

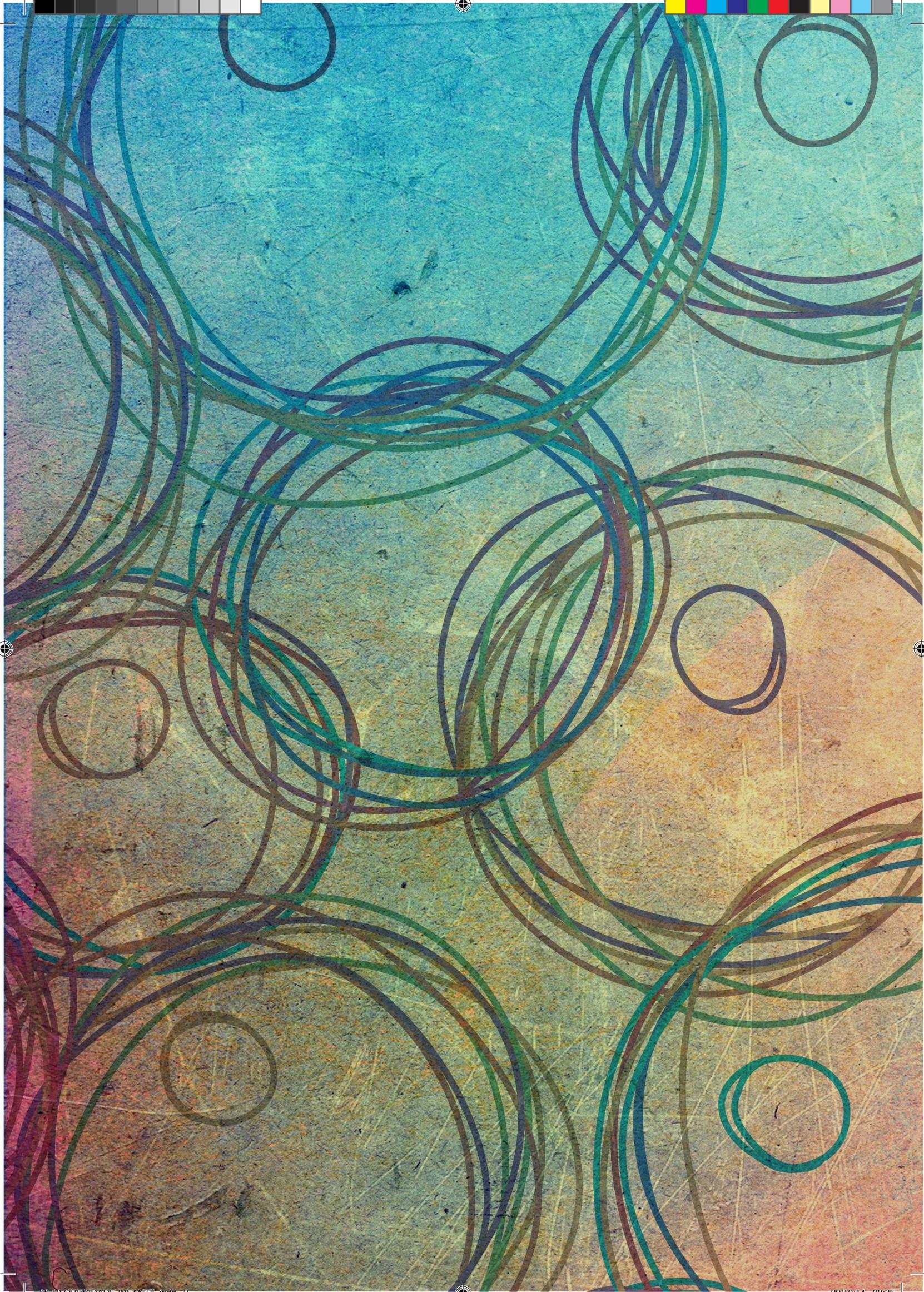


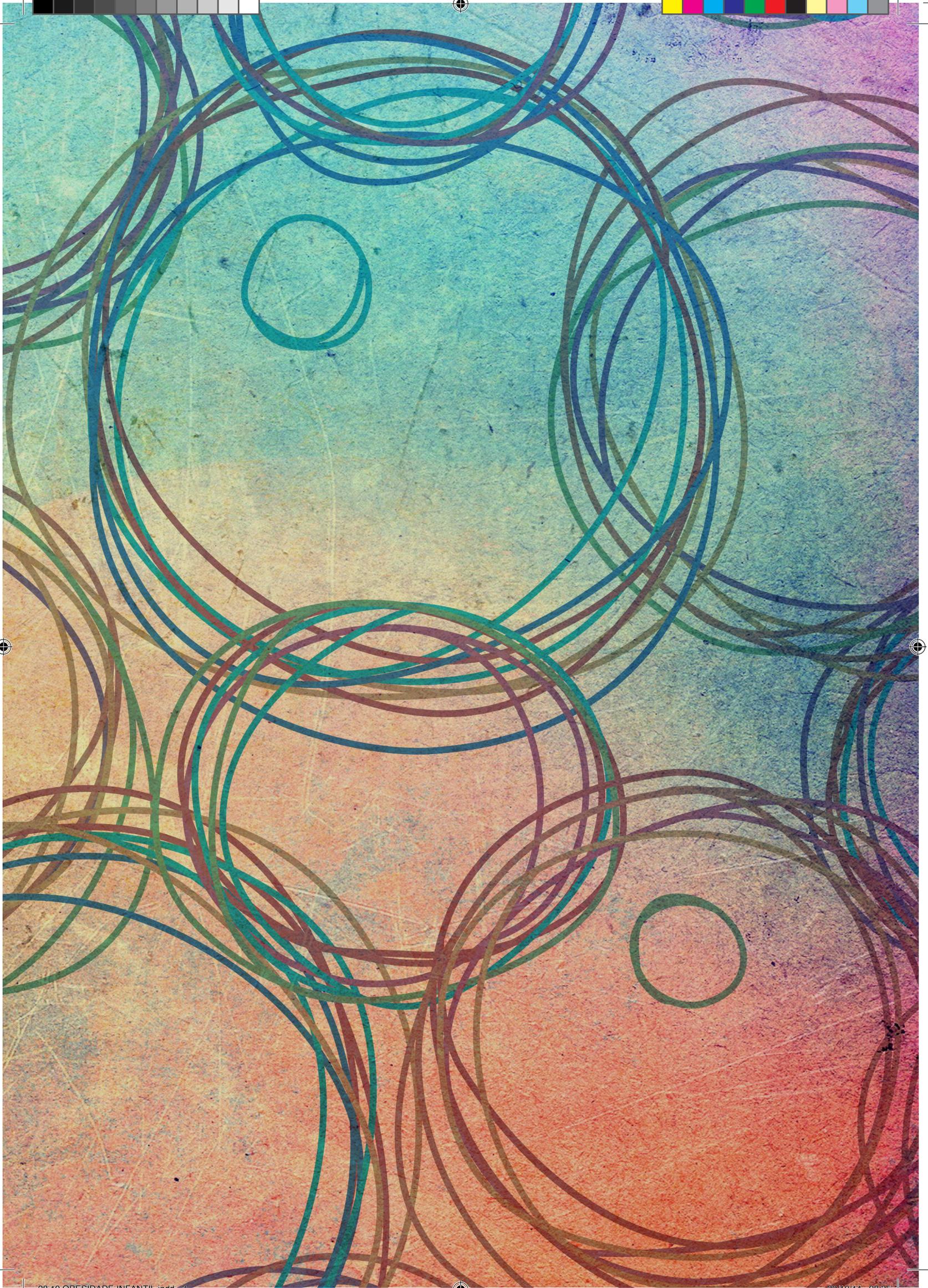
REDE NACIONAL
PRIMEIRA
INFÂNCIA
www.primeirainfancia.org.br

PLANO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA
PROJETO OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Mapeamento da Ação
Finalística “Criança com Saúde”

*Obesidade na
Primeira Infância*





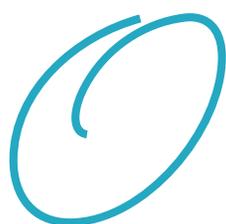




Apresentação

Rede Nacional Primeira Infância

Missão: articular e mobilizar Organizações e pessoas para defender e garantir os direitos da Primeira Infância – criança de até seis anos de idade.



Os caminhos para concretizar essa missão são diversos e completos, se traçarmos com base as considerações do que a RNPI tomou como uma de suas principais estratégias até 2022: ter o Plano Nacional Pela Primeira Infância (PNPI) referenciado nas políticas públicas para crianças até seis anos nas distintas infâncias brasileiras, nas esferas

federal, estaduais, distrital e municipal.

As 13 Ações Finalísticas do PNPI norteiam a primazia de receber proteção e defesa dos direitos da criança e as 05 Ações Meio indicam como a Rede poderá conquistar o espaço de legitimação ampla do PNPI, junto ao governo e à sociedade civil, e mobilizar Estados e Municípios para executar seus planos na Primeira Infância.

O Projeto Observatório Nacional Primeira Infância é uma das possibilidades escolhidas pela RNPI que permite o monitoramento desse Plano Nacional, por ser um instrumento de observação, análise e planificação de estratégias, a curto e médio prazos, das 13 ações finalísticas, produzindo um “estado das práticas” sobre as distintas infâncias (Primeira Infância) brasileiras.

Para isto, alguns objetivos foram traçados na execução deste Primeiro Módulo; entre eles, ressaltamos o estudo quantitativo de duas ações finalísticas do PNPI e a disseminação do conhecimento produzido.

Nossa intenção em produzir e publicar estudos é contribuir a melhor promoção dos direitos da Primeira Infância, assim como ao desenho de políticas públicas sustentáveis e culturalmente acessíveis.

Acreditamos que disseminar o conhecimento da Ação Finalística Criança com Saúde – Tema: Obesidade na Primeira Infância para distintas instâncias governamentais, sociedade civil, público beneficiário direto e indireto fomentará novas ações de cidadania para as crianças brasileiras.

Agradecemos à Nutrociência e Equilibrium Consultoria – Saúde & Nutrição pela parceria na produção deste Mapeamento e Relatório.

Rede Nacional Primeira Infância
Setembro, 2014

Sumário

ÍNDICE

1. CONCEITO	3
2. EPIDEMIOLOGIA	3
3. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	5
4. FATORES DE RISCO E ASSOCIADOS AO EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA	6
5. PREJUÍZOS PARA A SAÚDE	13
6. PROGRAMAS, PROJETOS, AÇÕES E/OU POLÍTICAS PÚBLICAS EM EXECUÇÃO	14
6.1. Programa de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).....	15
6.2. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	15
6.3. Promoção da alimentação saudável.....	15
6.2.1 Ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.....	15
6.2.2. Ações de promoção da alimentação saudável nas escolas.....	17
7. INSTITUTOS, ORGANIZAÇÕES (PÚBLICAS, PRIVADAS OU NÃO GOVERNAMENTAIS), ESPECIALIZADAS EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO, CURATIVOS E INFORMATIVOS	19
7.1 AMIL – Portal Saúde 360.....	19



7.2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)	19
7.3. Instituto da Criança HCFMUSP	19
7.4. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs)	20
7.5. Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)	20
7.6. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.....	20
7.7. Hospital Infantil Sabará.....	20
7.8. Instituto Alana	21
7.9. Instituto Movere	21
7.10. Pastoral da Criança.....	21
7.11. Sociedade Brasileira de Cardiologia.....	22
7.12. Sociedade Brasileira de Pediatria	22
7.13. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).....	22

8. LEIS NORMATIVAS SOBRE O TEMA (ESFERA FEDERAL) E OUTRAS ESPECÍFICAS (ESTADUAIS)	22
8.1. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno	23
8.2. Promoção da alimentação saudável nas escolas	23
8.3. Regulamentação da comercialização de alimentos em cantinas escolares.....	24
8.4. Regulação e controle de alimentos	25

9. CONCLUSÕES	27
----------------------------	----

FICHA TÉCNICA**REALIZAÇÃO****Rede Nacional Primeira Infância – RNPI****ORGANIZAÇÃO/COORDENAÇÃO****Secretaria Executiva da RNPI – Biênio
2013/14 – Instituto da Infância – IFAN**Luzia Torres GerosaLaffite
Paula Tubelis
Shaila Naiara Vieira Maia
Vital Didonet**ELABORAÇÃO TÉCNICA/AUTORES**Nutrociência Assessoria em Nutrologia
– Prof. Mauro Fisberg, Rachel Machado
e Gabriela Possa**Equilibrium Consultoria** – Carolina
Godoy, Cynthia Antonaccio e Natália
Sanches**Colaboradores:** CEIAs – Evelyn
Eisenstein**REVISÃO DE TEXTOS**

Isabel Albuquerque

APOIO FINANCEIROObservatório Nacional Primeira
Infância:
Fundação Abrinq – SaveTheChildren
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
Fundação José Luiz Egydio Setúbal
Instituto Alana**PROJETO GRÁFICO E DESIGN**

Andrea Araújo e Mariana Araújo

**Secretaria Executiva da RNPI – biênio
2013/14****Instituto da Infância – IFAN**Av. Padre Antônio Tomás, nº 2420 –
Edifício Diplomata, sala 1405/06

CEP: 60.140-160, Aldeota, Fortaleza/CE

Telefone: +55 (85) 3268-3979

E-mail: secretariaexecutiuarmpi@
primeirainfancia.org.brSite: www.primeirainfancia.org.br

Setembro, 2014

Projeto: OBSERVATÓRIO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Tema: OBESIDADE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

JUSTIFICATIVA

A obesidade, caracterizada pelo acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, é uma doença crônica, complexa e de etiologia multifatorial. A importância desta condição na infância ocorre em função da complexidade do tratamento e da elevada possibilidade de persistência deste quadro na vida adulta e da sua associação a outras doenças não transmissíveis, ainda em idades precoces. A presença destes fatores de risco na infância acelera o processo de aterosclerose e o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Neste sentido, a proposta do presente trabalho é realizar o mapeamento do tema da Obesidade na Primeira Infância, a partir da compilação dos dados e informações referentes à faixa etária de zero a seis anos, e, com base neste, recomendar e propor planos de ação sobre a temática. Espera-se que estas recomendações possam ser disseminadas para diferentes instâncias a fim de fomentar ações de cidadania para crianças de até seis anos de idade pela Rede Nacional Primeira Infância.

OBJETIVO

Geral: Realizar o mapeamento do tema Obesidade na Primeira Infância – referência à Ação Finalística Criança com Saúde, Plano Nacional da Primeira Infância – Rede Nacional Primeira Infância. Projeto de Parceria entre a Nutrociência Assessoria em Nutrologia SS Ltda. (ligada ao Instituto Pensi- Fundação José Luiz Setúbal- Hospital Infantil Sabará), Equilibrium Consultoria, e Evelyn Eisenstein (Centro de Estudos Integrados, Infância, Adolescência e Saúde – CEIIAS). Específicos: Definir obesidade na primeira infância: fatores etiológicos, fatores associados classificação e critérios diagnósticos;

- * Descrever os riscos para a saúde da criança obesa;
- * Descrever o cenário epidemiológico correspondente na população brasileira;
- * Descrever a epidemiologia nacional da obesidade na primeira infância de forma global e segundo variáveis demográficas e socioeconômicas;
- * Descrever e analisar o cenário técnico-científico da obesidade na primeira infância no Brasil, bem como a disponibilidade de dados;
- * Delimitar os indicadores nutricionais nacionais e bancos de dados relacionados a ele existentes
- * Recomendar e propor planos de ação voltados às informações levantadas no mapeamento

1. Conceito

A obesidade, caracterizada pelo acúmulo de tecido gorduroso regionalizado ou em todo o corpo, é uma doença crônica, complexa e de etiologia multifatorial, resultante, na maioria dos casos, da associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais(1).

2. Epidemiologia

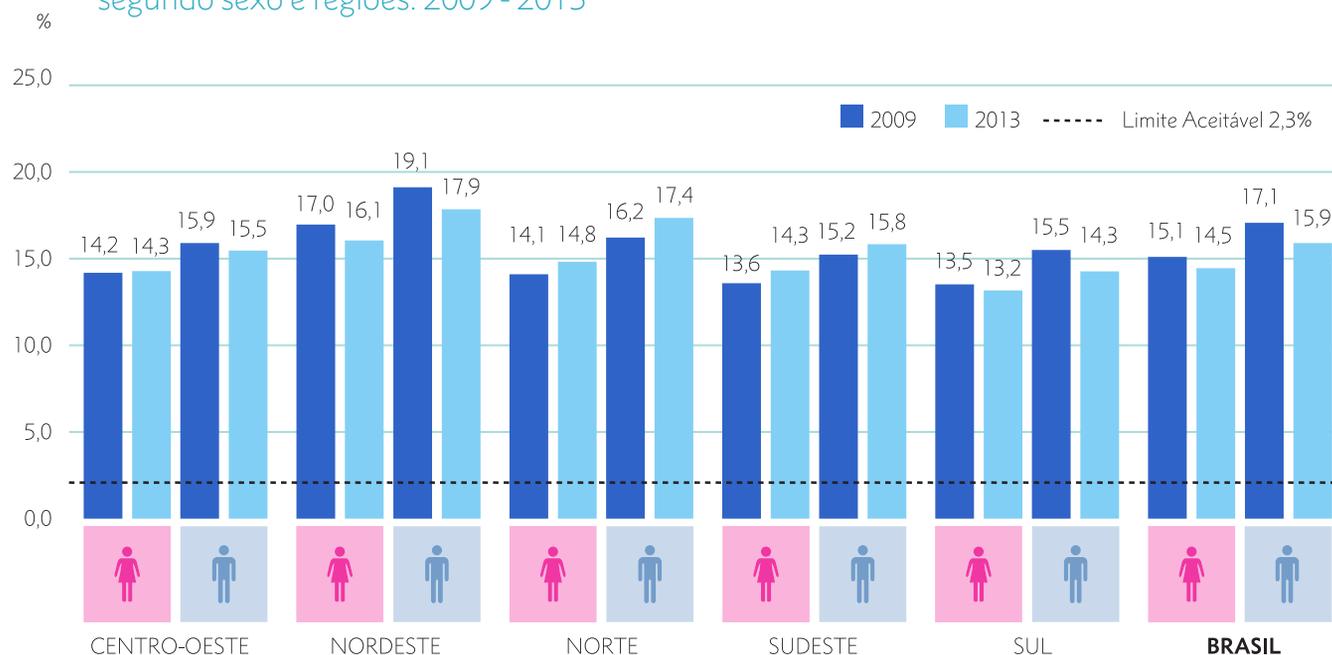
Estima-se que cerca de 3,8 milhões (cerca de 9,7%) de crianças menores de cinco anos na América Latina apresentem excesso de peso (sobrepeso e/ou obesidade). Dados de diferentes países e pesquisas demonstram aumento nesta prevalência(2), corroborando informações do relatório da OPAS(3), que demonstra aumento de 50% nas taxas de obesidade entre crianças na primeira infância, nos últimos 15 anos, em países como El Salvador, República Dominicana, Peru e países caribenhos. No Brasil, dados oficiais do SISVAN(4), baseados no índice IMC/idade, demonstram aumento de 0,94% no risco de sobrepeso, redução de 0,29% no diagnóstico de sobrepeso e de 0,68% no de obesidade, nos últimos cinco anos, entre crianças na primeira infância, conforme a Figura 1. A prevalência de excesso de peso reduziu-se em 0,97% neste mesmo período (2009-2013) e atinge cerca de 15% da população em 2013, valor 56% maior comparado ao encontrado por Rivera et al., em revisão sistemática de trabalhos em cinco países da América Latina(2). Todas as regiões do país superam prevalências consideradas aceitáveis (2,3%), sendo a região Nordeste a que apresentou maiores prevalências de sobrepeso e obesidade (8,4% e 8,5%, respectivamente) no ano de 2013.

Figura 1.: Prevalência (%) de sobrepeso, obesidade e risco para excesso de peso entre crianças brasileiras menores de cinco anos segundo região geográfica (2009 - 2013)



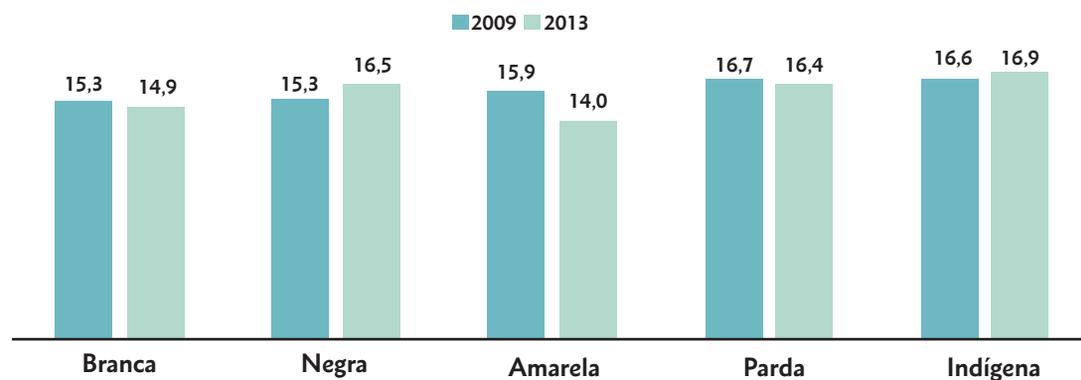
Quando estratificada pelo sexo, os dados de 2013 demonstram maior prevalência de excesso de peso no sexo masculino (15,9%), em relação ao feminino (14,45%). No entanto, para ambos os sexos ocorreu redução percentual das prevalências de excesso de peso nos últimos cinco anos. Em relação ao risco para sobrepeso, entretanto, ambos os sexos apresentaram aumento da prevalência no período (de 0,79% para meninos e 1,14% para meninas), reforçando a necessidade de intervenções precoces que corrijam a velocidade de ganho de peso das crianças antes do diagnóstico de sobrepeso. As regiões Nordeste e Norte se mantêm como as mais prevalentes em casos de excesso de peso para ambos os sexos, conforme demonstra a Figura 2.

Figura 2: Prevalência (%) de excesso de peso em crianças menores de cinco anos segundo sexo e regiões: 2009 - 2013



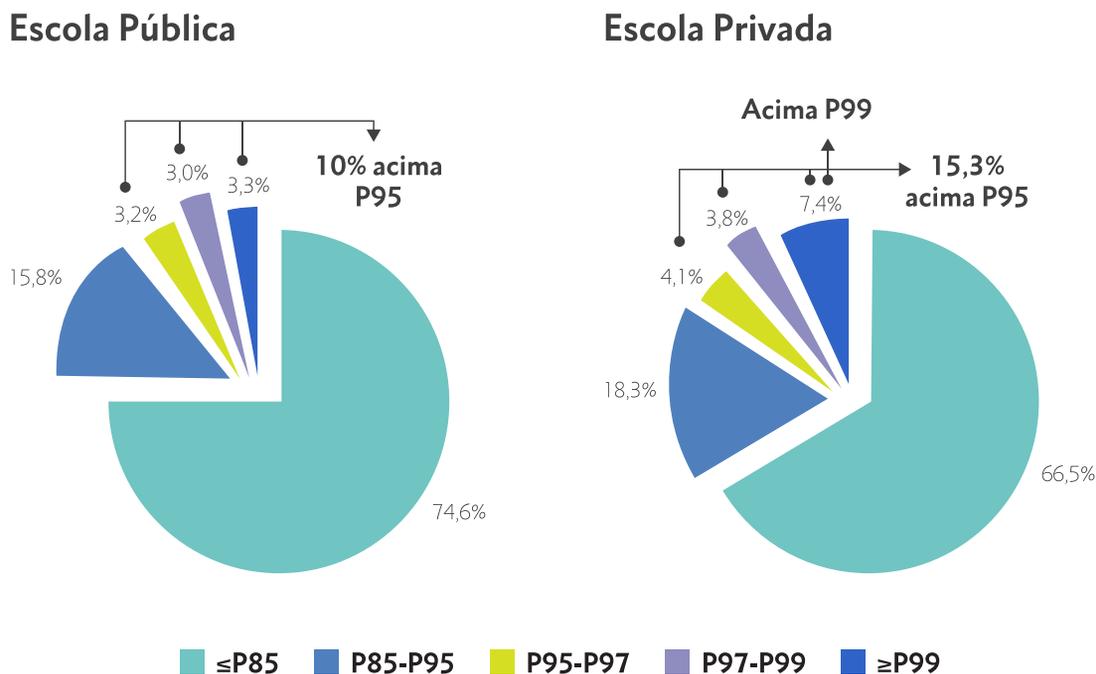
Em relação à raça, em 2013 foi verificada maior prevalência de excesso de peso nas crianças indígenas (16,87%). Quanto à evolução do excesso de peso no período 2009-2013, observa-se aumento das prevalências entre as crianças de raça negra (1,16%) e indígena (0,25%) e redução nas raças branca (0,42%), amarela (1,87%) e parda (0,27%), conforme destacado na Figura 3.

Figura 3: Prevalência nacional de excesso de peso (%) segundo a raça (2009 - 2013)



Bueno et al. destacam perfil semelhante no único estudo de prevalência (Estudo Nutri-Brasil Infância) de abrangência nacional nos últimos cinco anos, realizado com 3058 crianças menores de 6 anos de escolas públicas e privadas. Foi observada prevalência de 7,5% de excesso de peso na população (Figura 4, Anexo 2), sendo 18% maior entre as crianças de escolas privadas em relação àquelas frequentando escolas públicas (32,2% v 26,3%; $p < 0,05$) (Figura 5, Anexo 2). A tendência para o excesso de peso é claramente observada na curva de distribuição do estado nutricional das crianças, sobreposta à curva referencial, demonstrada na Figura 6 (Anexo 2)(5).

Figura 4. Estado nutricional e prevalências (%) em crianças menores de cinco anos, segundo escola pública ou privada: 2013.



* Análise segundo: OMS 2007

Dados comparativos da última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008/2009) a respeito do peso de crianças menores de 10 anos demonstram que a curva de evolução do peso mediano ultrapassa o padrão preconizado pela OMS(6). Há evidências de que os dados de estatura não foram suficientemente precisos em crianças abaixo de cinco anos de idade, motivo pelo qual a POF não disponibiliza análises do índice IMC/idade para esta população. Apesar do índice Peso/Idade não ser o preconizado para a avaliação de excesso de peso em crianças, os dados indicam tendência de ganho obtido nas medidas de peso muito superiores aos ganhos com as medidas das alturas, considerando-se informações de inquéritos do ENDEF 1974-1975, PNSN 1989 e da POF 2008-2009 (Anexo 3), o que confirma a tendência de excesso de peso apresentada pelo SISVAN e pelo estudo Nutri-Brasil Infância(5). A curva das crianças residentes em áreas urbanas ultrapassa o padrão internacional de referência, independente do sexo, enquanto as crianças residentes nas áreas rurais apresentam curva quase que sobreposta à padrão. Em relação a comparações sob o ponto de vista socioeconômico, a POF não disponibiliza dados relacionados ao excesso de peso nesta faixa etária, dada as razões mencionadas acima. Ainda sim, nota-se forte tendência na redução de prevalências de déficit de estatura (indicador de desnutrição) com o aumento da renda (8,2% no estrato de menor renda para 3,1% no estrato de maior renda), o que denota a forte determinação que a renda familiar exerce sobre o estado nutricional infantil no Brasil. Entre crianças de cinco a nove anos, entretanto, dados confirmam a tendência de redução de indicadores de desnutrição e demonstram correlação entre o excesso de peso e renda: a prevalência de excesso de peso aumentou três vezes em ambos os sexos, do menor para o maior estrato de renda. Resultados de outros estudos de prevalência de abrangência nacional e associações com sexo, idade, dados socioeconômicos e territorialidade estão descritos no Anexo 4 e sugerem que a distribuição da população infantil na primeira infância acompanhe a tendência demonstrada pela POF para as crianças maiores.

3. Critérios diagnósticos

O diagnóstico do excesso de peso em crianças se dá através do índice IMC/idade. Entretanto, sabe-se

que a utilização deste método isoladamente pode subestimar o risco à saúde, uma vez que o IMC não indica distribuição da gordura corporal dos indivíduos, mas somente indica um peso excessivo em relação ao crescimento linear(7). Neste sentido, é imprescindível avaliar a criança sob diferentes óticas (como dados de composição corporal relacionados aos níveis de adiposidade central nas crianças, hábitos alimentares obesogênicos, dados de pressão arterial e resultados bioquímicos), a fim de se triar aquelas em risco para o excesso de peso e de se planejar ações preventivas e de intervenção precoce.

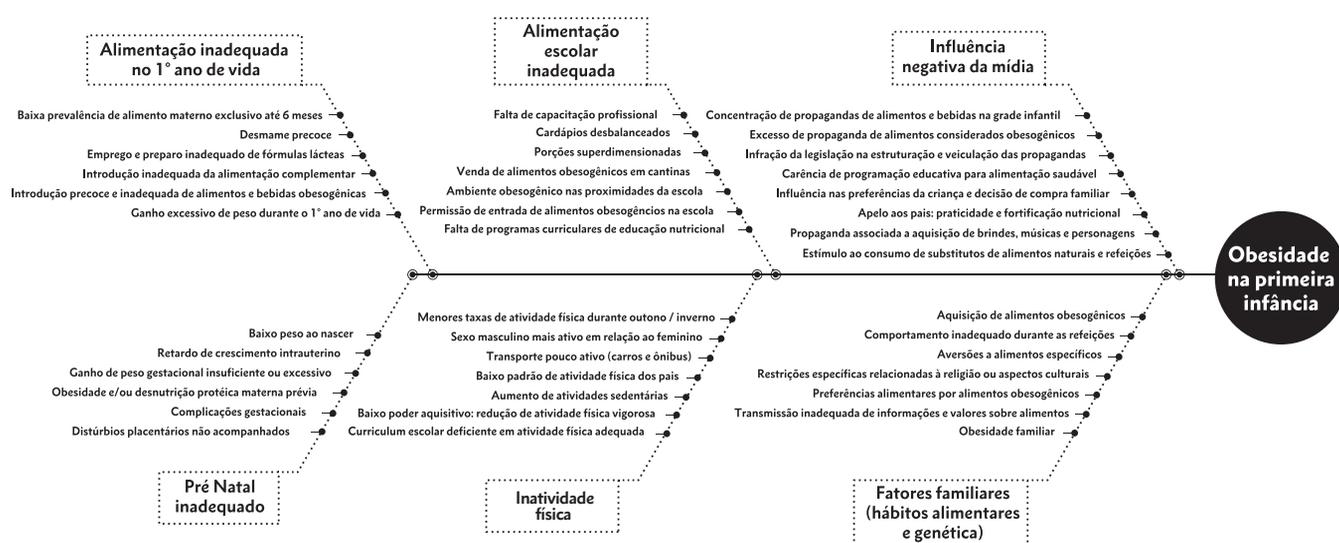
A adoção de critérios diagnósticos para o excesso de adiposidade em crianças tem se tornado um desafio, pois o crescimento e desenvolvimento tecidual e de compartimentos corporais (como massa óssea, muscular e adiposa, e concentração de água corporal), bem como o amadurecimento sexual característicos da infância dificultam o estabelecimento de padrões antropométricos, especialmente para crianças menores de cinco anos. Além disso, alguns parâmetros comumente utilizados na avaliação de adultos não apresentam referências para todos os grupos de idade ou são recomendados para grupos populacionais específicos, limitando ainda mais os critérios disponíveis(8). Os critérios atualmente sugeridos para avaliação do estado nutricional e da composição corporal de crianças menores de cinco anos, assim como para avaliação bioquímica, clínica e alimentar estão descritos no Anexo 5.

4. Fatores de risco e associados ao excesso de peso na infância

Na infância, alguns fatores são determinantes para o estabelecimento da obesidade: o desmame precoce, o emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, a introdução precoce de alimentos não recomendados, o aumento desmedido do ganho de peso gestacional, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar(9). As Diretrizes Brasileiras de Obesidade também(10) descrevem situações que se associam à obesidade, tais como obesidade dos pais, sedentarismo, baixo peso e excesso de peso ao nascer, interrupção precoce do aleitamento materno e fatores relacionados ao crescimento.

Desta forma, o objetivo desta seção é discorrer sobre os principais fatores de risco e associados ao excesso de peso na primeira infância, demonstrados em conjunto na Figura 7, abaixo, bem como sugerir indicadores que possam fomentar futuras pesquisas e planos de ação para cada tema.

Figura 7. Fatores de risco e associados ao excesso de peso na primeira infância, diagrama de Ishikawa.



4.1 PRÉ-NATAL INADEQUADO

O ambiente intrauterino é um fator importante na determinação do quadro de obesidade infantil e adulta. O excesso de adiposidade materna durante a gestação modula o metabolismo fetal, gerando lipotoxicidade e disfunção endotelial(11, 12). No outro extremo, a desnutrição materna aumenta a exposição ao cortisol, amadurecendo os tecidos fetais precocemente, favorecendo a restrição do crescimento intrauterino (RCIU) e a suscetibilidade à hipertensão, resistência insulínica e obesidade(13, 14).

Estudos demonstram relação entre peso pré-gestacional, ganho de peso gestacional e presença de obesidade na primeira infância, bem como entre ganho de peso gestacional insuficiente e risco aumentado de prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN) e RCIU(12, 15-17). A partir do 2º trimestre gestacional, ganho de peso materno acima de 500g semanais está associado ao aumento do IMC, adiposidade, aumento de marcadores inflamatórios, pressão arterial e perfil lipídico nas crianças menores de nove anos. Dislipidemias, aumento da pressão arterial e inflamação também se associaram ao ganho de peso materno insuficiente(17). Revisão sistemática de 45 artigos(12) aponta associação positiva entre obesidade pré-gestacional, ganho de peso gestacional excessivo e obesidade na primeira infância. Nota-se carência de estudos brasileiros que relacionem outros fatores relacionados ao pré-natal, além de BPN, à obesidade no pré-escolar. Outros estudos estão listados no Anexo 6.

No tocante ao histórico materno de planejamento familiar, dados (Anexo 6) demonstram correlação do excesso de peso na primeira infância com avanço da idade e escolaridade materna. Entretanto, ressalta-se que a gestação na adolescência (ainda de extrema relevância epidemiológica, atingindo cerca de 20% da população abaixo de 20 anos e totalizando 550 mil partos anuais) gera enorme suscetibilidade aos fatores de risco para a obesidade infantil mencionados acima (prematuridade, BPN e RCIU), dada a imaturidade fisiológica da mãe, e maior vulnerabilidade socioeconômica(157). Adicionando-se a estes fatores as altas prevalências de obesidade na adolescência atuais, observa-se um contexto de risco ainda maior, que requer monitoramento e políticas de prevenção constantes. Apesar da relação entre gestação na adolescência e obesidade materna na vida adulta já ter sido demonstrada na literatura, conforme documento da Abeso (2013)(158), há escassez de estudos que relacionem a idade precoce na gravidez ao excesso de peso infantil, especialmente na primeira infância.

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Peso ao nascer;
- * Restrição de Crescimento Intrauterino;
- * Velocidade de ganho de peso gestacional;
- * Classificação de desnutrição/obesidade materna prévia.
- * % da população participante de programas de planejamento familiar e prevalência de gestações adolescentes.





Planos de ação

- * Intervenções nutricionais para promoção do peso pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação adequados;
- * Promoção de atendimento multidisciplinar no pré-natal e planejamento familiar;
- * Estímulo ao pré-natal precoce;
- * Mapeamento detalhado da situação no país, considerando todos os indicadores mencionados.



4.2 ALEITAMENTO MATERNO (AM)

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e manutenção da amamentação até os dois anos de idade(18). Entretanto, dados nacionais mostram mediana de tempo de AME de 1,8 meses. Além disso, o início do processo de desmame ocorre ainda nas primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites(19). Cada mês de AM está associado com redução de 4% no risco de desenvolvimento do excesso de peso(20). Owen et al.(21) encontraram associação entre AM e redução do risco de obesidade em 16%. Observa-se efeito protetor do AM contra a obesidade infantil entre estudos nacionais, listados no Anexo 6. Entre os mecanismos através dos quais o AM exerce este efeito estão: adequada composição nutricional, presença de substâncias que modulam a homeostase energética (leptina, adiponectina e grelina), além de mecanismos hormonais, comportamentais(22) e do imprinting metabólico(23).

As fórmulas infantis são recomendadas quando da impossibilidade da continuidade do AM, devendo satisfazer as necessidades nutricionais do lactente(24). Fórmulas com maior conteúdo proteico podem promover maior ganho de peso, conforme observado por estudo europeu que avaliou 1.138 lactentes saudáveis por 24 meses e apontou que as crianças recebendo fórmulas com maior teor proteico apresentaram maior IMC nos dois primeiros anos de vida(25). Observou-se em coorte com lactentes em AM dos zero-seis meses que estes ganharam peso, comprimento e adiposidade mais lentamente, independentemente da idade de introdução de alimentos sólidos e fatores maternos, em relação aos que recebiam fórmula(26).

Alguns fatores estão associados à interrupção precoce do AME e do AM, como escolaridade materna inferior a 8 anos e idade inferior a 20 anos, trabalho materno fora do domicílio, a não oferta do leite materno na primeira hora de vida, uso de chupeta, ausência materna ao pré-natal e ter residência na área urbana(27-30).

Planos de ação

- * Programa de incentivo do AME nos primeiros meses de vida e da manutenção do AM até os dois anos de idade;
- * Investimento para a formação e atualização dos profissionais de saúde;
- * Incentivo a Hospitais Amigos da Criança e AM na 1ª hora;
- * Melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil, ampliação do acesso ao pré-natal e da rede de proteção às mães que trabalham fora do domicílio são medidas de extrema importância para o aumento nos índices de aleitamento materno.

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Presença de AM;
- * Tempo de AME até os seis meses de vida;
- * Tempo de AM total;
- * Emprego e diluição de fórmulas infantis;
- * Ao menos 50% de hospitais do país credenciados como Hospitais amigos da Criança(3).

4.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A alimentação da criança nos primeiros anos de vida pode ser um dos fatores de prevenção do desenvolvimento da obesidade(31). A alimentação complementar é recomendada a partir dos seis meses, em adequada qualidade e quantidade, frequência e consistência(18), e os alimentos considerados obesogênicos devem ser evitados nos primeiros anos de vida. No entanto, estudos nacionais (Anexo 6) demonstram a precocidade do consumo destes alimentos, aumentando o risco para o desenvolvimento de obesidade. Este quadro é preocupante, uma vez que as preferências alimentares adquiridas nesta fase poderão perdurar, conforme sugere Skinner (32) em acompanhamento de crianças dos dois até os oito anos de idade, ao observar que os padrões de preferência e consumo mantiveram-se dessa idade até os oito anos.

A literatura evidencia a relação entre o consumo excessivo de alimentos e bebidas obesogênicas e obesidade. Em pré-escolares americanos observou-se associação positiva entre o consumo de bebidas adoçadas e IMC, além de risco de 4% de desenvolver sobrepeso a cada 30ml adicionais de bebidas adoçadas consumidas(33). Crianças com alto consumo de alimentos ricos em energia e gordura e pobre em fibras apresentou quatro vezes mais risco de desenvolver excesso de adiposidade corporal nos anos posteriores(34).

Características como baixa escolaridade materna, mães com trabalho fora de casa, presença de irmãos mais velhos, idade materna inferior a 25 anos, mãe residindo sozinha no momento do nascimento da criança e baixo nível socioeconômico também são associadas ao consumo precoce de alimentos obesogênicos(35-39).

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Idade de introdução da alimentação complementar;
- * Consumo de alimentos não recomendados por crianças menores de dois anos de idade.

Planos de ação

- * Ações de aconselhamento dietético para mães, especialmente nos segmentos identificados com consumo elevado de alimentos e bebidas com alta densidade energética;
- * Investimentos para a formação e atualização dos profissionais.



4.4 GANHO DE PESO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Evidências indicam que o rápido ganho de peso nos primeiros anos de vida pode ser fator de risco para excesso de peso na infância. Crianças com rápido ganho de peso no primeiro ano de vida apresentaram nove vezes mais chance de serem obesas e 31 vezes mais chance de serem extremamente obesas durante a primeira infância(40). Outros estudos apontam que crianças no maior quintil de ganho de peso mensal entre o nascimento e os cinco meses apresentaram maior risco de desenvolver excesso de peso aos 4,5 anos de idade (OR = 1,8)(41). Matos et al. encontraram associação entre a velocidade de ganho de peso em diferentes intervalos de idade e ocorrência de excesso de peso na idade pré-escolar e escolar, com aumento gradativo do risco conforme aumento da idade (até 12 meses RR = 1,36; > 12 a 18 RR = 1,68; > 18 a 24 RR = 2,05; > 24 a 60 meses RR = 2,08)(42). A relação entre ganho de peso nos primeiros meses de vida e excesso de peso na infância se dá pela predisposição genética para serem maiores e pelo ambiente, que favorece o ganho de peso excessivo contínuo. Além disso, o período do nascimento aos seis meses de vida é considerado crítico, já que é um momento com intensa formação do tecido adipocitário, desenvolvimento de funções endócrinas e secreção transitória de hormônios com efeitos anabólicos(42). Ressalta-se que o excesso de peso é o resultado da associação destes fatores(40).

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Velocidade de ganho de peso nos primeiros anos de vida.

Planos de ação

- * Formação e atualização de profissionais de saúde quanto à importância do acompanhamento constante do estado nutricional e da velocidade de ganho de peso nos primeiros anos de vida;
- * Elaboração de programas de aconselhamento nutricional precoce.



4.5 ALIMENTAÇÃO ESCOLAR INADEQUADA

A promoção da alimentação saudável dentro do ambiente escolar contribui para o controle e diminuição da prevalência de excesso de peso(43, 44). No Brasil, o acesso aos alimentos no ambiente escolar se dá pelas refeições oferecidas pela escola, alimentos trazidos de casa e/ou em cantinas(45).

Estudos mostram que a maioria dos alimentos vendidos nas cantinas escolares é considerada obesogênica, apesar da existência de normas que regulamentem sua venda(44, 45). Escolares brasileiros que consomem alimentos oferecidos nas cantinas têm 56% maior chance de desenvolver excesso de peso e 82% maior risco de obesidade(46). Lanches disponíveis nas máquinas automáticas também foram negativamente associados ao consumo de frutas por adolescentes(45). O planejamento dietético das refeições oferecidas no ambiente escolar também tem impacto importante neste cenário: a literatura internacional demonstra impacto positivo e redução de 47kcal/dia com a redução no tamanho das porções oferecidas na escola(44). Bueno et al. demonstraram com 3.058 pré-escolares brasileiros em regime escolar integral (em que as principais refeições são oferecidas na escola) que havia consumo excessivo de gorduras saturadas e sódio, insuficiente em fibras e micronutrientes(5). Outros estudos estão listados no Anexo 6.

Ações de educação alimentar e nutricional parecem influenciar nas escolhas alimentares saudáveis, especialmente quando realizada de forma continuada e rotineira. Em estudo de intervenção educacional com escolares, foi encontrado efeito positivo da intervenção na preferência por frutas e ($p=0,048$) e no consumo de guloseimas ($p=0,043$)(44).

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Cumprimento da legislação dos programas de alimentação escolar e cantina saudável, em mínimo de 70% dos estabelecimentos do país(3)
- * Consumo alimentar do pré-escolar nas dependências da escola;
- * Alimentos comercializados nas dependências escolares;
- * Números de escolas do país com inclusão de programadas curriculares de educação nutricional(3).

Planos de ação

- * Estabelecimento do porcionamento adequado das refeições pré-escolares;
- * Aumento fiscal sobre a venda de produtos obesogênicos;
- * Restrição/proibição da presença de máquinas automáticas nas propriedades escolares e/ou utilização de estratégias alternativas para promoção da alimentação saudável (exemplo, substituição de máquinas automáticas por máquinas com alimentos saudáveis);
- * Fiscalização e monitorização dos programas de alimentação escolar e cantinas comerciais;
- * Inclusão de programa curricular de educação nutricional;
- * Monitoramento dos estabelecimentos alimentícios ao redor do ambiente escolar (ambulantes, etc.);
- * Não permissão de alimentos externos nas dependências da escola;
- * Educação familiar sobre o tipo de refeição que deve ser enviado de casa.





4.6 INATIVIDADE FÍSICA

A atividade física na primeira infância atua na regulação do desenvolvimento, prevenção do excesso de peso(47), favorece o bom desenvolvimento físico, motor, social e psicológico, adequado balanço energético, menor adiposidade corporal, melhor densidade óssea e menores níveis de sedentarismo durante a adolescência e vida adulta(48, 49).

O Instituto de Medicina dos EUA(50) recomenda atividade física não estruturada (brincadeiras livres e ativas) por 15 minutos a cada hora, e mínimo de 30 ou 60 minutos diários estruturados (programas escolares com duração de meio período ou integrais, respectivamente)(47). Já entidades europeias recomendam mínimo de 60 minutos de atividade física vigorosa diária(49). Novos Guidelines internacionais estimam necessidade mínima de 180min de atividades diárias, sem especificar a intensidade ou tipo, maximizando as atividades da criança(48).

Estudos internacionais evidenciam escassez de trabalhos com intervenções neste grupo etário(51). Diversas revisões sistemáticas demonstram que menos de 60% de pré-escolares atingem os requerimentos mínimos(47, 48, 51). Outros estudos estão listados no Anexo 6.

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Mínimo de 70% de pré-escolas com programas de estímulo à atividade física(3), segundo modelo alemão(48): 1) Política de apoio à atividade física descrita em edital, estruturadas atividades semanais; 2) Mínimo de um profissional de educação física no corpo de professores; 3) Estrutura física adequada; 4) Programa estruturado e aplicado na pré-escola por período mínimo de dois anos;
- * Padrão de atividade física da população pré-escolar: Tempo de atividade física diário e semanal (atividade física vigorosa, especificando qual atividade, somada a atividades não estruturadas), uso de marcadores de níveis de atividade física diária (ex. pedômetros ou acelerômetros);
- * Indicadores parentais (questionários voltados aos pais para coleta de informações básicas: apoio à atividade física, hábitos familiares de atividade física, atividade física compartilhada entre pais e filhos).

Planos de ação

- * Estímulo ao padrão familiar de atividade física;
- * Ações estruturadas de estímulo à atividade física no ambiente escolar;
- * Treinamento de professores para que possam desenvolver oportunidades de oferta de atividade física também durante as aulas;
- * Programas de estímulo à atividade física nos períodos mapeados como oportunidades de melhoria (ex: outono e inverno);
- * Estímulo a programas que incentivem o transporte ativo (elaboração de políticas que encorajem o uso de transporte ativo para escola, mantendo o ambiente seguro);
- * Mapeamento em diversas regiões do Brasil, utilizando os indicadores propostos pela literatura.

4.7 HÁBITOS ALIMENTARES E CRENÇAS FAMILIARES

Os hábitos alimentares da família exercem papel determinante na ingestão alimentar e nas preferências alimentares das crianças. Mães com alta ingestão de alimentos obesogênicos são mais susceptíveis a fornecer para seus filhos dieta com características semelhantes(52). Em estudo realizado com 1.640 crianças, a qualidade da dieta materna foi o fator de maior destaque, responsável por quase um terço da variação na qualidade da alimentação(53). Cartagena et al.(54) observaram em mães hispânicas três práticas alimentares maternas potencialmente contribuintes para oferta nutricional excessiva: AM não exclusivo, introdução precoce de alimentos sólidos e a percepção da criança "gordinha" como saudável.

A influência dos pais pode se manifestar através da religião, cultura, comportamentos durante refeições, reações diante de determinados alimentos, transmissão de informações sobre os alimentos e aquisição de gêneros alimentícios específicos(55).

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Qualidade da dieta materna e paterna de acordo com as diretrizes alimentares para a faixa etária.
- * Excesso de peso materno e paterno.

Planos de ação

- * Campanhas de conscientização da importância da família como modelo de alimentação saudável para a prevenção do desenvolvimento do excesso de peso.
- * Intervenções com objetivo de melhorar a qualidade da dieta materna.
- * Intervenções com o objetivo de reduzir as prevalências de excesso de peso, principalmente maternas.

4.8 ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDADE

A associação entre o excesso de peso da criança e o IMC dos pais é descrita na literatura e considerada fator preocupante, dadas as prevalências alarmantes de sobrepeso e obesidade em adultos. Dados da POF 2008-2009 mostram prevalência de 48,0% de excesso de peso na população adulta brasileira(6). Tal associação deve-se aos fatores genéticos e ambientais já mencionados em itens anteriores(56). Garn et al. demonstraram que o risco de uma criança ser obesa é de 80% quando os pais são obesos, de 50% quando um dos genitores é obeso e de 9% quando os pais não são obesos(57). Estudos nacionais também descrevem esta associação (Anexo 6).



4.9 INFLUÊNCIA NEGATIVA DA MÍDIA

A televisão, dentre todas as mídias veiculadoras de publicidade, tem poder impactante sobre o consumidor e seus hábitos de compra. A maioria dos alimentos veiculados em propagandas televisivas é considerada obesogênica: em análise qualitativa do marketing alimentício, a pirâmide alimentar reconstruída a partir das propagandas analisadas consta de 60% do grupo de gorduras, óleos e doces, com ausência de fontes de fibras(58-62).

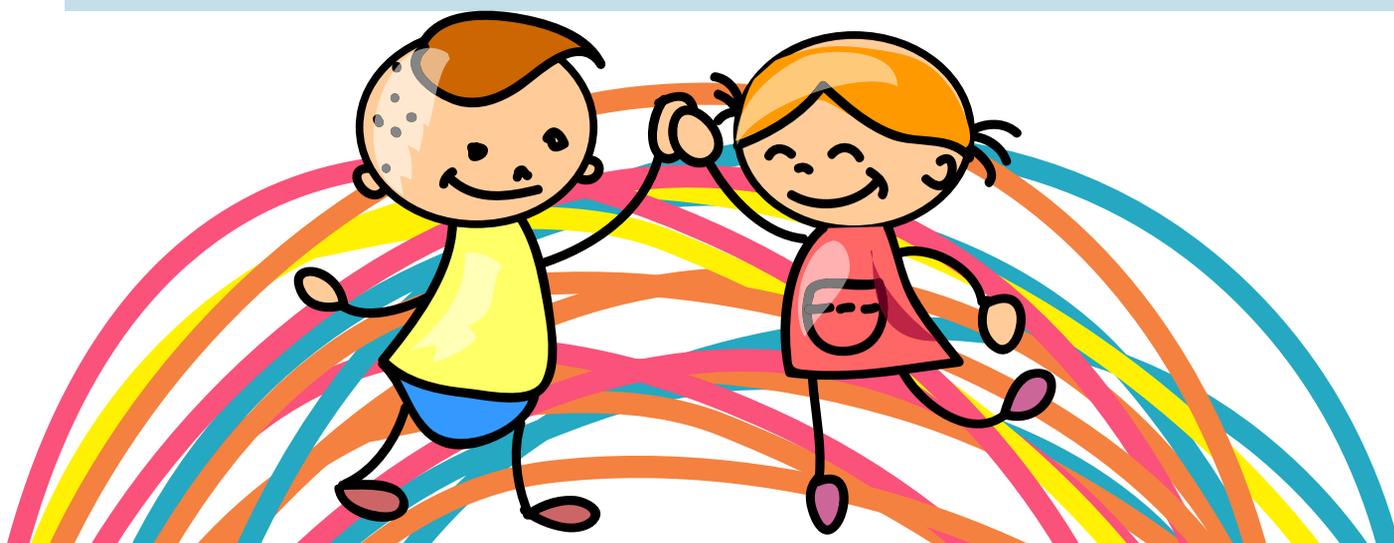
Na idade pré-escolar, o primeiro pedido por qualquer produto se dá por volta dos dois anos. A faixa com maior incidência de solicitações do que é veiculado nas propagandas é entre três e seis anos(51, 59, 61, 63). Lang et al. apontam que exposição de apenas 30 segundos a comerciais de alimentos foi capaz de influenciar escolhas alimentares de pré-escolares(58). Outros trabalhos com crianças e adolescentes de idades variadas concluíram que cada hora em frente à televisão pode ser associada ao aumento de 167 kcal no consumo calórico diário total. O cenário brasileiro ainda é permissivo no tocante às propagandas direcionadas ao público infantil, como mostra o Anexo 6.

Indicadores para utilização em pesquisas

- * Número de infrações ao Regulamento Técnico Brasileiro que normatiza os termos das atividades publicitárias destinadas ao público infantil (Resolução nº 408/2008 do Conselho Nacional de Saúde);
- * Número de infrações à Resolução ANVISA no 24/2010 (lei suspensa em 2013 e sob discussão atual)

Planos de ação

- * Mapeamento de segmentos do marketing que estejam infringindo a legislação (em diferentes regiões do Brasil, já que as propagandas podem sofrer variação regional);
- * Modificação da rigidez no controle do tipo de propaganda e nos produtos veiculados à programação infantil (diversos países europeus já proibiram propagandas voltadas para este público) Estímulo à veiculação de programas e propagandas educativas e voltados à alimentação saudável nas TVs aberta e fechada;
- * Restrição de incentivo fiscal às propagandas de alimentos voltados à população infantil na televisão, rádio e internet.



5. Prejuízos para a saúde

A preocupação com o excesso de peso na infância relaciona-se à elevada possibilidade de permanência deste quadro na vida adulta (criança obesa aos seis anos de idade apresenta 50% de chance de tornar-se um adulto obeso, enquanto adolescente tem de 70 a 80% de chance)(64); à correlação com a presença de síndrome metabólica(65) e permanência na idade adulta(66); e à associação a outras doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia ainda em idades precoces(9, 67, 68). O excesso de peso, adicionalmente, aumenta o risco de distúrbios ortopédicos, neurológicos, pulmonares, gastrointestinais, endócrinos, dermatológicos e hepáticos, além de estar relacionado a diferentes consequências psicossociais como discriminação, imagem corporal negativa, exclusão social e depressão(2).

Estudo que avaliou 6.328 indivíduos da infância à idade adulta observou que, entre aqueles com excesso de peso em todo período de acompanhamento, o risco de apresentar diabetes mellitus e hipertensão na vida adulta foi 5,4 e 2,7 vezes maior, respectivamente, do que entre aqueles que tinham IMC adequado na infância e não eram obesos quando adultos. Ademais, indivíduos com excesso de adiposidade corporal apresentaram 2,0 vezes mais risco de terem níveis elevados de LDL-colesterol e triglicerídeos e 3,0 vezes mais risco de apresentarem níveis reduzidos de HDL-colesterol. Entre os indivíduos que apresentaram excesso de peso somente na infância, o risco de desenvolver estas doenças foi semelhante aos indivíduos que não apresentaram excesso de peso no período de acompanhamento, demonstrando que os efeitos nocivos podem ser consideravelmente reduzidos se a obesidade infantil for tratada com sucesso(67). Outro aspecto a ser destacado é o grande risco de crianças e adolescentes classificados como tendo síndrome metabólica continuarem tendo a síndrome quando adultos(66). Estudo longitudinal com 814 crianças e adolescentes acompanhados por 25-30 anos observou forte associação entre a presença de síndrome metabólica na vida adulta e o índice de massa corporal e a presença de síndrome metabólica na infância(69). Ademais, a presença de alterações metabólicas na infância pode contribuir para a presença de lesões precoces de aterosclerose ainda nas primeiras décadas de vida, o que pode aumentar as taxas de morbimortalidade na vida adulta por doenças cardiovasculares(70, 71).

6. Programas, projetos, ações e/ou políticas públicas em execução

O enfrentamento da obesidade requer a articulação de diferentes setores, envolvendo a produção e a comercialização de alimentos, assim como a garantia de ambientes que propiciem a mudança de condutas de indivíduos e sociedades, temas inseridos na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNaN(109).

Ações atualmente em execução no Sistema Único de Saúde (SUS) compartilham do mesmo propósito da Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com firme apoio do governo brasileiro, que fomentou a necessidade de estratégias integradas para promoção da alimentação adequada e redução do sedentarismo(111).

Em junho de 2014, a OPAS lançou o "Plano de Ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes"(3), tendo como objetivo a implementação de políticas efetivas e intervenções nas seguintes áreas de ação estratégicas: a) proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e melhoria da prática da alimentação complementar; b) promoção da alimentação saudável e prática de atividade física no ambiente escolar; c) regulamentação da publicidade de alimentos; d) estímulo às ações intersetoriais de promoção da saúde; e) vigilância, pesquisa e avaliação. O plano demanda que os Estados Membros



da OPAS, incluindo o Brasil, nos próximos cinco anos deem prioridade à sua implementação, promovendo esforços coordenados entre ministérios e instituições públicas, primariamente nos setores de educação, agricultura, transporte e planejamento urbano, assim como entre as autoridades municipais, a fim de atingir um consenso nacional e a sinergia de ações para parar o crescimento da epidemia de obesidade infantil.

O governo brasileiro vem desenvolvendo ações importantes nessas áreas estratégicas visando o controle da obesidade infantil, sobretudo em caráter preventivo, pautado na promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável no ambiente escolar, como apresentado a seguir.

6.1. PROGRAMA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN)

No contexto do SAN, definida como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”(112), destaca-se a atuação da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN), vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As ações da SESAN são estruturadas em três eixos: produção, comercialização e consumo. O eixo consumo é responsabilidade do Departamento de Estruturação e Integração de Sistemas Públicos Agroalimentares (DEISP), ao qual cabe a gestão de programas de educação alimentar e nutricional(113). Compreendendo a insegurança alimentar a partir de diferentes tipos de problemas, como obesidade e doenças associadas à má alimentação(114), aponta-se a relevância do desenvolvimento de programas dentro do SAN, em âmbito federal, para a prevenção da obesidade na primeira infância.

6.2. SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus determinantes. Na atenção básica, dados de peso, altura e indicadores do consumo alimentar, em diferentes fases da vida, obtidos nos atendimentos dos estabelecimentos de saúde ou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem ser registrados em um sistema informatizado, acessado pela internet (SISVAN Web). O SISVAN permite o monitoramento do sobrepeso e obesidade em nível municipal, assim como a prevalência de AME e características da alimentação complementar, segundo faixa etária (menores de seis meses; entre seis e 12 meses; entre 12 e 18 meses; entre 18 e 24 meses; entre dois e cinco anos; cinco anos ou mais)(4,115).



6.3. PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

6.2.1 Ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno

* Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBBLH)

INSTITUÍDO EM: 1998.

INSTÂNCIA: Ministério da Saúde, com Centro de Referência Nacional situado no Rio de Janeiro e articulado com cada Estado.

OBJETIVO: Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, desenvolvendo trabalhos para auxiliar a mãe no período da amamentação e orientar sobre a saúde da criança.

CONSIDERAÇÕES: A legislação (RDC nº 171) determina que mulheres saudáveis podem doar leite humano quando apresentarem excesso de leite e não utilizarem medicamentos que impeçam a doação. O leite doado é selecionado, classificado, pasteurizado e então distribuído aos bebês internados em unidades neonatais. No ano de 2013, a RBBLH distribuiu mais de 130.000 litros de leite. Também atua em ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico(116).

* Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

INSTITUÍDO EM: 1990.

INSTÂNCIA: OMS e UNICEF.

OBJETIVO: Proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

CONSIDERAÇÕES: O Brasil foi um dos 12 países escolhidos para fazer parte da iniciativa, cujos compromissos compreendem a adesão das maternidades certificadas aos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (Anexo 7) e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

* Semana Mundial da Amamentação (SMAM - 01 a 07 de agosto) e Dia Nacional de Doação de Leite Humano (01 de outubro)

INSTITUÍDO EM: 1992 (SMAM) e 2003 (Dia Nacional de Doação de Leite Humano).

INSTÂNCIA: WABA – Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (SMAM) e Ministério da Saúde (Dia Nacional de Doação de Leite Humano – Portaria nº1893, de 2 de outubro de 2003).

OBJETIVO: São instrumentos de marketing social, com potencial de aumentar os índices de aleitamento, assim como sensibilizar novas doadoras de leite humano(117).

* Planejamento familiar e atenção pré-natal e puerperal – Rede Cegonha

INSTITUÍDO EM: 2011.

INSTÂNCIA: Ministério da Saúde.

OBJETIVO: Implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

CONSIDERAÇÕES: Entre suas ações, a Rede Cegonha traz a promoção da amamentação na primeira hora de vida e o fortalecimento do vínculo mãe/bebê por meio do contato pele a pele logo após o nascimento(118, 119).



* **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**

INSTITUÍDO EM: 2012.

INSTÂNCIA: Ministério da Saúde.

OBJETIVO: Qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável às crianças menores de dois anos no âmbito do SUS(120).

CONSIDERAÇÕES: Em 2013, foram formados 850 tutores (profissionais de referência responsáveis em disseminar a estratégia e realizar oficinas de trabalho nas suas respectivas UBS) em 170 UBS envolvidas(121).

6.2.2. Ações de promoção da alimentação saudável nas escolas

* **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE):**

INSTITUÍDO EM: 1955.

INSTÂNCIA: Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).

OBJETIVO: Contribuir para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar dos estudantes e a formação de hábitos alimentares saudáveis. Atende alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias, pela transferência de recursos financeiros federais para as Entidades Executoras. A intersectorialidade está presente na articulação entre Educação, Saúde, Agricultura e Desenvolvimento Social.

CONSIDERAÇÕES: As ações voltadas para a prevenção da obesidade envolvem a promoção da alimentação saudável e educação nutricional, sendo o principal instrumento o cardápio. Preconiza-se que 70% dos recursos sejam destinados com prioridade à aquisição de alimentos naturais ou minimamente processados e 30% a aquisições da agricultura familiar. Para as preparações diárias da alimentação escolar, recomenda-se no máximo 10% da energia total proveniente de açúcar simples adicionado; 15 a 30% de gorduras totais; 10% de gordura saturada e 1% de gordura trans. A oferta de doces e/ou preparações doces ficam limitadas a duas porções/semana, equivalente a 110 kcal/porção.

* **Programa Saúde na Escola (PSE):**

INSTITUÍDO EM: 2007. Desde 2013, todos os níveis de ensino (incluindo creches e pré-escolas, que atendem crianças de zero a seis anos) fazem parte do Programa

INSTÂNCIA: Constitui uma política intersectorial da Saúde e Educação

OBJETIVO: As ações propostas pelo PSE incluem: avaliação das condições de saúde (antropometria); promoção e prevenção da saúde; educação permanente e capacitação dos profissionais; monitoramento e análise da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa.

CONSIDERAÇÕES: Em 2013, o número de municípios aderidos foi de 4.861, alcançando mais de 18 milhões de crianças em 80.386 escolas(121).

* **Semana Saúde na Escola:**

INSTITUÍDO EM: 2012.

INSTÂNCIA: Recursos do Ministério da Saúde repassados às Equipes de Saúde da Família. Recebem



o incentivo financeiro os municípios que aderiram ao PSE.

OBJETIVO: Mobilização social

CONSIDERAÇÕES: Em 2014, ocorreu entre 07 e 11 de abril e teve como temas práticas corporais, atividade física e lazer(122).

* Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas:

INSTITUÍDO EM: 2004

INSTÂNCIA: Ministério da Saúde

OBJETIVO: Consistem em um conjunto de estratégias que podem ser implantadas no ambiente escolar (Anexo 8), tendo como público alvo gestores e toda a comunidade escolar, incluindo professores e os profissionais envolvidos com a produção e venda de alimentos na escola. Além de incentivar ações para promover o consumo de frutas e hortaliças, dando preferência aos alimentos regionais, o documento apoia a restrição da oferta, da promoção comercial e da venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal nas escolas.

* Acordo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP):

INSTITUÍDO EM: Abril de 2012.

OBJETIVO: Articular a colaboração para planejamento, execução e avaliação de estratégias voltadas à promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças associadas ao excesso de peso; planejar e implantar campanhas públicas de comunicação e informação em saúde e qualidade de vida para a comunidade escolar; e implementar planos de alimentação saudável, com enfoque nas cantinas escolares.

CONSIDERAÇÕES: O Ministério da Saúde lançou o "Manual das Cantinas Escolares Saudáveis: promovendo a alimentação saudável", um guia para os proprietários de cantinas transformarem seus estabelecimentos em locais de promoção da alimentação saudável, abrangendo desde a higiene dos alimentos e dos manipuladores até exemplos de lanches variados, nutritivos e equilibrados(123).

O PNAE e o PSE estão inseridos no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que integra ações intersetoriais. O objetivo é promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas para prevenção e controle das DCNT, seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde. Entre as metas nacionais propostas para o período encontra-se a redução da prevalência de obesidade infantil. Além da promoção da alimentação





saudável nas escolas, as ações envolvem o aumento da oferta de alimentos saudáveis; acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar nos alimentos; redução dos preços de alimentos saudáveis; pela adoção de medidas fiscais como a redução de impostos e taxas; e a implantação do Plano Intersectorial de Obesidade com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência(124).

Informações sobre o investimento público e privado em ações relacionadas à obesidade infantil nos últimos cinco anos encontram-se no Anexo 9.

7. Institutos, Organizações (Públicas, Privadas ou Não Governamentais), Especializadas em Programas de Prevenção, Curativos e Informativos

São apresentadas a seguir as principais organizações que desenvolvem programas relacionados à obesidade infantil, não sendo possível cobrir a totalidade de programas de prevenção, curativos e informativos encontrados no país. Outros trabalhos desenvolvidos em centros de referência em universidades brasileiras são mostrados no Anexo 10.

7.1 AMIL – PORTAL SAÚDE 360

Lançado em janeiro de 2014 pela operadora Amil, o Movimento Saúde 360 visa à conscientização e combate à obesidade infantil, reunindo ações de qualificação de profissionais de saúde, relacionamento com instituições de ensino e sociedades médicas, eventos para pais, gestantes e crianças, pesquisas e um site com conteúdo atualizado sobre o tema. Em texto publicado no site, a iniciativa alerta para o aumento da prevalência de obesidade na primeira infância e a necessidade de oferecer tratamento multidisciplinar às crianças obesas e sua família, além de políticas públicas dando prioridade à educação nutricional, restrição da venda de alimentos não saudáveis e promoção de alimentos saudáveis, além da prática de atividade física.

Site: www.portalsaude360.com.br

7.2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO)

Sociedade multidisciplinar, sem fins lucrativos, com a missão de desenvolver e disseminar o conhecimento no campo da obesidade e da síndrome metabólica e promover o contato entre as pessoas interessadas no assunto, conta com um Departamento de Obesidade Infantil. Publicou as Diretrizes Brasileiras de Obesidade, em que aborda o diagnóstico e tratamento da obesidade infantil(10).

Site: <http://www.abeso.org.br/>

7.3. INSTITUTO DA CRIANÇA HCFMUSP

O Instituto da Criança (ICr) Professor Pedro de Alcântara do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa. O Instituto foi criado pelo Decreto nº 52.481, de 02 de julho de 1970, e iniciou suas atividades em 1976(125). O atendimento especializado em obesidade infantil é realizado no ambulatório de



Nutrologia. O atendimento é feito por equipe multidisciplinar, composta por profissionais das áreas de Medicina, Nutrição, Serviço Social, Educação Física, Psicologia e Fisioterapia.

Site: <http://www.icr.usp.br/>

7.4. CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL (CELAFISCS)

Desenvolve diferentes tipos de atividades acadêmicas e de pesquisa, procurando analisar a relação entre atividade física e saúde. Lidera no Brasil uma pesquisa conduzida em 12 países com o objetivo de analisar fatores ambientais que contribuem para a obesidade infantil. Na pesquisa, cuja publicação é prevista para 2015, 500 crianças de 10-11 anos de cada país passam por avaliação de peso, estatura, gordura corporal e fatores relacionados ao ambiente interno e externo à escola(126).

Site: <http://www.celafiscs.org.br/>

7.5. CENTRO DE RECUPERAÇÃO E EDUCAÇÃO NUTRICIONAL (CREN)

Organização sem fins lucrativos que atua nas áreas de saúde, educação e assistência social, com a missão de enfrentar a desnutrição e a obesidade. Entre suas atividades, o CREN oferece para crianças e adolescentes obesos avaliação nutricional e monitoramento do crescimento, diagnósticos diferenciados, controle de infecções, educação nutricional, desenvolvimento da capacidade motora e consciência corporal(127).

Site: www.cren.org.br

7.6. FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL

A Fundação se dedica à promoção do desenvolvimento na primeira infância. Seu objetivo é provocar a mudança de comportamento e promover a melhoria da atenção dada às crianças, propiciando seu desenvolvimento integral e, por consequência, o desenvolvimento da sociedade como um todo. Um de seus programas é o "Primeiríssima Infância", que visa qualificar o atendimento das gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços municipais de Saúde, Educação Infantil e Desenvolvimento Social, incluindo o estímulo ao pré-natal e o apoio e promoção do aleitamento materno, desde a primeira hora de vida.

Site: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/default.aspx>

7.7. HOSPITAL INFANTIL SABARÁ

Parte da fundação sem fins lucrativos José Luiz Setúbal, assim como o Instituto PENSI (Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil), é um dos maiores centros de atendimento pediátrico do Brasil. Em novembro de 2013, inaugurou o Centro de Excelência em Obesidade Infantil, formado por médicos Endocrinopediatras, Cirurgião Bariátrico, Nutricionista, Psicóloga, Médico do Esporte e Educador Físico. O trabalho multiprofissional é desenvolvido por meio de planos de cuidados (leve, moderado ou intensivo), com duração mínima de três meses, tempo necessário para que a orientação implique em mudança de hábitos de vida(128).

Site: www.hospitalinfantilsabara.org.br



7.8. INSTITUTO ALANA

Organização sem fins lucrativos que trabalha em quatro frentes: Comunidade, Educação, Defesa e Futuro. A área de defesa tem como foco contribuir com as políticas públicas brasileiras que, de alguma forma, se relacionem com a missão do Alana como, por exemplo, a regulamentação da publicidade dirigida a crianças. O Instituto Alana defende que a exposição de crianças à publicidade de alimentos sem a vigência da capacidade crítica tem como consequência a construção de hábitos alimentares não saudáveis. Desta forma, esta exposição pode contribuir para o problema da obesidade infantil(129).

Site: www.alana.org.br

7.9. INSTITUTO MOVERE

Organização sem fins lucrativos criada em 2004 em São Paulo com a missão de prevenir e tratar a obesidade em crianças, adolescentes e famílias em situação de vulnerabilidade social. Além de atendimentos, realizam a capacitação de profissionais da saúde para atuarem em suas comunidades. O atendimento consiste em ações educativas três vezes/semana com duração de 2 horas, por meio de programa de exercícios físicos regulares, reeducação alimentar, cozinha experimental, mudança de comportamento e acompanhamento de indicadores clínicos, como avaliações antropométricas, nutricionais, psicológicas e aptidão física(130).

Site: www.institutomovere.org.br

7.10. PASTORAL DA CRIANÇA

Organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), atua na organização da comunidade e na capacitação de líderes voluntários que ali vivem e assumem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania. Desde janeiro de 2013, segue em todo o Brasil metodologia atualizada para avaliação do estado nutricional, buscando a identificação precoce da obesidade infantil, por meio do Projeto de Vigilância Nutricional – IMC/Idade. Após o diagnóstico do estado nutricional da criança, os líderes entregam para a mãe uma cartela com orientações sobre alimentação e prática de atividade física, e os dados coletados são enviados à coordenação do projeto, para serem armazenados e analisados(131).

Site: www.pastoraldacrianca.org.br



7.11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Lançou o projeto "SBC Vai à Escola", em parceria com a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, visando à prevenção e promoção da saúde cardiovascular em alunos de seis a 18 anos de idade, por meio de ações de educação para alunos e professores. Em 2013, foram realizadas atividades de sensibilização e capacitação dos professores, conferências para os profissionais envolvidos nas atividades relacionadas à alimentação saudável, promoção e prevenção de doenças cardiovasculares e orientação técnica para os professores de atividade física(132). Em levantamento divulgado em junho de 2014, após avaliação de 12.187 alunos (48% entre seis e 11 anos de idade), de 123 escolas do Estado de São Paulo, foi encontrada prevalência de sobrepeso de 19%(133).

Site: www.cardiol.br

7.12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Em 2008, lançou a primeira edição do "Manual sobre Obesidade na Infância e Adolescência", que conta com versão revista e ampliada publicada em 2012. O material, dirigido aos profissionais da saúde, visa subsidiar o trabalho dos pediatras na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da obesidade infantil no Brasil(1).

Site: www.sbp.com.br

7.13. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

A UNIFESP oferece atendimento multidisciplinar a crianças obesas, com pediatra, nutricionista, psicólogo e professor de educação física, realizado pelo ambulatório de obesidade da Disciplina de Nutrologia Pediátrica para aquelas com até 10 anos de idade e pelo Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente, para as maiores de 10 anos.

Site: <http://www.unifesp.br/dped/disciplinas/nutricao/assist.html>

<http://www.caaa.unifesp.br/index.php>

8. Leis Normativas Sobre O Tema (Esfera Federal) E Outras Específicas (Estaduais)

Aqui serão apresentadas leis que abordam a prevenção e/ou controle da obesidade na primeira infância. Projetos de lei sobre o tema são detalhados no Anexo 11.

8.1. PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

* Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013(134): Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Entre seus objetivos, a estratégia pretende contribuir para a melhora no perfil nutricional da alimentação das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.



- * Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008(135): Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Esta norma prorroga a licença-maternidade de quatro para seis meses de forma facultativa, com direito à remuneração integral.
- * Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006(136): Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Visa controlar a publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos que concorrem com a amamentação.
- * Portaria nº 2.051, de 08 de novembro de 2001(137): Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. O objetivo é contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância por intermédio da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos, bem como do uso de mamadeiras, bicos e chupetas; da proteção e incentivo ao AME nos primeiros seis meses de vida; e da proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes.

8.2. PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS

- * Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014(138): Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009 (PNAE), para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de condição ou de estado de saúde específico. Determina que seja “elaborado cardápio especial com base em recomendações médicas e nutricionais, avaliação nutricional e demandas nutricionais diferenciadas, conforme regulamento”.
- * Resolução nº 026, de 17 de junho de 2013(139): Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do PNAE. O capítulo V aborda as ações de educação alimentar e nutricional e de segurança alimentar, determinando a competência ao nutricionista responsável técnico de realizar o diagnóstico e acompanhamento nutricional dos estudantes, assim como planejar o cardápio da alimentação escolar de acordo com a cultura alimentar, o perfil epidemiológico da população atendida e a vocação agrícola da região.
- * Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006(140): Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, ensino fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Suas diretrizes baseiam-se em ações de educação nutricional; estímulo à produção de hortas escolares; restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar e sal livres e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras.
- * Lei nº 14.830, de 13 de julho de 2012 (Estado de São Paulo)(141): Cria o Programa Nutricional em escolas públicas com o intuito de prevenir a obesidade infantil. A lei prevê a contratação de nutricionistas para elaborar programas nutricionais. Resultados de sua implementação ainda não foram divulgados.
- * Lei nº 15.265, de 18 de agosto de 2010 (Estado de Santa Catarina)(142): Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina. Entre os critérios do programa estão a avaliação do estado nutricional e do condicionamento físico dos escolares, a instituição da alimentação saudável e adequada no ambiente escolar e ações educativas.

8.3. REGULAMENTAÇÃO DA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS EM CANTINAS ESCOLARES

- * Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013 (Distrito Federal)(143): Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal. Proíbe a comercialização nas cantinas escolares das redes pública e privada de ensino de: balas, pirulitos, gomas de mascar, biscoitos recheados; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos industrializados; frituras em geral; pipoca industrializada; bebidas alcoólicas; alimentos industrializados cujo percentual de calorias provenientes de gordura saturada ultrapasse 10% (dez por cento) das calorias totais;
- * Lei nº 4.320, de 26 de fevereiro de 2013 (Mato Grosso do Sul)(144): Proíbe a comercialização, confecção e distribuição de produtos que colaborem para acarretar riscos à saúde ou à segurança alimentar dos consumidores, em cantinas e similares instalados em escolas públicas situadas no Estado de Mato Grosso do Sul. Proíbe: salgadinhos, guloseimas e refrigerantes e alimentos com excesso de gordura saturada ou sódio, e determina que as cantinas disponibilizem alimentos ricos em micronutrientes e fibras e de densidade energética baixa ou intermediária, tais como sucos naturais de fruta, leite, iogurte, bebidas à base de soja, água de coco, lanches preparados com recheios de frutas, legumes, verduras ou queijos e carnes magras, salgados de forno, bolos simples, pães integrais, barra de cereais, saladas cruas e frutas sazonais in natura.
- * Lei nº 13.027, de 16 de agosto de 2008 (Estado do Rio Grande do Sul)(145): Dispõe sobre a comercialização de lanches e de bebidas em escolas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Determina que alimentos tais como frutas, saladas, sucos naturais e sanduíches serão ofertados com maior evidência nos bares e nas cantinas das escolas e proíbe alimentos e bebidas que contenham, em sua composição química, nutrientes que sejam comprovadamente prejudiciais à saúde.
- * Lei nº 14.855, de 19 de outubro de 2005 (Estado do Paraná)(146): Dispõe sobre padrões técnicos de qualidade nutricional a serem seguidos pelas lanchonetes e similares, instaladas nas escolas de ensinos fundamental e médio, particulares e da rede pública. Proíbe a comercialização de balas, pirulitos, chocolates, refrigerantes, sucos artificiais, salgados fritos, biscoitos recheados. Pela lei, as lanchonetes devem instalar mural, em local visível, para divulgar informações sobre qualidade nutricional dos alimentos vendidos e orientar a formação de hábitos saudáveis de alimentação.
- * Lei nº 4.508, de 11 de janeiro de 2005 (Estado do Rio de Janeiro)(147): Proíbe a comercialização, aquisição, confecção e distribuição de produtos que colaborem para a obesidade infantil, em bares, cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro.
- * Lei nº 12.061, de 18 de dezembro de 2001 (Estado de Santa Catarina)(148): Dispõe sobre critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas nas unidades educacionais, localizadas no Estado de Santa Catarina. Foi a primeira lei estadual de controle da venda de alimentos nas cantinas. Proíbe as cantinas de escolas públicas e particulares de venderem guloseimas e refrigerantes e determina que o estabelecimento coloque à disposição dos alunos dois tipos de frutas sazonais.

As experiências estaduais de regulamentação da venda de alimentos nas cantinas apontam um possível caminho para a implementação de uma lei de proteção na esfera federal, com orientações e medidas de fiscalização de sua execução.



8.4. REGULAÇÃO E CONTROLE DE ALIMENTOS

- * RDC nº 24, de 15 de junho de 2010(149): Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. Após sua publicação, a ABIA (Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação) moveu uma ação e, em fevereiro de 2013, desembargadores do Tribunal Regional Federal (TRF) confirmaram a suspensão da resolução, alegando que não compete à ANVISA a regulamentação da publicidade de alimentos.
- * Resolução CNS nº 408, de 11 de dezembro de 2008(150): Aprova diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (Anexo 12), incluindo a regulamentação da publicidade e das práticas de marketing de alimentos direcionadas ao público infantil.
- * Lei nº 14.677, de 29 de dezembro de 2011 (Estado de São Paulo)(151): Obriga as redes de "fast food" a informar aos consumidores o valor nutricional dos alimentos comercializados. As informações da quantidade de carboidratos, proteínas, gorduras e sódio, bem como o valor calórico, deverão estar impressas nas embalagens individuais, quando possível, ou em cardápios, cartazes, "folders" e tabelas afixadas com destaque em local visível nos locais de venda.
- * Projeto de lei 5921/2001(152): Acrescenta parágrafo ao art. 37, da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que "dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências", proibindo a publicidade/propaganda para a venda de produtos infantis. Após longa tramitação na Câmara dos Deputados, a emenda foi encaminhada para publicação em setembro de 2013. No final de 2013, o Instituto Alana e o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) enviaram notas públicas em apoio à regulação da publicidade infantil e repúdio à demora na apreciação e tramitação deste. Aprovado em abril de 2014, o projeto, polêmico na internet devido ao temor de que venha a prejudicar as produções culturais destinadas às crianças, ainda não possui status de lei.

8.5. MOBILIZAÇÃO SOCIAL E CONSCIENTIZAÇÃO

- * Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008(153): Institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, celebrado anualmente no dia 11 de outubro, com o objetivo de conscientizar a população sobre a importância da prevenção da obesidade.
- * Lei nº 5.145, de 19 de agosto de 2013 (Distrito Federal)(154): Institui a Semana de Combate à Obesidade Infantil no âmbito do Distrito Federal, realizada na segunda semana do mês de outubro, durante a qual podem ser desenvolvidas, especialmente nos estabelecimentos públicos e particulares de ensino, palestras, debates, seminários, entre outros eventos relacionados ao tema.
- * Lei nº 5.149, de 19 de agosto de 2013 (Distrito Federal)(155): Dispõe sobre a Campanha de Combate e Prevenção à Obesidade Infantil nas escolas das redes pública e particular de ensino. Tem por objetivo conscientizar a população, por meio de procedimentos informativos e educativos, sobre os males provocados pela obesidade infantil, suas causas, consequências e as formas de evitá-la. Membros da Sociedade Brasileira de Pediatria, nutricionistas, membros da ABESO, bem como pessoas com conhecimentos específicos em áreas relativas à questão da obesidade, podem ser convidados a participar da definição dos procedimentos informativos e educativos relativos à Campanha.

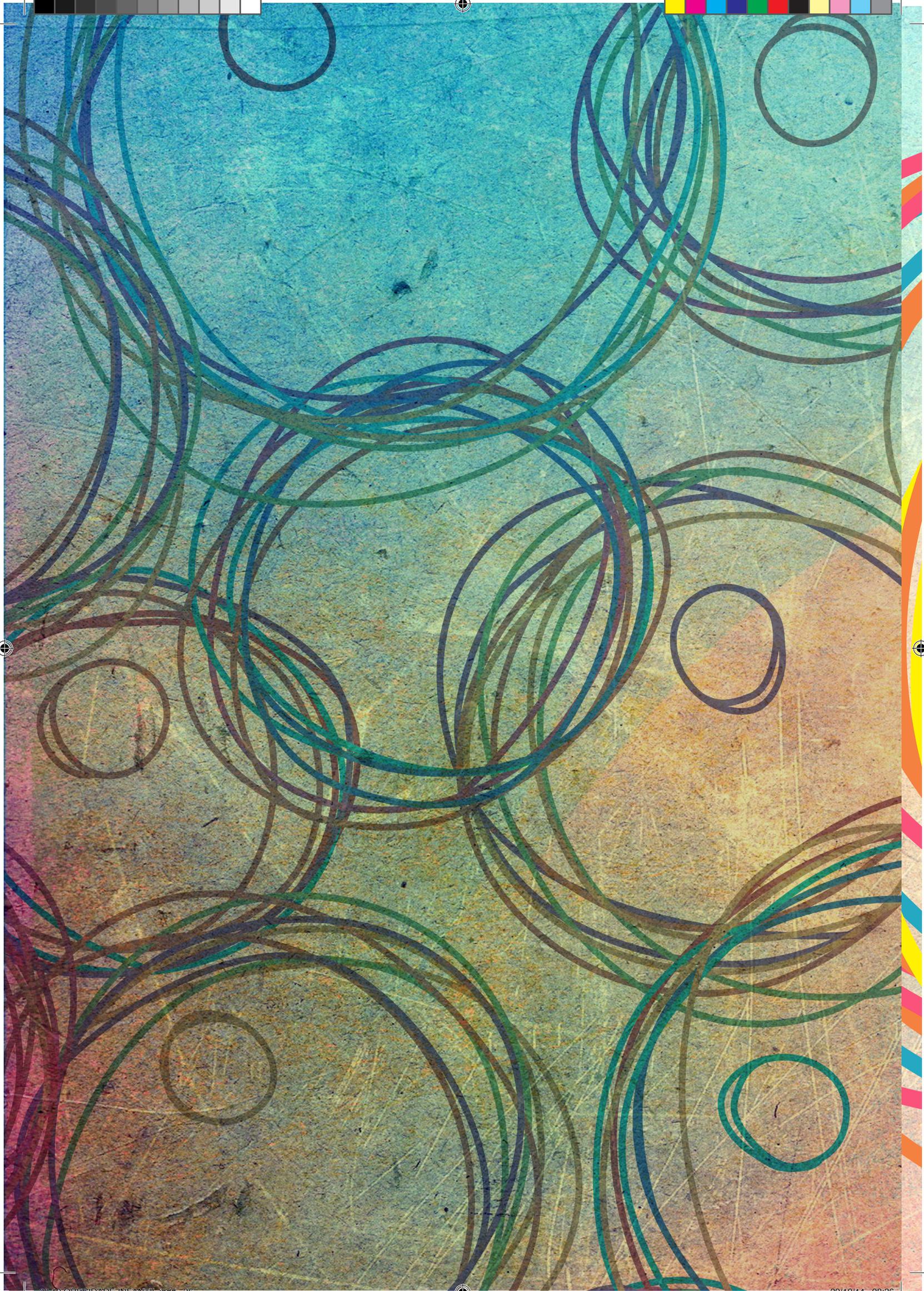
9. Conclusões

A obesidade é uma doença crônica e multifatorial caracterizada pelo acúmulo de tecido gorduroso e com risco substancial à saúde, que vem apresentando prevalências alarmantes em crianças menores de cinco anos no Brasil. Seu diagnóstico deve ser apoiado em diferentes critérios que considerem a distribuição de gordura corporal, além do ganho ponderal da criança, hábitos alimentares e marcadores bioquímicos indicativos de síndrome metabólica. Da mesma maneira, tanto prevenção quanto tratamento devem estar pautados nos diversos fatores que propiciam este quadro, como hábitos de vida e atividade física, alimentação escolar, educação e orientação familiar, cuidados durante o pré-natal, alimentação adequada nos primeiros anos de vida e influência da mídia sobre os hábitos de consumo. Ressalta-se que existem poucas políticas públicas e iniciativas voltadas à saúde e nutrição especificamente na primeira infância, uma vez que estas focam, sobretudo, a faixa etária escolar. As ações na primeira infância são ainda restritas à promoção, apoio e proteção do aleitamento materno e nota-se carência de ações envolvendo pais, cuidadores, berçários, creches e os demais responsáveis pela alimentação da criança, as quais seriam relevantes por se tratar de um período especial quanto à formação das preferências alimentares, capazes de influenciar as escolhas alimentares no curso de vida do adulto(156).

Assim, recomenda-se: 1) o acompanhamento multiprofissional precoce e constante já nos primeiros anos de vida para prevenção da doença e, quando da presença da mesma, tratamento precoce para minimizar o grau de dificuldade de reversão do quadro; 2) investimentos em estudos de espectro nacional abrangente e em regiões geográficas identificadas com escassez de dados (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), cujo objetivo seja verificar as prevalências e os fatores associados e de risco à obesidade na Primeira Infância. Os dados epidemiológicos, assim como a identificação dos fatores associados ao excesso de peso, permitirão estabelecer ações preventivas e terapêuticas eficazes contra esta doença, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, de caráter intersetorial; 3) o desenvolvimento de programas de prevenção com envolvimento multiprofissional, utilizando metodologias variadas (capacitação profissional, palestras, campanhas, grupos de discussão, orientação individualizada, etc.) para a promoção da alimentação complementar adequada e à prática de atividade física.









Anexos



Anexo 1 - Epidemiologia do excesso de peso na Primeira Infância. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - 2014, Brasil.

Figura 1.: Prevalência (%) de sobrepeso, obesidade e risco para excesso de peso entre crianças brasileiras menores de cinco anos segundo região geográfica (2009 - 2013)



Figura. 2: Prevalência (%) de excesso de peso em crianças menores de cinco anos segundo sexo e regiões: 2009 - 2013

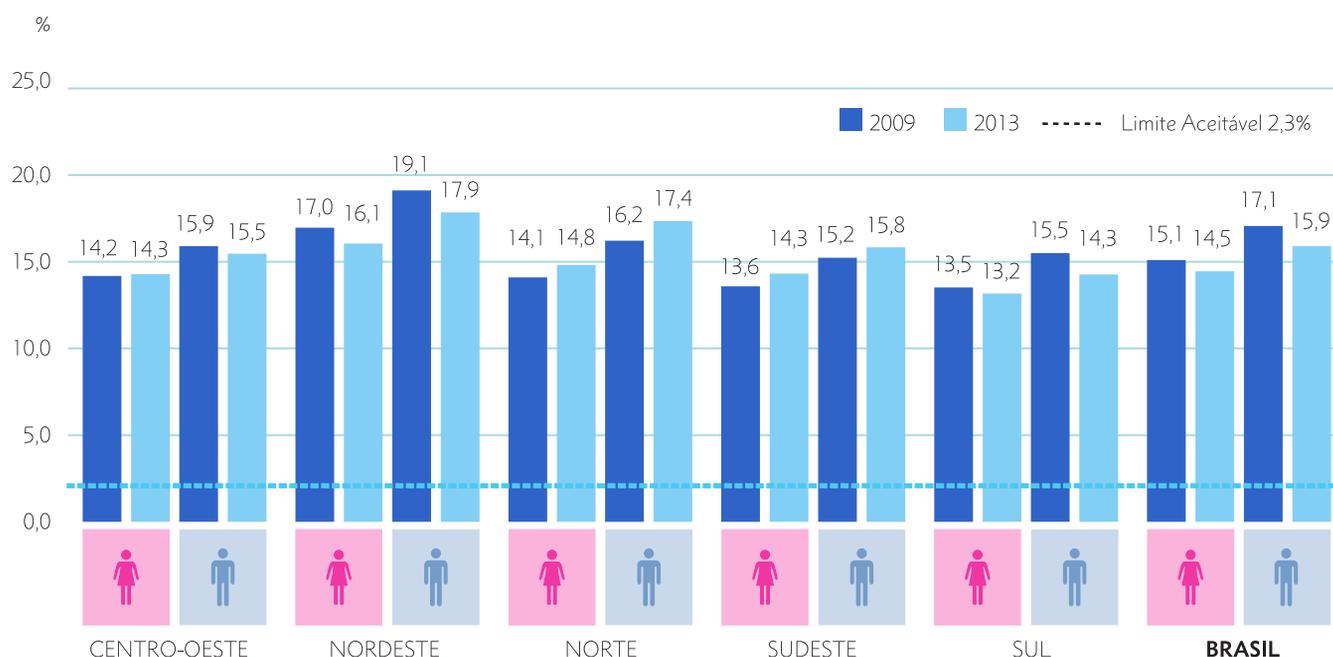
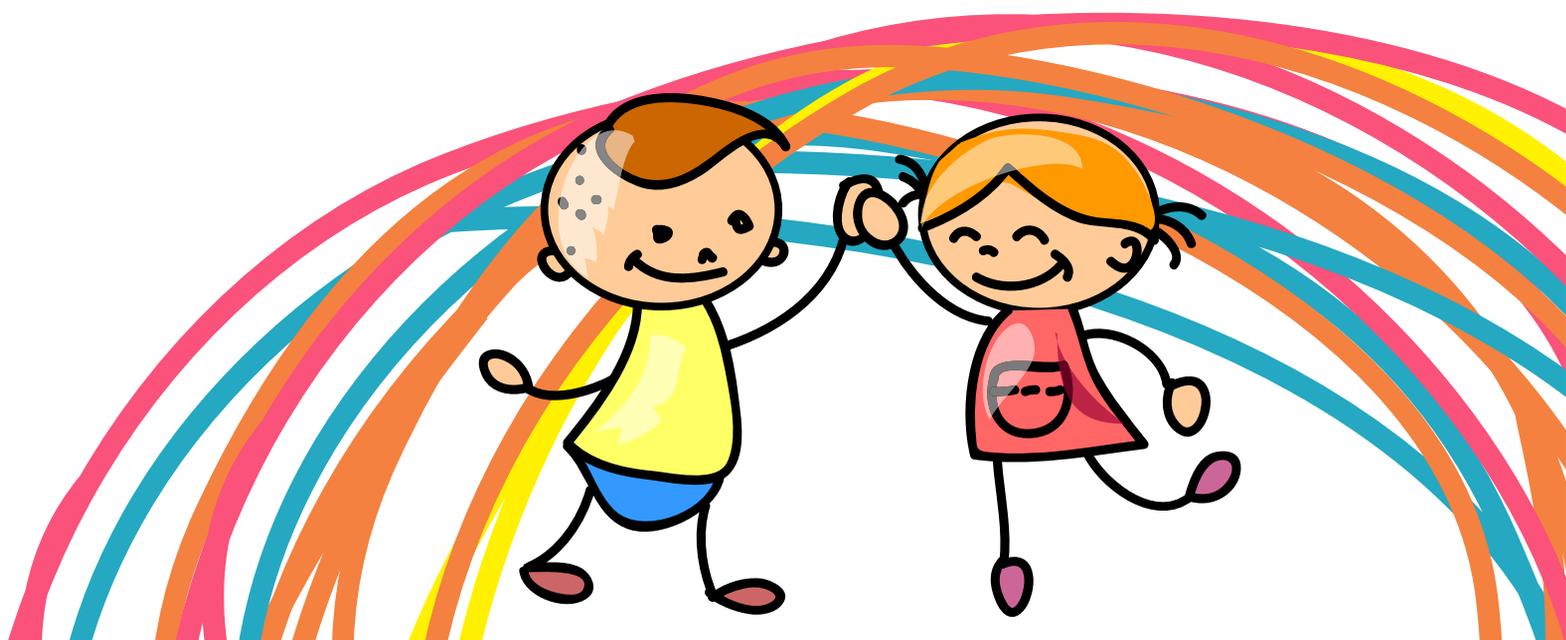




Figura. 3: Prevalência nacional de excesso de peso (%) segundo raça: 2009-2013



Anexo 2 - Epidemiologia do excesso de peso na Primeira Infância. Dados do Estudo Nutri-Brasil Infância - 2013, Brasil⁽⁵⁾.

Figura 4. Estado nutricional e prevalências (%) em crianças menores de cinco anos: 2013.

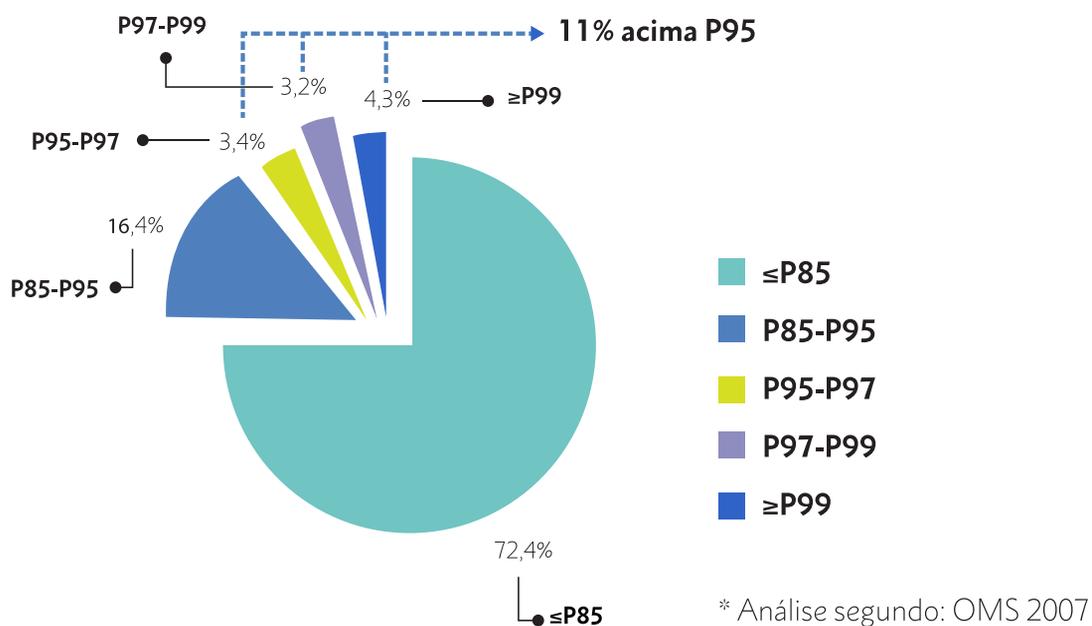
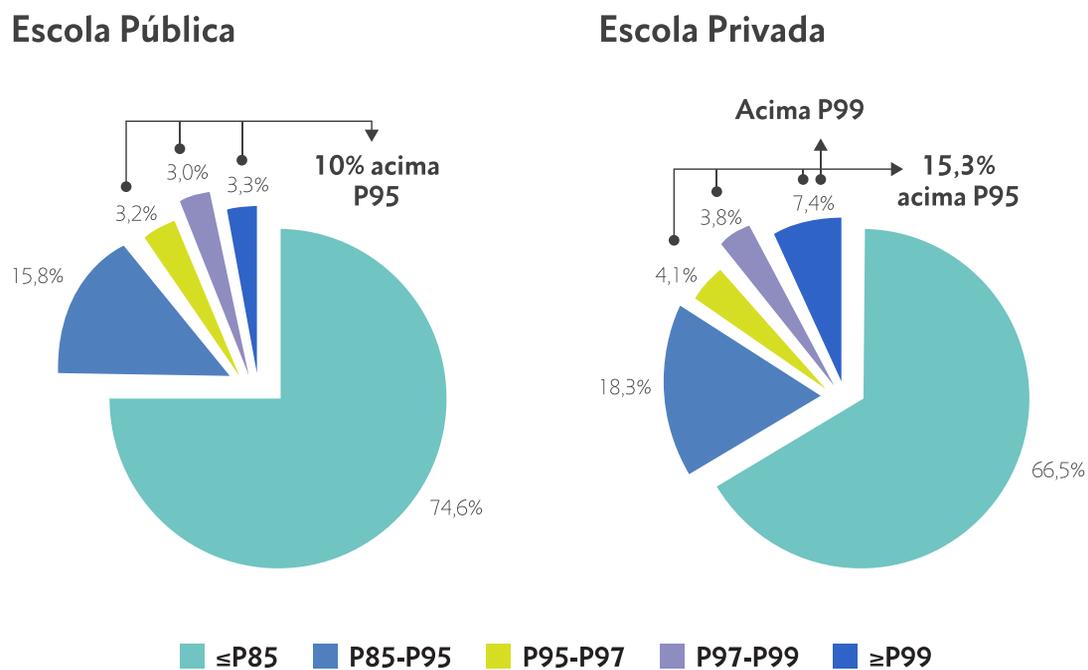


Figura 5. Estado nutricional e prevalências (%) em crianças menores de cinco anos, segundo escola pública ou privada: 2013.

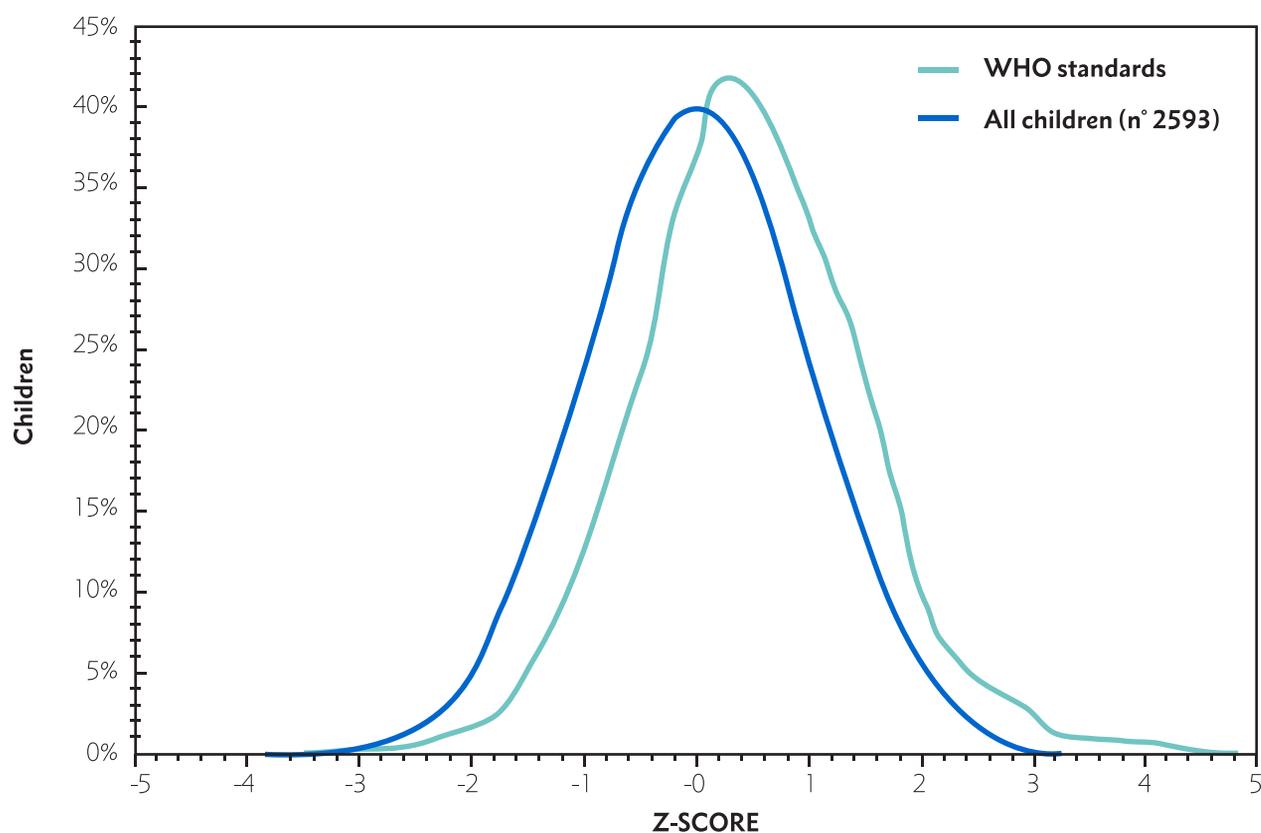




Anexo 2 - Epidemiologia do excesso de peso na Primeira Infância. Dados do Estudo Nutri-Brasil Infância - 2013, Brasil. (continuação)

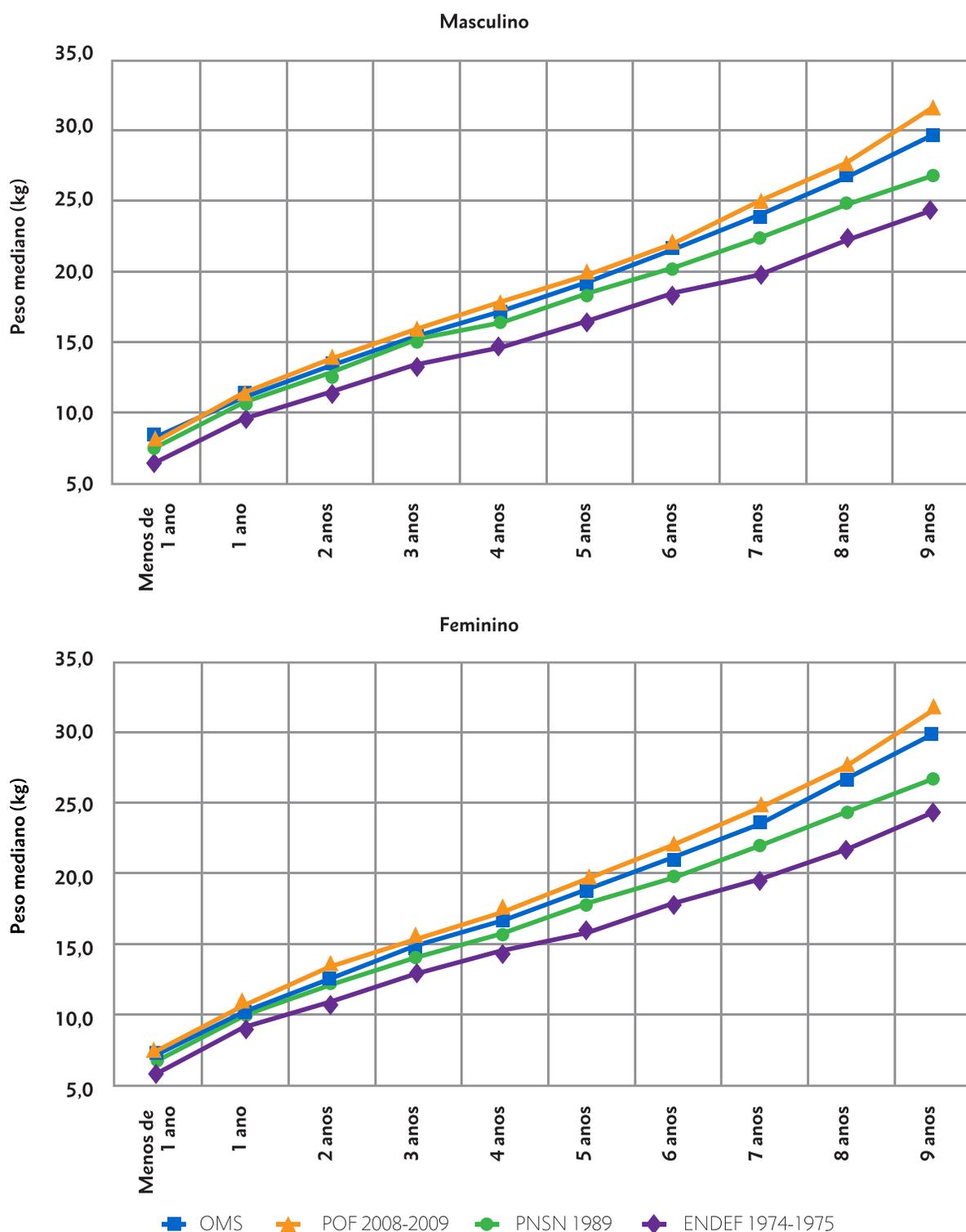
Figura 6. Distribuição do estado nutricional em crianças menores de cinco anos em comparação à curva de referência: 2013.

(Crianças menores de 5 anos)



* Análise segundo: OMS 2007

Anexo 3 - Evolução do peso de crianças até nove anos de idade, em comparação ao padrão OMS, segundo sexo e idade, períodos 1974-1975, 1989 e 2008-2009. POF 2008-2009, Brasil.



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974 - 1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989; World Health Organization.

Anexo 4 - Estudos Nacionais de prevalência de excesso de peso em crianças menores de cinco anos.

Referência	Objetivo	Desenho do estudo	População	Variáveis analisadas	Resultados
Nascimento et al. 2012 (Taubaté, SP) ⁽⁷²⁾	Avaliar a prevalência de excesso de peso em crianças de dois e três anos em creches municipais.	Transversal	447 pré-escolares com idades entre dois e três anos (amostra randomizada e probabilística).	IMC/I, P/E, E/I e P/I (OMS 2006), segundo idade e sexo.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de risco de sobrepeso: 19,9% * Prevalência de sobrepeso: 4,9% * Prevalência de obesidade: 4% * Não houve diferença significativa entre destruição de IMC/I, segundo sexo.
Pinho et al. 2010 (Bezerros, PE) ⁽⁷³⁾	Avaliar estado nutricional de crianças matriculadas em creches da rede pública de ensino do município de Bezerros, Pernambuco.	Transversal	735 crianças com idades entre um e sete anos.	P/I, P/E, E/I (CDC 2000) segundo idade e sexo, territorialidade (urbana x rural)	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de obesidade: 6,1% * Não foram observadas diferenças no estado nutricional das crianças de creches de área urbana e rural, ou quanto ao sexo.
Bernardi et al., 2009 (Campinas, SP) ⁽⁷⁴⁾	Verificar peso e altura associados a variáveis sociodemográficas de crianças menores de dois anos, de acordo com aleitamento materno.	Transversal	2.857 crianças com até dois anos de idade.	IMC/I, P/E, E/I e P/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, variáveis econômicas e demográficas.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de excesso de peso: 10% * Mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 90 dias. * Nas crianças entre nove e 11 anos, cuja mãe estudou, o peso foi menor, bem como nos filhos de mães desempregadas.
Schuch et al., 2013 (RS e SC) ⁽⁷⁵⁾	Estudar prevalência e fatores associados ao excesso de peso em crianças matriculadas nas escolas públicas dos estados do Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC).	Transversal	4.914 crianças (RS 2.578 e SC 2.336) com idades entre quatro e seis anos.	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, variáveis econômicas e demográficas	<ul style="list-style-type: none"> * No RS, o excesso de peso foi de 14,4% e em SC, de 7,5%; * As variáveis que apresentaram associação com o excesso de peso foram: nº de moradores no domicílio, escolaridade materna, situação conjugal, nº de filhos, idade materna ao nascimento do primeiro filho, idade gestacional e o peso ao nascer.

Moreira et al., 2012 (Alagoas, AL) ⁽⁷⁶⁾	Investigar a prevalência do excesso de peso e sua associação com fatores socioeconômicos, biológicos e maternos, em menores de cinco anos da região semiárida do estado de Alagoas.	Transversal	963 crianças menores de cinco anos de idade	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, variáveis econômicas e demográficas e adiposidade central na mãe.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de risco de sobrepeso: 19,9% * Prevalência de sobrepeso: 6,5% * Prevalência de obesidade: 2,1%
Cocetti et al., (macrorregiões brasileiras) 2012 ⁽⁷⁷⁾	Descrever prevalência de excesso de peso obtida na PNDS 2006, analisar sua evolução no período de 1989 a 2006 e identificar os fatores associados.	Transversal	1.735 crianças de zero a 24 meses (910 meninos, 825 meninas). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.	Indicador peso para altura, sexo, situação do domicílio macrorregiões brasileiras, escolaridade materna, idade da mãe, renda per capita, aleitamento materno exclusivo, peso ao nascer, segurança alimentar e nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de excesso de peso no país de 6,5%. Maiores prevalências foram observadas nas regiões Sul (10,0%) e Centro-Oeste (11,1%), nas famílias com renda per capita superior a um salário mínimo (11,8%), nas classes sociais de maior poder aquisitivo (9,7%); * A prevalência de excesso de peso entre crianças abaixo de dois anos reduziu 3% e, entre dois a cinco anos, aumentou em 4,7%, nos últimos 17 anos.
Menezes et al.; 2011 (PE) ⁽⁷⁸⁾	Identificar a prevalência do excesso de peso e sua associação com as condições socioeconômicas, ambientais, bens de consumo, estado nutricional materno e assistência à saúde em pré-escolares.	Transversal	954 pré-escolares menores de cinco anos (amostra probabilística)	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, variáveis econômicas e demográficas, e adiposidade central na mãe.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de excesso de peso foi de 8,1% para o Estado e 9% para a região metropolitana de Recife (PE). * Interior urbano e rural: prevalências de 9,7 e 6,8%, respectivamente. * Maiores prevalências de excesso de peso foram observadas entre crianças pertencentes a famílias com melhores condições socioeconômicas: maior renda familiar per capita e nível de escolaridade, acesso a bens de consumo, melhores condições de moradia e saneamento básico e de assistência à saúde. * Escolaridade materna, bens de consumo e o índice de massa corporal da mãe foram os fatores que melhor explicaram o excesso de peso das crianças.



Chagas et al.; 2013 (MA) ⁽⁷⁹⁾	Estimar prevalências de desnutrição e excesso de peso em menores de cinco anos e sua associação com fatores socioeconômicos, sanitários e demográficos	Transversal	1.214 crianças menores de cinco anos (amostra representativa dos seis municípios maranhenses com mais de cem mil habitantes)	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, variáveis econômicas e demográficas, e adiposidade central na mãe.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de excesso de peso foi de 6,7% * Variáveis socioeconômicas ou recebimento de bolsa família não estiveram associados à desnutrição ou ao excesso de peso. * A prevalência de excesso de peso foi superior à desnutrição.
Marim et al.; 2012 (Ribeirão Preto, SP) ⁽⁸⁰⁾	Avaliar o estado nutricional de pré-escolares através de medidas antropométricas.	Transversal	619 crianças menores de cinco anos	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, dobras cutâneas e circunferências.	<ul style="list-style-type: none"> * Prevalência de risco de excesso de peso foi de 11% no sexo feminino e 15% no masculino; * Prevalência de excesso de peso foi de 6% no sexo feminino e 8% no masculino; * Comprimento ao nascer tendeu a ser maior no grupo de excesso de peso ($p=0,22$) e o peso ao nascer variou significativamente ($p=0,04$) entre os grupos, sendo menor no grupo de crianças com baixo IMC para a idade.



Anexo 5 – Métodos para diagnóstico do excesso de peso em crianças menores de cinco anos.

ANTROPOMÉTRICO

Classificação do Estado Nutricional

(Curvas e pontos de corte OMS e MS: disponibilizados pelo SISVAN).

- * **Índice de massa corporal para idade (IMC/idade):** Validado como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores, além de proporcionar continuidade em relação ao indicador utilizado entre adultos.
- * **Peso para estatura (P/E):** Identifica o emagrecimento e o excesso de peso da criança, porém não é empregado em outras fases da vida.

Composição Corporal

- * **Dobras cutâneas:** Relacionam tecido subcutâneo à gordura corporal. Dobras tricipital e subescapular são utilizadas para crianças, isoladamente ou somadas (excesso de adiposidade > p90)⁽⁸¹⁾.
- * **Circunferência do braço:** Soma das áreas de tecidos ósseo, muscular e gorduroso. Referências e pontos de corte disponibilizados pela OMS a partir de três meses a cinco anos de idade (risco de doenças > p95)⁽⁸²⁾.
- * **Área gordurosa do braço:** Estima reserva de tecido adiposo através de fórmula que considera a circunferência do braço e a dobra cutânea tricipital (excesso de peso > p90)⁽⁸¹⁾.
- * **Circunferência abdominal:** Reflete adiposidade central e risco cardiovascular (risco de doenças > p90). Sugere-se corte proposto por Freedman⁽⁸³⁾ e disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria a partir de cinco anos⁽⁸⁴⁾. Taylor et al. sugerem referências a partir dos três anos (risco de doenças ≥ P80)⁽⁸⁵⁾.
- * **Relação cintura-estatura e circunferência do pescoço:** Relacionam-se a adiposidade central e risco cardiovascular, com referências americanas para circunferência do pescoço⁽⁸⁶⁾. Para relação cintura-estatura sugere-se corte semelhante ao de adultos (normalidade < 0,5)^(7, 87-90).
- * **Impedância bioelétrica:** Determina massa livre de gordura e quantidade de água corporal. Em crianças abaixo de sete anos não é recomendada devido à dificuldade de aplicação da metodologia e exatidão de resultados obtidos (dadas as rápidas mudanças e variabilidade de fluidos corporais nesta fase)^(8, 84).
- * **Absorciometria por dupla emissão de raios-X (dxa):** Padrão ouro de avaliação dos compartimentos corporais, através de raios-X. Não há dados de referência para crianças abaixo de sete anos⁽⁸⁴⁾.
- * **Ultrassom:** O método apresenta boa correlação com dobras cutâneas para estimativa de gordura corporal, porém ainda sem fórmulas preditivas para crianças e adultos⁽⁹¹⁾.



BIOQUÍMICOS

Auxiliam na avaliação de risco, identificação e seguimento de morbidades associadas ao excesso de peso. Cada marcador bioquímico deve seguir a referência apropriada para a faixa etária e sua interpretação depende da fase de resposta inflamatória da criança. A Sociedade Brasileira de Pediatria⁽⁸³⁾ recomenda:

- * **Marcadores inflamatórios e proteínas:** Albumina, pré-albumina, proteína transportadora de retinol, proteína C reativa, ferritina, fibrinogênio, transferrina.
- * **Vitaminas e oligoelementos:** Vitamina E, C, A, D, zinco, B12, B6 e folato.
- * **Perfil lipídico:** Realizado em crianças a partir de 2 anos, (abaixo desta idade não há dados de referência). Recomenda-se avaliar colesterol total e frações (HDL-C, LDL-C, VLDL-C) e triglicerídeos.
- * **Metabolismo glicídico:** Apesar de diversas possibilidades de avaliação, a SBP preconiza a glicemia de jejum e o teste de tolerância oral a glicose em dois pontos. O índice HOMA é também utilizado para avaliação de resistência insulínica (obtido através de fórmula apoiada na insulinemia e a glicemia de jejum), com ponto de corte ainda não consensual, motivo pelo qual a SBP o utiliza de forma complementar.

PRESSÃO ARTERIAL E SÍNDROME METABÓLICA

- * **Pressão Arterial:** Utilizada para a avaliação de risco de crianças acima de três anos, (normalidade < p90) de acordo com sexo, idade e estatura, em manual disponibilizado pela SBP⁽⁸⁴⁾. Em crianças com excesso de peso, a prevalência pode ser entre duas e seis vezes maior, intensificando necessidade de triagem precoce⁽⁹²⁾.
- * **Síndrome metabólica:** Conjunto de fatores de risco para doença cardiovascular e diabetes tipo 2. Não há consenso para este diagnóstico em crianças, não havendo recomendações diagnósticas para crianças na primeira infância. No entanto, a abordagem para os fatores de risco metabólico permite ações preventivas⁽⁹³⁾.

ALIMENTAR

Hábitos e práticas alimentares considerados como risco para o excesso de peso devem ser identificados e corrigidos o mais precocemente possível. Deve-se monitorar o excesso de consumo de sódio (2000mg/dia), ácidos graxos saturados (máx. 10%), trans (mínimo possível), colesterol (máx. 300mg/dia), percentuais de consumo de carboidratos (45-65% diário), açúcares (máx. 10%) e estimular o consumo de fibras (idade + 5g), proteínas magras (5-20%), fontes de ômega 3 (mín. 200mg DHA/dia) e perfil adequado ômega 6: ômega 3 (mín. 5:1), consumo adequado de fontes de vitaminas e oligoelementos, de acordo com diretrizes propostas pela OMS, IOM e MS (2005)^(94, 95). O MS propõe também o "Guia alimentar para crianças menores de dois anos: dez passos para uma alimentação saudável", que apresenta tais diretrizes detalhadamente, aplicadas para esta faixa etária (incluindo práticas de aleitamento materno)⁽¹⁸⁾.

Anexo 6 - Estudos Nacionais que avaliaram fatores de risco e associados ao excesso de peso na Primeira Infância.

Referência	Objetivo	Desenho do estudo	População	Variáveis analisadas	Resultados
Pré Natal inadequado					
Schuch et al., (Rio Grande do Sul, RS; Santa Catarina, SC) 2013 ⁽⁷⁵⁾	Estudar a prevalência e fatores associados ao excesso de peso em crianças matriculadas em escolas públicas.	Transversal	4.914 crianças entre quatro e seis anos (sendo 2.578 no RS, e 2.336 em SC)	Sexo, idade, cor da pele, peso ao nascer, idade gestacio-nal, aleitamento materno total, estado da residência, escolaridade materna, número de filhos, idade materna, situação conju-gal, número de pessoas no domicílio, número de cômodos, localização da residência, tipo de escola e o turno de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> * Maior quantidade de moradores no domicílio, menor escolaridade materna e maior idade materna associados a maior a prevalência de obesidade; * Prevalência de obesidade 5x maior entre peso ao nascer > 4.000g em relação ao BPN (p=0,001); * Prevalência de obesidade 40% maior entre nascidos a termo em relação a prematuros (p=0,001).
Felisbino-Mendes et al., (Ferros, MG) 2010 ⁽⁹⁶⁾	Analisar o perfil nutricional de crianças menores de 10 anos cadastradas no SISVAN	Transversal	1.322 crianças entre 0 e 10 anos	Sexo, idade, IMC (segundo critério NCHS)	<ul style="list-style-type: none"> * 40% população pré-escolar; * Total: Prevalência de 6,7% sobrepeso; 9 % BPN * 42% das crianças menores de seis meses em AME * Resultados provavelmente subestimados devido a critério de análise NCHS
Marano et al., (Rio de Janeiro, RJ) 2012 ⁽⁹⁷⁾	Avaliar fatores sociodemográficos, comportamentais, reprodutivos e morbidades associados à inadequação do ganho de peso gestacional.	Coorte prospectiva	1.287 mulheres no primeiro trimestre de gestação, acompanhadas no SUS	Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso gestacional segundo critério IOM	<ul style="list-style-type: none"> * 26,6% de sobrepeso ou obesidade pré-gestacional * 35,8% ganho de peso acima do recomendado * Mulheres hipertensas (OR=2,1; IC95% 1,4-3,1), com sobrepeso (OR=2,5; IC95% 1,4-4,5), com obesidade pré-gestacional (OR=2,7; IC95% 1,8-3,9) e com maior nível de escolaridade (OR=1,1; IC95% 1,0-1,1) tiveram mais chance de ganhar peso acima do recomendado.
Cocetti et al., (macrorregiões brasileiras) 2012 ⁽⁷⁷⁾	Descrever prevalência de excesso de peso obtida na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, analisar sua evolução no período de 1989 a 2006 e identificar os fatores associados.	Transversal	1.735 crianças de zero a 24 meses (910 meninos, 825 meninas). Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.	Indicador peso para altura, sexo, situação do domicílio macrorregiões brasileiras, escolaridade materna, idade da mãe, renda per capita, aleitamento materno exclusivo, peso ao nascer, segurança alimentar e nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> * Crianças com peso ao nascer superior a 3kg - prevalência 84%, e com o tempo de amamentação exclusiva inferior a 5 meses de 7,4%. * Associação entre obesidade infantil e peso ao nascer ≥ 3kg [oddsratio(OR) = 5,20; IC95% 2,56-10,56], renda per capita \geq um salário mínimo (OR = 2,50; IC95% 1,20-5,21) e residir na macrorregião Centro-Oeste (OR = 2,40; IC95% 1,01-5,72).

Aleitamento materno					
Moreira et al., 2012 ⁽⁷⁶⁾ (Região semiárida de Alagoas).	Investigar a prevalência do excesso de peso e sua associação com fatores socioeconômicos, biológicos e maternos em menores de cinco anos da região semiárida do estado de Alagoas.	Estudo transversal envolvendo amostra probabilística representativa de mães e crianças menores de cinco anos.	963 crianças menores de cinco anos.	Estado nutricional (excesso de peso com base no índice peso/estatura ≥ 1 escore z); Variáveis maternas (renda familiar, escolaridade, estado nutricional, obesidade central, fumo durante a gestação); Variáveis da criança (sexo, peso ao nascer, prematuridade, duração do AME, duração do AM não exclusivo, procedência)	<ul style="list-style-type: none"> * A prevalência de excesso de peso esteve diretamente associada à obesidade central na mãe (odds ratio = 1,46; IC95% 1,07-1,98); duração do aleitamento materno não exclusivo por um período inferior a seis meses (odds ratio = 1,82; IC95% 1,31-2,51).
Simon et al., 2009 ⁽⁹⁸⁾ (São Paulo, São Paulo)	Analisar a associação do sobrepeso e da obesidade com o aleitamento materno e a alimentação complementar em pré-escolares.	Transversal	566 crianças de dois a seis anos de idade	Estado nutricional (as curvas de percentis do Índice de Massa Corporal para idade, classificando como sobrepeso valores $\geq P85$ e $< P95$, e como obesidade valores $\geq P95$); Variáveis utilizadas na regressão logística (idade da criança, peso ao nascer, renda familiar, mãe trabalha fora de casa, duração do AME, duração do AM, idade de introdução do açúcar e outros, estado nutricional do pai)	<ul style="list-style-type: none"> * A prevalência de sobrepeso e obesidade da população estudada foi de 34,4%. Foram fatores de proteção contra sobrepeso e obesidade: * Aleitamento materno exclusivo por seis meses ou mais (IC 95% [0,38;0,86]; OR=0,57; p=0,02) e * Aleitamento materno por mais de 24 meses (IC 95% [0,05;0,37]; OR=0,13; p=0,00).
Ferreira et al., 2010 ⁽⁹⁹⁾ (Região semiárida de Alagoas).	Investigar os efeitos do aleitamento materno sobre a ocorrência de desvios antropométricos em pré-escolares da região semiárida de Alagoas e os possíveis fatores associados.	Estudo transversal com amostra probabilística	716 crianças de um a cinco anos	Estado nutricional (déficit estatural (estatura para idade < -2 dp) e o sobrepeso (peso para altura > 2 dp) em relação ao padrão da OMS-2006) Crianças categorizadas em "mamaram" (amamentação ≥ 30 dias) e "não mamaram" (amamentação < 30 dias); Outras variáveis: idade e escolaridade materna, fuma na gestação, mãe com companheiro, IMC materno, classe socioeconômica, idade da criança, sexo, peso ao nascer	<ul style="list-style-type: none"> * As prevalências de déficit estatural e sobrepeso foram, respectivamente, 11,5% e 6,3%. O sobrepeso associou-se à: * Não amamentação (OR = 2,3); * Tabagismo materno durante a gestação (OR = 1,80) e * Peso ao nascer ≥ 4kg (OR = 2,1).

Moraes e Giugliano, 2011 ⁽¹⁰⁰⁾ (Brasília)	Associar o tempo de amamentação exclusiva da criança à adiposidade central e periférica, por meio do índice de massa corporal dos perímetros da cintura e do braço e das dobras cutâneas tricipital, subescapular e a somatória destas, em pré-escolares.	Transversal	134 pré-escolares entre três e cinco anos de idade de uma escola particular de Brasília	Estado nutricional de acordo com os escores Z preconizados pela OMS. Perímetro da cintura e do braço. Dobras cutâneas tricipital, subescapular e soma das dobras	<ul style="list-style-type: none"> * A prevalência de sobrepeso e obesidade foi similar nos dois sexos (25,4% nos meninos e 22,6% nas meninas), assim como o tempo médio de amamentação exclusiva (4,3 meses para meninos e 4,6 meses para meninas). * Observou-se correlação inversa significativa entre tempo de amamentação exclusiva e perímetro da cintura ($r=-0,166$; $p=0,05$)
Alimentação complementar					
Brasil, 2009 ⁽¹⁹⁾ (Capitais brasileiras e Distrito Federal). Documento governamental	Verificar o consumo de alimentos não recomendados antes dos 12 meses de vida.	Estudo transversal com amostragem probabilística	34.366 crianças menores de um ano que compareceram à segunda fase da campanha de multivacinação de 2008	Consumo de alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional	<ul style="list-style-type: none"> * Elevado consumo de refrigerantes (11,6%) e bolacha e/ou salgadinhos (71,7%)
Caetano et al.; 2010 ⁽¹⁰¹⁾ (Curitiba, São Paulo e Recife)	Avaliar as práticas e o consumo alimentar de lactentes saudáveis de três metrópoles do Brasil.	Estudo prospectivo	179 lactentes saudáveis, entre quatro e 12 meses, que não se encontravam em aleitamento materno (AM) exclusivo.	Consumo de alimentos de baixo valor nutricional	<ul style="list-style-type: none"> * Elevado percentual de consumo de alimentos inadequados como macarrão instantâneo (16,2%), suco artificial (20,7%), doce (26,0) e "petit suisse" (51,3%), antes dos 12 meses de idade.
Mr et al.; 2013 ⁽¹⁰²⁾ (Porto Alegre)	Avaliar o consumo de alimentos não recomendados em crianças assistidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no município de Porto Alegre, RS.	Estudo longitudinal (avaliação aos seis-nove meses da criança e aos 12-15 meses)	619 crianças dos seis aos nove meses e 532 dos 12 aos 15 meses.	Consumo pelas crianças dos seguintes alimentos e bebidas: açúcar de adição, mel, suco artificial (pó), refrigerante, gelatina, queijo "petit suisse", bala/pirulito, bolacha recheada, chocolate, salgadinho tipo chips, alimentos fritos (batata, aipim, pastel, bolo de carne) e embutidos (presunto, mortadela, salame, salsicha)	<ul style="list-style-type: none"> * Elevado consumo de açúcar de adição (76,9%), queijo "petit suisse" (74,2%), gelatina (73,0%), refrigerante (43,5%), bala ou pirulito (42,2%) e biscoito recheado (38,0%) antes dos 6 a 9 meses de idade. * Aos 12 a 15 meses de idade, a maioria das 532 crianças avaliadas já tinha consumido açúcar de adição, queijo "petit suisse", gelatina, biscoito recheado, bala ou pirulito, refrigerante, chocolate, alimentos fritos, salgadinhos tipo chips, suco artificial em pó e embutidos.
Toloni et al.; 2011 ⁽¹⁰³⁾ (São Paulo)	Descrever e discutir a introdução de alimentos industrializados na dieta de crianças frequentadoras de berçários, em creches, considerando a recomendação do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável.	Transversal	270 crianças frequentadoras de berçários de oito creches públicas e filantrópicas do município de São Paulo.	Consumo de alimentos não recomendados nos primeiros anos de vida, tendo como base o Guia Alimentar Brasileiro para crianças menores de dois anos.	<ul style="list-style-type: none"> * Para aproximadamente 2/3 das crianças foram oferecidos, antes dos 12 meses, alimentos com alta densidade energética como macarrão instantâneo (83,4%), salgadinhos (80,7%), bolacha recheada (79,2%), suco artificial (72,1%), refrigerante (67,1%) e bala/pirulito/chocolate (84,4%). * Antes de três meses de idade, 31,1% e 18,2% das crianças já haviam consumido açúcar e mel, respectivamente.

Bortolini et al.; 2012 ⁽¹⁰⁴⁾ (dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde)	Avaliar o consumo alimentar em crianças brasileiras de seis-59 meses de idade, por região e zona de residência.	Transversal	4.322 crianças investigadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006/2007)	Consumo alimentar das crianças	<ul style="list-style-type: none"> * Baixo consumo diário de verduras (12,7%), legumes (21,8%), carnes (24,6%) e * Elevado consumo de refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%), doces (37,8%), com frequência de uma a três vezes na semana. * As crianças das regiões Sul e Sudestes e residentes na zona rural foram as que apresentaram o maior consumo destes alimentos ricos em gordura
Alimentação escolar inadequada					
Nascimento et al.; (Taubaté, SP)2012 ⁽¹⁰⁵⁾	Descrever projeto de intervenção voltado à prevenção do excesso de peso em crianças de dois e três anos de idade de creches públicas.	Coorte prospectiva	Nove creches (total de 845 crianças de dois e três anos de idade)	Programa de alimentação, programa de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> * Porções oferecidas superdimensionadas; * Sem programação regular de atividade física. * O porcionamento das refeições demonstrou-se estratégia eficaz para a redução do valor energético ingerido.
Amorim et al.; (Brasília, DF)2012 ⁽⁴³⁾	Desenvolver e aplicar metodologia para avaliar a implantação da cantina escolar saudável em escolas do Distrito Federal	Coorte prospectiva	35 cantinas (cinco de escolas públicas e 30 de particulares)	Ações para a integração com a comunidade escolar e outras cantinas; ações de educação nutricional; desenvolvimento de estratégias para promoção de lanches saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> * Estabeleceram-se 30 minutos diários de programação de atividade física de duração. * O novo programa foi estabelecido em 12 semanas. * Aumento de 11% na presença de bar, padaria e ambulantes ao redor da escola do 1º para o 3º momento de avaliação pós-intervenção; * Pós-intervenção: todas as escolas não permitiam a entrada de alimentos externos obesogênicos nas dependências da escola;
Gabriel et al (Florianópolis, SC) (Apud Gabriel et al.; 2011) 2010 ⁽⁴⁵⁾	Diagnosticar existência de cantinas escolares e itens comercializados, após instituição de Lei de Regulamentação.	Transversal	105 escolas de ensino fundamental das redes municipal, estadual e particular.	Itens comercializados nas cantinas	<ul style="list-style-type: none"> * Aumento em 45% de cantinas que não vendiam alimentos industrializados com teor de gordura saturada superior a 10% do valor energético total, e de 56% de cantinas que não comercializavam alimentos com gordura vegetal hidrogenada. * Aumento no cumprimento de dez dentre os treze itens relativos aos passos para a implantação da Cantina Escolar Saudável. * 53% das escolas possuíam cantina. * Dentre os alimentos proibidos pela Lei, os salgadinhos fritos e industrializados não eram comercializados, e a maioria não comercializava refrigerante (98%) e pipocas industrializadas (93%). Sucos naturais e os salgadinhos assados eram comercializados por 75% e 98% das escolas, respectivamente; * 61% dos estabelecimentos não disponibilizavam frutas ou salada de frutas.

Inatividade física					
Bielemann et al. (Pelotas, RS) ⁽¹⁰⁶⁾ 2013	Avaliar padrões de atividade física (AF) (intensidade e prevalência) em crianças, de acordo com características demográficas, socioeconômicas e familiares.	Transversal	239 crianças entre quatro e 11 anos.	Padrões de AF (insuficiente < 60min/dia) x sexo x idade x situação socioeconômica. AF foi verificada através de acelerômetros.	<ul style="list-style-type: none"> * 65% do tempo da população gasto em atividades sedentárias; * Entre crianças pré-escolares: tempo médio de AF moderada 71,3min/dia e AF vigorosa 15min/dia; * AF vigorosa é mais frequente na fração mais rica (p=0,03) e mais jovem da população (p=0,02); * Meninos são mais ativos que as meninas (p=0,002): a prevalência de AF insuficiente foi de 34,5% nas meninas e 19,5% nos meninos; * Inatividade física é 2,5 vezes maior nas crianças de 10-11 anos em comparação aos pré-escolares (p=0,01).
Bueno et al.; 2013 (Manaus AM, Natal RN, Recife PE, Brasília DF, Cuiabá MT, Belo Horizonte MG, Rio de Janeiro RJ, São Paulo SP e Porto Alegre RS)	Estimar risco nutricional em crianças de dois a seis anos de idade.	Transversal	3.058 crianças de 85 escolas públicas (54) e privadas (31) que oferecem refeições em período integral, em nove cidades brasileiras.	IMC/I (OMS 2006) segundo idade e sexo, adequação da ingestão de micronutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> * Consumo energético similar entre os grupos; * Consumo inadequado de fibras (80%), excessivo de gorduras saturadas (30%) e sódio (90%), insuficiente de vitaminas E (30%), D (90%) e cálcio (45%).
Antecedentes familiares de obesidade					
Moreira et al., 2012 ⁽⁷⁶⁾ (Alagoas)	Investigar a prevalência do excesso de peso e sua associação com fatores socioeconômicos, biológicos e maternos em menores de cinco anos da região semiárida do estado de Alagoas.	Estudo transversal com amostra representativa	963 crianças, com média de idade de 27,7 meses	Excesso de peso da criança, definido com base no índice peso/estatura ≥ 1 escore z, Variáveis maternas (excesso de peso, obesidade central)	<ul style="list-style-type: none"> * Crianças menores de cinco anos, cujas mães apresentavam excesso de peso central, apresentaram 1,46 vezes mais chance de terem excesso de peso (OR = 1,46).
(Schmitz et al., 2010) (Santa Catarina)	Verificar a associação entre variáveis socioeconômicas, dietéticas, antropométrico-nutricionais dos pais e da criança e a presença de sobrepeso, incluindo obesidade, em escolares do Estado de Santa Catarina.	Transversal	4.964 escolares entre seis e 10 anos matriculados em 345 escolas do ensino fundamental de Santa Catarina	Dados de peso e estatura dos escolares, peso e comprimento ao nascer, tempo de aleitamento materno, idade da introdução de água ou chá e de outros alimentos, além de renda, escolaridade, idade, peso e estatura dos pais.	<ul style="list-style-type: none"> * Associação significativa entre obesidade materna (OR = 1,87) e paterna (OR = 1,67) e excesso de peso na criança
Influência negativa da mídia					
Pagnoncelliet al., (Natal, RN) 2009 ⁽¹⁰⁷⁾	Analisar propagandas de alimentos abrangidos pela legislação, via mídia impressa.	Transversal	Mídias impressas (220 propagandas coletadas em supermercados, farmácias e consultórios médicos)	Classificação da propaganda em: material técnico científico ou comercial; acordo ou desacordo com Lei 11265/2006.	<ul style="list-style-type: none"> * 36% da mídia coletada tratava-se de fins comerciais; * 64% compostas por fórmulas infantis; * 40% das propagandas comerciais infringiram ao menos uma cláusula da legislação.

Costa et al., (Minas Gerais) 2011 ⁽¹⁰⁸⁾	Avaliar o conteúdo dos comerciais de produtos alimentícios veiculados em canais abertos da televisão brasileira durante a programação para o público infantil, bem como valor nutricional e uso de personagens para divulgação; acordo com legislação.	Transversal	119 min. da programação infantil (incluindo anúncios comerciais) de duas principais emissoras de televisão de canal aberto, em dois dias durante a semana e um dia no final de semana, para cada canal. Mês de férias escolares.	Acordo ou desacordo com Lei 11.265/2006, tipo de propaganda, tipos de estratégia de publicidade	<ul style="list-style-type: none"> * 25% das propagandas voltada para o público infantil, dos quais 40% de produtos alimentícios; * 84% das propagandas utiliza personagens infantis como estratégia de publicidade; * 5% das propagandas com finalidade educativa; * Os alimentos promovidos apresentavam alto valor calórico, elevada quantidade de gorduras, açúcares e sódio.
Pimenta et al., (São Paulo, SP)2011 ⁽⁶⁰⁾	Analisar comerciais de produtos alimentícios voltados ao público infantil apresentados em duas emissoras de canal aberto de televisão.	Transversal	Anúncios comerciais de duas principais emissoras de televisão de canal aberto, no período da manhã, das 8h às 14h (incluindo finais de semana), por duas semanas.	Classificação da propaganda em: alimentos fonte de açúcar; fonte de sódio; fonte de gordura.	<ul style="list-style-type: none"> * 25% das propagandas eram de produtos alimentícios; * Inexistência de propaganda de itens básicos (cereais, leguminosas, frutas e vegetais); * Presença de propaganda de bebidas alcoólicas aos finais de semana (3%); * Cerca de 60% das propagandas de alimentos obesogênicos; * 56%: alimentos ricos em açúcares;
Henriques et al., (Niterói, RJ)2012 ⁽⁶¹⁾	Analisar propagandas de alimentos dirigidas às crianças, em dois canais de televisão, caracterizando argumentos e conformidade com a legislação.	Transversal	Oito dias de anúncios comerciais de duas principais emissoras de televisão de canal aberto, para cada emissora, (9h-12h e 16h-18h): 2ª – 6ª feira e sábado (8h- 12h).	Mensagens de comunicação: 1) essencial para saúde; 2) substitui alimentos naturais; 3) benéfico para saúde; 4) substituto de refeição; 5) persuasão sobre os pais; 6) uso de personagens; 7) estímulo ao consumo excessivo; 8) aquisição de brindes.	<ul style="list-style-type: none"> * 12,9% das propagandas anunciavam alimentos dirigidos às crianças (somente 12 produtos diferentes); * Todas: infringiam pelo menos três artigos da legislação específica, como falta de mensagem de alerta sobre os perigos do consumo excessivo de nutrientes obesogênicos; * 58%: não alertam que o produto excede os limites previstos; * 25%: sugerem que o consumo do produto é essencial para a saúde e que podem substituir fontes naturais; * 50%: estimulam o consumo excessivo dos produtos; * 70%: se associam a personagens infantis; * 46%: se associam a aquisição de brindes.



Anexo 7 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (UNICEF).

Passo 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

Passo 2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

Passo 3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

Passo 4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

Passo 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

Passo 6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

Passo 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

Passo 8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.

Passo 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

Passo 10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.





Anexo 8 - Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas (Ministério da Saúde, 2004)

Passo 1. A escola deve definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis.

Passo 2. Reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola.

Passo 3. Desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, enfatizando sua corresponsabilidade e a importância de sua participação neste processo.

Passo 4. Sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis, adequando os locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação e garantindo a oferta de água potável.

Passo 5. Restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal.

Passo 6. Desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola.

Passo 7. Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais.

Passo 8. Auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis por meio de estratégias que estimulem essas escolhas.

Passo 9. Divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências.

Passo 10. Desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.



Anexo 9 – Investimentos públicos e privados feitos nos últimos cinco anos.

Ação	Origem do investimento	Valor (em R\$)	Data/ Período	Detalhamento sobre o uso dos recursos
Rede Cegonha	Público – Federal (Ministério da Saúde)	9,4 bilhões	2011-2014	Criação de estruturas na atenção básica, pré-natal e partos em leitos do SUS
PNAE	Público - Federal (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação)	3,5 bilhões (2013); 3,3 bilhões (2012); 3,1 bilhões (2011); 3,0 bilhões (2010)	2010-2013	Oferta da alimentação escolar e ações de educação nutricional
PSE	Público - Federal (Ministérios da Saúde e Educação)	175 milhões (2013), 120 milhões (2012), 108 milhões (2011)	2011-2013	Avaliação antropométrica e ações de promoção e prevenção da saúde nas escolas
Semana Saúde na Escola	Público - Federal (Ministérios da Saúde e Educação)	17 milhões	Ações 7 a 11/04 de 2014 Repasse dos recursos a partir de 08/2014	Atividades de promoção em saúde com o objetivo de estimular atividades físicas e a integração social em 4.684 municípios, envolvendo cerca de 80 mil escolas
Semana Saúde na Escola	Público - Federal (Ministérios da Saúde e Educação)	10 milhões	2013	Avaliação do peso e testes de visão em crianças e adolescentes de 30 mil escolas públicas
Semana Saúde na Escola	Público - Federal (Ministérios da Saúde e Educação)	4,1 milhões	2012	Ações de conscientização e exames em crianças e adolescentes de 16 mil escolas públicas
Controle e prevenção da obesidade	Público – Federal (Ministério da Saúde)	10,3 milhões	2012	Aquisição de equipamentos de atividade física para as Academias da Saúde e de equipamentos antropométricos, incluindo balanças pediátricas
Hospital Infantil Sabará	Privado	4 milhões	2013	Criação do Centro de Excelência em Obesidade Infantil
Instituto Alana – Projeto Criança e Consumo	Fundo patrimonial	2,4 milhões (2011), 3,2 milhões (2012)	2011-2012	Envolve materiais, eventos, comunicação e produção de Documentário sobre Obesidade Infantil
Pastoral da Criança	Convênio com o Ministério da Saúde	67,8 milhões	2012-2013	Ações para promoção da saúde infantil, incluindo o combate da obesidade
CREN	Convênio com a Prefeitura de São Paulo, doações de pessoas físicas e jurídicas e projetos incentivados pelo setor privado	3,4 milhões	2011	Busca ativa de casos de desnutrição ou obesidade infantil na comunidade e encaminhamento para atendimento ambulatorial em consultas com equipe multidisciplinar, além de participar de atividades em grupo e atendimento em domicílio



FONTES DE PESQUISA

* Rede Cegonha:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1939&Itemid=1

* PNAE:

<http://www.fnnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao>

* PSE:

<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nacionais/111879-acao-contra-obesidade-infantil-atingira-50-mil-escolas.html>

<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/julho/governo-amplia-acoes-de-saude-para-estudantes-beneficiarios-do-bolsa-familia>

<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5013>

* Semana Saúde na Escola:

<http://www.crn1.org.br/index.php/2013/03/governo-lanca-campanha-contra-obesidade-infantil/>

<http://www.blog.saude.gov.br/>

* Controle e prevenção da obesidade (Ministério da Saúde):

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/29345-77saude-libera-recursos-para-prevencao-da-obesidade>

* Hospital Infantil Sabará:

<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/noticias/hospital-infantil-sabara-inaugura-primeiro-centro-de-excelencia-em-obesidade-infantil-do-brasil/>

* Instituto Alana:

<http://files.alana.org.br/balanco-alana-2011.pdf>

<http://files.alana.org.br/balanco-alana-2012.pdf>

- Pastoral da Criança: <https://wiki.pastoraldacrianca.org.br/ConvenioMinisterioDaSaude2012>

- CREN: <http://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/finalistas/2011-gisela-solymos.shtml>

Anexo 10 - Exemplos de programas de atendimento multidisciplinar relacionado à obesidade infantil (não exclusivos à primeira infância) em universidades públicas brasileiras, segundo região

Instituição	Nome do programa/projeto	Faixa etária atendida
Região Norte		
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCPA)	Ambulatório de Obesidade Infantil	Crianças e adolescentes entre sete e 15 anos de idade
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Liga Universitária de Diabetes e Obesidade (LUDO)	Jovens e adultos
Região Nordeste		
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Ambulatório de obesidade do Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira	Crianças e adolescentes
Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Ambulatório de Obesidade Infantil	Pré-escolares, crianças em idade escolar e adolescentes
Universidade Estadual da Paraíba	Centro de Obesidade Infantil	Crianças e adolescentes entre dois e 18 anos de idade
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra	Assistência ao Paciente Portador de Obesidade	Crianças e adolescentes entre cinco e 18 anos de idade
Universidade Federal do Ceará – Parceria com Iprede (Instituto da Primeira Infância)	Ambulatório de Obesidade	Crianças e adolescentes entre sete e 19 anos de idade
Região Centro-Oeste		
Universidade Federal de Goiás	Liga Acadêmica de Pediatria	Crianças menores de 10 anos de idade, incluindo a primeira infância
Região Sudeste		
Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina	Liga de Obesidade Infantil	Crianças entre sete e 14 anos de idade
Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto	Ambulatório de Obesidade Infantil - OBIN	Crianças até os 15 anos de idade
UNICAMP – Hospital das Clínicas	Ambulatório de Obesidade Infantil da Criança e do Adolescente	Crianças e adolescentes entre três e 19 anos de idade
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Serviço de Nutrologia do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira – IPPMG	Crianças e adolescentes entre dois e 18 anos de idade
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)	Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto	Crianças pré-púberes
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Hospital das Clínicas	Ambulatório de Doenças Nutricionais	Crianças e adolescentes entre seis e 16 anos de idade
Região Sul		
Universidade Federal do Paraná – Hospital das Clínicas	Ambulatório de Obesidade Infantil	Crianças e adolescentes
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Hospital Universitário	Ambulatório de Nutrologia Pediátrica	Crianças, incluindo de primeira infância e adolescentes (zero a 10 anos de idade)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Hospital das Clínicas	Ambulatório de Suporte Nutricional Pediátrico – Programa de Obesidade Infantil	Crianças, incluindo de primeira infância e adolescentes (zero a 18 anos de idade)

Anexo 11 - Projetos de lei (PL) relacionados à obesidade infantil.

Projeto de lei (no/ano)	Assunto	Situação
7141/2014 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1229563.pdf	Torna obrigatório que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença ou ausência de açúcar, como medida preventiva e de controle das cáries, obesidade e diabetes.	Em tramitação na Câmara dos Deputados
5674/2013 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1094052.pdf	Dispõe sobre a obrigatoriedade da afixação de cartazes de advertência sobre a obesidade em estabelecimentos que comercializam alimentos "fast food".	Em tramitação na Câmara dos Deputados
3874/2012 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/992306.pdf	Cria a Semana de Mobilização Nacional contra a Obesidade Infantil. Determina que as escolas de ensinos médio e fundamental das redes pública ou privada, entre os dias 01 e 07 de outubro, sediarão palestras relacionadas à nutrição, prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade, corrida da criança contra a obesidade infantil, eventos com celebridades e esportistas de destaque.	Em tramitação. Recebida pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), em maio de 2012
3652/2012 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/978895.pdf	Cria a Semana da Conscientização dos Malefícios da Obesidade nas escolas públicas e dá outras providências. Trata da abordagem de matérias não previstas no currículo obrigatório relacionadas aos malefícios da obesidade, através de seminários, palestras e recursos audiovisuais. Esta data fará parte do calendário escolar e deverá ser aberta aos pais e membros da comunidade em geral.	Aprovada pela CCJC, em maio de 2014, e encaminhada para publicação
1394/2011 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=733450&filename=PL+6803/2010	Institui a Política de Combate à Obesidade, com a finalidade de implementar ações eficazes na redução de peso, combate à obesidade adulta e infantil e à obesidade mórbida.	Em tramitação. Recebida pela CCJC, em maio de 2011
1096/2011 http://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1055544	Proíbe a venda de alimentos acompanhados de brindes ou brinquedos no Estado de São Paulo.	Vetado pelo Governador Geraldo Alckmin, em março de 2013
282/2010 http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=98329	Altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), para dispor sobre a publicidade de alimentos ao público infantil.	Em tramitação. Encaminhada para a Subsecretaria de Coordenação Legislativa do Senado, em abril de 2014
7304/2010 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=476615	Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação de mensagens nutricionais e advertências nos estabelecimentos comerciais e nos produtos que especifica.	Apensado ao PL 1637/2007
150/2009 http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=90577	Altera o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, para regulamentar a propaganda de alimentos.	Em tramitação, aguarda designação do relator da CCJC
6522/2009 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/17771.pdf	Cria o Programa de Prevenção, Orientação e Tratamento da Obesidade Infantil. O Programa será implementado em todas as escolas de ensinos fundamental e médio, com conscientização do corpo docente e discente, assim como os pais. Serão disponibilizados recursos humanos e materiais para diagnóstico e tratamento da obesidade infantil.	Arquivado pela Câmara dos Deputados, em janeiro de 2011
6693/2009 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465180	Dispõe sobre a proibição de publicidade nos meios de comunicação de produtos voltados ao público infantil em horários compreendidos entre 6h e 20h.	Arquivado pela Câmara dos Deputados

193/2008 http://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=786904	Proíbe, no Estado de São Paulo, a publicidade dirigida a crianças de alimentos e bebidas pobres em nutrientes e com alto teor de açúcar, gorduras saturadas ou sódio. A vedação se estenderá no período compreendido entre 6h e 21h, no rádio e televisão, e em qualquer horário nas escolas públicas e privadas. Fica impedida a utilização de celebridades ou personagens infantis na comercialização, bem como a inclusão de brindes promocionais, brinquedos ou itens colecionáveis associados à compra do produto. A publicidade durante o horário permitido deverá vir seguida de advertência pública sobre os males causados pela obesidade.	Vetado pelo Governador Geraldo Alckmin, em fevereiro de 2013
4315/2008 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=425773	Aumenta a pena prevista em caso de divulgação de publicidade que sabe ou deveria saber enganosa ou abusiva, incorrendo o infrator no dobro da pena quando a publicidade for dirigida a crianças.	Arquivada pela Câmara dos Deputados
1637/2007 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360369	Dispõe sobre oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas, cujo objeto seja a divulgação e a promoção de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional.	Aguarda parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
325/2007 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=343938	Dispõe sobre a inclusão da disciplina de Educação Alimentar na grade escolar dos ensinos fundamental e médio, sendo obrigatória em toda rede de ensino do país.	Apensado ao PL 128/2007
196/2007 http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=107767&tp=1	Acrescenta parágrafo 3º ao art. 6º da Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, para determinar que os rótulos das bebidas que menciona especifiquem o teor calórico nelas contido e apresentem frase de advertência quanto aos riscos da obesidade infantil.	Em tramitação no Senado. Aprovado pela CCJC, em fevereiro de 2014
128/2007 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=340610	Inclui o tema "Educação Alimentar" no conteúdo das disciplinas de Ciências e Biologia, nos currículos das escolas de ensinos fundamental e médio, respectivamente.	Em tramitação. Aprovado pela CCJC, em junho de 2012
127/2007 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=340608	Dispõe sobre a substituição de alimentos não saudáveis nas escolas de educação infantil e do ensino fundamental, público e privado.	Aprovada a redação final pela CCJC, em junho de 2010. Aguarda retorno do Senado Federal
6080/2005 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/349258.pdf	Dispõe sobre as restrições à propaganda de bebidas e de alimentos potencialmente causadores de obesidade.	Arquivado pela Câmara dos Deputados, em fevereiro de 2008
406/2005 http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=76096	Altera o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e a Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, para disciplinar a comercialização de alimentos nas escolas, a elaboração de cardápios do Programa de Alimentação Escolar e promover ações para a alimentação e nutrição adequadas de crianças e adolescentes.	Em tramitação. Incluída, em março de 2014, na pauta da reunião da Comissão de Educação
1699/2003 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=128135	Institui a Política de Prevenção e Controle dos Distúrbios Nutricionais e das Doenças Associadas à Alimentação e Nutrição no Sistema Educacional Brasileiro.	Aguarda Designação do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
1480/2003 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/148174.pdf	Obriga a divulgação de advertência sobre a obesidade em embalagens de produtos altamente calóricos.	Em tramitação no Senado. Aprovado pela CCJC, em junho de 2012
6848/2002 http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=53142	Dispõe sobre a comercialização e consumo de guloseimas nas escolas de educação básica, referindo-se à venda de frituras, molhos industrializados e alimentos calóricos.	Arquivado pela Câmara dos Deputados, em dezembro de 2010



<p>6086/2002 http://www.camara.gov.br/sileg/integras/17771.pdf</p>	<p>Institui a última semana do mês de outubro como a Semana de prevenção da Obesidade. O Ministério da Saúde ficará responsável pela definição do programa que deverá contar com campanhas publicitárias, seminários, palestras com exibição de vídeos, slides, filme e outros.</p>	<p>Arquivado pela Câmara dos Deputados, em março de 2008</p>
<p>4705/2001 http://www.camara.gov.br/sileg/MostrarIntegra.asp?CodTeor=17162</p>	<p>Dispõe sobre a obrigatoriedade das embalagens de refrigerantes conterem advertência sobre obesidade.</p>	<p>Arquivado pela Câmara dos Deputados em junho de 2004</p>



Referências

1. SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação. São Paulo, 2012.
2. Rivera JA, de Cossio TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sanchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(4):321-32.
3. OPAS/WHO. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. 2014.
4. Ministério da Saúde: Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). Módulo gerador de relatórios públicos: estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. [Internet]. 2014.
5. Bueno MB, Fisberg RM, Maximino P, Rodrigues Gde P, Fisberg M. Nutritional risk among Brazilian children 2 to 6 years old: A multicenter study. *Nutrition.* 2013;29(2):405-10.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.
7. Veldhuis L, Vogel I, Jansen W, Renders CM, HiraSing RA, Raat H. Moderate agreement between body mass index and measures of waist circumference in the identification of overweight among 5-year-old children; the 'be active, eat right' study. *BMC Pediatr.* 2013;13:63.
8. Candido AP, Alostá JP, Oliveira CT, Freitas RN, Freitas SN, Machado-Coelho GL. Anthropometric methods for obesity screening in schoolchildren: the Ouro Preto Study. *Nutr Hosp.* 2012;27(1):146-53.
9. Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. *Revista brasileira de educação física e esporte.* 2006; 20:163-4.
10. ABESO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Itapeví; São Paulo; 2008-2009.
11. Jarvie E, Hauguel-de-Mouzon S, Nelson SM, Sattar N, Catalano PM, Freeman DJ. Lipotoxicity in obese pregnancy and its potential role in adverse pregnancy outcome and obesity in the offspring. *Clin Sci (Lond).* 2010;119(3):123-9.
12. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(4):e61627.
13. Belkacemi L, Jelks A, Chen CH, Ross MG, Desai M. Altered placental development in undernourished rats: role of maternal glucocorticoids. *Reprod Biol Endocrinol.* 2011;9:105.
14. Patro B, Liber A, Zalewski B, Poston L, Szajewska H, Koletzko B. Maternal and paternal body mass index and offspring obesity: a systematic review. *Ann Nutr Metab.* 2013;63(1-2):32-41.
15. Choi SK, Park IY, Shin JC. The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on perinatal outcomes in Korean women: a retrospective cohort study. *Reprod Biol Endocrinol.* 2011;9:6.
16. Han Z, Lutsiv O, Mulla S, Rosen A, Beyene J, McDonald SD. Low gestational weight gain and the risk of preterm birth and low birthweight: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):935-54.



17. Fraser A, Tilling K, Macdonald-Wallis C, Sattar N, Brion MJ, Benfield L, et al. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood. *Circulation*. 2010;121(23):2557-64.
18. MS. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2ª edição; ed. Brasília; 2010.
19. BRASIL. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 1ª ed. Brasília; 2009.
20. Breastfeeding So. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
21. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*. 2005;115(5):1367-77.
22. Savino F, Benetti S, Liguori SA, Sorrenti M, Cordero Di Montezemolo L. Advances on human milk hormones and protection against obesity. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)*. 2013;59(1):89-98.
23. Balaban G, Silva GA. [Protective effect of breastfeeding against childhood obesity]. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(1):7-16.
24. Turck D, Grillon C, Lachambre E, Robiliard P, Beck L, Maurin JL, et al. Adequacy and safety of an infant formula with a protein/energy ratio of 1.8 g/100 kcal and enhanced protein efficiency for term infants during the first 4 months of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;43(3):364-71.
25. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escribano J, Scaglioni S, Giovannini M, et al. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 years: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2009;89(6):1836-45.
26. Baird J, Poole J, Robinson S, Marriott L, Godfrey K, Cooper C, et al. Milk feeding and dietary patterns predict weight and fat gains in infancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22(6):575-86.
27. Carrascoza K, Possobon R, Ambrosano G, Júnior A, Moraes A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência saúde coletiva*. 2011;16(10).
28. Bezerra V, Nisiyama A, Jorge A, Cardoso R, Silva E, Tristão R. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(2):173-79.
29. Demétrio F, Pinto Ee], Assis AM. [Factors associated with early breastfeeding cessation: a birth cohort study in two municipalities in the Recôncavo region, Bahia State, Brazil]. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(4):641-50.
30. Neves A, Moura E, Santos W, Carvalho K. Fatores associados ao Aleitamento Materno Exclusivo na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. *Rev Nutr*. 2014;27(1):81-95.
31. WHO. World Health Organization. Complementary feeding: Report of the global consultation. Summary of guiding principles. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
32. Skinner J, Carruth B, Wendy B, Ziegler P. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(11):1638-47.
33. Lim S, Zoellner JM, Lee JM, Burt BA, Sandretto AM, Sohn W, et al. Obesity and sugar-sweetened beverages in African-American preschool children: a longitudinal study. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(6):1262-8.
34. Johnson L, Mander AP, Jones LR, Emmett PM, Jebb SA. Energy-dense, low-fiber, high-fat dietary pattern is associated with increased fatness in childhood. *Am J Clin Nutr*. 2008;87(4):846-54.

35. Brekke H, van Odiijk J, Ludvigsson J. Predictors and dietary consequences of frequent intake of high-sugar, low-nutrient foods in 1-year-old children participating in the ABIS study. *Br J Nutr*. 2007;97(1):176-81.
36. EN C, ACT C, EAM M, IAM K. Complementary feeding and maternal characteristics of children younger than two years old in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):258-64.
37. PDB C, ML L, EL S, MR V. Feeding practices and associated factors in the first year of life in a representative sample of Porto Alegre. *Rev Nutr*. 2012;25(4):431-4.
38. Rauber F, da Costa Louzada ML, Feldens CA, Vitolo MR. Maternal and family characteristics associated with the Healthy Eating Index among low socioeconomic status Brazilian children. *J Hum Nutr Diet*. 2013;26(4):369-79.
39. Gatica C, Barros AJ, Madruga S, Matijasevich A, Santos IS. Food intake profiles of children aged 12, 24 and 48 months from the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort: an exploratory analysis using principal components. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:43.
40. Goodell LS, Wakefield DB, Ferris AM. Rapid weight gain during the first year of life predicts obesity in 2-3 year olds from a low-income, minority population. *J Community Health*. 2009;34(5):370-5.
41. Dubois L, Girard M. Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(4):610-7.
42. Matos SM, Jesus SR, Saldiva SR, Prado MaS, D'Innocenzo S, Assis AM, et al. [Weight gain rate in early childhood and overweight in children 5-11 years old in Salvador, Bahia State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):714-22.
43. Amorim NFdA, Brasília Ud, Schmit BdAS, Brasília Ud, Rodrigues MdLCF, Brasília Ud, et al. Implementation of healthy school canteens in schools of the Federal District, Brazil. *Rev Nutr*. 2012;25(2):203-17.
44. Prado B, Guimarães L, Lopes M, Bergamaschi D. Educação alimentar e nutricional no ambiente escolar. *Rev Soc Bras Alim Nutr*. 2012;37(3):281-92.
45. Gabriel CG, Ricardo GD, Vasconcelos FdAGd, Corso ACT, Assis MAAd, Di Pietro PF. Food sold at schools and the intervention strategies for promoting healthy nourishments at schools: a systematic review. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2011;70(4):572-83.
46. Guedes DP, Rocha GD, Silva AJ, Carvalhal IM, Coelho EM. Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(4):295-302.
47. Ruiz RM, Tracy D, Sommer EC, Barkin SL. A novel approach to characterize physical activity patterns in preschool-aged children. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(11):2197-203.
48. Hesketh KR, McMinn AM, Ekelund U, Sharp SJ, Collings PJ, Harvey NC, et al. Objectively measured physical activity in four-year-old British children: a cross-sectional analysis of activity patterns segmented across the day. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:1.
49. Sterdt E, Pape N, Kramer S, Liersch S, Urban M, Werning R, et al. Do children's health resources differ according to preschool physical activity programmes and parental behaviour? A mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(3):2407-26.
50. IOM. Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation - Institute of Medicine. 2012.
51. Lakshman R, Mazarello Paes V, Hesketh K, O'Malley C, Moore H, Ong K, et al. Protocol for systematic



reviews of determinants/correlates of obesity-related dietary and physical activity behaviors in young children (preschool 0 to 6 years): evidence mapping and syntheses. *Syst Rev.* 2013;2:28.

52. Robinson S, Marriott L, Poole J, Crozier S, Borland S, Lawrence W, et al. Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. *Br J Nutr.* 2007;98(5):1029-37.

53. Fisk CM, Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Robinson SM, et al. Influences on the quality of young children's diets: the importance of maternal food choices. *Br J Nutr.* 2011;105(2):287-96.

54. Cartagena DC, Ameringer SW, McGrath J, Jallo N, Masho SW, Myers BJ. Factors contributing to infant overfeeding with Hispanic mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(2):139-59.

55. Rossi A, Moreira E, Rauen M. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev Nutr.* 2008;21(6):739-48.

56. Vitolo M. *Nutrição da gestação ao envelhecimento.* Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008.

57. Garn SM, Sullivan TV, Hawthorne VM. Fatness and obesity of the parents of obese individuals. *Am J Clin Nutr.* 1989;50(6):1308-13.

58. Lang RMF, Nascimento ANd, Taddei JAdAC. Nutritional transition and child and adolescent population: protective measures against the marketing of harmful food and beverages. *Rev Soc Bras Alim Nutr.* 2009;39(3).

59. Pontes TE, Unifesp SP, Brasil, Costa TF, Unifesp SP, Brasil, Marum ABRF, Brasil ALD, et al. Nutritional guidance for children and adolescents and the new consumption patterns: advertising, packaging and labeling. *Rev paul pediatr.* 2009;27(1):99-105.

60. Pimenta DV, Masson DF, Bueno MB. Analysis of food advertisements on television in children programs. *J Health Sci Inst.* 2011;29(1):52-5.

61. Henriques P, Universidade Federal Fluminense N, Sally EO, Universidade Federal Fluminense N, Burlandy L, Universidade Federal Fluminense N, et al. Regulation of publicity for children's food as a strategy for promotion of health. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(2):481-90.

62. Souza ÂRLd, Universidade Federal do Rio Grande do Sul PA, Brasil, Révillion JPP, Universidade Federal do Rio Grande do Sul PA, Brasil. New positioning strategies for fidelization of child consumers of processed food. *Cienc Rural.* 2012;42(3):573-80.

63. Royo-Bordonada MÁ. ¿Pueden contribuir las industrias alimentaria y de la publicidad a prevenir la obesidad infantil y promover hábitos saludables? *Gaceta Sanitaria.* 2013;27(6):563-.

64. Moran R. Evaluation and treatment of childhood obesity. *Am Fam Physician.* 1999;59(4):861-8.

65. Damiani D, Kuba VM, Cominato L, Dichtchekian V, Menezes Filho HC. [Metabolic syndrome in children and adolescents: doubts about terminology but not about cardiometabolic risks]. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2011;55(8):576-82.

66. Lloyd LJ, Langley-Evans SC, McMullen S. Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. *Int J Obes (Lond).* 2012;36(1):1-11.

67. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *The New England journal of medicine.* 2011;365(20):1876-85.

68. Iannuzzi A, Licenziati MR, Acampora C, Salvatore V, Auriemma L, Romano ML, et al. Increased carotid intima-media thickness and stiffness in obese children. *Diabetes Care.* 2004;27(10):2506-8.

69. Morrison JA, Friedman LA, Wang P, Glueck CJ. Metabolic syndrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25 to 30 years later. *J Pediatr*. 2008;152(2):201-6.
70. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*. 2007;357(23):2329-37.
71. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *N Engl J Med*. 2010;362(6):485-93.
72. Nascimento VG, Silva JP, Bertoli CJ, Abreu LC, Valenti VE, Leone C. Prevalence of overweight preschool children in public day care centers: a cross-sectional study. *São Paulo Med J*. 2012;130(4):225-9.
73. Pinho CPS, Silva JEMd, Silva ACG, Araújo NNAd, Fernandes CE, Pinto FCdL. Anthropometric evaluation of children from day care centers in the municipality of Bezerros, Pernambuco, Brazil. *Rev paul pediatr*. 2010;28(3):315-21.
74. Bernardi JL, Jordao RE, Barros Filho Ade A. Cross-sectional study on the weight and length of infants in the interior of the state of São Paulo, Brazil: associations with sociodemographic variables and breastfeeding. *São Paulo Med J*. 2009;127(4):198-205.
75. Schuch I, Universidade Federal do Rio Grande do Sul PA, Brasil, Castro TGd, Universidade Federal de Minas Gerais BH, Brasil, Vasconcelos FdAGd, Universidade Federal de Santa Catarina F, Brasil, et al. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):179-88.
76. Moreira MA, Cabral PC, Ferreira HS, Lira PI. Overweight and associated factors in children from northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(4):347-52.
77. Cocetti M, Taddei JA, Konstantyner T, Konstantyner TC, Barros Filho AA. Prevalence and factors associated with overweight among Brazilian children younger than 2 years. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(6):503-8.
78. Menezes RCEd, Universidade Federal de Alagoas (UFAL) M, Lira PICd, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) R, Oliveira JS, UFPE R, et al. Prevalence and determinants of overweight in preschool children. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(3):231-7.
79. Chagas DCd, UFMA UFdMo, UFMA UFdMo, Silva AAMd, UFMA UFdMo, UFMA UFdMo, et al. Prevalence and factors associated to malnutrition and excess weight among under five year-olds in the six largest cities of Maranhão. *Rev bras epidemiol*. 2013;16(1):146-56.
80. Ferreira-Marim MM FA. Estado nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, SP. *Medicina*. 2012;45(1):23-30.
81. Frisancho A. Anthropometric standards for the assessments of growth and nutritional status: University of Michigan; 1990.
82. OMS. (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>) OMS.
83. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr*. 2007;150(1):12-7.e2.
84. SBP. Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Nutrologia. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2009.
85. Taylor RW, Jones IE, Williams SM, Goulding A. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(2):490-5.



86. Nafiu OO, Burke C, Lee J, Voepel-Lewis T, Malviya S, Tremper KK. Neck circumference as a screening measure for identifying children with high body mass index. *Pediatrics*. 2010;126(2):e306-10.
87. Mokha JS, Srinivasan SR, Dasmahapatra P, Fernandez C, Chen W, Xu J, et al. Utility of waist-to-height ratio in assessing the status of central obesity and related cardiometabolic risk profile among normal weight and overweight/obese children: the Bogalusa Heart Study. *BMC Pediatr*. 2010;10:73.
88. Kurtoglu S, Hatipoglu N, Mazicioglu MM, Kondolot M. Neck circumference as a novel parameter to determine metabolic risk factors in obese children. *Eur J Clin Invest*. 2012;42(6):623-30.
89. Hatipoglu N, Mazicioglu MM, Kurtoglu S, Kendirci M. Neck circumference: an additional tool of screening overweight and obesity in childhood. *Eur J Pediatr*. 2010;169(6):733-9.
90. Lou DH, Yin FZ, Wang R, Ma CM, Liu XL, Lu Q. Neck circumference is an accurate and simple index for evaluating overweight and obesity in Han children. *Ann Hum Biol*. 2012;39(2):161-5.
91. Neves EB, Universidade Tecnológica Federal do Paraná C, Brasil, Ripka WL, Universidade Tecnológica Federal do Paraná C, Brasil, Ulbricht L, Universidade Tecnológica Federal do Paraná C, Brasil, et al. Comparison of the fat percentage obtained by bioimpedance, ultrasound and skinfolds in young adults. *Rev Bras Med Esporte*. 2013;19(5):323-7.
92. Burgos MS, Universidade de Santa Cruz do Sul SCdS, UNISC, Burgos LT, Universidade de Santa Cruz do Sul SCdS, Camargo MD, et al. Associação entre medidas antropométricas e fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2013;101(4):288-96.
93. Tumas R. Metabolic syndrome in the child and teenager. *Pediatr mod*. 2012;48(1).
94. IOM. Institute Of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington: Institute Of Medicine; 2010.
95. Saúde. Md. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2006.
96. Felisbino-Mendes MS, Universidade Federal de Minas Gerais BH, Brasil, Campos MD, Programa de Saúde da Família do Município de Ferros F, Brasil, Lana FCF, Universidade Federal de Minas Gerais BH, Brasil. Nutritional assessment in children under 10 in ferros, Minas Gerais. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(2):257-65.
97. Marano D, Fundação Oswaldo Cruz Rdj, Brasil, Gama SGNd, Fundação Oswaldo Cruz Rdj, Brasil, Pereira APE, Fundação Oswaldo Cruz Rdj, Brasil, et al. Adequacy of weight gain in pregnant women from two municipalities of Rio de Janeiro state (RJ), Brazil, 2008. *Rev Bras Cinecol Obstet*. 2012;34(8):386-93.
98. Simon VG, Souza JM, Souza SB. Breastfeeding, complementary feeding, overweight and obesity in pre-school children. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):60-9.
99. Ferreira HaS, Vieira ED, Cabral Junior CR, Queiroz MD. [Breastfeeding for at least thirty days is a protective factor against overweight in preschool children from the semiarid region of Alagoas]. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):74-80.
100. Moraes J, Giugliano R. Aleitamento materno exclusivo e adiposidade. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):152-6.
101. Caetano M, Ortiz T, da Silva S, de Souza F, Sarni R. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):196-201.
102. MRV, MLL, G P, GAB. Consumo precoce de alimentos não recomendados por lactentes do Sul do Brasil. *Revista Ciência e Saúde*. 2013;6(1):25-8.

103. Toloni M, Longo-Silva G, Goulart R, Taddei J. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr.* 2011;24(1):61-70.
104. Bortolini GA, Cubert MB, Santos LM. [Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age]. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1759-71.
105. Nascimento V, Salvador E, da Silva J, Bertoli C, Blake M, Leone C. Excesso de peso em pré-escolares: análise de uma intervenção possível. *Journal of Human Growth and Development* 2012;22(1):1-7.
106. Bielemann RM, Cascaes AM, Reichert FF, Domingues MR, Gigante DP. Objectively measured physical activity in children from a southern Brazilian city: a population-based study. *J Phys Act Health.* 2013;10(8):1145-52.
107. Pagnoncelli MGB, Norte FUoRCd, Batista AM, Norte FUoRCd, Silva MCMD, Norte FUoRCd, et al. Analysis of advertisements of infant food commercialized in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2009;45(2):339-48.
108. Costa MLC, Oliveira PADd, Auad SM. Children's television food advertising and the Brazilian nutrition guidelines: agreement or confrontation? *Arq Cent Estud Curso Odontol.* 2011;47(4):181-7.
109. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
110. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
111. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2004.
112. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 17-20 março, 2004. Brasília: Consea; 2004.
113. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>.
114. Redes. Redes para o Desenvolvimento Sustentável. A importância da segurança alimentar. Disponível em: <http://www.programaredes.org.br/a-importancia-da-seguranca-alimentar/>.
115. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Orientação para implementação nos municípios. UNICEF; 2010.
116. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.
117. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: histórico, situação atual, ações e perspectivas [monografia na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460.
118. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
119. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.351, de 05 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Ofi-



cial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em 22 jul 2014.

120. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [homepage na internet]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>.

121. Jaime, P. Políticas Públicas para o enfrentamento da Obesidade Infantil no Brasil. Seminário de Obesidade Infantil. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/seminario-2013/seminario-22.10/apresentacao-6>. Acesso em 22 jul 2014.

122. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=semana_saude_escola. Acesso em 10 jul 2014.

123. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

124. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

125. Silva APA da, Forte MJP, Juliani RCTP, Azevedo SDR. Instituto da Criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2006.

126. CELAFISCS. Estudo mede sedentarismo infantil no Brasil e no Mundo. Disponível em: <http://www.celafiscs.org.br/index.php/noticias/item/estudo-mede-sedentarismo-infantil-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em 22 jul 2014.

127. Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.cren.org.br/>.

128. Hospital Infantil Sabará. Centro de Excelência em Obesidade Infantil [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/hospital-infantil/centros-de-excelencia/obesidade-infantil.php>.

129. Instituto Alana [homepage na internet]. Disponível em: <http://alana.org.br/institucional>.

130. Instituto Movere [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.institutomovere.org.br/>.

131. Pastoral da Criança [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos>.

132. Sociedade Brasileira de Cardiologia. SBC vai à escola [homepage na internet]. Disponível em: <http://cientifico.cardiol.br/sbcvaiaescola/default.asp>.

133. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Jornal SBC Junho 2014. Disponível em: <http://jornal.cardiol.br/2014/junho/edicao/files/assets/basic-html/page9.html>. Acesso 22 jul 2014.

134. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em 22 jul 2014.

135. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11770.htm. Acesso em 22 jul 2014.

136. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm. Acesso em 22 jul 2014.

137. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.051, de 08 de novembro de 2001. Novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da União, Brasília, 09 nov., 2001, Seção 1.

138. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de condição ou de estado de saúde específico. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm. Acesso em 22 jul 2014.

139. Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>. Acesso em 22 jul 2014.

140. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, ensino fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm>. Acesso em 22 jul 2014.

141. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 14.830, de 13 de julho de 2012. Cria o Programa Nutricional nas escolas públicas. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2012/lei-14830-13.07.2012.html>. Acesso em 22 jul 2014.

142. Governo do Estado de Santa Catarina. Lei nº 15.265, de 18 de agosto de 2010. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/11_05_2011_14.13.35.5f90e822e7ae6b3fb1e5bc59b147cb5a.pdf. Acesso em 22 jul 2014.

143. Governo do Distrito Federal. Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013. Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=257747>. Acesso em 22 jul 2014.

144. Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso do Sul. Lei nº 4.320, de 26 de fevereiro de 2013. Proíbe a comercialização, confecção e distribuição de produtos que colaborem para acarretar riscos à saúde ou à segurança alimentar dos consumidores, em cantinas e similares instalados em escolas públicas situadas no Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=251720>. Acesso em 22 jul 2014.

145. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Lei nº 13.027, de 16 de agosto de 2008. Dispõe sobre a comercialização de lanches e de bebidas em escolas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.al.rs.gov.br/mikibreier/LinkClick.aspx?fileticket=hnCjo4vRCf1%3D&tabid=5239>. Acesso em 22 jul 2014.

146. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei nº 14.855, de 19 de outubro de 2005. Dispõe sobre padrões técnicos de qualidade nutricional, a serem seguidos pelas lanchonetes e similares, instaladas nas escolas de ensinos fundamental e médio, particulares e da rede pública. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=6351&indice=1&totalRegistros=1>. Acesso em 22 jul 2014.



147. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Lei nº 4.508, de 11 de janeiro de 2005. Proíbe a comercialização, aquisição, confecção e distribuição de produtos que colaborem para a obesidade infantil, em bares, cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/88467/lei-4508-05>. Acesso em 22 jul 2014.

148. Governo do Estado de Santa Catarina. Lei nº 12.061, de 18 de dezembro de 2001. Dispõe sobre critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas nas unidades educacionais, localizadas no Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.sed.sc.gov.br/secretaria/legislacao/doc.../50-lei-no-1206101. Acesso em 22 jul 2014.

149. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 24, de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas, cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/104537-24.html>. Acesso em 22 jul 2014.

150. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 408, de 11 de dezembro de 2008. Aprova diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/img/211_ro/Reso408.pdf. Acesso em 22 jul 2014.

151. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 14.677, de 29 de dezembro de 2011. Obriga as redes de "fast food" a informar aos consumidores o valor nutricional dos alimentos comercializados. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2011/lei-14677-29.12.2011.html>. Acesso em 22 jul 2014.

152. Câmara dos Deputados. Projetos de Leis e Outras Proposições. PL 5921/2001. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=43201>. Acesso em 29 jul 2014

153. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008. Institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11721.htm. Acesso em 22 jul 2014.

154. Governo do Distrito Federal. Lei nº 5.145, de 19 de agosto de 2013. Institui a Semana de Combate à Obesidade Infantil no âmbito do Distrito Federal. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=74876. Acesso em 22 jul 2014.

155. Governo do Distrito Federal. Lei nº 5.149, de 19 de agosto de 2013. Dispõe sobre a Campanha de Combate e Prevenção à Obesidade Infantil nas escolas das redes pública e particular de ensino do Distrito Federal. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=74881. Acesso em 22 jul 2014.

156. Furst T, Connors M, Bisogni CA, et al. Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite* 1996; 26(3): 247-265.

157. Ferraro AA, Cardoso VC, Barbosa AP, et al. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13(149).

158. ABESO. Mães adolescentes têm maior probabilidade de se tornarem obesas no futuro. 2013. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/lenoticia/1003/estudo.shtml> - Acesso 18/08/2014.





Banco de Referências



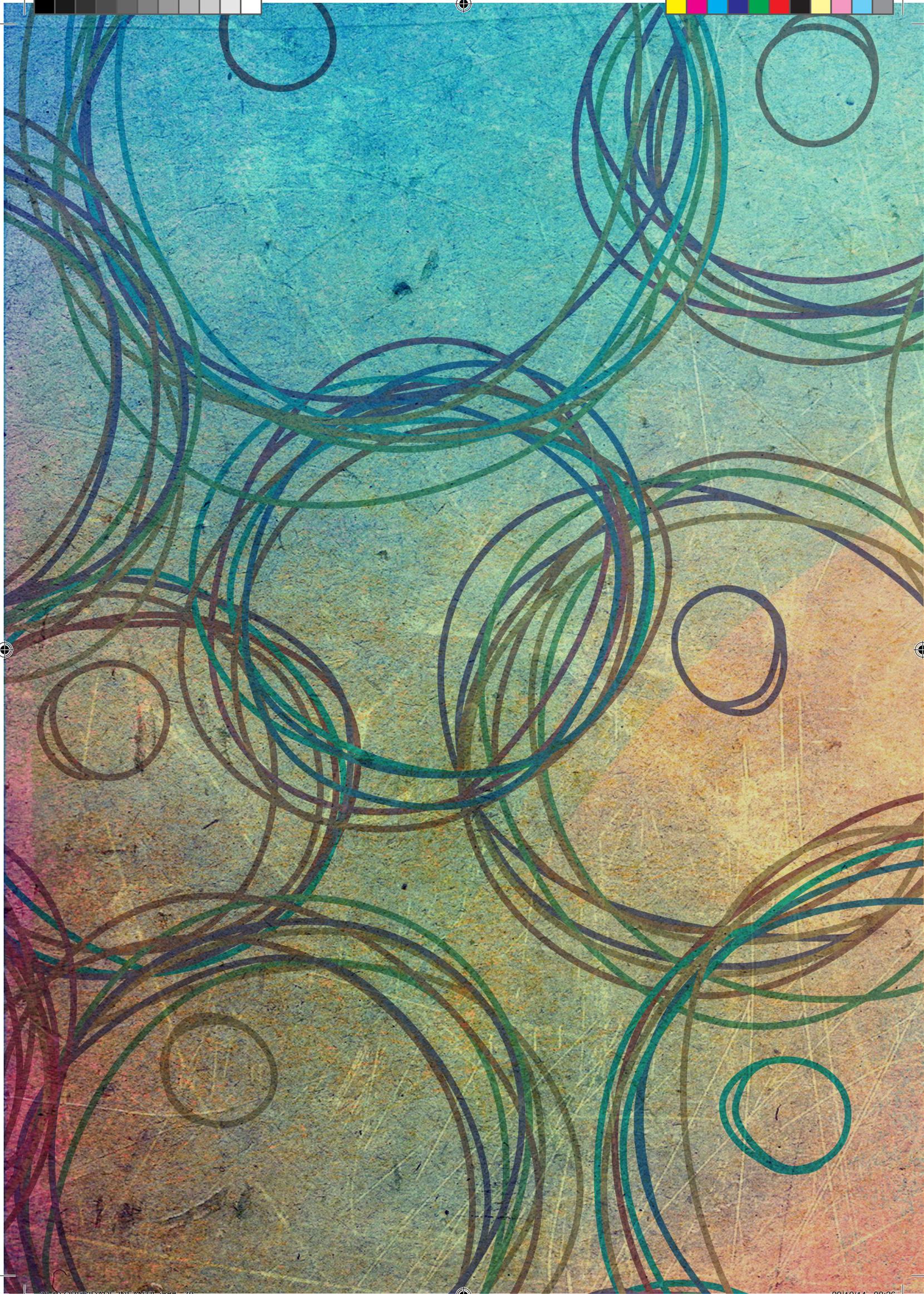
Documento	Título/Referência	Link para acesso
PNAN	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/psan2011.pdf
Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guiao.pdf
Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.	http://www.redeblh.fiocruz.br/media/enpacs10passos.pdf
WHO, 2004	Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf
OPAS, 2014	Plano de Ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes	http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/357--PAHO_planofaction.pdf
Cartilha SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cartilha_sisvan.pdf
RBBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano	http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home
UNICEF	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm
Ministério da Saúde - SMAM	Mobilização Social	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30202..2012
Atenção pré-natal e puerperal	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.	http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
Rede Cegonha	PORTARIA Nº 2.351, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011	http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html
Portal da Saúde, 2012	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar	http://www.fnnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao
PNAE	Brasil. Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específico. Diário Oficial da União, 29 mai 2014; Seção 1.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm
PNAE	Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União, 18 jun 2013; Seção 1.	http://www.fnnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013
PSE	Programa Saúde na Escola	http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128

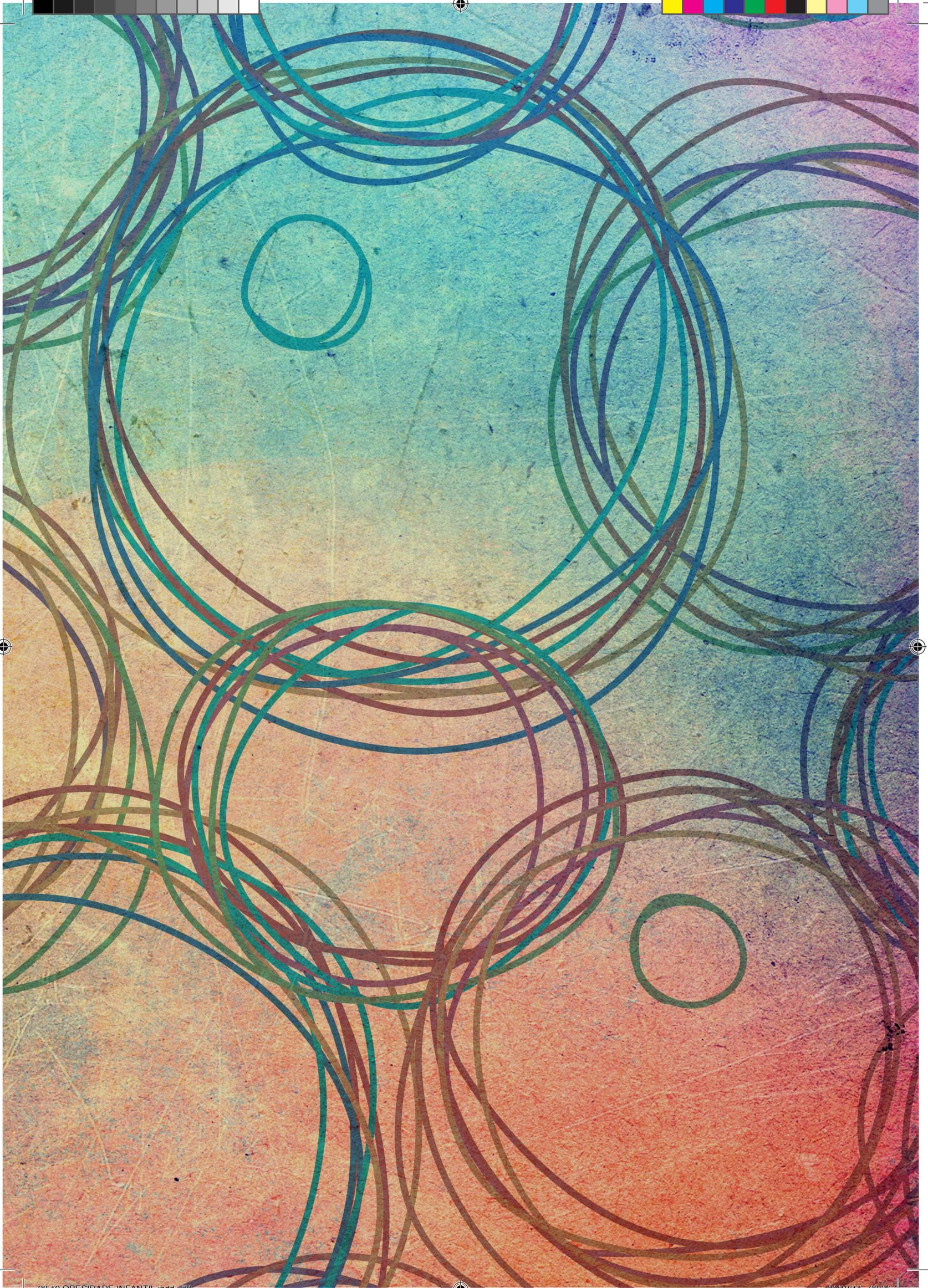
Jaime, 2013	Políticas Públicas para o enfrentamento da Obesidade Infantil no Brasil. Seminário de Obesidade Infantil	http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/seminario-2013/seminario-22.10/apresentacao-6
Semana Saúde na Escola	SEMANA SAÚDE NA ESCOLA 2014: de 07 a 11 de Abril	http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=semana_saude_escola
CGAN	Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dezPassosPasEscolas.pdf
Acordo MS/FENEP	Acordo de Cooperação entre Ministério da Saúde e Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP)	http://www.cantinasaudavel.com.br/arquivos/Acordo_Cooperacao_MS_FENEP.pdf
Manual das Cantinas Escolares Saudáveis	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.	http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_cantinas.pdf
Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.	http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf
ABESO	Sobre a ABESO	http://www.abeso.org.br/pagina/1/sobre-a-abeso.shtml
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.	http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
Sociedade Brasileira de Cardiologia	Projeto SBC Vai à Escola	http://cientifico.cardiol.br/sbcvaiescola/default.asp
Sociedade Brasileira de Cardiologia	19% dos estudantes, em São Paulo, estão com peso acima do normal	http://jornal.cardiol.br/2014/junho/edicao/files/assets/basic-html/page9.html
Instituto da Criança HCFMUSP	Silva APA da, Forte MJP, Juliani RCTP, Azevedo SDR. Instituto da Criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2006.	
CREN	Como atuamos	http://www.cren.org.br/como-atuamos/
Hospital Sabará	Centro de Excelência em Obesidade Infantil	http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/hospital-infantil/centros-de-excelencia/obesidade-infantil.php
Instituto Alana	Institucional	http://alana.org.br/institucional
Instituto Alana	Notificação. Solicitação de informações sobre o direcionamento de publicidade ao público infantil em armários escolares.	http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/06/14_notificacao_globalbox.pdf
Instituto Alana	Instituto Alana. Infância e Consumo: estudos no campo da comunicação; coordenado por Veet Vivarta. Brasília, DF: Instituto Alana; 2009.	http://www.andi.org.br/sites/default/files/Inf%C3%A2ncia%20e%20consumo.pdf
Instituto Movere	10 anos de Instituto Movere – Uma organização que transforma vidas	http://www.institutomovere.org.br/noticias/10-anos-de-instituto-movere-uma-organizacao-que-transforma-vidas
Instituto Movere	Instituto Movere: na luta contra a obesidade infantil.	http://www.chrisflores.net/trabalhosociais/18/materia/1009/institutomoverenalutacontraobesidadeinfantil.html
Pastoral da Criança	Quem Somos	http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/quemsomos
Pastoral da Criança	Novo desafio da Pastoral da Criança: prevenir a obesidade infantil	https://pastoraldacrianca.org.br/pt/noticias-dos-30-anos/2400-novo-desafio-da-pastoral-da-crianca-prevenir-a-obesidade-infantil

Celafiscs	Estudo mede sedentarismo infantil no Brasil e no Mundo	http://www.celafiscs.org.br/index.php/noticias/item/estudo-mede-sedentarismo-infantil-no-brasil-e-no-mundo
Sociedade Brasileira de Pediatria	Sociedade lança Manual para prevenir obesidade infantil	http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=88&id_detalhe=2629&tipo_detalhe=S
Sociedade Brasileira de Pediatria	Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª Ed. São Paulo: SBP; 2012.	http://www.sbp.com.br/PDFs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf
Portaria GM/MS 1.920, 5 de setembro de 2013	Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.	http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
Lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008	Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Lei/11770.htm
Lei nº 11.265/2006	Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm
Portaria nº 2.051, de 08 de novembro de 2001	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras	http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/95-portaria_anvisa.pdf
Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014	Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específico.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12982.htm
Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013	Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE.	http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013
Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006	Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.	http://dtr2001.sau.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1010.htm
Lei nº 14.830, de 13 de julho de 2012	Cria o Programa Nutricional nas escolas públicas	http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2012/lei-14830-13.07.2012.html
Lei nº 15.265, de 18 de agosto de 2010	Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil nas instituições de ensino públicas e privadas do Estado de Santa Catarina.	http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/11_05_2011_14.13.35.5f90e822e7ae6b3fb1e5bc59b147cb5a.pdf
Lei nº 5.146, de 19 de agosto de 2013	Estabelece diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede de ensino do Distrito Federal.	http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2014/01/LEI-DF-2013-5146.pdf10674!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action
Lei nº 4.320, de 26 de fevereiro de 2013	Proíbe a comercialização, confecção e distribuição de produtos que colaborem para acarretar riscos à saúde ou à segurança alimentar dos consumidores, em cantinas e similares instalados em escolas públicas situadas no Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências.	http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=251720
Lei nº 13.027, de 16 de agosto de 2008	Dispõe sobre a comercialização de lanches e de bebidas em escolas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências.	http://www2.al.rs.gov.br/mikibreier/LinkClick.aspx?fileticket=hnCjo4vRCf%3D&tabid=5239
Lei nº 14.855, de 19 de outubro de 2005	Dispõe sobre padrões técnicos de qualidade nutricional a serem seguidos pelas lanchonetes e similares instaladas nas escolas de ensino fundamental e médio, particulares e da rede pública.	http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=6351&indice=1&totalRegistros=1



Lei nº 4.508, de 11 de janeiro de 2005	Proíbe a comercialização, aquisição, confecção e distribuição de produtos que colaborem para a obesidade infantil, em bares, cantinas e similares instalados em escolas públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro.	http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/88467/lei-4508-05
Lei nº 12.061, de 18 de dezembro de 2001	Dispõe sobre critérios de concessão de serviços de lanches e bebidas nas unidades educacionais, localizadas no Estado de Santa Catarina.	www.sed.sc.gov.br/secretaria/legislacao/doc.../50-lei-no-1206101
RDC nº 24, de 15 de junho de 2010	Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas, cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio e de bebidas com baixo teor nutricional.	http://www.brasilus.com.br/legislacoes/rdc/104537-24.html
Instituto Alana	TRF libera publicidade de alimentos não saudáveis	http://defesa.alana.org.br/post/44233209463/trf-libera-publicidade-de-alimentos-nao-saudaveis
Resolução CNS nº 408, de 11 de dezembro de 2008	Aprova diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.	http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/img/211_ro/Reso408.pdf
Lei nº 14.677, de 29 de dezembro de 2011	Obriga as redes de "fast food" a informarem aos consumidores o valor nutricional dos alimentos comercializados.	http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2011/lei-14677-29.12.2011.html
Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008	Institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11721.htm
Lei nº 5.145, de 19 de agosto de 2013	Institui a Semana de Combate à Obesidade Infantil no âmbito do Distrito Federal	http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=74876
Lei nº 5.149, de 19 de agosto de 2013	Dispõe sobre a Campanha de Combate e Prevenção à Obesidade Infantil nas escolas das redes pública e particular de ensino do Distrito Federal.	http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=74881
Investimentos	Rede Cegonha	http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1939&Itemid=1
Semana Saúde na Escola 2014		http://www.blog.saude.gov.br/
Semana Saúde na Escola 2012 e 2013		http://www.crn1.org.br/index.php/2013/03/governo-lanca-campanha-contra-obesidade-infantil/
Hospital Infantil Sabará		http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/noticias/hospital-infantil-sabara-inaugura-primeiro-centro-de-excelencia-em-obesidade-infantil-do-brasil/
PNAE		http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-apresentacao
Controle e prevenção da obesidade (equipamentos)		http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/29345-77saude-libera-recursos-para-prevencao-da-obesidade
PSE 2013		http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5013
PSE 2012		http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/julho/governo-amplia-acoes-de-saude-para-estudantes-beneficiarios-do-bolsa-familia
PSE 2011		http://www.brasilus.com.br/noticias/nacionais/111879-acao-contra-obesidade-infantil-atingira-50-mil-escolas.html
Pastoral da Criança		https://wiki.pastoraldacrianca.org.br/ConvenioMinisterioDaSaude2012
Cren 2011		http://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/finalistas/2011-gisela-solymos.shtml
Instituto Alana 2011		http://files.alana.org.br/balanco-alana-2011.pdf
Instituto Alana 2012		http://files.alana.org.br/balanco-alana-2012.pdf





REALIZAÇÃO



REDE NACIONAL
PRIMEIRA
INFÂNCIA

www.primeirainfancia.org.br

APOIO INSTITUCIONAL RNPI 2013/2014



SECRETARIA EXECUTIVA - BIÊNIO 2013/14
INSTITUTO DA INFÂNCIA - IFAN

