



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Caroline Chaves Augusto Leitão

Consumo alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso atendidos no
Ambulatório de Nutrição Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

RIO DE JANEIRO
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Caroline Chaves Augusto Leitão

Consumo alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso atendidos no
Ambulatório de Nutrição Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à
Escola de Nutrição da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Nutrição.

Orientador(a): Profa. Dra. Gabriella Pinto Belfort Araújo
Coorientador(a): Dra. Joana Maia Brandão

RIO DE JANEIRO
2024

Caroline Chaves Augusto Leitão

Consumo alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso atendidos no
Ambulatório de Nutrição Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à
Escola Nutrição da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial
para obtenção do título Bacharel em Nutrição.

Data da aprovação: 18 /06 /2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gabriella Pinto Belfort Araújo

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Orientador(a)

Dra. Joana Maia Brandão

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Coorientador(a)

Prof(a). Dr(a). Nathalia Ferreira Antunes de Almeida

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

Introdução: A transição nutricional é caracterizada por mudanças no consumo alimentar e calórico, no qual as escolhas alimentares são direcionadas para alimentos mais condizentes com a realidade atual da praticidade e do fácil acesso. O novo estilo de vida também impactou a população pediátrica, resultando em uma adaptação do paladar para alimentos com menor aporte nutritivo porém tendendo ao maior aporte calórico. Assim, o cenário da pediatria tem sido marcado pelo aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, tornando-se um problema de Saúde Pública no país. **Objetivo:** Determinar o perfil de consumo alimentar, segundo a classificação NOVA de alimentos, em crianças e adolescentes com excesso de peso acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo analítico, transversal, com base na coleta de dados biológicos, sociodemográficos e antropométricos por meio do protocolo de atendimento nutricional, prontuário médico, junto com a coleta de um diário alimentar de 3 dias sendo dois dias de semana e um no final de semana. Calculou-se a proporção de consumo de cada tipo de alimento, em relação ao número total de alimentos consumidos no dia. Os dados foram analisados pelos testes t de Student e Qui-quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 16 pacientes com excesso de peso, sendo a maioria do sexo masculino (56,3%), com média de 11 anos de idade, autodeclarados pretos (37,5%) e pardos (43,8%), residentes da zona norte (31,3%) e da baixada fluminense (31,3%), em famílias com renda de até 2 salários mínimos (62,5%). O risco de insegurança alimentar foi identificado em 37,5% da amostra. A categoria predominante na alimentação foi de alimentos *in natura* e minimamente processados (63,14%), seguido dos alimentos ultraprocessados (22,37%) e processados (14,86%). Observou-se associação positiva entre o maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados (p -valor = 0,01) e menor consumo de alimentos processados (p -valor = 0,03) com a presença de orientação nutricional. **Conclusão:** O presente estudo destaca a importância da presença de uma orientação nutricional individualizada na melhora do padrão de consumo alimentar dos pacientes com excesso de peso. Entretanto, faz-se necessário elaborar estratégias que visem uma atenção maior à alimentação realizada no final de semana.

Palavras-chave: consumo alimentar; excesso de peso; crianças; adolescentes; classificação NOVA.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional transition is characterized by changes in food and calorie consumption, in which food choices are directed towards foods that are more in line with the current reality of practicality and easy access. The new lifestyle has also had an impact on the pediatric population, resulting in an adaptation of the palate to foods with a lower nutritional intake but tending towards a higher caloric intake. Thus, the pediatric scenario has been marked by an increase in cases of overweight and obesity, becoming a public health problem in the country. **Objective:** Determinate the food consumption profile of overweight children and adolescents, according to the NOVA classification, followed up at the Pediatric Nutrition outpatient clinic at HUGG. **Methods:** This is an analytical, cross-sectional study, based on the collection of biological, sociodemographic and anthropometric data using the nutritional care protocol, medical records, together with the collection of a 3-day food diary, two days during the week and one at the weekend. The proportion of consumption of each type of food in relation to the total number of foods consumed that day was calculated. The data was analyzed using Student's t-test and the Qui-square test. **Results:** 16 food diaries of overweight patients seen at the HUGG Pediatric Nutrition Outpatient Clinic were collected. There was a preponderance of male children (56.3%), with an average age of 11, self-declared black (37,5%) and brown (43,8%), living in the north (31.3%) and lower Rio de Janeiro (31.3%), in families with an income of up to 2 minimum salaries (62.5%). 37.5% of the sample was at risk of food insecurity. The predominant category in the patients' diet was *in natura* and minimally processed foods (63.14%), followed by ultra-processed foods (22.37%) and processed foods (14.86%). There was an association between higher consumption of *in natura* and minimally processed foods with the presence of nutritional guidance (p-value = 0.01) and lower consumption of processed foods (p-value = 0.03). **Conclusion:** This study highlights the importance of individualized nutritional monitoring in improving the food consumption patterns of overweight patients. However, it is necessary to develop strategies aimed at paying greater attention to weekend eating.

Key-Words: food consumption; overweight; children; adolescents; NOVA classification.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

- Quadro 1** - Valores críticos para classificação de excesso de peso conforme o IMC para Idade 24
- Gráfico 1** - Alimentos ultraprocessados consumidos conforme o número de participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024)..... 30

TABELAS

- Tabela 1** - Características sociodemográficas e biológicas dos indivíduos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024)..... 27
- Tabela 2** - Características biológicas, sociodemográficas e antropométricas dos indivíduos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024)..... 28
- Tabela 3** - Consumo médio dos alimentos durante os 3 dias de diário alimentar conforme a classificação NOVA em números absolutos e percentuais. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024)..... 29
- Tabela 4** - Consumo de alimentos conforme a classificação NOVA segundo a presença de orientação nutricional. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024)..... 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Excesso de peso em crianças e adolescentes.....	10
2.1.1 Sobrepeso, obesidade e repercussões metabólicas do excesso de peso.....	11
2.2 Classificação NOVA de alimentos segundo o Guia Alimentar para População Brasileira.....	14
2.3 O consumo alimentar e a saúde das crianças e adolescentes.....	18
3 JUSTIFICATIVA.....	20
4 OBJETIVOS.....	21
4.1 Objetivo Geral.....	21
4.2 Objetivos Específicos.....	22
5 MÉTODOS.....	22
5.1 Tipo de estudo e local de realização da pesquisa.....	22
5.2 População estudada.....	22
5.3 Coleta de dados.....	22
5.4 Avaliação de dados biológicos, sociodemográficos e de orientação nutricional.....	23
5.5 Avaliação antropométrica.....	23
5.6 Avaliação do consumo alimentar.....	24
5.7 Análises estatísticas.....	26
5.8 Questões éticas.....	26
6 RESULTADOS.....	26
7 DISCUSSÃO.....	31
8 CONCLUSÃO.....	35
9 REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE.....	44
A. DIÁRIO ALIMENTAR DE 3 DIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A má nutrição é uma condição caracterizada pelo desequilíbrio entre o que é necessário para o ideal funcionamento do organismo e o que é consumido pelo indivíduo. Dessa forma, tal conceito é dividido entre a desnutrição e a sobrealimentação. A desnutrição consiste na alimentação limitante com a deficiência da ingestão de energia e nutrientes ou no déficit antropométrico. Enquanto a sobrealimentação, consiste na alimentação excessiva com a ingestão exacerbada de nutrientes, podendo resultar no excesso de peso, na obesidade e nas doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2022).

Entre os anos de 1990 e 2019, a má nutrição foi apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade. Nas últimas décadas, o cenário da pediatria também se encontrou marcado pelo desenvolvimento de agravos à saúde relacionados à alimentação, tendo em vista que os casos de obesidade têm se tornado mais frequentes e afetado indivíduos de idades cada vez mais precoces. Dessa forma, a obesidade infantil se tornou um problema de Saúde Pública no Brasil. Tal fato confirma-se através da estimativa do Atlas Mundial da Obesidade, na qual o Brasil se encontrará na 5ª posição do ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade até 2030, tornando-se necessária maior atenção para esse agravo (Brasil, 2019a; Murray, et al, 2020; World Obesity Federation, 2023).

Mundialmente, no ano de 2016, 38 milhões de crianças com menos de cinco anos e 350 milhões de entre cinco e dezoito anos encontravam-se em um estado de excesso de peso. Tal cenário se intensificou após a pandemia de Covid-19, a qual modificou diversos hábitos de consumo alimentares e ocasionou a redução da prática de atividade física em crianças que cresceram durante esse período. No Brasil, ao observar o cenário das crianças e adolescentes acompanhados pela Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tal fato é comprovado. Em 2020, 15,9% dos menores de 5 anos e 31,8% das crianças entre 5 e 9 anos em acompanhamento apresentavam excesso de peso, sendo que 7,4% dos menores de 5 anos e 15,8% das crianças entre 5 a 9 anos, foram diagnosticados com obesidade através da avaliação do indicador Índice de Massa Corporal (IMC) para idade. Quanto aos adolescentes, o cenário na pandemia se agravou de forma que 31,9% apresentou excesso de peso, sendo 12% com obesidade (OMS, 2021; Brasil, 2022a).

A partir da globalização do século XX, houve o aumento da implementação da dieta ocidental baseada em um hábito alimentar apressado, buscando a praticidade. Assim, tendo em vista as modificações econômicas, sociodemográficas e epidemiológicas vivenciadas pela população ao longo dos anos, ocorreu a transição nutricional caracterizada por mudanças no

consumo alimentar e calórico. Assim, alimentos industrializados e ultraprocessados se tornaram parte do hábito alimentar de parte da população. O novo estilo de vida direcionou as escolhas para alimentos mais condizentes com a realidade do fácil acesso, e resultou em uma adaptação do paladar para alimentos com menor aporte nutritivo em paralelo com a diminuição do consumo dos nutrientes necessários para a saúde do indivíduo, quando comparado ao padrão anterior (Fox, 2019; Moriguchi Watanabe, 2022).

Os indicadores de consumo alimentar de 2019 do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apresentam dados que demonstram os impactos da transição nutricional nos hábitos alimentares da população pediátrica. Apesar da pesquisa indicar que 79% das crianças de 2 a 5 anos consumiram fruta no dia anterior e 62% das crianças de 5 a 9 anos consumiram verduras e legumes em suas últimas refeições, a análise também traz dados preocupantes, visto que 48% das crianças de 6 a 23 meses apresentaram o hábito de consumir alimentos ultraprocessados com frequência. Entretanto, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (Brasil, 2019c) preconiza não oferecer ultraprocessados para crianças nessa faixa etária devido a possibilidade de prejudicar a saúde e a aceitação dos alimentos *in natura*. Outros dados que contrapõem as orientações brasileiras são que 60% das crianças de 2 a 5 anos possuem o hábito de consumir biscoito recheado, doces ou guloseimas e 68% das crianças de 5 a 9 anos consomem bebidas adoçadas. Ademais, ao observar o cenário de consumo dos adolescentes, os ultraprocessados predominantes na sua alimentação são os embutidos (Brasil, 2019b ; Brasil, 2019c).

Os principais riscos encontrados na última década estão relacionados principalmente à introdução precoce dos alimentos ultraprocessados e ao alto teor de açúcar, gordura trans e saturada, sódio e aditivos alimentares, caracterizando um perfil nutricional desfavorável. Além disso, possuem características que são facilitadoras para o consumo excessivo, como a hiper palatabilidade, e, muitas vezes, são comercializados de forma intensiva e persuasiva. Dessa forma, o consumo exacerbado a longo prazo de tais alimentos foi associado ao aumento no IMC, ao maior risco de excesso de peso, ao aumento das concentrações de cortisol e ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, resistência à insulina e diabetes (Monteiro et. al. 2010; Louzada et. al., 2015).

Dessa forma, tendo em vista que os hábitos alimentares ainda estão em desenvolvimento durante a infância e adolescência, torna-se evidente a necessidade de estabelecer uma rotina de consumo alimentar saudável composto majoritariamente por alimentos *in natura*, com menor presença de ultraprocessados, visto que tais medidas impactam positivamente na saúde do indivíduo. Diante disso, o presente estudo tem por

objetivo caracterizar o consumo alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso acompanhados no ambulatório de Nutrição Pediátrica no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), segundo a classificação NOVA de alimentos preconizada no Guia Alimentar para a População Brasileira.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Excesso de peso em crianças e adolescentes

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria, o sobrepeso e a obesidade são condições multifatoriais marcadas pelo acúmulo de gordura corporal acima do limite da normalidade. Dessa forma, para a realização do diagnóstico em pacientes pediátricos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu em 2007, curvas de crescimento com as classificações de estado nutricional conforme o peso, a altura, a idade e o sexo da criança. No decorrer dos atendimentos multiprofissionais, deve-se atentar a velocidade de ganho de peso e da mudança de classificação do indicador IMC para a Idade antes mesmo de atingir a classificação de sobrepeso, visto que esse pode ser um indicativo de risco para o excesso de peso (Brasil, 2022; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Atualmente, como referência nacional para a avaliação do estado nutricional em crianças e adolescentes, utiliza-se a proposta de classificação do SISVAN, que adotou a proposta de categorização da OMS. Assim, as categorias foram subdivididas para as crianças menores de 5 anos com as referências de IMC para idade, Peso para Estatura, Peso para Idade e Estatura para Idade. Para as crianças de 5 a 9 anos, utiliza-se os indicadores IMC para a idade, Peso para Idade e Estatura para Idade. Em adolescentes (10 a 19 anos), analisa-se, apenas, os indicadores de IMC para Idade e Estatura para Idade. Entretanto, mesmo que de 0 a 9 anos o peso do paciente seja analisado em diferentes curvas de crescimento, o parâmetro reconhecido para estabelecer o diagnóstico de excesso de peso em crianças e adolescentes é IMC para Idade (Brasil, 2008; Brasil, 2022).

Ao observar o panorama da obesidade infantil no Brasil, dados recentes do SISVAN apontam que 31% da população de 0 a 19 anos apresentam excesso de peso. Ou seja, no ano de 2023, o total de 5.650.203 crianças e adolescentes foram diagnosticadas com risco de sobrepeso, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave através da análise do seu IMC em relação à idade (Desiderata, 2023).

Através da atual conjuntura brasileira, o Atlas da Obesidade Mundial classifica a prevalência de obesidade infantil no país em um nível preocupante visto que está previsto um aumento anual de 4,4% de casos entre os anos de 2020 a 2035. Já em um panorama mundial,

a prevalência da obesidade infantil também tende a crescer. Estima-se que entre 2020 e 2035 os índices de obesidade aumentem de 10% para 20% em meninos entre 5 e 19 anos e de 8% para 18% em meninas entre 5 e 19 anos. (World Obesity Federation, 2023).

Dessa forma, o paciente pediátrico deve ser acompanhado e a sua evolução deve ser monitorada através da caderneta da criança e do adolescente, visto que o paciente se encontra em desenvolvimento constante. O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade de avaliação e registo de dados antropométricos seja, no mínimo, anual, porém a sua frequência varia de acordo com a idade e o estado nutricional do paciente. A regularidade das consultas e avaliação do estado nutricional é essencial para a verificação de diagnóstico e para a prevenção do surgimento de excesso de peso. Ademais, os quadros de sobrepeso e obesidade necessitam não só de uma análise antropométrica, mas também de uma verificação clínica, bioquímica e dietética para identificação de possíveis causas, fatores associados e análise do consumo alimentar, para que haja uma orientação nutricional individualizada que atenda às necessidades da criança / adolescente (Brasil, 2022).

2.1.1 Sobrepeso, obesidade e repercussões metabólicas do excesso de peso

A obesidade é classificada como uma doença crônica não transmissível proveniente de múltiplas causas e marcada por um início gradual, podendo ter longa duração ou constância indeterminada. Por consequência, quanto maior o grau da obesidade, maiores são os comprometimentos ao organismo e a probabilidade do surgimento de alterações endócrinas como a dislipidemia, a resistência à insulina e as alterações cardiovasculares como a hipertensão arterial que se tornaram mais comuns na população de crianças e adolescentes. Entretanto, o excesso de peso não traz consigo apenas intercorrências metabólicas, mas também comprometimentos psicossociais e clínicos na vida do paciente. Dessa forma, um tratamento multiprofissional contínuo envolvendo mudanças no estilo de vida é essencial para a melhora do quadro (Brasil, 2014b; Brasil, 2019a).

Tendo em vista a análise de um quadro de excesso de peso em crianças e adolescentes, as principais repercussões metabólicas encontradas em consultas ambulatoriais são a dislipidemia, a alteração na sensibilidade à insulina, o perfil glicídico alterado, hipertensão arterial, cansaço excessivo e alterações no sono. Outro ponto é a crescente investigação da relação do excesso de peso, principalmente a obesidade, com o desenvolvimento puberal precoce em meninas e o desenvolvimento tardio em meninos (Weffort, 2019).

Dessa forma, torna-se evidente a correlação entre a obesidade e o sobrepeso infantil com a possível redução da qualidade de vida desses indivíduos. A longo prazo há a tendência do surgimento de diversas consequências na vida adulta, como um risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, complicações respiratórias e endócrinas. Isso porque, com a intensa hiperplasia e hipertrofia característica dessa fase da vida, quando há maior concentração de adipócitos na infância, essa característica do perfil lipídico tende a permanecer na vida adulta (Accioly; Saunders; Maria, 2012).

O sobrepeso e a obesidade infantil não são quadros restritos apenas ao consumo excessivo de calorias, mas sim uma questão multifatorial. Diversos fatores são capazes de influenciar a maior tendência do desenvolvimento do excesso de peso, como os fatores genéticos individuais, comportamentais e ambientais. Cada um desses pontos ainda pode receber a interferências do contexto em que o indivíduo está inserido, como o familiar, escolar, comunitário, social e político. Atualmente, a maior prevalência de excesso de peso está associada, não somente às questões metabólicas, mas principalmente ao ambiente obesogênico que tem se desenvolvido ao longo dos anos. Tal meio é descrito como um facilitador da preferência por hábitos alimentares não saudáveis e pela inércia, por serem mais práticos e atrativos. Dessa forma, nota-se que o comportamento alimentar da criança e do adolescente não é o único quesito a ser analisado, posto isso, as causas do excesso de peso na infância são divididas em proximais, mediais e distais (Brasil, 2022; Tiwari, Balasundaram, 2023).

As causas proximais são aquelas relacionadas ao microsistema no qual o indivíduo se encontra e recebe influência da família e do ambiente escolar. Alguns exemplos dessa categoria são os antecedentes perinatais, como o tipo de parto e gestação, a idade gestacional de nascimento e a curta duração do aleitamento materno; os hábitos alimentares, como a introdução alimentar, as estratégias de alimentação infantil (restritivo ou compensatório), o consumo exacerbado de ultraprocessados, a qualidade e variedade dos alimentos e o local de refeição; e a prática de atividade física e o tempo de tela. Outras condições importantes são a qualidade do sono, o estado de saúde mental do indivíduo e o ambiente escolar no qual ele está inserido. Nesse grupo também estão inclusas as causas secundárias como os fatores genéticos e metabólicos que podem influenciar no estado nutricional do paciente (Brasil, 2022).

As causas mediais ou relacionadas ao mesossistema são aquelas associadas ao contexto socioeconômico do indivíduo. Observa-se a renda familiar, o nível de escolaridade e a ocupação dos pais, o local de moradia, o acesso ao saneamento básico, a disponibilidade e o

acesso aos alimentos, o poder de compra, a presença de um local seguro para a prática de atividade física e a atenção à saúde. A influência da mídia e dos valores da comunidade também estão inseridos neste grupo. Em contrapartida, a relação entre as políticas públicas existentes e a disseminação de informação através de equipes de saúde, guias alimentares e diretrizes para o enfrentamento do excesso de peso estão contidas nas causas distais referentes ao exossistema. Sendo assim, para que haja o tratamento adequado, o indivíduo deve ser analisado como um todo, visto que a compreensão de quais são as causas primárias e da relação com as causas clínicas ou secundárias, é essencial (Brasil, 2022).

Ao analisar o acúmulo de gordura corporal em crianças e adolescentes, pode-se citar algumas alterações metabólicas como o aumento de adipócitos, do estresse oxidativo, da apoptose celular resultando na ativação das vias inflamatórias. Assim, o indivíduo se torna mais propenso a desenvolver disfunções orgânicas como a dislipidemia, hipertensão arterial e principalmente a resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2 (Albuquerque et al., 2019).

Tendo em consideração as alterações glicídicas que ocorrem com o excesso de peso, como os níveis aumentados de hemoglobina glicada, índice HOMA-IR, glicemia em jejum e insulina. Quando os níveis de insulina estão acima do recomendado e o indivíduo desenvolve uma resistência a esse hormônio, torna-se possível perceber o início da *acantose nigricans*, o que é um sinal de alerta para a melhora do perfil alimentar. Isso porque há uma relação direta com o estado pró-inflamatório no paciente, resultando na menor capacidade da insulina estimular a utilização de glicose pelos tecidos (Oliveira et. al., 2020).

A síndrome metabólica é uma das principais consequências do agravo da obesidade adulta, porém, no decorrer dos anos, foi perceptível o aumento de casos em pacientes adolescentes, podendo ocasionar alterações metabólicas preditivas de morbimortalidade ao longo da vida. Tal condição, confere o conjunto de fatores de risco metabólicos individuais que se iniciam, em sua maioria, com a resistência à insulina, devido a maior produção de resistina consequente do maior acúmulo de gordura corporal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Para o diagnóstico de síndrome metabólica possa ser realizado, o paciente deve apresentar obesidade central associada a dois ou mais fatores de risco cardiovascular, entre eles: aumento da circunferência abdominal, pressão arterial alterada, diminuição do HDL, aumento dos triglicerídeos e aumento da glicemia em jejum. Porém, em pacientes pediátricos ainda há controvérsias a respeito do critério diagnóstico, porém conforme a International Diabetes Federation - IDF (2007) o diagnóstico se difere conforme a idade do paciente.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, mais especificamente o departamento de nutriologia, estabeleceu o diagnóstico de síndrome metabólica dos pacientes conforme o proposto pela IDF em 2007. Dessa forma, em pacientes de 10 a 16 anos a síndrome metabólica é diagnosticada quando há a circunferência abdominal maior ou igual ao p90, somado a dois outros critérios sendo eles: hipertensão arterial sistêmica ≥ 130 ou pressão arterial diastólica menor ou igual a 85 mmHg, hipertrigliceridemia ≥ 150 mg/dL, HDL < 40 mg/dL, glicemia de jejum ≥ 100 . Entretanto, para adolescentes com mais de 16 anos o diagnóstico de síndrome metabólica é estabelecido através dos mesmos critérios utilizados para indivíduos adultos (IDF, 2007; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Entretanto, vale ressaltar que o excesso de peso em crianças e adolescentes não resulta apenas em consequências metabólicas e nutricionais, mas também pode desencadear efeitos secundários. Os impactos psicossociais, como o desempenho escolar reduzido, bullying, diminuição da autoestima, insegurança com a própria imagem, isolamento social, ações evitativas e desenvolvimento de transtornos alimentares, são exemplos de situações presentes no cotidiano de indivíduos com sobrepeso e principalmente obesidade. Observa-se, também, relatos de repercussões respiratórias, como o desenvolvimento de asma e apneia obstrutiva do sono (Alexandre et al., 2021; Brasil, 2022).

Dessa forma, torna-se essencial o acompanhamento e o tratamento multidisciplinar adequado, analisando principalmente o contexto no qual estão inseridos e a sua rotina alimentar visando entender o caso de cada paciente e o impacto da orientação nutricional para cada um, evitando que tais hábitos se mantenham no decorrer da vida adulta.

2.2 Classificação NOVA de alimentos segundo o Guia Alimentar para População Brasileira

Os guias alimentares são instrumentos que definem as diretrizes oficiais sobre alimentação saudável para a população. Assim, esse material é elaborado visando estabelecer um perfil desejável de alimentação para a população em questão (Brasil, 2014a).

O Guia alimentar para a População Brasileira já possui duas edições, sendo a primeira publicada em 2006 e a segunda foi publicada em 2014 após revisão. Nessa nova edição, há informações, análises e recomendações baseadas no estilo de vida da população, demonstrando não só como uma alimentação saudável deve ser composta, mas também orientando a respeito da melhor forma de preparo e consumo de alimentos. A elaboração do Guia foi, em suma, realizada visando a promoção da saúde da população brasileira (Brasil, 2014a; Brasil, 2019b).

Tendo em vista os diversos fatores que influenciam a alimentação da população brasileira, o Guia Alimentar propõe estratégias baseadas nos aspectos biológicos, nos impactos socioeconômicos, culturais e ambientais gerados por diferentes padrões alimentares. Assim, a nova edição cita os possíveis obstáculos que podem dificultar a prática das recomendações no dia a dia, como a escassez de informação e oferta, a variante custo dos alimentos, a intimidade de cada indivíduo com as práticas culinárias, o tempo disponível e a influência do meio em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, o Guia reconhece que essas barreiras só podem ser superadas através de mudanças dos hábitos de alimentação de cada indivíduo ou comunidade, juntamente com a ação do Estado e da adoção de políticas públicas que auxiliem a tornar o ambiente mais favorável para a prática das recomendações. Assim, o Guia Alimentar além de objetivar a promoção do estado de saúde, também atua como um instrumento de Educação Alimentar e Nutricional para a população (Brasil, 2014a).

Uma das principais diferenças entre as duas edições do Guia Alimentar para a população Brasileira é a classificação NOVA que considera o nível de processamento que os alimentos passam até serem consumidos, variando de *in natura* até os ultraprocessados. Assim, essa nova classificação possibilita a diferenciação dos alimentos não só pelo processo que eles passam, mas também pela sua composição nutricional e pelo impacto social que a sua produção e consumo acarretam (Gabe; Jaime, 2018).

No Capítulo 2 do Guia Alimentar para a População Brasileira, torna-se mais evidente os motivos que levaram o autor a estabelecer a classificação NOVA através dos níveis de processamento dos alimentos. O primeiro motivo é a diferença entre o perfil de nutrientes que os alimentos possuem de acordo com o tipo de preparo que eles são submetidos ou a quantidade adicionada na preparação final que será consumida e com quais alimentos serão consumidos. O modo no qual a refeição é realizada, tendo em vista o momento, o ambiente e a companhia também influenciam na palatabilidade e na preferência do indivíduo pela forma em que o alimento é preparado, visto que a alimentação vai além do simples ato de comer. Assim, o tipo de processamento utilizado tem grande impacto com o aspecto sensorial, social e ambiental da alimentação (Monteiro et. al., 2010; Brasil, 2014a).

A partir dessa classificação, quatro categorias de alimentos foram definidas. A primeira refere-se aos alimentos *in natura* que são aqueles consumidos sem qualquer alteração após serem extraídos da natureza. Nesse grupo também estão contidos os alimentos minimamente processados que são os alimentos *in natura* que para o seu consumo pudesse ocorrer, precisaram passar por pequenas modificações, como o congelamento, a pasteurização, o corte ou a moagem. Nesse grupo encontra-se, como exemplo, a água, café,

chás, os cereais como milho, arroz, trigo, as leguminosas como feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, as oleaginosas, as frutas, incluindo frutas secas ou sucos naturais não adoçados, os vegetais, tubérculos e folhosos, farinhas, massas frescas, ovos e leite cru. (Brasil, 2014a).

O segundo grupo é composto pelos óleos, gorduras, sal e açúcar. Esses são produtos que passam por pequenos procedimentos de alteração de textura e consistência, como a prensagem, moagem, trituração, pulverização ou refino e são diretamente originados dos alimentos *in natura*. Assim, são utilizados apenas para auxiliar na cocção ou oferecer sabor ao alimento como forma de tempero. Alguns exemplos de gordura são os óleos vegetais (soja, coco, canola, girassol), a manteiga e os azeites (Brasil, 2014a).

Quando analisa-se a terceira categoria dos alimentos processados, pode-se perceber que há uma junção da primeira com a segunda, visto que é constituída por alimentos *in natura* que passaram por processos de adição de sal, açúcar ou gorduras visando aumentar o seu sabor ou seu tempo de conservação. Nesse grupo encontra-se, como exemplo, as conservas (em salmoura ou água com vinagre e sal), as frutas em calda ou cristalizadas, carne seca, toucinho, sardinha, atum e vegetais enlatados, queijos e pães compostos de farinha, água sal e fermento como o pão de sal (Brasil, 2014a).

A última categoria abrange o tipo mais complexo de processamento, engloba os alimentos industrializados que passam por diversos processos durante a sua fabricação, sendo adicionado de diversos ingredientes que em sua maioria foram quimicamente modificados, como espessantes, aromatizantes, edulcorantes, conservantes e antieméticos. Dessa forma, essas diversas técnicas e procedimentos acarretam um produto que possui quantidades mínimas ou não possuem uma fração do alimento *in natura* que deveria originá-lo. Exemplos de alimentos ultraprocessados são os biscoitos, balas, sorvetes, refrigerantes, alimentos congelados para o aquecimento como lasanha, macarrão, hambúrguer, bebidas lácteas e iogurtes adicionados de açúcar e aromatizantes, embutidos e extratos de carnes como salsicha e nugget, pão de forma, de hambúrguer, cachorro quente ou tipo bisnaguinha e os alimentos cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos (Brasil, 2014a).

O conjunto dos alimentos ultraprocessados têm sido cada vez mais consumidos em uma dieta ocidental na qual a busca pela praticidade e pela palatabilidade se torna prioridade. Entretanto, deve-se atentar às possíveis consequências que o consumo exacerbado dos alimentos ultraprocessados pode acarretar ao longo da vida. Tais alimentos possuem um perfil nutricional preocupante visto que são compostos de ingredientes com alto teor de calorias, açúcar adicionado, sódio, gordura trans e saturada e baixa densidade de fibras. Um outro fator

preocupante é o uso de aditivos alimentares, que atuam como disruptor endócrino e além de outros efeitos adversos à saúde. Dessa forma, aponta-se uma correlação entre o frequente hábito de consumo de alimentos ultraprocessados e o risco de excesso de peso e desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente quando esse costume é iniciado nos primeiros mil dias de vida do indivíduo (Sparrenberger et. al., 2015; Trasande, Shaffer, Sathyanarayana, 2018).

Um dos pontos principais que o Guia Alimentar para a População Brasileira estabelece é a regra de ouro da alimentação, pois ela abrange e facilita a compreensão das orientações gerais presentes no guia. Conforme tais recomendações, deve-se sempre optar pelo maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias e um menor consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados. Assim, é preferível adquirir frutas, legumes, folhosos, ovos, leite e preparar o próprio alimento a incluir alimentos que não exijam preparação com biscoitos, refrigerantes, macarrão instantâneo, embutidos, sopas e sucos em pó e comidas congeladas prontas apenas para aquecer (Monteiro et. al., 2010; Brasil, 2014a).

Além do Guia Alimentar para a população brasileira, também há o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos publicado em 2019 e sua última versão resumida em 2021. Esse documento foi criado de forma concomitante às diretrizes e orientações do Guia Alimentar, porém com o enfoque nas recomendações para o início da alimentação, visando a saúde, o desenvolvimento e o crescimento do indivíduo para que ele atinja todo o seu potencial nas posteriores fases da vida (Brasil, 2021).

O instrumento em questão, engloba toda a alimentação da criança até os primeiros dois anos de vida, mas também auxilia os responsáveis no direcionamento do hábito alimentar nos anos seguintes do indivíduo. A primeira parte do Guia traz consigo uma gama de informações sobre o aleitamento e a importância do leite materno para o desenvolvimento infantil. A descrição se inicia no processo fisiológico da produção do leite mas também possui orientações que podem auxiliar nesse momento, como a pega adequada, dicas do que pode dificultar a amamentação e perguntas e respostas sobre as principais dúvidas das lactantes (Brasil, 2019b).

Ao abordar a parte da introdução alimentar, o Guia para Crianças menores de dois anos retrata novamente a classificação NOVA dos alimentos e evidencia os principais grupos de alimentos *in natura*, como as frutas, verduras, legumes, leguminosas e cereais. também destaca a importância de verificar a lista de alimentos muitas vezes direcionados ao público infantil, direcionando o responsável a respeito do que deve ser oferecido, como os alimentos

in natura e o que não deve ser oferecido nessa primeira fase da vida, como os alimentos ultraprocessados, açúcares de adição e adoçantes. Dessa forma, tais recomendações possuem um enfoque maior na educação dos familiares para saberem o que são os nutrientes e onde encontrá-los, para assim, poderem construir um hábito alimentar saudável e garantir o bom desenvolvimento da criança (Brasil, 2019b).

Independente da idade, o Guia Alimentar recomenda evitar os alimentos ultraprocessados devido ao desconhecimento dos efeitos cumulativos da ingestão de seus diversos ingredientes. Na pediatria, as consequências do consumo desses alimentos têm sido associadas a indivíduos em idades cada vez mais precoces. A oferta dos alimentos industrializados em conjunto com alimentos *in natura* durante a introdução alimentar demonstra o efeito da implementação da Dieta Ocidental até mesmo na alimentação complementar. Entretanto, tal hábito torna-se um fator de risco para a diminuição da frequência do aleitamento materno, para a formação de hábitos não saudáveis desde a infância e para a maior predisposição ao excesso de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (De Moraes Et Al, 2017; Brasil, 2019b; Brasil, 2021).

2.3 O consumo alimentar e a saúde das crianças e adolescentes

As escolhas alimentares são influenciadas por diversos fatores, como biológicos, psicológicos, sociais, interpessoais e econômicos. À vista disso, a construção dos hábitos de consumo alimentar está relacionada com os meios em que o indivíduo está inserido, como a família, a escola e os amigos. Quando menores, as crianças ainda estão construindo seu paladar e grande parte dos alimentos que consomem vem do que é oferecido a elas pelos responsáveis. Outra influência no perfil e nas escolhas alimentares das crianças e dos adolescentes é a mídia, principalmente devido ao grande apelo infantil em propagandas e embalagens, dado que a aparência do produto é um dos principais fatores que influencia a compra. Os alimentos ultraprocessados também atraem o público devido ao seu fácil acesso, a sua variedade, durabilidade e praticidade. Assim, torna-se claro que tais fatores têm um papel importante no estabelecimento do padrão de alimentação da criança e do adolescente visto que os hábitos alimentares estabelecidos nesta faixa etária tendem a se manter presentes na vida adulta (De Moraes et. al. , 2017; Pedraza, 2021).

A época da infância é marcada pela oferta de novos alimentos, experimentando gostos e texturas, mas também é de grande importância para o desenvolvimento do indivíduo. Alguns nutrientes como o ferro e a vitamina A devem receber uma atenção maior por representarem as principais carências nutricionais em crianças e causarem grandes

consequências para a saúde. A prevalência de anemia foi de 10,0%, enquanto a prevalência de deficiência de Vitamina A foi de 6,0% da população de crianças no Brasil. Assim, deve-se atentar tanto a alimentação quanto a realização das medidas profiláticas para evitar tais carências (UFRJ, 2021).

O ENANI é o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil aplicado em crianças de 0 a 5 anos, nos 27 estados presentes nas 5 regiões do país, avaliando categorias de consumo através da idade, local de moradia e renda através do Indicador Econômico Nacional. Ao observar a diversidade alimentar mínima percebe-se que a população com Indicador Econômico mais baixo é a mais afetada pela falta de variedade. A prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças de 6 meses a 5 anos é preocupante, principalmente considerando que o Guia Alimentar preconiza o não oferecimento desses alimentos para a população de até 2 anos e que sejam evitados nas demais faixas etárias. Porém, nota-se que entre a população de 6 a 23 meses, 80,5% consomem esses alimentos e 93% da população de 24 a 59 também possuem esse hábito. Ao analisar apenas o consumo de bebidas adoçadas, percebe-se que a população com menor renda é a que mais utiliza esse produto, sendo que a incidência de consumo de crianças de 24 a 59 meses (50,3%) é equivalente ao dobro da faixa de 6 a 23 meses (24,5%) . A frequência do não consumo de frutas e verduras foi de 22,2% entre crianças de 6 a 23 meses e de 27,4% em crianças de 24 a 59 meses, porém ambas mais baixas na região Norte (UFRJ, 2021).

A avaliação do consumo alimentar de escolares de 13 a 17 anos é realizada através da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PENSE). Em paralelo com a pesquisa do ENANI, a PENSE avalia tanto o consumo alimentar referente ao dia anterior quanto ao consumo habitual, visando uma análise qualitativa da ingestão habitual, pois as refeições do dia anterior podem ser atípicas, desviando o objetivo da pesquisa. Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados no dia anterior, 93,7% dos alunos relataram ter consumido pelo menos um alimento desse tipo, com predominância dos biscoitos salgados e doces. Ao observar especificamente o consumo de suco em pó, há a variação de 88% entre a proporção de consumo entre os alunos da escola pública (26,6%) e privada (14,1%), seguindo o padrão de predominância do consumo de 2 ou mais itens de industrializados por alunos de escolas públicas. Em relação ao consumo habitual, com frequência de 5 ou mais vezes da semana, os resultados se aproximaram da estimativa realizada pela POF em 2017 e 2018, no qual os índices de consumo de feijão (marcador de alimentação saudável) foi de 59% e 58,2%, respectivamente e refrigerantes (marcador de alimentação não saudável) foi de 17,2% e 20,9%, respectivamente (IBGE, 2021; UFRJ, 2021).

Dessa forma, visando o maior entendimento do perfil alimentar de crianças e adolescentes atualmente, faz-se necessário uma análise de consumo. Nas avaliações existentes, os indicadores mais utilizados são os marcadores de consumo alimentar visto que estes possibilitam o olhar ampliado dos hábitos alimentares em cada faixa etária em paralelo com o perfil nutricional da população. Tais indicadores são divididos entre marcadores de alimentação saudável, avaliando o consumo de feijão, frutas, legumes e verduras, e os marcadores de alimentação não saudáveis, observando o hábito de ingestão de hambúrgueres, biscoitos, bebidas açucaradas, salgadinho, doces e macarrão instantâneo. Assim, ao analisar os alimentos presentes nas classificações, nota-se que os marcadores de alimentação saudável referem-se aos alimentos *in natura* e minimamente processados, enquanto os de alimentação não saudável são compatíveis com os alimentos ultraprocessados (Brasil, 2022c).

As Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) realizadas entre os anos 2008-2009 e 2017-2018, trouxeram um novo módulo em que foi possível estimar o consumo alimentar individual dos participantes. Segundo a POF de 2008–2009 e de 2017-2018 a prevalência do consumo alimentar fora de casa foi mais elevada entre os adolescentes, destacando-se os lanches práticos como os doces, os chocolates, as bebidas como sucos e refrigerantes e os salgados fritos e assados. Assim, nota-se que as refeições realizadas fora do domicílio foram majoritariamente compostas por alimentos ultraprocessados, visto sua maior palatabilidade e a praticidade ao acesso, visto que grande parte dos dados recolhidos pela POF indicam que as escolhas alimentares realizadas fora do domicílio consideram o custo ao invés da composição do alimento. (IBGE, 2012 ; IBGE, 2020b).

Sendo assim, percebe-se que o consumo alimentar pediátrico tem sido cada vez mais marcado por refeições influenciadas pela renda familiar ou pela oportunidade de compra e oferta em casa e nas escolas. Dessa forma, torna-se evidente o maior consumo de alimentos industrializados de fácil acesso e preparo, porém os mesmos não constituem as melhores opções para o desenvolvimento, visto que são ricos em aditivos, gordura e açúcar adicionado (Sichieri, 2021).

3 JUSTIFICATIVA

O excesso de peso em crianças e adolescentes se tornou um problema de Saúde Pública frequente no país e possui origem multifatorial. O consumo alimentar também é um fator que possui relação direta com o risco de má nutrição e conseqüentemente com o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Dessa forma, a análise dos hábitos alimentares se torna uma ferramenta para auxiliar no enfrentamento dessa questão, visto que possibilita uma

análise do perfil alimentar dos pacientes e das possíveis causas. O consumo também é influenciado pelo status socioeconômico da família, pelo estado clínico e pelo meio no qual o paciente está inserido, tornando-se necessária a análise mais detalhada. Assim, ao buscar o entendimento das causas que possam ter levado o indivíduo a esse diagnóstico, pode-se estabelecer melhores orientações no tratamento.

O sobrepeso e a obesidade podem acarretar consequências metabólicas e endócrinas, como dislipidemia, resistência à insulina, dificuldades respiratórias, mas também possuem efeitos que não se limitam aos clínicos. A redução da autoestima e a piora da qualidade do sono são situações paralelas à ingestão alimentar que estão presentes e também são prejudiciais à qualidade de vida dessas crianças. Sendo assim, o estudo visa estabelecer uma análise e interpretação de dados a respeito da relação entre a classificação do consumo alimentar do paciente com diagnóstico de excesso de peso e o seu perfil sociodemográfico. Para assim, conhecer melhor o perfil da população atendida no ambulatório e orientá-las com base em um tratamento individualizado que atenda as necessidades de cada paciente após o diagnóstico.

Tendo em vista a perspectiva pessoal, a ideia do estudo foi elaborada devido ao grande entusiasmo na nutrição destinada ao público pediátrico desde o início da faculdade. Entretanto, o interesse foi crescente ao iniciar no projeto de extensão intitulado “Insegurança Alimentar e Desfechos na Saúde de Crianças e Adolescentes com Doenças Crônicas”. O projeto possibilitou a maior proximidade entre a teoria e a prática no atendimento ambulatorial, acompanhando diversos pacientes, principalmente com excesso de peso. Assim, a cada consulta no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, surgiu a vontade de aprofundar os conhecimentos nessa área e de analisar o perfil alimentar de cada um, conhecendo melhor o paciente e os hábitos que possam ter ocasionado o quadro de sobrepeso ou obesidade.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Determinar o perfil de consumo alimentar, segundo a classificação NOVA de alimentos do Guia Alimentar para a População Brasileira, em crianças e adolescentes com excesso de peso acompanhados no ambulatório de Nutrição Pediátrica no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográficos e biológico da população-alvo.
- Realizar a avaliação antropométrica da população pediátrica atendida.
- Caracterizar o consumo de alimentos ultraprocessados, processados, *in natura* ou minimamente processados pela população de crianças e adolescentes.
- Avaliar a diferença do consumo alimentar entre crianças e adolescentes que receberam orientação nutricional e entre aqueles que ainda não haviam recebido a orientação.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo e local de realização da pesquisa

Estudo do tipo transversal, analítico, realizado no ambulatório de Nutrição Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

5.2 População estudada

A população foi constituída de crianças e adolescentes que recebem assistência nutricional no ambulatório de Nutrição Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) e apresentam excesso de peso (sobrepeso, obesidade e obesidade grave), estabelecido segundo a classificação do estado nutricional dos protocolos do SISVAN (Brasil, 2008). O ambulatório de Nutrição atualmente presta assistência a crianças e adolescentes, principalmente com alergia alimentar e excesso de peso, através do encaminhamento interno de médicos endocrinologistas, gastroenterologista, alergista ou pediatras. O estudo em questão está contido em um projeto de extensão intitulado “Insegurança Alimentar e Desfechos na Saúde de Crianças e Adolescentes com Doenças Crônicas”.

A amostra não probabilística foi selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir entre 6 meses e 18 anos de idade e possuir responsável com capacidade de compreensão das orientações nutricionais. Os critérios de exclusão aplicados foram: apresentar disfagia, transtorno alimentar, câncer ou apresentar anorexia (perda de apetite), devido a possibilidade de alteração do consumo alimentar do paciente.

5.3 Coleta de dados

Os dados dos pacientes foram coletados de outubro de 2023 a de maio de 2024 por meio de entrevistas durante as consultas de Nutrição e por meio da consulta aos prontuários dos pacientes. Para a coleta de dados foi usado o protocolo de atendimento nutricional e um

modelo de um diário alimentar (APÊNDICE A), elaborado para a realização da pesquisa com base no registro de anamnese alimentar habitual presente no protocolo de atendimento do ambulatório, visando o registro do consumo alimentar do paciente por um período de 3 dias, nos quais 2 registros deveriam ser em dias de semana e 1 registro no final de semana.

5.4 Avaliação de dados biológicos, sociodemográficos e de orientação nutricional

Foram coletados os dados biológicos: idade (anos), sexo (feminino/masculino), presença de comorbidades e os dados antropométricos peso e altura no momento da entrega do diário alimentar. Os dados sociodemográficos investigados foram: local de moradia (zona sul, central, norte, sudeste, oeste, baixada fluminense e fora do município do Rio de Janeiro), acesso a saneamento básico (água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo regulares), cor da pele autorreferida pelo responsável da criança (preta, parda, branca, amarela, indígena), nível de escolaridade dos responsáveis pelos pacientes (até ensino fundamental completo ou incompleto e ensino médio e ensino superior completo ou incompleto), renda (até 2 salário mínimos e 3 ou mais salários mínimos), número de pessoas no domicílio, presença de risco de insegurança alimentar (TRIA) (Brasil, 2022b), orientação nutricional (ainda sem orientação nutricional/ já havia recebido orientação nutricional), número de consultas com a Nutrição e profissional que encaminhou.

Para a investigação da presença de risco de insegurança alimentar, são realizadas, durante as consultas ambulatoriais, as seguintes perguntas da TRIA: “Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?” e “Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?”. Caso o paciente responda “sim” em ambas as perguntas é classificado o risco de insegurança alimentar (Brasil, 2022b).

5.5 Avaliação antropométrica

As medidas de peso e comprimento/estatura foram realizadas para todos os pacientes durante as consultas de nutrição. A obtenção dessas medidas foi feita com base nas recomendações do SISVAN (Brasil, 2008). O diagnóstico antropométrico foi realizado com base nas curvas de crescimento da OMS (2006;2007) e nos índices nutricionais: peso para idade (P/I - para todos até 10 anos de idade); comprimento/idade (C/I - até 2 anos de idade); estatura/idade (E/I - para todos com 2 anos de idade ou mais); peso para estatura (até 2 anos de idade; P/E) e Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I - para todos com 2 anos de idade ou mais).

A classificação do estado nutricional foi feita a partir da idade, do peso e da altura do paciente no momento da entrega do diário alimentar. Dessa forma, tais variáveis foram aplicadas no programa de computador desenvolvido pela OMS, o Anthro Plus (para crianças de 5 a 19 anos). O objetivo da aplicação foi realizar a verificação do valor exato do Escore-Z de cada paciente nas curvas de crescimento de IMC para a idade, Peso para Idade e Estatura para a Idade, conforme a faixa etária da amostra.

Através dos valores críticos encontrados no programa Anthro Plus, pode-se realizar a classificação do excesso de peso de cada paciente nas recomendações nos protocolos do SISVAN (Brasil, 2008) conforme o Quadro 1. O ponto de corte estabelecido para o diagnóstico de sobrepeso, obesidade e obesidade grave foi a idade e o Escore-Z no momento da consulta. Dessa forma, os pacientes que apresentaram Escore-Z acima de +1 na curva de crescimento de IMC para a Idade foram considerados com excesso de peso.

Quadro 1 - Valores críticos para classificação de excesso de peso conforme o IMC para Idade

VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	
	IMC PARA IDADE	
	CRIANÇAS DE 5-10 ANOS	INDIVÍDUOS DE 10-19 ANOS
\geq Escore Z +1 e \leq Escore Z +2	SOBREPESO	SOBREPESO
\geq Escore Z +2 e \leq Escore Z +3	OBESIDADE	OBESIDADE
$>$ Escore Z + 3	OBESIDADE GRAVE	OBESIDADE GRAVE

Fonte: Classificação dos gráficos de crescimento do Ministério da Saúde (Brasil, 2008).

5.6 Avaliação do consumo alimentar

Durante a pesquisa, foi realizada a estimativa do consumo de alimentos por meio do registro alimentar de 3 dias, sendo os dois primeiros dias, não consecutivos, referentes à alimentação durante a semana e o terceiro dia referente a alimentação do final de semana. Após a consulta, os pacientes e responsáveis foram comunicados sobre a pesquisa e questionados sobre a vontade de participar. A coleta de dados foi realizada através da entrega do diário alimentar (APÊNDICE A) para o paciente e seu responsável junto a explicação de como o preenchimento deveria ser realizado, anotando os alimentos consumidos, a quantidade

utilizada de cada um em medidas caseiras, além da marca dos produtos industrializados consumidos em cada dia.

A entrega do diário alimentar para o paciente foi realizada de duas maneiras conforme a demanda do ambulatório. A primeira consistiu na entrega do diário no momento da consulta e, após uma semana, enviou-se uma mensagem para o responsável do paciente, previamente ciente das etapas, pelo aplicativo de conversa WhatsApp *Bussiness* solicitando o envio das fotos do diário alimentar e abrindo espaço para que o paciente e seu responsável pudessem sanar suas dúvidas a respeito do preenchimento. O segundo modo foi realizado através da entrega e orientação do preenchimento do diário alimentar anteriormente ao dia da primeira consulta e no dia agendado para o atendimento, o graduando/pesquisador sanou as dúvidas em relação ao preenchimento e a alimentação do paciente. Desta forma, foram obtidos registros de pacientes sem orientação nutricional e de pacientes que já haviam recebido orientação nutricional anteriormente.

Após a coleta de dados, os diários alimentares foram transcritos em um documento no programa de computador Word. Em seguida os alimentos foram classificados segundo a classificação NOVA do Guia Alimentar - ultraprocessados - UP / processado - P/ minimamente processado - MP / *in natura* - IN/ açúcar (Brasil, 2014a). Cada preparação culinária foi considerada como um único alimento e temperos, sal, açúcares e gorduras não foram contabilizados na pesquisa.

Quando o alimento consumido consistiu em preparações culinárias, sua classificação foi realizada através da receita da preparação com base no relato de preparo do próprio paciente, e quando esse não sabia os ingredientes da preparação, verificou-se os ingredientes do preparo na Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras (Pinheiro, 2004) e na Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (USP, 2023). Dessa forma, avaliou-se a preparação culinária conforme a classificação NOVA dos seus ingredientes presentes em maior quantidade.

Após a classificação dos alimentos foi quantificado o número de alimentos consumidos, por categoria e por dia. Em seguida, foi calculado o número médio de alimentos ultraprocessados, processados e minimamente processados consumidos pelos pacientes nestes 3 dias de registro alimentar e calculado o percentual de consumo de cada alimento para cada categoria, em relação ao acordo número total médio de alimentos consumidos nestes dias.

5.7 Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do software SPSS® (versão 22.0). A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilks. A variável de Peso para Idade apresentou distribuição não paramétrica e foi descrita a partir da mediana e intervalo interquartil (IQR). As demais variáveis contínuas foram descritas através da média e do desvio padrão. As variáveis categóricas foram expressas por meio de valor absoluto e percentual. Para comparação dos percentuais médios de consumo de alimentos entre pacientes que receberam orientação nutricional e entre aqueles que ainda não haviam recebido a orientação, foi utilizado o teste-T de Student. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

5.8 Questões éticas

A coleta de dados para a pesquisa iniciou-se após aprovação do projeto de pesquisa intitulado “Insegurança Alimentar e Desfechos na Saúde de Crianças e Adolescentes com Doenças Crônicas” pelo Comitê de Ética do HUGG (CAAE - 70003623.6.0000.5258) e após os responsáveis pelos participantes do estudo assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e os participantes maiores de 12 anos assinarem o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE). O presente projeto de pesquisa atende as resoluções de nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016.

6 RESULTADOS

Foram coletados os diários alimentares de 16 pacientes com excesso de peso atendidos. As características sociodemográficas, biológicas e antropométricas dos indivíduos participantes da pesquisa, foram descritas nas tabelas 1 e 2. Observou-se que a população do estudo foi composta, majoritariamente, por indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, com maior prevalência do sexo masculino (56,3%). Tendo em vista os fatores demográficos, a população do estudo foi marcada por famílias residentes da zona norte (31,3%) e da baixada fluminense (31,3%), em áreas com acesso ao saneamento básico (93,8%), com média de 3 pessoas no domicílio. Em relação à renda familiar, 62,5% dos responsáveis alegaram receber até 2 salários mínimos, entretanto, ao realizar as perguntas da TRIA, a maior parte da amostra (62,5%) não apresentou risco de insegurança alimentar. A maioria dos responsáveis pelos pacientes (75%) cursaram o ensino médio ou o ensino superior completo ou incompleto.

Verificou-se que os profissionais que mais destinaram pacientes para a consulta foram os alergistas (43,8%) e os endocrinologistas (37,5%). Entre as crianças e adolescentes

participantes da pesquisa, observou-se que 50% possuíam apenas o excesso de peso como motivo do encaminhamento, enquanto os demais 50% apresentavam também alterações nos exames bioquímicos, diagnósticos presentes ou em investigação. Entre eles é possível citar hemoglobina glicada e insulina elevadas, dislipidemia, ansiedade, asma, rinite, dermatite, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno Desafiador Opositor (TOD), macrocefalia e Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) (dados não apresentados em tabelas). Torna-se válido ressaltar que nenhum dos diagnósticos citados encaixou-se nos critérios de exclusão da pesquisa.

A amostra compreendeu crianças e adolescentes, entre 6 e 17 anos, porém com média de idade de 11 anos. Todos os participantes apresentaram escore-z na curva de crescimento de IMC/Idade maior que +1 (com valor mínimo de +1,04 e valor máximo de +5,60), visto que o critério de inclusão para a pesquisa era o diagnóstico de excesso de peso. Entretanto, analisa-se que a média de Escore-Z na curva de IMC/Idade foi de +2,84. Ao observar a classificação da curva de Peso/Idade para pacientes com idade até 10 anos, encontra-se a mediana de +3,83 escore-z, com intervalos interquartis de +2,6-+4,1 escore-z.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e biológicas dos indivíduos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024).

Variáveis	n (%)
Sexo da criança (n =16)	
Feminino	7 (43,8)
Masculino	9 (56,3)
Cor da Pele (n = 14)	
Parda	7 (43,8)
Preta	6 (37,5)
Branca	1 (6,3)
Zona de Moradia (n =16)	
Zona Norte	5 (31,3%)
Zona Sul	1 (6,3%)
Zona Oeste	3 (18,8%)
Região central	2 (12,5%)
Baixada Fluminense	5 (31,3%)
Renda (n =16)	
Até 2 salários mínimos	10 (62,5%)

3 ou mais salários mínimos	6 (37,5%)
Benefício social (n =16)	
Sim	6 (37,5%)
Não	10 (62,5%)
TRIA* (n=16)	
Sem Risco de Insegurança Alimentar	10 (62,5%)
Com Risco de Insegurança Alimentar	6 (37,5%)
Acesso ao Saneamento Básico (n=16)	
Sim	15 (93,8%)
Não	1 (6,3%)
Grau de Escolaridade do Responsável (n= 15)	
Até o Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	3 (18,7%)
Ensino Médio ou Superior Completo ou Incompleto	12 (75%)
Comorbidades (n =16)	
Com comorbidades	8 (50%)
Sem comorbidades	8 (50%)
Profissional que encaminhou (n =16)	
Endocrinologista	6 (37,5%)
Alergista	7 (43,8%)
Pediatra	2 (12,5%)
Gastroenterologista	1 (6,3%)

Variáveis Categóricas: valor absoluto e percentual; *TRIA: Triagem para Risco de Insegurança Alimentar

Tabela 2 - Características biológicas, sociodemográficas e antropométricas dos indivíduos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024).

Variáveis (n =16)	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	11	2,99
Número de Pessoas no Domicílio	3	0,89
Número de Consultas	2	1,22

**com a
Nutrição**

Escore-Z de IMC*/Idade	2,8	0,99
Escore-Z de Estatura/Ida de	1,4	1,54
Variáveis (n =7)	mediana	IIQ**
Escore-Z de Peso/Idade**		
*	3,83	2,6-4,1

Variáveis contínuas: média e desvio padrão *IMC: Índice de Massa Corporal ; **IIQ: Intervalo interquartil;
***variável quantitativa não paramétrica

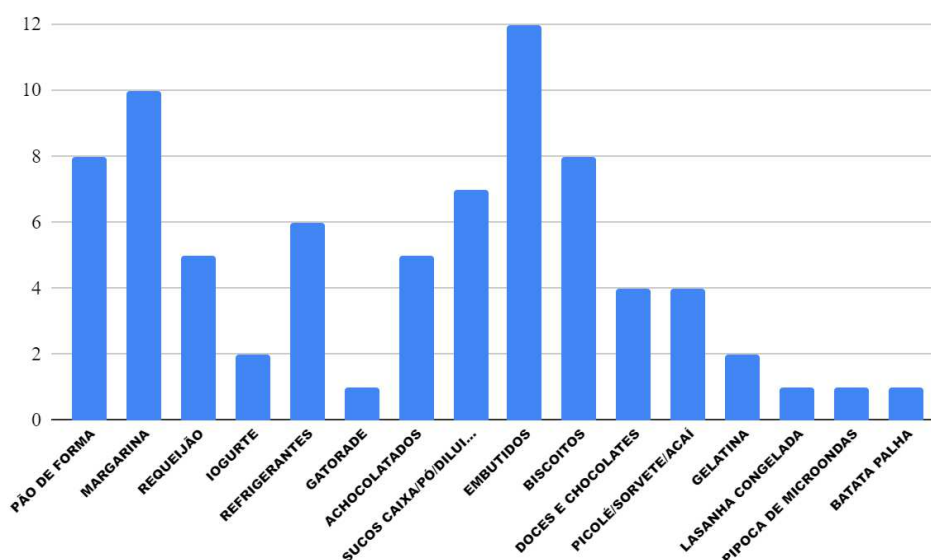
O consumo dos alimentos segundo a classificação NOVA está apresentado na Tabela 3. Dessa forma, foram consumidos, em média, 14 alimentos diferentes por dia e observou-se que a categoria predominante na alimentação dos pacientes foram os alimentos *in natura* e minimamente processados (63,14%), seguido dos alimentos ultraprocessados (22,37%) e processados (14,86%).

Tabela 3 - Consumo médio dos alimentos durante os 3 dias de diário alimentar conforme a classificação NOVA em números absolutos e percentuais. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024).

Variáveis (n = 16)	Média	Desvio padrão	Percentual Médio (%)	Desvio padrão
Alimentos ultraprocessados	3,23	1,43	22,37	9,75
Alimentos processados	2,14	1,23	14,86	8,14
Alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados	9,02	2,33	63,14	13,41
Total de alimentos consumidos	14,33	2,33	-	-

Ao analisar apenas os alimentos ultraprocessados (Gráfico 1), foi observado a gama de produtos industrializados consumidos pelas crianças e pelos adolescentes. Dos 16 pacientes participantes da pesquisa, 12 relataram o consumo de embutidos (salsicha, linguiça, hambúrguer congelado, peito de peru, presunto ou mortadela) em pelo menos 1 dia de diário alimentar. Outros alimentos com valores significativos de consumo foram a margarina (10), os biscoitos como maizena, água e sal, tipo salgadinho ou recheados (8), pão de forma (8), sucos em caixa, pó ou diluição (7) e refrigerantes (6).

Gráfico 1 - Alimentos ultraprocessados consumidos conforme o número de participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024).



Ao realizar a análise entre os dados de consumo alimentar e as variáveis de presença ou ausência de orientação nutricional prévia a entrega do diário alimentar (Tabela 4) foi observada a associação entre o maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e a presença de orientação nutricional (p -valor = 0,01) e menor consumo de alimentos processados (p -valor = 0,03) quando comparados aos pacientes que não haviam recebido orientação nutricional.

No presente estudo não foram encontradas associações significativas entre a presença de orientação nutricional e o consumo de alimentos ultraprocessados (p -valor = 0,1). Contudo, ao analisar os dados de consumo de alimentos ultraprocessados dos pacientes estratificando em dias de semana e dia de final de semana, notou-se que o grupo de pacientes com orientação nutricional consumiam menos alimentos ultraprocessados durante a semana, mas que se equiparou ao grupo sem orientação nutricional no dia referente ao final de semana - dados não apresentados em tabelas.

Tabela 4 - Consumo de alimentos conforme a classificação NOVA segundo a presença de orientação nutricional. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (2023-2024).

Variáveis	Com orientação nutricional (n = 10)	Sem orientação nutricional (n = 6)	p-valor
Percentual de alimentos ultraprocessados consumidos	19,27 (10,01)	27,53 (7,29)	0,10
Percentual de alimentos processados consumidos	11,60 (6,65)	20,30 (7,87)	0,03*
Percentual de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados consumidos	69,43 (11,65)	52,66 (9,23)	0,01*

Variáveis contínuas: percentual médio e desvio padrão.

*Valor de p inferior a 0,05.

7 DISCUSSÃO

A população do estudo foi caracterizada por escolares e adolescentes, sendo a maioria do sexo masculino, autodeclarados pretos e pardos, residentes da Zona Norte e da Baixada Fluminense e metade da amostra apresentava algum tipo de comorbidade adjacente ao excesso de peso. Embora mais da metade da população apresentasse baixa renda, o nível de escolaridade dos pais foi considerado elevado com Ensino Médio Incompleto/Completo ou Ensino Superior.

Um terço da amostra respondeu “sim” para as duas perguntas realizadas pela TRIA, ou seja, possuíam risco de insegurança alimentar. Tais resultados concordam com os números encontrados pelo I Inquérito Sobre A Insegurança Alimentar no Município do Rio De Janeiro (2024), cujos dados apontam que 32,9% da população apresenta insegurança alimentar. Em relação ao panorama nacional, 58,7% da população se encontra em algum grau de insegurança alimentar (II VIGISAN, 2022).

Apesar da atual pesquisa identificar o risco de insegurança alimentar, tais dados foram comparados tendo em vista que, ao responder “sim” nas duas perguntas da Triagem de Insegurança Alimentar, o paciente já apresentaria no mínimo 2 pontos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Assim, com essa pontuação, o indivíduo já pode apresentar

algum grau de insegurança alimentar, sendo leve, moderada ou grave (Segall-Corrêa et al., 2014; I Inquérito Sobre A Insegurança Alimentar no Município do Rio De Janeiro, 2024).

Nesse contexto, mais da metade da amostra do presente estudo apresentou renda de até 2 salários mínimos. Em paralelo, aproximadamente dois terços dos alimentos consumidos pertenciam à classificação NOVA de *in natura* e minimamente processados, resultado que se encontra de acordo com o preconizado no Guia Alimentar para a População Brasileira visto que tais alimentos representam a base de uma alimentação nutricionalmente balanceada (BRASIL, 2014a). Assim, também se encontra na literatura evidências a respeito da associação entre o maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados com uma menor renda familiar (IBGE, 2020b; VIOLA et al., 2023).

A partir disso, vale ressaltar que durante os dias de semana, foram observadas refeições realizadas na escola, como almoço e lanche. Assim, também torna-se possível estabelecer uma relação entre o maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados com as normas preconizadas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que segue os princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira. Tal programa garante que os cardápios escolares sejam preparados tendo como base os alimentos *in natura* e minimamente processados, limitando os processados e restringindo os ultraprocessados, principalmente para crianças provenientes de famílias com renda familiar menor que frequentam as escolas públicas (Brasil, 2020).

Ao analisar fatores biológicos, a população foi marcada, em sua maioria, por crianças e adolescentes do sexo masculino autodeclaradas pretas e pardas. Em relação à influência do gênero sobre o consumo alimentar, foram encontrados resultados controversos na literatura. Lacerda et.al. (2020), que realizou um estudo transversal com escolares de 8 a 12 anos (n = 260) com o objetivo avaliar o consumo de ultraprocessados na dieta dessa população e os fatores associados, não encontrou relação entre o consumo alimentar e o sexo dos escolares brasileiro. Enquanto Melo et. al. (2022), que investigou a alimentação, conforme o grau de processamento dos alimentos, de adolescentes brasileiros matriculados em escolas públicas (n = 804), identificou um maior consumo de alimentos ultraprocessados, principalmente doces, por indivíduos do sexo feminino.

Nessa circunstância, os estudos discorrem a respeito de um maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados em indivíduos pretos e pardos enquanto indivíduos brancos consumiram mais alimentos ultraprocessados, demonstrando que o consumo alimentar também é influenciado por questões sociodemográficas (IBGE 2020b; Costa et. al., 2023).

Em virtude da escassez de estudos realizados por meio da mesma metodologia, os resultados encontrados foram comparados com dados de estudos que avaliaram o consumo de alimentos em relação ao valor energético total (VET) consumido. Entretanto, para uma análise mais aproximada, foram avaliados os resultados conforme a proporção de consumo.

A partir do diário alimentar, foi possível analisar que aproximadamente dois terços dos alimentos consumidos pelos pacientes da atual pesquisa foram representados pelos *in natura* e minimamente processados, com aproximadamente um quarto de alimentos ultraprocessados e menos de um quarto de processados. À vista disso, Oliveira, Peter e Muniz (2021), estudo realizado na zona rural do sul do Brasil, com população composta por escolares com média de idade de 13 anos (n = 462) e Ribeiro (2020), que avaliou o consumo alimentar de crianças de 7 a 10 anos em Pernambuco (n = 139), encontraram proporções similares de consumo de alimentos ultraprocessados, que variou de 31,9 a 43,43 % do VET e processados, que variou de 20 a 10,8% do VET, e de minimamente processados ou *in natura* que variou de 45,77 a 48,2% do VET. Desta forma, no presente estudo houve uma maior proporção do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados.

Em relação aos alimentos ultraprocessados consumidos nesta pesquisa, os embutidos, seguido da margarina e pão de forma, foram os tipos mais consumidos. Dados da PENSE de 2019 (IBGE, 2021) reforçam esses achados, visto que os alimentos ultraprocessados mais consumidos foram os biscoitos, os pães, os refrigerantes, a margarina e os produtos cárneos/embutidos. Além disso, 97,3% dos escolares de 13 a 17 anos relataram consumir ao menos um alimento ultraprocessado no dia anterior à pesquisa. Na POF (2017-2018), os alimentos mais consumidos pelos adolescentes, mesmo que semelhantes aos verificados nos diários alimentares, seguiu uma ordem distinta a da atual pesquisa, não sendo mencionados alto consumo de pães de forma e margarina por esse público.

Dessa forma, outro dado importante encontrado na pesquisa foi que 75% da amostra relatou consumir produtos embutidos em pelo menos um dia de diário alimentar, sendo o alimento ultraprocessado mais consumido pelos pacientes. Tal hábito apresenta diversos riscos futuros para a saúde, devido a grande quantidade de sódio, nitrato, nitritos e aditivos presentes nesses alimentos. Dessa forma, a literatura adverte sobre a relação do consumo excessivo com a maior possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas e neoplasias (INCA, 2007; Passos, 2023).

Lacerda et al. (2020) aponta que a contribuição excessiva desses alimentos na dieta dos escolares se associou positivamente com a maior prevalência de crianças com excesso de peso na amostra. Assim como encontrado por Costa et. al. (2022), que investigou a relação entre o

padrão de consumo alimentar em pré-escolares brasileiros (n = 618) e o excesso de peso, cujos resultados demonstraram a associação com o consumo moderado a alto de embutidos.

Os alimentos ultraprocessados, ao serem consumidos em proporções significativas, como encontradas no presente estudo, são associados a maior tendência ao excesso de peso e a danos à saúde do indivíduo. Pesquisas demonstram que a ingestão de tais alimentos aproximam o indivíduo de um consumo elevado de ácidos graxos, açúcares livres e sódio, superando os limites máximos de recomendação diária. Ademais, tal padrão alimentar associa-se a maior inadequação do consumo de micronutrientes como cálcio, Vitamina A e E. Dessa forma, verifica-se na literatura científica associação entre o consumo de ultraprocessados e o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a dislipidemia e a tendência a níveis pressóricos mais elevados (Souza et. al., 2016; Peres; Menezes; Bosco, 2020; Louzada et al., 2021).

Anualmente, a parcela da população pediátrica com excesso de peso tem aumentado junto à inclusão de práticas alimentares não saudáveis por ambientes que favorecem o consumo de alimentos ultraprocessados devido a sua praticidade e maior atração. Dessa forma, a baixa variedade da oferta de alimentos saudáveis como *in natura* e minimamente processados, com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em idades cada vez mais precoces têm sido associados a diferentes formas de má nutrição (Brasil, 2014a; Brasil, 2019b).

No presente estudo, identificou-se valores significativos na diferença da frequência de consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e processados ao comparar indivíduos com e sem orientação nutricional prévia. Através de um ensaio randomizado realizado com o objetivo de avaliar a efetividade de uma proposta de intervenção nutricional com base nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira no tratamento da obesidade em crianças de 7 a 12 anos (n = 101), Brandão et al. (2022) também demonstraram a importância da orientação nutricional, através de resultados na redução da obesidade em pacientes pediátricos através da orientação qualitativa e do aconselhamento nutricional via plano alimentar. Dados encontrados por Assmann et. al. (2021), por meio de um estudo de coorte retrospectivo realizado com o objetivo de avaliar as modificações de consumo alimentar, perfil nutricional e antropométrico de crianças e adolescentes com excesso de peso atendidos em um ambulatório multiprofissional, reforçam tais achados.

Contudo, não foram encontradas diferenças significativas entre o consumo de alimentos ultraprocessados entre o grupo com e sem orientação nutricional prévia, devido ao consumo equiparado desses alimentos no final de semana. Esse fato pode apresentar relação com a

maior dificuldade na constância de mudanças comportamentais e de hábitos alimentares por longos períodos, mesmo com acompanhamento nutricional (Brandão et. al., 2022).

Quanto aos méritos da pesquisa destaca-se, como ponto forte, a utilização do diário alimentar como instrumento de coleta dos dados de consumo, reduzindo a utilização do viés de memória dos pacientes e possibilitando uma estimativa mais aproximada do hábito alimentar usual, além da avaliação da relação entre o consumo de alimentos com a prática da orientação nutricional em ambulatório e a avaliação do risco de insegurança alimentar em uma população pediátrica com doenças crônicas, assuntos ainda não abordados em muitos estudos. Entretanto, esse trabalho apresentou limitações a respeito do pequeno número amostral.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir que o excesso de peso na infância e na adolescência possui relação com o consumo alimentar. Porém, os aspectos sociais, demográficos, culturais e econômicos também contribuem na influência dos hábitos alimentares e da antropometria nessa faixa etária, assim, esses também são fatores importantes no direcionamento das orientações nutricionais realizadas para cada paciente.

Dessa forma, a atual pesquisa destaca a importância e a associação da presença de um acompanhamento nutricional individualizado na melhora do padrão de consumo alimentar dos pacientes com excesso de peso atendidos no ambulatório de pediatria. Entretanto, faz-se necessário elaborar estratégias que visem uma atenção maior à alimentação realizada no final de semana, visto que, mesmo após a orientação nutricional, o consumo de alimentos ultraprocessados se concentrou em tais dias.

9 REFERÊNCIAS

ABESO. **Manifesto Cuidar de Todas as Formas**, 2019. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Manifesto.pdf>

ACCIOLY, E.; SAUNDERS C.; MARIA, E. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio De Janeiro Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2012.

ALBUQUERQUE LC, et al. **Alterações metabólicas na obesidade infantil e fatores de risco cardiovascular: uma revisão integrativa**. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2019; 7: e1953. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/1953>

ALEXANDRE, M. M. et al. **Os impactos psicossociais da obesidade infantil / The psychosocial impacts of child obesity**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 5, p. 19757–19761, 21 set. 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-106

ALMEIDA, C. A. N. et al. **Critério da Associação Brasileira de Nutrologia para diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica em crianças e adolescentes**. International Journal of Nutrology, v. 13, n. 03, p. 054–068, dez. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/s-0040-1721663.pdf>

ASSMANN, B. et al. **Evolution Of The Nutritional Profile And Lifestyle Of Children And Adolescents With Overweight Treated In A Multiprofessional Outpatient Clinic**. Residência Pediátrica, v. 11, n. 1, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/rp220621a02.pdf>

BUENO, M. B. ; FISBERG, R. M.. **Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares**, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JTydYSwt4MQvWJzFJGV38hd/?format=pdf&lang=pt>

BLEIL, S. I. **O padrão alimentar ocidental: considerações sobre as mudanças de hábitos no Brasil**, 1998. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3322764/mod_resource/content/1/o-padrao-alimentar-ocidental-consideracoes-sobre-a-mudanca-de-habitos-no-brasil.pdf

BRANDÃO, J. M. et. al. **Efetividade de uma estratégia para tratamento da obesidade infantil baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira: um ensaio randomizado**. Uerj.br, 2022. Disponível em: <https://www.btd.uerj.br:8443/handle/1/18185#preview-link0>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Atlas da Obesidade Infantil no Brasil**, 2019a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-cresce-r-saudavel/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil.** Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA : Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil : orientações técnicas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteja_estrategia_nacional_obesidade_infantil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em:
https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - versão resumida** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_inseguranca_alimentar_aps.pdf

BRASIL. **Portaria nº 483/GM/MS, de 1 de abril de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html#:~:text=linhas%20de%20cuidado.,Art.,usualmente%2C%20n%C3%A3o%20leva%20C3%A0%20cura

BRASIL. **Resolução nº 6, de 08 de maio de 2020**. Brasília: Ministério Da Educação; Fundo Nacional De Desenvolvimento Da Educação Conselho Deliberativo, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2020/resolucao-no-6-de-08-de-maio-de-2020/view#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20atendimento%20da,Nacional%20de%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20Escolar%20%E2%80%93%20PNAE.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/arquivos/protocolos-do-sistema-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional-sisvan>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**, 2019c. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico>

COSTA, J. C. et al. **Differences in food consumption of the Brazilian population by race/skin color in 2017–2018**. Revista de Saúde Pública, v. 57, p. 4, 20 fev. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzQvjwvXpSm8QTdsqjSZc5C/?lang=en>

COSTA, J. S. P. et al. **Food consumption pattern and excess weight in preschoolers: a cross-sectional study**. Rev. epidemiol. controle infecções, p. 164–170, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425910>

DE MORAES, M. M. et al. **Discouraging soft drink consumption reduces blood glucose and cholesterol of Brazilian elementary students: Secondary analysis of a randomized controlled trial.** *Preventive Medicine*, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28457714/>

DESIDERATA. **Obesidade em Foco.** Panorama Da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2023. Disponível em: <https://panorama.obesidadeinfantil.org.br/>

FOX, A.; FENG, W.; ASAL, V. **What is driving global obesity trends? Globalization or “modernization”?** *Globalization and Health*, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31029156/>

GABE, K. T. ; JAIME, P. C. . **Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n1/e2019045/>

GUEDES, D. P.; MELLO, E. R. B. . **Prevalence of overweight and obesity among brazilian children and adolescents: systematic review and meta-analysis / Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática e metanálise**, 2021. ID: biblio-1147213

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020a. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2019 /** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/840334/mod_resource/content/1/liv61273.pdf

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>

IFF - FIOCRUZ. **Síndrome Metabólica na Infância**, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/sindrome-metabolica-na-infancia/>

INCA. **O Câncer Embutido: Alerta da OMS Sobre Carcinogenicidade das Carnes Processadas Reforça Recomendação do INCA de Não Consumir Esses Produtos**, 2007. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rrc-32-prevencao-o-cancer-embutido.pdf>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **The IDF Consensus Definition of The Metabolic Syndrome in Children and Adolescents**, 2007. Disponível em: <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-31.pdf>

LACERDA, A. T. DE et al. **Participação De Alimentos Ultraprocessados Na Dieta De Escolares Brasileiros E Seus Fatores Associados**. Revista Paulista de Pediatria, v. 38, p. e2019034, 22 maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/htgFdQZ39zRM5Gy8WbZbdFz/?lang=pt>

LOPES, W. C. et al. **Consumption Of Ultra-Processed Foods By Children Under 24 Months Of Age And Associated Factors**. Revista Paulista de Pediatria, v. 38, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kFndBzThszpPyXRYvtFBzJc/?lang=pt>

LOUZADA, M. L. DA C. et al. **Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults**. Preventive Medicine, v. 81, p. 9–15, dez. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231112/>

LOUZADA, M. L. DA C. et al. **Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. suppl 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37suppl1/e00323020/pt/>

LOUZADA, M. L. DA C. et al. **Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil**. Revista de Saúde Pública, v. 49, n. 0, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dm9XvfGy88W3WwQGBKrRnXh/?lang=en>

MELO, A. S. T. et al. **Consumo alimentar de adolescentes de escolas públicas segundo grau de processamento industrial dos alimentos**. Revista de Nutrição, v. 35, p. e210078, 22 abr. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/T4MJ8nVKfwQN3sR6ZJ6Dzxxk/abstract/?lang=pt#ModalTutors>

MENEGASSI, B. ; CARDOZO, C. M. L. ; LANGA, F. R. ; MOREIRA, C. C. ; LUZ, V. G.. **Classificação de alimentos NOVA: comparação do conhecimento de estudantes ingressantes e concluintes de um curso de nutrição**, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/48711/35723>

MONTEIRO, C. A. et al. **A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 11, p. 2039–2049, nov. 2010. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-00650-z>

MONTEIRO, C. A. et al. **Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil.** *Public Health Nutrition*, v. 14, n. 1, p. 5–13, 20 dez. 2010. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/increasing-consumption-of-ultraprocessed-foods-and-likely-impact-on-human-health-evidence-from-brazil/C36BB4F83B90629DA15CB0A3CBEBF6FA>

MORIGUCHI WATANABE, L. et al. **Food and Nutrition Public Policies in Brazil: From Malnutrition to Obesity.** *Nutrients*, v. 14, n. 12, p. 2472, 15 jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35745202/>

MURRAY, C. J. L. et al. **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** *The Lancet*, London, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, Oct. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext)

OLIVEIRA, R. R.; PETER, N. B.; MUNIZ, L. C. **Consumo alimentar segundo grau de processamento entre adolescentes da zona rural de um município do sul do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1105–1114, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/1105-1114/>

OLIVEIRA VP, et al. **Reflexões sobre a relação entre resistência à insulina, diabetes mellitus e obesidade na adolescência à luz da literatura.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020;41: e2105. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2105/1415>

PINHEIRO, Ana Beatriz Vieira et al. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras.** 5. SÃO PAULO: Atheneu, 2004, 131 p.

PASSOS, E. E. G. C. DOS. **Embutidos como fator de risco para o desenvolvimento de câncer gastrointestinal: revisão de literatura.** *repositorio.undb.edu.br*, 22 jun. 2023. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/handle/areas/957>

PEDRAZA, D. F. ; SANTOS, E. E. S. dos. **“Marcadores de Consumo Alimentar E Contexto Social de Crianças Menores de 5 Anos de Idade.”** *Cadernos Saúde Coletiva*, 18 Aug. 2021, <https://doi.org/10.1590/1414-462x202129020072>. https://www.researchgate.net/publication/353987846_Marcadores_de_consumo_alimentar_e_contexto_social_de_crianças_menores_de_5_anos_de_idade

PERES, K. K.; MENEZES, R. C. R.; BOSCO, S. M. D. **Consumo de ultraprocessados: Percepção dos responsáveis de crianças em idade escolar / Ultraprocessed products consumption: Perception of school children’s responsible.** *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 18818–18833, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21761>

REDE PENSSAN. II VIGISAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**, 2022. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2022/10/14/olheestados-diagramacao-v4-r01-1-14-09-2022.pdf>

RIBEIRO, I. DA C. **Avaliação do consumo alimentar de crianças eutróficas e com excesso de peso de 7 a 10 anos de idade do município de Vitória de Santo Antão/PE : correlação entre consumo de alimentos ultraprocessados, perfil de nutrientes e fatores de risco cardiometabólicos**, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/37850>

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. **Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA**. Revista de Nutrição, v. 27, n. 2, p. 241–251, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/X9vkr9sc7WX8tH8dcWP8XPN/?lang=en>

SICHERI, R. . **Importância de dados nacionais sobre o consumo alimentar e mudanças na alimentação dos brasileiros de 2008 a 2018**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kKz7pX83rNkp6KLyPqFLHDk/?lang=pt>

SILVA, J. C. M. da. **A influência das mídias sociais sobre o comportamento alimentar**, 2021. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/30856/1/2021_JessicaCarolinaMarquesDaSilva_tc.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação** / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019. 236 p.

SOUZA, A. DE M. et al. **ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros**. Revista de Saúde Pública, v. 50, p. 5s, 23 fev. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Tx9rsC4G4DnsYRtKbzY8MnS/abstract/?lang=pt#>

SPARRENBERGER, K. et al. **Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit**. Jornal de Pediatria, v. 91, n. 6, p. 535–542, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.01.007>

USP. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA). Universidade de São Paulo (USP). Food Research Center (FoRC). Versão 7.2. São Paulo, 2023. Disponível em: <http://www.fcf.usp.br/tbca>

TIWARI, A.; BALASUNDARAM, P. **Obesity in pediatric patients**, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570626/>

TRASANDE, L.; SHAFFER, R. M.; SATHYANARAYANA, S. **Food Additives and Child Health**. Pediatrics, v. 142, n. 2, p. e20181410, 23 jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037972/>

UFRJ. **I Inquérito Sobre A Insegurança Alimentar No Município Do Rio De Janeiro**, 2024. Disponível em: <https://injc.ufrj.br/mapadafomerio/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019.** - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (135 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2023/10/Relatorio-5-ENANI-2019-Alimentacao-Infantil.pdf>

VIOLA, P. C. DE A. F. et al. **Situação socioeconômica, tempo de tela e de permanência na escola e o consumo alimentar de crianças.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 257–267, 6 jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8QRGYbbhWQHzhVDvmRwryr/?lang=pt>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheets - Malnutrition**, 2022. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition?gad_source=1&gclid=CjwKCAjww_iwBhApEiwAuG6ccD1L8MPXN3cktq99hFqN-5lE0GA38WiGGveCS8tzs3YGtkmxLKqRqRoCblkQAvD_BwE#

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas**, 2023. Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf

APÊNDICE

A. DIÁRIO ALIMENTAR DE 3 DIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
 CCBS- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG)
 ESCOLA DE NUTRIÇÃO- DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO APLICADA
 AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA- NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA
 DOCENTE RESPONSÁVEL: GABRIELLA BELFORT

DIÁRIO ALIMENTAR

Nome: _____

Data da consulta: __/__/__

APÓS O PREENCHIMENTO, ENCAMINHAR A FOTO DOS 3 DIAS DO DIÁRIO ALIMENTAR PARA O WHATSAPP DO AMBULATÓRIO: (21) 99019 - 2091

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 1 DIA

Refeição/ Local e horário	Alimentos/preparações consumidas	Quantidades/marcas
Desjejum (café da manhã)		
Colação (lanche da manhã)		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		
Beliscos durante o dia		

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 2 DIA

Refeição/ Local e horário	Alimentos/preparações consumidas	Quantidades/marcas
Desjejum (café da manhã)		
Colação (lanche da manhã)		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		
Beliscos durante o dia		

RECORDATÓRIO ALIMENTAR - 3 DIA (FINAL DE SEMANA)

Refeição/ Local e horário	Alimentos/preparações consumidas	Quantidades/marcas
Desjejum (café da manhã)		
Colação (lanche da manhã)		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		
Beliscos durante o dia		

Exemplo - acrescentar o nome das marcas dos produtos industrializados (embalados) utilizados:

Refeição/ Local e horário	Alimentos/preparações consumidas	Quantidades/marcas
Desjejum (café da manhã)	Pão de forma da marca Plusvita + requeijão da marca Vigor + Café com Leite Desnatado da marca Molico	2 fatias 1 ponta de faca 1 xícara