassez de nutrientes, que ocorre na DEP moderada e grave, favorece estado de hipoglicemia, além da lipólise, glicólise, glicogenólise e neoglicogênese. Essas mudanças são secundárias às alterações dos hormônios contrarreguladores (hormônio de crescimento, epinefrina e corticosteroides), com consequente diminuição da produção e aumento da resistência periférica. Ademais, ocorre também alterações que objetivam reduzir o gasto de oxigênio, objetivando preservar energia, através de redução do metabolismo com alterações na via tireoidiana e conversão hormonal. Ocorre então, mudanças nas bombas iônicas de membrana celular devido à baixa oferta de fosfatos energéticos, seguindo com sódio corporal elevado e hiponatremia, hipopotassemia, hipercalcemia e tendência a edema intracelular. Portanto, a desnutrição resulta em alterações na composição corporal e no funcionamento fisiológico do organismo (Burns, et al., 2017; Golden, 2015; Porto, 2019; Santos, 2020).

De acordo com Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) no ano de 1989, aproximadamente 30% das crianças no Brasil menores de 5 anos eram desnutridas, entretanto, ocorreu alteração desse cenário em 2006, segundo a pesquisa Nacional de Demografia e Saúde esse número foi reduzido para 7%. Atualmente existem mais crianças com sobrepeso e obesidade em comparação a crianças desnutridas (Burns, et al., 2017).

Sabe-se que as repercussões fisiopatológicas são diretamente proporcionais, ou seja, quanto mais grave for o caso, maiores e mais graves serão as repercussões orgânicas. As principais alterações nessas crianças podem ser: grande perda muscular e dos depósitos de gordura, que resulta em debilidade física; emagrecimento (peso inferior a 60% ou mais do peso ideal nos adultos ou do peso normal em crianças); desaceleração, interrupção ou involução do crescimento; alterações psíquicas e psicológicas; alterações de cabelo e de pele; alterações sanguíneas como anemia; alterações ósseas, como a má formação; alterações no sistema nervoso através de estímulos nervosos prejudicados e número de neurônios diminuídos; alterações nos demais órgãos e sistemas respiratório, imunológico, renal, cardíaco, hepático, intestinal, entre outros. Além disso, é importante ressaltar uma maior susceptibilidade à infecções (Burns, et al., 2017; Porto, 2019).

Para o diagnóstico é necessária avaliação clínica completa da criança, além de avaliação bioquímica e imunológica, metabólica e nutricional. O tratamento deve ser com uma equipe multidisciplinar acompanhado de um nutricionista, objetivando restabelecer o estado nutricional, normalizar alterações orgânicas e promover o crescimento e ganho de peso. São feitas orientações individualizadas e específicas para cada caso, com dieta, educação alimentar, orientações sobre higiene alimentar e pessoal, além da participação familiar (Brasil, 2005; Brasil, 2013; Burns, et al., 2017).

5. Conclusão

Através dos dados obtidos conclui-se que o município de Trindade apresentou discrepância na quantidade de crianças informadas pelo SISVAN em cada categoria de peso comparado ao Brasil em 2013 e 2021, dificultando o acesso a informações sobre a realidade do município. De forma geral, o município de Trindade apresentou em todos os anos maior quantidade de crianças com peso elevado destacando a importância da identificação precoce de distúrbios nutricionais, para prevenir, avaliar e realizar intervenção quando necessário, evitando complicações futuras que são comprovadas.

Para a mudança desse perfil de peso elevado nas crianças, se faz necessário a implantação de políticas públicas de saúde, como: foco na educação populacional, desde as gestantes, orientando principalmente sobre o aleitamento materno, ao familiar responsável pela alimentação e hábito de vida dessa criança, trazendo benefícios para o desenvolvimento infanto-juvenil com repercussões positivas na fase adulta.

Portanto, considerando as falhas epidemiológicas reveladas no presente estudo, os dados obtidos revelam também redução na quantidade de crianças registradas no ano de 2013, 2015 e 2020. Além de aumento na quantidade de crianças muito baixo peso em 2015.

Sendo assim, é visto como necessidade inicialmente a atuação epidemiológica local, informando a quantidade real do município para que estudos futuros sejam feitos com maior exatidão. Além disso, é necessária uma ação conjunta na atuação dos profissionais da atenção básica, acompanhando o desenvolvimento dessas crianças, bem como ações que visem a educação familiar com orientações nutricionais relacionadas a saúde da criança e da família.

A partir disso, é importante novas publicações sobre o tema específico para que seja feita a avaliação nutricional das crianças com o passar dos anos, revelando a necessidade de intervenção da atenção primária de saúde ou não, e, quando necessária, ser direcionada para o contexto específico, sendo o cenário do paciente com peso elevado ou com baixo peso.

Referências

- Brasil. (2005). Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Orientações para a Coleta e Análise de dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021). Dia mundial da obesidade. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/04-3-dia-mundial-da-obesidade/#main_container
- Brasil. (2022). Ministério da saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Relatórios de Acesso Público.
- Burns, D., et al. (2017). Tratado de Pediatria. Editora Manole.
- Golden, M. H. (2015). Nutritional and other types of oedema, albumin, complex carbohydrates and the interstitium – a response to Malcolm Coulthard's hypothesis: oedema in kwashiorkor is caused by hypoalbuminaemia. *Paediatr Int Child Health*; 35(2):90-190.
- Guedes, R. M., et al (2022). Dislipidemia em crianças e adolescentes de diferentes faixas etárias residentes no município de Goiânia. *Research, Society and Development*, 11(1), 1 -11.
- Ibrahim, M. K., et al. (2017) Impact of Childhood Malnutrition on Host Defense and Infection. *American society for microbiology*, 30 (4), 919-971.
- Martins, J. J. (2015). Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e a apresentar trabalhos monográficos e artigos. (9ª ed.): Vozes.
- Mazur, C. E., & Navarro, F. (2015). Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? *Saúde*. 41(2), 35-44.

Organização Mundial da Saúde. (1995). Estado físico: o uso e interpretação da antropometria. Relatório da Comissão de Especialistas da OMS. Relatório técnico 854. Genebra. OMS.

Osterbauer, B., et al. (2012). Factors associated with malaria parasitaemia, malnutrition, and anaemia among HIV-exposed and unexposed Ugandan infants: a cross-sectional survey. *Malaria Journal*; 432 (11), 1 – 6.

Porto. (2019). *Semiologia Médica*. (8a ed). Editora Guanabara.

Santos, J. C. S., Moraes, D. M. A., & Oliveira, T. R. S. (2020). Análise do estado nutricional, consumo alimentar e fatores socioeconômicos em pré-escolares de uma creche. *Research, Society and Development*, 9 (2), 1-19.

Sousa, A. A. D., et al. (2019). Perfil nutricional de crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da cidade do Crato. *Brazilian Journal of health Review*, 2 (4), 2941-2947.

Suliga. (2006). Anthropometrical methods of assessing nutritional status of children and adolescents. *Pediatric Polska* 81 (10), 739-746.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2019). Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas. *ENANI*. Documento eletrônico.

Vedana, E. H. B., et al., (2008). Prevalência de Obesidade e Fatores Potencialmente Causais em Adultos em Região do Sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 58 (7), 1156-1162.