

A RELAÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL COM O ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PARANÁ

MOREIRA, Vitoria Marques¹
XAVIER, Eduarda²
FAVARIM, Giulia Maria Geron³
SILVA, Victoria Beatrice Diniz⁴
PESCADOR, Marise Vilas Boas⁵

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil são baseados na avaliação antropométrica na puericultura e comparação com os gráficos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as Curvas de Crescimento. Dessa forma, é possível avaliar várias questões, incluindo a presença ou não de obesidade infantil. Esta pesquisa busca determinar o Índice de Obesidade Infantil no Município de Cascavel, Paraná, em crianças de 0 a 2 anos de acordo com os parâmetros determinados pela OMS e realizar a comparação dos resultados com o tempo de aleitamento materno de cada indivíduo. Portanto, conclui-se que a cidade de Cascavel-PR apresenta maiores taxas de obesidade infantil e que a presença do aleitamento materno ainda não reflete em maior IMC até a idade de 2 anos.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade infantil. Aleitamento materno. Curvas de crescimento.

THE RELATIONSHIP OF CHILD OBESITY WITH BREASTFEEDING IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL - PARANÁ

ABSTRACT

The monitoring of child growth and development is based on anthropometric assessment in childcare and comparison with the graphs developed by the World Health Organization (WHO), the Growth Curves. In this way, it is possible to assess several issues, including the presence or absence of childhood obesity. This research seeks to determine the Childhood Obesity Index in the Municipality of Cascavel, Paraná, in children from 0 to 2 years old, according to the parameters determined by the WHO and to compare the results with the duration of breastfeeding of each individual. Therefore, it is concluded that the city of Cascavel-PR has higher rates of childhood obesity and that the presence of breastfeeding still does not reflect in a higher BMI until the age of 2 years.

PALAVRAS CHAVE EM LÍNGUA ESTRANGEIRA: Child obesity. Breastfeeding. Growth curves.

1. INTRODUÇÃO

As Curvas de Crescimento da OMS são utilizadas internacionalmente como forma de avaliar o peso, altura/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) entre 0 e 19 anos (WHO, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (MS), a importância do acompanhamento do

¹ Acadêmica do oitavo período do curso de Medicina no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: vitoriamarquesmoreira@hotmail.com

² Acadêmica do décimo período do curso de Medicina no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: eduarda.xavier6401@gmail.com

³ Acadêmica do oitavo período do curso de Medicina no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: gmgfavarim@minha.fag.edu.br

⁴ Acadêmica do oitavo período do curso de Medicina no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. E-mail: victoria.beatrice10@gmail.com

⁵ Endocrinologista pediátrica, possui graduação em medicina pela Universidade de Passo Fundo e especialização em endocrinologia pediátrica pela Universidade Federal do Paraná. E-mail: marisevilasboas@hotmail.com

crescimento infantil e comparação com as curvas da OMS se dá principalmente pela possibilidade de detecção e encaminhamento precoce de pacientes com desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição da criança (MS, 2022). Sendo assim, todas as consultas pediátricas devem incluir a medição do peso e altura/estatura para o acompanhamento do crescimento e detecção de possíveis doenças (SBP, 2017, p. 56).

Sendo assim, para garantir o desenvolvimento e crescimento ideal e a prevenção de determinados agravos à saúde infantil, a OMS, o MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam o aleitamento materno por pelo menos dois anos, sendo que até os 6 meses deve ser de forma exclusiva (SBP, 2017, p. 315). O leite materno alimenta a criança e protege a mãe e o filho contra várias doenças, inclusas nestas principalmente a obesidade infantil, que pode ser avaliada pelas Curvas de Crescimento.

Dessa forma, a importância da pesquisa está na análise do peso e estatura das crianças no município Cascavel e comparação com a tecnologia já desenvolvida pela OMS, as Curvas de Crescimento, para, assim, identificar possíveis desvios no crescimento geral dessa população pediátrica, com enfoque no índice de obesidade apresentado. Além do mais, será possível correlacionar se o menor tempo de aleitamento materno está interligado ou não com maiores taxas de obesidade infantil.

Esta pesquisa tem como principal objetivo coletar dados referente ao peso e estatura da população pediátrica entre 0 e 2 anos do município de Cascavel-PR e analisar o índice de obesidade destas com base nas ferramentas disponibilizadas pelas Curvas de Crescimento da OMS e avaliar a correlação da obesidade com a presença ou não de aleitamento materno.

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CRESCIMENTO INFANTIL

“Avaliar o crescimento da criança é uma atividade fundamental da prática pediátrica” (SBP, 2017, p. 58). A partir da puericultura, ou seja, as consultas de rotina das crianças para a avaliação do seu estado de saúde e desenvolvimento, é possível verificar as condições em que essa criança se encontra e se está tendo um crescimento adequado para a sua idade.

Dessa forma, é evidente que um maior número de consultas de puericultura adequadas em relação ao esperado para o desenvolvimento da criança, está diretamente relacionado com o número de consultas de pré-natal que as mães realizaram (BRIDI et al, 2021, p. 7)

Como forma de padronização do acompanhamento infantil, a Organização Mundial da Saúde elaborou as Curvas de Crescimento referentes ao nascimento até 2 anos de idade, dos 3 aos 5 e dos 5 aos 20 anos (WHO, 2022). Nestas, são avaliados o peso, estatura/altura, perímetro cefálico e Índice de Massa corporal.

As curvas dos dois primeiros anos de vida têm sido adotadas por diferentes países, pois foram construídas acompanhando o crescimento de forma longitudinal, desde o nascimento até os 2 anos de idade, de crianças de bom nível social, cujas mães não fumaram durante a gravidez e que foram amamentadas de forma exclusiva ou predominante até 4 a 6 meses de idade (SBP, 2017, p. 63)

No Brasil, estes gráficos foram utilizados como padronização entre 0 e 20 anos e fazem parte da caderneta de saúde da criança, determinado pelo Ministério da Saúde (MS, 2022). Dessa forma, é possível a avaliação de determinados agravos à saúde, com desnutrição e sobrepeso.

2.2 ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é recomendado por dois anos ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros seis meses, pela Organização Mundial da Saúde, pelo Ministérios da Saúde do Brasil e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017, p. 315). Dessa forma, “os profissionais de saúde devem reconhecer a importância da inserção das redes de apoio das gestantes nos cuidados pré-natais e de sua continuidade durante o puerpério” (CHRISTOFFEL et al, 2022, p. 2), devendo orientar a gestante e os responsáveis pelo cuidado da criança sobre a importância do leite materno no desenvolvimento infantil.

A prática do aleitamento materno influencia em inúmeros fatores da saúde da criança e da mulher que amamenta como, por exemplo: redução da mortalidade infantil, redução da morbidade por infecção respiratória, redução de alergias, redução de doenças crônicas (ressalta-se a menor chance de desenvolver obesidade), melhor nutrição, melhor desenvolvimento cognitivo e inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, proteção contra doenças na mulher que amamenta, fatores econômicos e promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho (SBP, 2017, p. 320).

No entanto, embora seja evidente os inúmeros benefícios do aleitamento materno, “em 2019, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) entre crianças com idade inferior a 4 meses

foi de 60% no país” (Brasil) (CHRISTOFFEL et al, 2022, p. 2), no entanto, “a taxa cai para 45% até os 6 meses” (CHRISTOFFEL et al, 2022, p. 2). Entre os fatores comumente associados com menor duração do aleitamento materno e/ou aleitamento materno exclusivo estão: falta de informação adequada, mães adolescentes, primigesta, gemelaridade, menor escolaridade materna, prematuridade e/ou baixo peso de nascimento, experiência prévia desfavorável com amamentação, trabalho materno fora de casa e uso de chupeta (SBP, 2017, p. 319).

Muitos fatores ainda são determinantes para o desmame precoce, tais como: condições socioeconômicas e culturais maternas, baixa educação materna, presença de tabagismo materno, parto cesáreo, separação da díade mãe-bebê, além de fatores assistenciais, a saber, falta de orientações sobre aleitamento materno para mães e pais durante o pré-natal, bem como ausência de apoio aos pares e à lactação antes e após o parto por consultores de amamentação (CHRISTOFFEL et al, 2022, p. 2).

Sendo assim, algumas recomendações devem ser feitas às mães e famílias como, por exemplo, sobre o início da amamentação (tão logo quanto possível após o parto), a frequência das mamadas, duração das mamadas, uso de suplementos, uso de chupeta e orientações em relação ao desmame (SBP, 2017, p. 323). Dessa forma, busca-se maior tempo de aleitamento materno e eficácia do mesmo, com melhor desenvolvimento infantil e garantindo todas os benefícios que este tem para oferecer.

2.3 OBESIDADE INFANTIL

A avaliação nutricional das crianças pode ser realizada de diversas formas, como circunferência abdominal, exames de imagem, pregas cutâneas e principalmente através de dados antropométricos que avaliam peso e comprimento e, com estes, é possível fazer o cálculo do IMC. Com o uso deste parâmetro e das novas curvas de crescimento, é possível ter uma identificação mais precoce de crianças com sobrepeso e obesidade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o diagnóstico nutricional entre 0 e 5 anos incompletos determina como obesidade crianças que se encontram maior do que o percentil 99,9 ou maior do que o z score +31 nas Curvas de Crescimento.

A obesidade é reconhecida como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de desordens metabólicas e está associada a morbidades como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Muitos desses processos começam a atuar na infância e adolescência e até mesmo na vida intrauterina (MASCARENHAS et al, 2011, p. 798),

“O padrão alimentar nos primeiros meses de vida desempenha papel importante na definição da composição corporal ao longo da vida” (GONSALEZ et al, 2017, p. 2). Sendo assim, o aleitamento materno e o início da alimentação complementar têm grande influência nos índices de obesidade, tanto infantil como na vida adulta. Dessa forma, fica evidente a importância dos hábitos de vida saudáveis desde a primeira infância como forma de prevenção do sobrepeso e obesidade.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, com coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família correspondentes aos distritos I, II, e III do Município de Cascavel-PR, são estas: USF Canadá, USF Santos Dumont, USF Santo Onofre/Esmeralda, USF Parque Verde; USF Cidade Verde, UBS Aclimação, UBS Claudete, UBS Cancelli, UBS Palmeiras, UBS Santa Cruz; USF Cataratas, USF Colméia, USF Periollo, USF Ipanema, USF Morumbi, USF Lago Azul, USF Interlagos, USF Brasmadeira; USF Ipanema, UBS Los Angeles, UBS Floresta, UBS São Cristóvão; USF Jardim Presidente, USF Cascavel Velho, USF Guarujá, UBS Pacaembú, UBS Parque São Paulo, UBS Santa Felicidade, UBS Vila Tolentino, USF Pioneiros Catarinense e USF XIV de Novembro.

Para a realização do trabalho, foram analisados nestes locais os prontuários dos pacientes de março de 2021 a março de 2022 e captação das informações da triagem pré-consulta referentes ao peso, data de nascimento, estatura/altura, sexo e idade das crianças entre 0 e 2 anos, além dos dados disponíveis referentes a presença ou não de aleitamento materno e, em caso de negativa, até que idade a criança foi amamentada. A partir do levantamento realizado, é possível a estimativa do diagnóstico nutricional de cada participante e determinado estaticamente o índice de obesidade infantil para o sexo feminino e masculino, de acordo com os parâmetros da OMS e, assim, a comparação com o tempo de aleitamento materno.

Desta forma, foram inclusos indivíduos do sexo feminino e masculino entre 0 e 2 anos de idade nascidos a termo (de 37 semanas gestacionais a 41 semanas e 6 dias) e sem comorbidades diagnosticadas. Para uma investigação fidedigna da realidade do município, foram computados dados referentes a 20 pacientes em cada unidade de saúde, sendo 10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, resultando no total 600 participantes. Além do mais, ocorreram a exclusão da pesquisa indivíduos menores de 2 anos de idade que tenham nascido antes de 37 semanas completas ou após 42 semanas ou que tenham alguma comorbidade diagnosticada. Além dos maiores de 2 anos de idade.

Portanto, os dados coletados tornaram-se em Planilha do Microsoft Excel onde foram tabulados e analisados estatisticamente. Este estudo foi submetido ao comitê de ética com seres humanos do Centro FAG e aprovado pelo CAAE, número 58862522.8.0000.5219.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA REFERENTE À IDADE

Nesta pesquisa foram coletados dados referentes à idade, sexo, peso, altura e alimentação com enfoque na presença ou não de aleitamento materno de 600 pacientes entre 0 e 2 anos, sendo 300 do sexo masculino e 300 do feminino, de três distritos diferentes do Município de Cascavel-PR. Assim, obteve-se que 315 (52,5%) pacientes apresentavam idade entre 0 e 6 meses no momento da coleta, 203 (33,83%) entre 6 meses e 1 ano, 49 (8,16%) entre 1 ano e 1 ano e meio e 33 (5,5%) entre 1 ano e meio e 2 anos.

Em relação ao sexo masculino, 51,66% apresentavam idade entre 0 e 6 meses, 35,33% entre 6 meses a 1 ano, 9,33% entre 1 ano e 1 ano e meio, e 3,66% entre 1 ano e meio e 2 anos. Já no sexo feminino, 53,33% tinham entre 0 e 6 meses, 32,33% entre 6 meses a 1 ano, 7% entre 1 ano e 1 ano e meio e 7,33% entre 1 ano e meio e 2 anos.

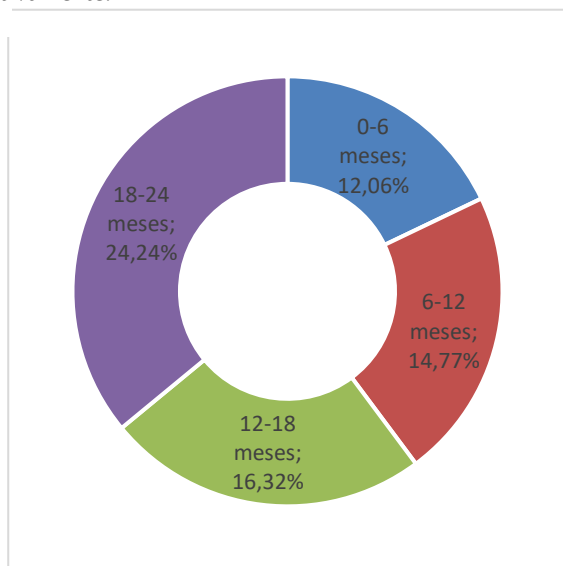
4.2 PREVALÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL

A partir dos dados coletados, pode-se fazer o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) dos indivíduos e classifica-los de acordo com a sua idade e sexo. Assim, tem-se que 9,66% da população pesquisada apresenta algum grau de obesidade, 14% estão em sobrepeso, 3,66% estão com baixo peso ou magreza e 72,66% apresentam um peso adequado e eutrofia.

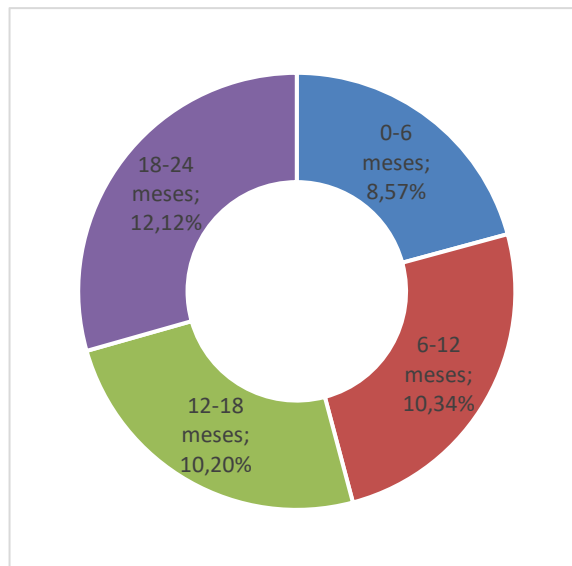
Paralelo a isto, percebe-se que o índice de obesidade entre o sexo masculino e feminino são semelhantes, uma vez que no primeiro a taxa é de 10% e no segundo é de 9,33%. Ademais, em relação ao sobrepeso, os meninos apresentam percentual de 12,66% e as meninas de 15,33%.

Além disso, computa-se que 84 dos 600 participantes analisados estão em sobrepeso e 58 em obesidade. Para melhor entender a população estudada e possível comparação posterior com o hábito alimentar, pode-se observar no gráfico a seguir a divisão etária destes achados:

Gráfico 1 e 2 – Porcentagem em relação à idade dos pacientes classificados com sobrepeso e obesidade, respectivamente.



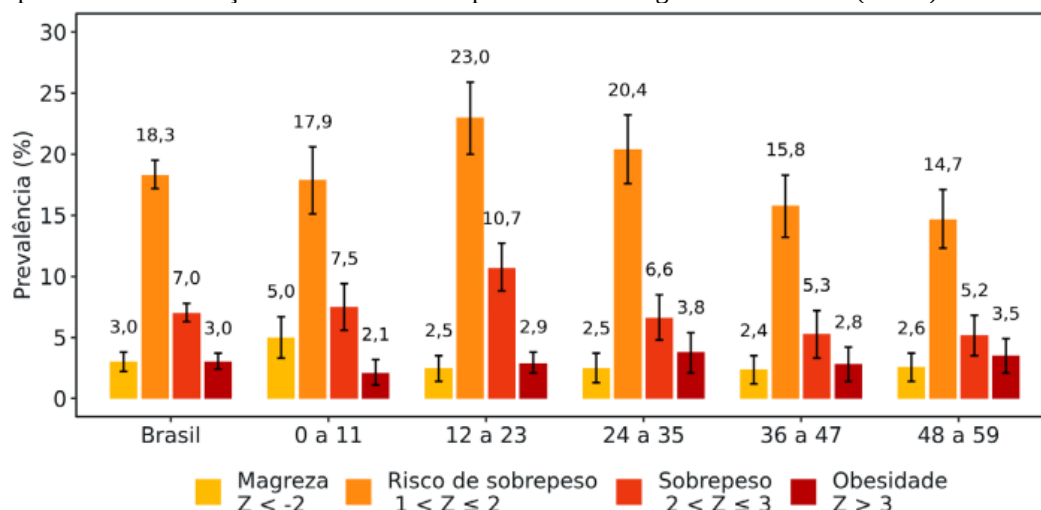
Fonte: produção própria.



Fonte: produção própria.

Corroborando com os fatos apresentados pelos gráficos 1 e 2, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) (2019, p. 49), demonstra que tanto as taxas de sobrepeso quanto as de obesidade aumentam da faixa etária de 0 a 11 meses para a de 12 a 23 meses, assim como demonstra o gráfico 3.

Gráfico 3 - Prevalências de magreza, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade de acordo com o índice de massa corporal para idade em crianças menores de 5 anos para o Brasil e segundo faixa etária (meses).



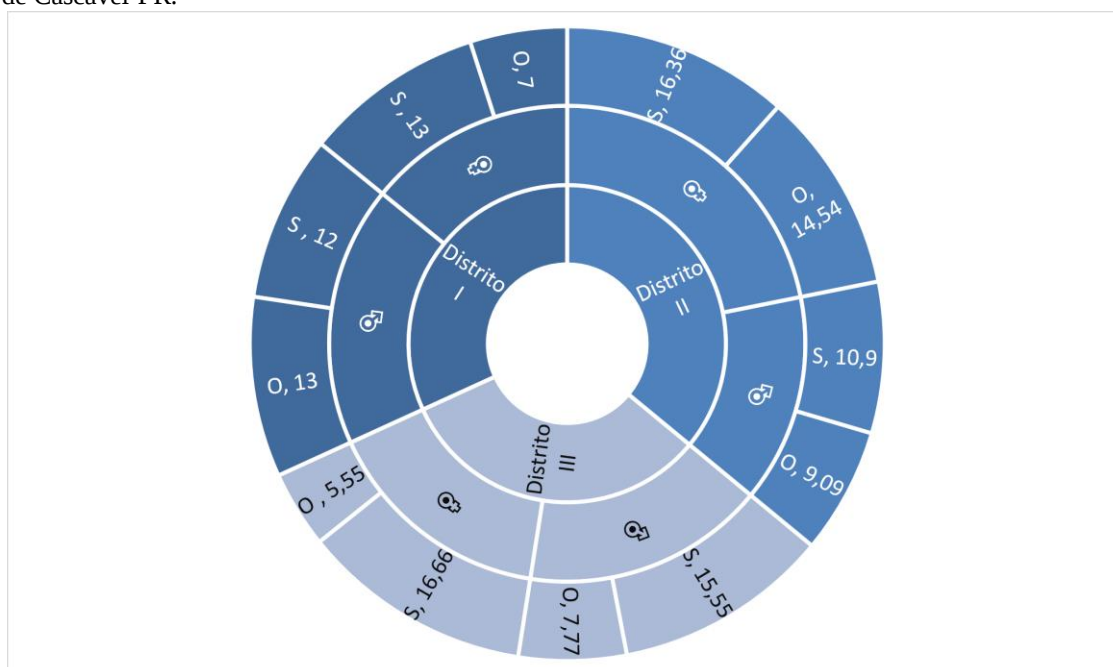
Fonte: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019, p. 49).

Ao comparar este cenário com os dados disponíveis a nível nacional, percebe-se que o Município de Cascavel apresenta elevadas taxas de obesidade e sobrepeso. De acordo com o Ministério da Saúde, (2019, p. 8) em uma pesquisa realizada em 2019, no Brasil 7,8% das crianças menores de 2 anos apresentam obesidade e no Paraná esta taxa cai para 5,1%. Paralelo a isto, como citado anteriormente, Cascavel alcança 9,66% da população.

Outrossim, ao comparar estes mesmos dados disponíveis referentes ao sobrepeso, percebe-se que esta cidade também está com taxas elevadas em relação aos parâmetros nacionais. Enquanto que Cascavel apresenta taxa de 14% de sobrepeso, o Brasil alcança 11% (MS, 2019, p. 4)

Com um olhar voltado para descobrir possíveis fatores que interferem na obesidade infantil, pensou-se na questão econômica-social e, tendo isto em mente, obteve-se o seguinte resultado da porcentagem de pacientes com obesidade e sobrepeso em cada distrito de Cascavel – Paraná:

Gráfico 4 – Porcentagem dos pacientes analisados que estão classificados com obesidade ou sobrepeso nos três distritos de Cascavel-PR.



Legenda: S = sobrepeso; O = obesidade. Todos os valores estão em %.

Fonte: produção própria.

Neste gráfico (4), detecta-se que, entre a população feminina, o distrito II é o que apresenta as maiores taxas de sobrepeso e obesidade e o distrito I a menor média dos valores. Por outro lado, no sexo masculino, o distrito II é o que apresenta os menores resultados e o distrito I o que demonstra uma maior média dos dados. Logo, conclui-se que a localização dentro de uma mesma cidade não

afeta o índice de sobrepeso e obesidade, visto que dentro de um mesmo distrito varia a proporção encontrada entre meninos e meninas.

4.3 ALIMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Uma vez que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que o aleitamento materno seja ofertado até pelo menos os dois anos, sendo de forma exclusiva até os seis meses de idade (SBP, 2017, p. 315), foi analisado a alimentação recebida pelos pacientes estudados, com enfoque na presença ou não do aleitamento materno. Dessa forma, é possível a verificação de qual a influência desta prática sob a obesidade infantil.

De acordo com dados do ENANI (2019, p. 46), a prevalência de aleitamento materno entre crianças menores de 2 anos no Brasil foi de 60,3% e na região Sul 55%. Por outro lado, esta presente pesquisa obteve resultados de que 92% da população desta faixa etária no município de Cascavel estão sendo amamentadas. Assim, conclui-se que esta população apresenta taxa mais satisfatória com os parâmetros da OMS.

Tabela 1 – Dados coletados em relação à presença ou não do aleitamento materno.

Alimentação da população total estudada em porcentagem:	
Aleitamento materno exclusivo	39,16%
Aleitamento materno presente + alimentação complementar	29,33%
Aleitamento materno presente + fórmula	12,16%
Aleitamento materno presente + fórmula + alimentação complementar	7,66%
Aleitamento materno presente + leite de vaca + alimentação complementar	3,33%
Aleitamento materno presente + fórmula + leite de vaca + alimentação complementar	0,33%
Aleitamento materno presente + leite de vaca	0,16%
Aleitamento materno ausente	8%

Fonte: produção própria.

Com um enfoque nos pacientes classificados com sobrepeso e obesidade, obtêm-se os seguintes dados referentes à alimentação de cada grupo:

Tabela 2 – Dados coletados em relação à presença ou não do aleitamento materno nos pacientes com sobrepeso.

Alimentação dos pacientes classificados com sobrepeso em porcentagem:	
Aleitamento materno exclusivo	38,09%
Aleitamento materno presente + alimentação complementar	38,09%
Aleitamento materno presente + fórmula	8,33%

Aleitamento materno presente + fórmula + alimentação complementar	5,95%
Aleitamento materno presente + leite de vaca + alimentação complementar	1,19%
Aleitamento materno presente + fórmula + leite de vaca + alimentação complementar	0%
Aleitamento materno presente + leite de vaca	0%
Aleitamento materno ausente	8,33%

Fonte: produção própria.

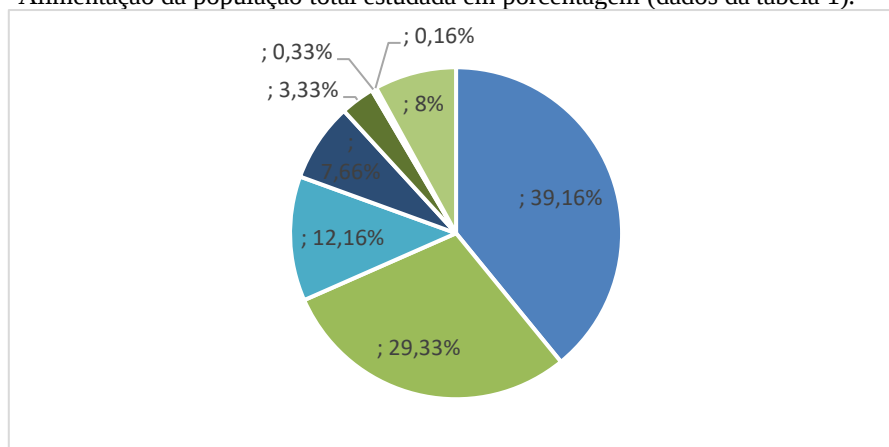
Tabela 3 – Dados coletados em relação à presença ou não do aleitamento materno nos pacientes obesos.

Alimentação dos pacientes classificados com obesidade em porcentagem:	
Aleitamento materno exclusivo	31,03%
Aleitamento materno presente + alimentação complementar	36,20%
Aleitamento materno presente + fórmula	8,62%
Aleitamento materno presente + fórmula + alimentação complementar	3,44%
Aleitamento materno presente + leite de vaca + alimentação complementar	3,44%
Aleitamento materno presente + fórmula + leite de vaca + alimentação complementar	1,19%
Aleitamento materno presente + leite de vaca	1,19%
Aleitamento materno ausente	8,62%

Fonte: produção própria.

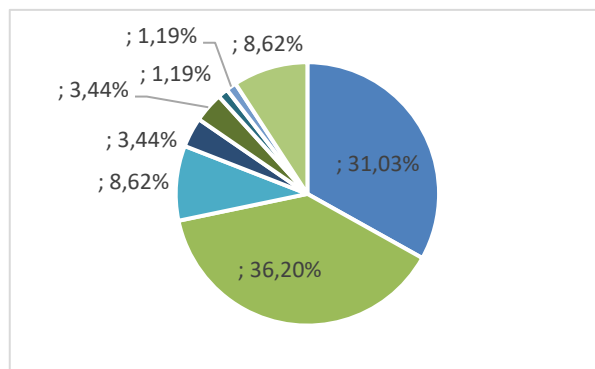
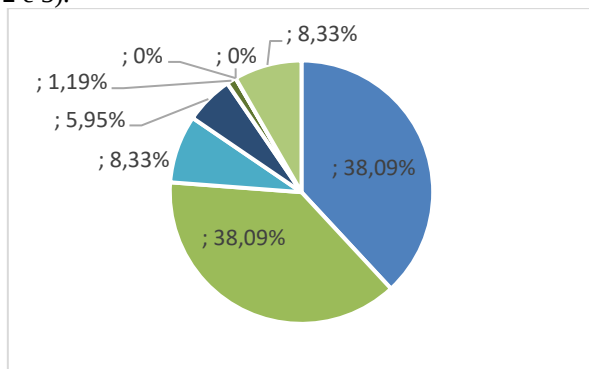
A partir dos dados disponibilizados nas tabelas 1, 2 e 3 pode-se comparar os resultados na forma de gráfico para melhor visualização dos achados:

Gráfico 5 – Alimentação da população total estudada em porcentagem (dados da tabela 1).



Fonte: produção própria.

Gráficos 6 e 7 – Alimentação dos pacientes classificados com sobrepeso e obesidade, respectivamente (dados da tabela 2 e 3).



Fonte: produção própria.

Conclui-se, portanto, que os pacientes classificados com obesidade apresentam um decréscimo de cerca de 8% na prevalência da alimentação com aleitamento materno exclusivo. No entanto, uma vez que a amamentação exclusiva é recomendada até os seis meses de idade, este comportamento pode ser explicado pelos gráficos 1 e 2, em que pode ser observado que de todos os pacientes classificados em sobrepeso e obesidade, a minoria pertence à faixa etária de 0 a 6 meses.

Ademais, ressalta-se um aumento importante no percentual de pacientes com sobrepeso e obesidade que tem como fonte o aleitamento materno e alimentação complementar conjunta, em detrimento da população geral.

Outro fator a ser considerado, é a diminuição do percentual de crianças com o peso elevado que se alimentam também com fórmulas, em comparação com toda a amostra do estudo. Além disso, o percentual de pacientes que não estão em aleitamento materno tende a permanecer, sofrendo pouca variação ao se comparar com os classificados em sobrepeso e obesidade.

Sobre o uso das fórmulas, apenas 20,5% dos pacientes tem registrado em seu prontuário o nome da marca utilizada. De acordo com as informações disponíveis, 34,14% utilizam o complemento Nan, 30,89% o aptamil, 26,01% o nestogeno e os outros 8,96% restantes são compostos pelo leite ninho, mucilon, milnutri, molico ou combinação de duas ou mais fórmulas citadas anteriormente.

Paralelo a isto, tem-se que 17,56% dos pacientes de ambos os sexos classificados em sobrepeso e obesidade apresentam dados referentes à marca da fórmula utilizada. Destes, 42,30% utilizam o Nan, 26,96% nestogeno, 23,07% aptamil e o restante de outras marcas e combinação de duas ou mais. Assim, observa-se que o Nan continua como mais prevalente, aumentando a incidência entre este grupo específico de crianças, seguido do nestogeno e aptamil, onde pode ser identificado uma inversão da prevalência dos dois.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar a prevalência de sobrepeso e obesidade no município de Cascavel-PR, procurando minimizar divergências da realidade através da coleta de dados em 30 Unidades Básicas da Saúde/ Unidades Saúde da Família diferentes, e assim, também ser possível a comparação de que se influências locais, econômicas e sociais interferem ou não no maior peso. Além disso, buscou-se determinar qual a relação do aleitamento materno nos índices de IMC infantil.

À vista disso, foram encontrados dados que excluem a hipótese da interferência regional sobre os índices de obesidade. Ademais, percebe-se que a presença do aleitamento materno não tem grande impacto sobre a presença ou não da obesidade até os 2 anos de idade, uma vez que estão presentes taxas semelhantes de amamentação na população total, na com sobrepeso e na com obesidade. Ainda, outro fator que corrobora este achado é que o índice de pacientes que não estão em aleitamento materno é muito próximo em todos os grupos.

De resto, nota-se que a maior diferença na alimentação das crianças obesas e com sobrepeso em comparação com a todas as pesquisadas, é que a maior fonte provém do aleitamento materno em conjunto com a alimentação complementar. Logo, conclui-se que a escolha dos alimentos ofertados para as crianças que geram alteração nos índices de IMC. Paralelo a isto, tem-se que o uso de fórmulas infantis não refletem em maior peso, e que as três principais marcas utilizadas pela população geral permanecem nas com sobrepeso e obesidade, descartando possível interferência destas nos índices.

Conclui-se então que o município de Cascavel apresenta elevada prevalência de obesidade infantil em detrimento do Brasil. Além disto, averigua-se que o impacto do aleitamento materno nas crianças de até 2 anos de idade ainda não é perceptível nas taxas de sobrepeso e obesidade infantil. Também, entende-se que diferenças locais dentro de uma mesma cidade pouco interferem nas diferenças de índices elevados de IMC.

REFERÊNCIAS

BRIDI, B. P. L.; JANTSCH, L. B.; HAUSEN, C. F.; HIGASHI, G. D. C., SOUZA, N. S. Fatores associados ao acompanhamento à puericultura em crianças menores de dois anos. **Avances en Enfermería**. vol.39, no.2, Bogotá, Maio/Ago. 2021, pub Ago. 18, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n2/0121-4500-aven-39-02-225.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

CHRISTOFFEL, M. M. et al. Aleitamento materno exclusivo e os profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 75, no. 3, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0545>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

GONSALEZ, P. S., et al. Aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar e associação com excesso de gordura corporal em escolares de Florianópolis, SC, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**. vol. 17, no. 1, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100007>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

MASCARENHAS, L. P. G. et al. Ponto de corte para o índice de massa corporal em adolescentes: comparação com padrões de referência nacionais e internacional. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. vol. 21, no. 3, pg 798-807, São Paulo, 2011. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300006>. Acesso em: 22 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atlas da obesidade infantil no Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS): Vigilância Alimentar e Nutricional**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/curvascrescimento>>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **Tratado de pediatria**; 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: **ENANI 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. 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 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards**. Disponível em: <<https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>>. Acesso em: 07 mar. 2022.