



BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

MIKAELLY DAMIÃO CARVALHO

**PERFIL NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS
DO MUNICÍPIO DE BARROCAS-BA**

Conceição do Coité – BA

2021

MIKAELLY DAMIÃO CARVALHO

**PERFIL NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS
DO MUNICÍPIO DE BARROCAS-BA**

Artigo científico apresentado à disciplina TCC II,
da Faculdade da Região Sisaleira – FARESI,
como Trabalho de Conclusão de Curso do
curso de Bacharelado em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Me. Marília Villela

Coorientador: Prof. Me. Rafael Antón

Conceição do Coité – BA

2021

Ficha Catalográfica elaborada por:
Joselia Grácia de Cerqueira Souza – CRB-Ba. 1837

C331p Carvalho, Mikaelly Damião

Perfil nutricional e características alimentares das crianças do município de Barrocas-Ba..- Conceição do Coité (Ba.), FARESI, 2021.

34 f., il.

Referências: f. 24 -27

Artigo científico apresentado à disciplina de TCC II, da Faculdade da Região Sisaleira – FARESI, como Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Bacharelado em Nutrição.

Orientadora: Profa. Me. Marília Villela

Coorientador: Profo. Me. Rafael Anton

1.Desenvolvimento infantil. 2. Estado nutricional. 3. Hábitos alimentares. 4. Nutrição. I. Título.

CDD : 613.2

PERFIL NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE BARROCAS-BA

Mikaelly Damiano Carvalho¹

Marília Villela²

Rafael Antón³

RESUMO

O crescimento da criança é usado para indicar o seu desenvolvimento, aspecto importante, pois auxilia diretamente no monitoramento de risco de morbidade em criança, principalmente por desnutrição e obesidade. A nutrição é imprescindível em todo ciclo da vida humana, hábitos alimentares saudáveis previne doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar ingestão adequada de alimentos em qualidade e quantidade suficiente. O trabalho tem como objetivo avaliar o estado nutricional, e os hábitos alimentares das crianças. Este artigo consiste em um estudo transversal e uma pesquisa de campo quantitativo-descritiva no município de Barrocas-BA, para qual foi usado um questionário online, com contribuição de 91 mães, aplicado entre março e abril de 2021, além de revisão bibliográfica. Após a realização da pesquisa observou que a prevalência foi do sexo masculino, idade de 2 a 6 anos, a incidência de patologias foi baixa, e as crianças mantêm um nível de fracionamento adequado e maior consumo de alimentos saudáveis, fica evidente que as mesmas devem ter ações de incentivo, junto à família, como um ambiente estável, alimentação saudável e atividade física, sendo fatores que contribuem para melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças. Desenvolvimento infantil. Estado nutricional. Hábitos alimentares. Nutrição.

ABSTRACT

The child's growth is used to indicate his development, an important aspect, as it directly assists in monitoring the risk of morbidity in children, mainly due to malnutrition and obesity. Nutrition is essential in every human life cycle, healthy eating habits prevent chronic non-communicable diseases, in addition to providing adequate food intake in sufficient quality and quantity. The work aims to assess the nutritional status and eating habits of children. This article consists of a cross-sectional study and a quantitative-descriptive field research in the municipality of Barrocas-BA, for which an online questionnaire was used, with the contribution of 91 mothers, applied between March and April 2021, in addition to a bibliographic review. After conducting the research, he observed that the prevalence was male, aged 2 to 6 years, the incidence of pathologies was low, and children maintain an adequate level of fractionation and greater consumption of healthy foods, it is evident that they should having incentive actions with the family, such as a stable environment, healthy eating and physical activity, which are factors that contribute to a better quality of life.

¹ Discente de Nutrição.

² Orientadora.

³ Coorientador.

KEYWORDS: Children. Child development. Nutritional status. Eating habits. Nutrition.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da criança é usado como um indicador do desenvolvimento, e é caracterizado por um processo contínuo, que expressa o aumento do tamanho corporal. É influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, como fatores genéticos e ambientais (alimentação, higiene, saúde, habitação). Esses são considerados fatores determinantes, que influenciam o crescimento acelerado ou o retardo do processo. O crescimento intrauterino deve ser destacado como um aspecto importante, pois alterações no crescimento fetal podem repercutir na estatura da criança. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012, p.107). O monitoramento do crescimento e do peso facilita identificar maiores riscos de morbimortalidades em crianças, por isso é de extrema importância a avaliação e orientação antecipadas para prevenir subnutrição e obesidade. (MINISTERIO DA SAUDE, 2012).

A nutrição é importante em todo ciclo da vida humana, desde a vida intrauterina, lactância até o envelhecimento, no entanto são fases distintas que precisam de direcionamentos nutricionais diferentes (KRAUSE, 2018, p.238).

A importância de bons hábitos alimentares, principalmente na infância, diminui as chances de um comportamento alimentar inadequado ao longo da vida. É imprescindível que as práticas alimentares saudáveis sejam instituídas na infância, para prevenir o desenvolvimento de doenças degenerativas e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta. Alterações degenerativas podem ser aceleradas ou retardadas ao longo dos anos, e a alimentação está entre os fatores que interferem nesse processo, além dos aspectos genéticos, ambientais, imunológicos, hábitos e qualidade de vida. (KRAUSE, 2018, p.238).

O estado nutricional exerce influências quanto ao desenvolvimento infantil, desde morbimortalidades a todo o processo de crescimento. Sabe-se que nos dias atuais a desigualdade ainda existe, e as pessoas de baixa renda muitas vezes não têm condições para ter uma alimentação suficiente e de qualidade, estando assim, mais susceptíveis a diversas patologias. Dessa forma, uma avaliação nutricional é a forma de acompanhar e prever o estado nutricional da criança, para assim poder

promover saúde, e prevenir doenças. “O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC na Caderneta de Saúde da Criança” (BARROS; VICTORA, 2008 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, P.108).

Nos últimos anos os dados mostram redução da desnutrição e aumento do excesso de peso nas crianças (JÚNIOR, *et al*, 2020. p.4). Entende-se que o público infantil é mais susceptível a ter uma alimentação rica em industrializados e ultra processados, alimentos que prejudicam diretamente o desenvolvimento infantil além de promover o surgimento de DCNT. Para prevenir o excesso de peso e obesidade existe uma tríade formada pela nutrição individualizada e correta, escassez do sedentarismo e incentivo de atividades físicas, buscando constância dos mesmos (CERQUEIRA, 2020).

No aspecto da nutrição individualizada e correta é importante atentar para o conceito de alimentação saudável, que é definida pela ingestão adequada de alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, que possa suprir as necessidades nutricionais, e que permita um crescimento e desenvolvimento adequado da criança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). “O monitoramento regular do crescimento possibilita que sejam identificadas tendências problemáticas e que seja iniciada a intervenção precoce para que o crescimento em longo prazo não seja comprometido” (KRAUSE, 2018).

Partindo desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o estado nutricional, os hábitos alimentares e patologias que acometem crianças com idade entre 02 a 12 anos residentes no município de Barrocas-BA.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS BRASILEIRAS

Para haver uma nutrição ideal, a nutrição no período intrauterino em quantidades adequadas e suficientes de micronutrientes e macronutrientes energéticos são imprescindíveis. A nutrição após o nascimento também tem que ser de qualidade, o aleitamento materno irá fornecer e continuar o processo de todo desenvolvimento e crescimento normal da criança. Esse momento de

crescimento de um novo ser humano determina o estado de saúde para futuras gerações (KRAUSE, 2018, p. 239). Os hábitos alimentares saudáveis das crianças são formados a partir de diversos fatores, como o ambiente que ela convive, meio social, cultural, religioso, econômico, ainda sim depende de uma boa educação nutricional (Santos; Silva; Pinto, 2018).

A evolução com as tecnologias tem cada vez mais beneficiado a indústria alimentícia, com a praticidade e maior durabilidade dos alimentos industrializados. O consumo de industrializados abrange todo o público, especialmente o público infantil, por conta dos diversos tipos de marketing como as propagandas, e os anúncios de alimentos que chamam atenção, estes que são pobres nutricionalmente e maléficos para saúde. (ATAIDES, *et al*, 2020).

O excesso desses alimentos industrializados e pobre em nutrientes, além da falta de atividade física tem como pressuposto o desenvolvimento de doenças como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, classificadas como doenças crônicas não transmissíveis, por isso a necessidade de uma educação alimentar nutricional junto com políticas públicas voltadas para uma reeducação em toda a faixa etária principalmente nas primeiras fases da vida quando está acontecendo o desenvolvimento das crianças para então crescer com qualidade física e mental sem nenhuma preocupação por isso é interessante uma alimentação nutricionalmente equilibrada e saudável. (ATAIDES, *et al*, 2020).

Com isso há disponibilidade de ferramentas dentro da nutrição, estas que podem ajudar no processo, como uso da pirâmide alimentar que é referência para uma alimentação adequada, além do guia alimentar para população brasileira. Para que isso ocorra às crianças devem compreender a importância da alimentação correta e os benefícios que leva a qualidade de vida, como também a prevenção de doenças. Porém independem somente das mesmas, e sim dos pais, educadores, responsáveis, e toda família, processo que exige mudança e reeducação de todos para maior eficácia. (ATAIDES, *et al*, 2020).

2.2 PRINCIPAIS NECESSIDADES NUTRICIONAIS EM CRIANÇAS

Para que as crianças tenham um bom estado nutricional e não apresentem

deficiências nutricionais, devem seguir uma alimentação saudável e equilibrada. As crianças demandam muita energia por conta do crescimento, por isso é recomendado à distribuição correta dos macronutrientes. Os valores recomendados de ingestão de carboidratos são de 55% a 60% e para lipídios de 25% a 30%. São necessários valores normais, para que não atrapalhe no crescimento normal da mesma, evitando desenvolvimento de cetose, hipoglicemia, deficiência de ácido linoleico, ácidos graxos essenciais, e deficiências de vitaminas lipossolúveis. As proteínas são recomendadas de acordo com idade, peso e sexo. Assim ficam facilmente alcançados os valores da dieta. As proteínas de alto valor biológico são importantes, pois tem os aminoácidos essenciais, não produzidos pelo corpo, necessária ingestão (VITOLLO, 2008).

Estudos demonstram que as deficiências de micronutrientes ainda são problemas de saúde pública de alta prevalência, interferem diretamente no estado de saúde infantil. Quando a manifestação é nos primeiros anos de vida associa ao retardo de crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança, além da menor capacidade de aprendizagem da mesma. A carência de ferro é considerada mais prevalente no mundo, esta que acarreta diversos problemas de saúde, principalmente anemia, a deficiência do zinco e vitamina A respectivamente interfere no funcionamento do sistema imunológico, e aumenta taxas de mortalidade, por diarreia e sarampo. (CAVALCANTE, *et al*, 2006, p. 327).

Há recomendações normais para cada faixa etária, como a (RDA), que colabora para elaboração do plano dietético, garantindo assim 97% a 98% dos valores normais para o organismo funcionar em perfeito estado. Porém, não significa que não seguir essa referência padrão irá causar deficiências. Uma alimentação adequada seguindo os valores de recomendação, de acordo com a idade adequada, torna possível todo aporte nutricional necessário para crescimento saudável da criança. Entretanto, pode haver alguns empecilhos como maus hábitos alimentares, ingestão inadequada, hiperatividade, diferença no metabolismo. Sendo assim, algumas vezes é importante o uso da suplementação, como vitamínicos, minerais, alimentos fortificados, para que possa suprir a demanda (VITOLLO, 2008).

2.3. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS

A Doença crônica é caracterizada no ramo da saúde, como qualquer doença que não tem cura, pois são morbidades em longo prazo, que são necessários acompanhamentos e assistência por toda vida. As doenças crônicas não transmissíveis mostram relevância por maior mortalidade no mundo, é um problema de saúde pública que causa impactos negativos na vida do ser humano, desde infantil até os idosos. (JÚNIOR, *et al*, 2020).

De acordo com a Organização mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é um conjunto de doenças, estas definidas como obesidade, doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus, neoplasias, entre outras, estas que são de riscos e contém a mesma abordagem de prevenção. (JÚNIOR, *et al*, 2020). “Essas doenças acarretam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades.” (MALTA, *et al*, 2019, p.2)

As maiores taxas de mortalidades que acontecem pelas DCNT são em países pobres, de baixa e média renda, em grupos sociais de baixa escolaridade, as taxas de mortalidades prematuras, acontece com idade inferior a 60 anos (JÚNIOR, *et al*, 2020). As DCNT atingem de qualquer classe socioeconômica, de maior complexidade, naqueles grupos com menores vulnerabilidades, como os de baixa renda, deixando assim incapazes e limitados para realização das tarefas, aumentando ainda mais a pobreza. (MALTA, *et al*, 2019).

As doenças crônicas influenciam negativamente na vida das crianças, devido às internações, tratamentos, mudanças no estilo de vida, dentre outros, alteram a vida dos familiares, principalmente economicamente. Além desses impactos biológicos, ainda existem os psicológicos, emocionais, sociais, necessitando assim de acompanhamento multiprofissional (JÚNIOR, *et al*, 2020, p.3). Não difere muito, na adolescência é quando começa grande parte dos fatores de riscos para DCNT, estas que influenciam na saúde a curto e longo prazo. Há diversos fatores que podem ser usados na prevenção dessas doenças, como uma melhor alimentação, atividades físicas, evitarem uso de tabaco e álcool, são fatores de riscos que podem ser interferidos, reduzindo assim a probabilidade das doenças. Logo medidas de promoção à saúde integrada, nas fases iniciais da vida,

de crianças e adolescentes impactam diretamente na morbimortalidade, causando assim um declínio, além da melhora na qualidade de vida. (CAMPOS, *et al*, 2018, p.2).

2.4. EXCESSO DE PESO EM CRIANÇAS

A obesidade é definida uma doença crônica, decorrente de acúmulo anormal de tecido adiposo, com causas multifatoriais, como padrão e estilo de vida, meios sociais e culturais, meio ambiente, fatores genéticos, psicológicos e fisiológicos. É uma condição que atinge qualquer faixa etária, trazendo riscos para saúde de curto e longo prazo. Principalmente em crianças, pode desencadear diversos problemas como: distúrbios psicossociais, distúrbios ortopédicos, respiratórios e dermatológicos, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, resistência à insulina, doenças coronárias, acidente vascular cerebral isquêmico e diabetes mellitus tipo 2. A prevalência de obesidade é mundial, no Brasil há uma grande taxa de prevalência. A obesidade infantil e excesso de peso estão crescendo cada vez no país. (AVELINO, *et al*, 2020).

Quanto mais cedo são acometidas as crianças mais graves são as morbidades de sobrepeso e obesidades, além de elevarem os riscos de desenvolver outras patologias e aumentar as complicações. (JÚNIOR, *et al*, 2020). “Características na infância, como peso ao nascer, aleitamento materno, padrões alimentares e a prática de atividade física, estão diretamente associadas ao excesso de peso, assim como, a influência do ambiente familiar e condições socioeconômicas” (JÚNIOR, *et al*, 2020.p.1).

A obesidade infantil está com mais prevalência em países industrializados já que as tecnologias estão cada vez mais conquistando este público, com aparelhos eletrônicos, estes que são atrativos, e colaboram negativamente com o gasto energético das crianças já que não fazem atividades recreativas. É importante uma mudança comportamental em todo ambiente, começando da própria casa, conscientização de toda família, para mudanças de hábitos alimentares saudáveis, limitando aparelhos eletrônicos começando uma vida ativa, para que repercuta diretamente em todos, principalmente na criança (CERQUEIRA, 2020).

No Brasil, o aumento do sobrepeso e da obesidade é bastante evidenciado

nos estudos realizados com crianças, podendo estar relacionado ao processo de transição nutricional, pelo qual a população tem passado (JÚNIOR, *et al*, 2020.)

2.5 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A transição nutricional é um fator importante nos dias atuais, esta que é definida como uma mudança radical no padrão alimentar, desde quando passou de ser uma população desnutrida para obesa, isso ocorre pelo fato de haver um maior consumo de alimentos hipercalóricos e baixo teor nutricional, além do sedentarismo que estimula para um processo obesogênico (JÚNIOR, *et al*, 2020).

Isso ocorre devido mudanças de estilo de vida e a facilidade existente em relação aos alimentos prontos, desde quando as pessoas preferem o modo mais rápido e prático. Muitas vezes preferem se alimentar fora de casa. Além do aumento do volume da dieta, normalmente, estas refeições são ricas de industrializados e cheias de calorias principalmente vazias, quando em casa ainda tem a opção de *delivres*, com exclusão de legumes, frutas, verduras, que é o recorrente nos dias atuais, sendo assim as crianças já crescem nesse cenário nada favorável para saúde.

Porém, estudos atuais ainda mostram que apesar da preocupação com excesso de peso e obesidade na infância, características da transição nutricional, ainda há prevalência de crianças com baixo peso e desnutrição, estas que elevam consequências fisiológicas adversas (LOPES, A.F. *et al*, 2019).

Nesse contexto, a nutrição é um fator primordial, onde contempla toda base para comportamentos e hábitos saudáveis. Importante acompanhamento pelo nutricionista, pois é quem determinará um plano dietético de acordo com o indivíduo, esta que irá direcionar uma alimentação saudável.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Em vivência obtida durante o período de estágio de Nutrição Social no município de Barrocas, ficou evidente a necessidade de um estudo voltado para o

público infantil. Partindo do pressuposto da ausência de estudos, surge a inquietação de pesquisar sobre o perfil nutricional das crianças.

O presente estudo é classificado como transversal realizado no período de 06/03/2021 a 24/04/2021 através de uma pesquisa de campo quantitativo-descritiva, realizada com o público de crianças de 02 a 12 anos residentes no município de Barrocas-BA. Para a coleta de dados foi utilizado questionário on-line (apêndice 7.1) realizado através do *Google Forms*. O mesmo foi direcionado para as mães, onde responderam todas as 11 questões relacionadas ao estado nutricional e ao consumo alimentar das crianças, e também referentes à idade, data de nascimento, sexo, peso, altura, patologias presentes e atividade física.

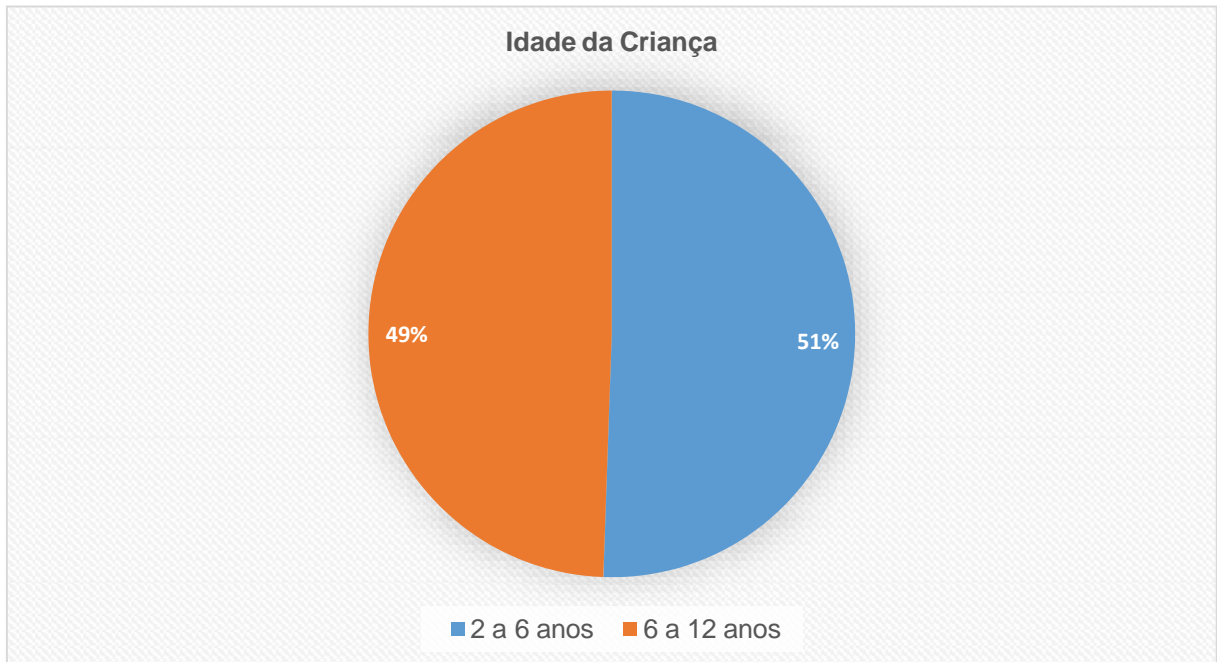
A análise feita dos parâmetros antropométricos como o IMC, estatura/idade, peso/idade, IMC/idade, peso/estatura, foi através das informações obtidas do questionário respondido pelas mães, as referências utilizadas foram os gráficos de avaliação de crescimento preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde. Todos os cálculos realizados foram sob a forma de percentil e/ou de escore z (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Para fundamentação teórica foi realizada revisão bibliográfica em livros, revistas, e em bases de dados e bibliotecas virtuais como *Scielo*, *Pubmed*, e google acadêmico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram incluídas no estudo 91 crianças, com a faixa etária de 02 a 12 anos, com uma prevalência um pouco maior de crianças de 2 a 6 anos de idade, como mostra o Gráfico 1.

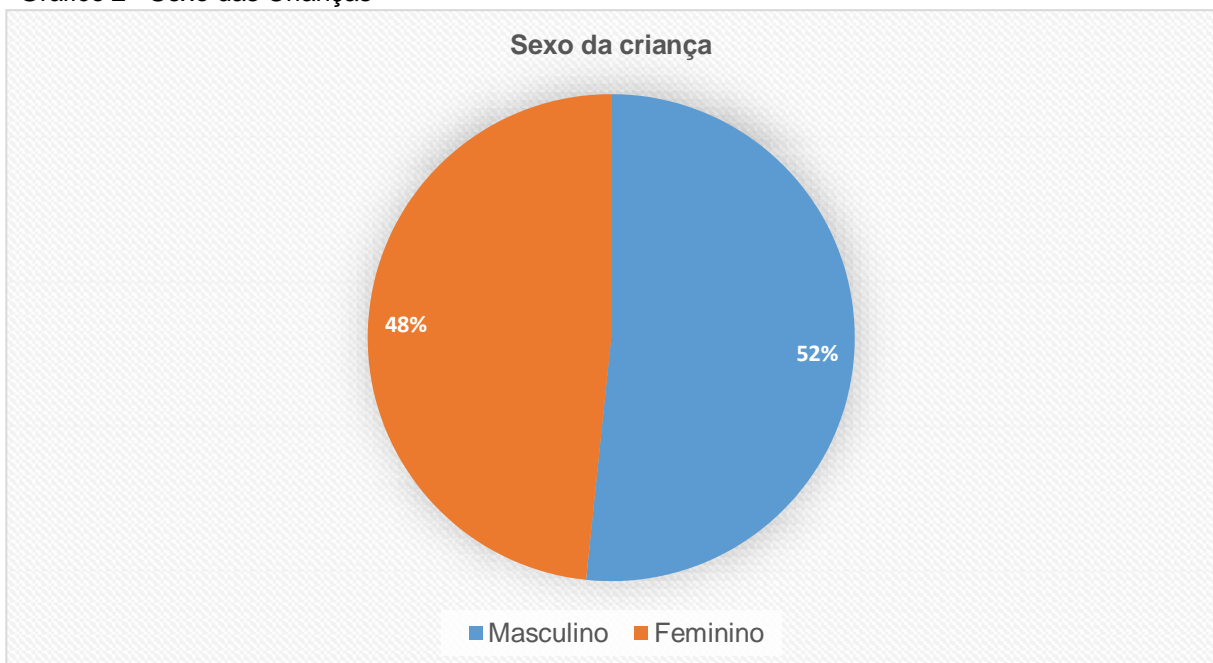
Gráfico 1 - Idade das Crianças



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Dentre as 91 crianças avaliadas nesse estudo, de 46 tinham entre 2 a 6 anos(51%) e 45 tinham entre 6 a 12 anos de idade (49%).

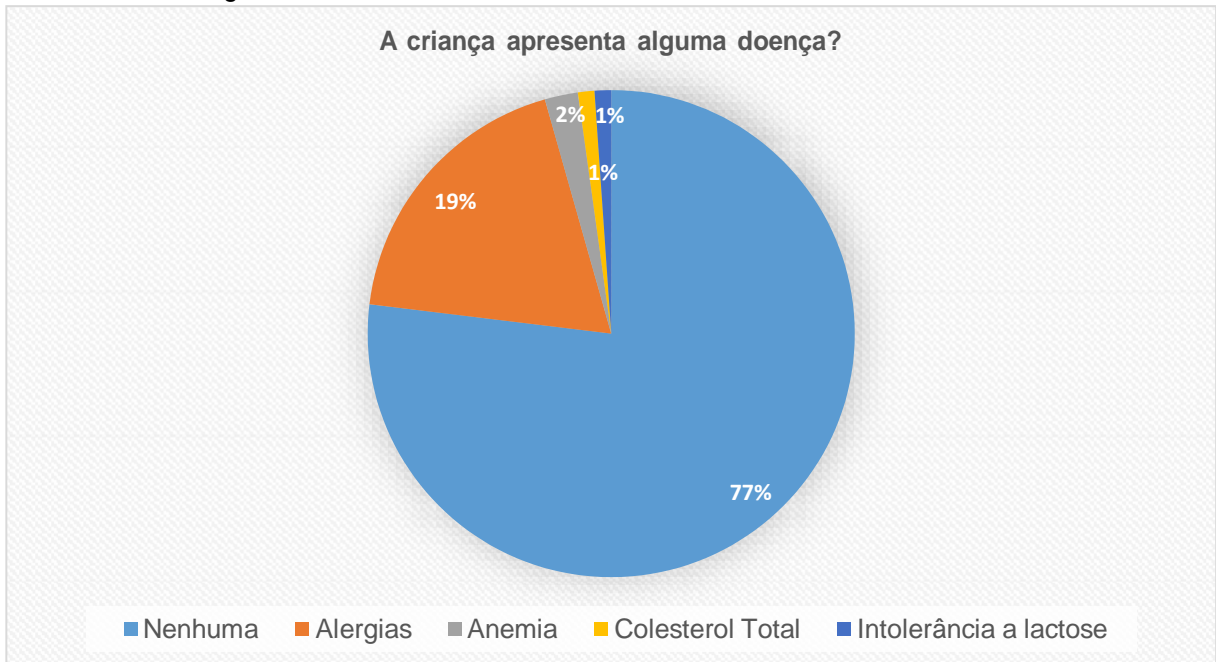
Gráfico 2 - Sexo das Crianças



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Em relação a distribuição de gêneros, fica explícito que 47 (52%) foram do sexomascullino e 44 (48%) do sexo feminino.

Gráfico 3 - Patologias existentes

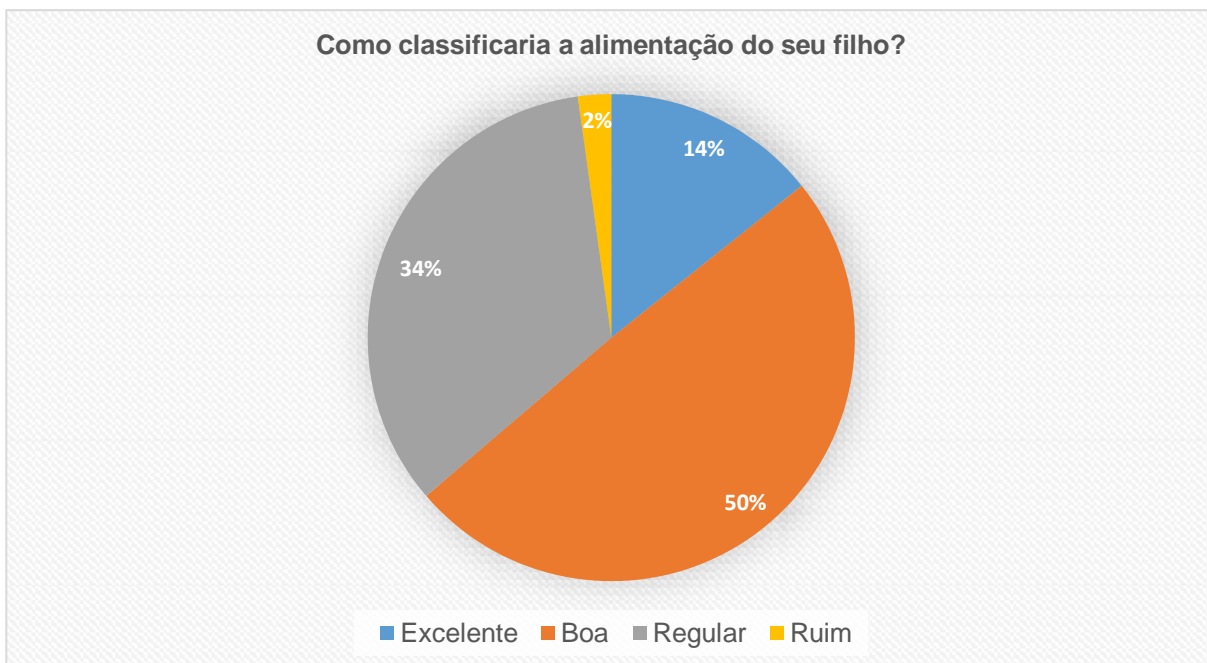


Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Conforme o gráfico 3 os resultados encontrados mostram que 77% (70 crianças) não apresentam nenhuma patologia. Dentre os 23% (21 crianças restantes), a maior prevalência foi de alergia.

As alergias representam 19% (ou seja, um total de 17 crianças da 91 estudadas), porém nos questionários não foram especificados os tipos de alergia (apenas duas mães relataram que os filhos tinham rinite e asma). A anemia estava presente em apenas 2 crianças, 2%. Elevação do colesterol total (1%) e com Intolerância à lactose (1%).

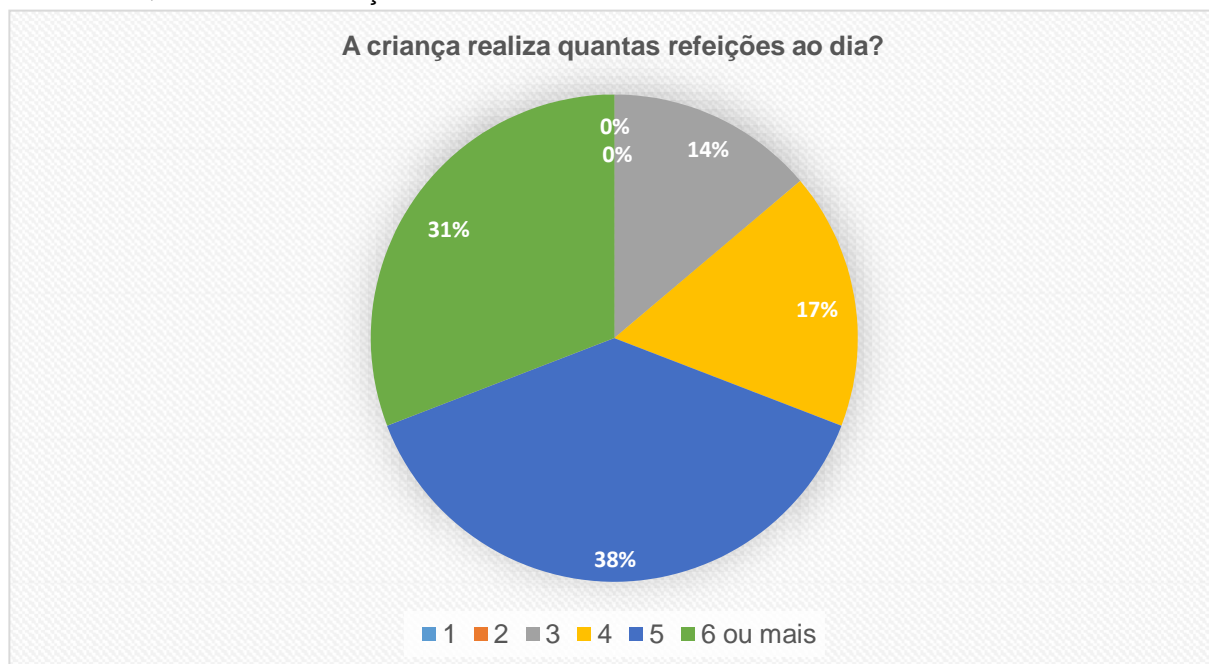
Gráfico 4 - Classificação da alimentação



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Frente a pesquisa realizada, o gráfico 4 relaciona a classificação da alimentação. Pode-se destacar que 50% (45 das respostas foram para boa), 34% (31 das respostas foram para regular), 14% (13 das respostas foram para excelente) e 2% (2 das respostas foram para ruim).

Gráfico 5 - Quantidade de refeições ao dia

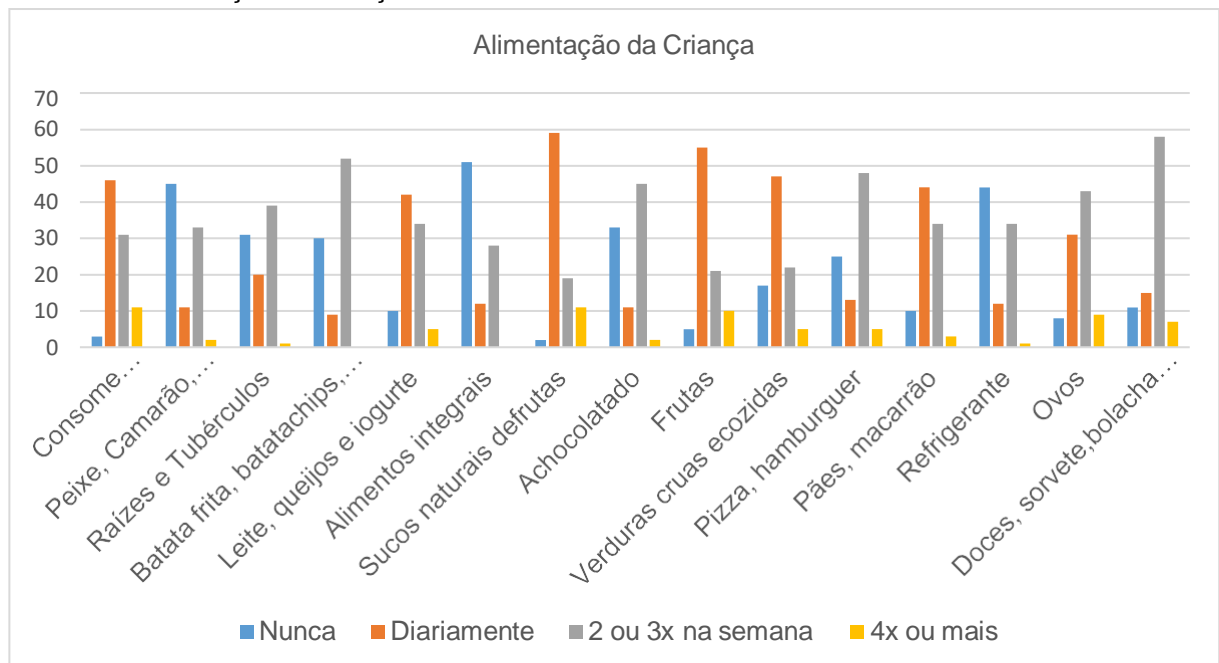


Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

O ministério da saúde recomenda que a introdução alimentar (IA) seja iniciada a partir dos seis meses, com três refeições ao dia, incluindo uma diversidade de alimentos, e conforme as crianças vão ficando mais velhas, aumenta-se o fracionamento na dieta. As crianças não diferem muito dos adultos em relação a quantidade de refeições, normalmente é interessante que seja de cinco a seis refeições ao dia, porém as crianças costumam comer um volume menor, podendo fazer mais distribuições destas refeições. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019).

Conforme mostra o gráfico 5, o fracionamento mais prevalente entre as crianças estudadas nessa pesquisa, foi de 5 refeições ao dia, com 38% (n=36). 31% das crianças se alimentavam 4 vezes ao dia (n=29), 17% se alimentavam 4 vezes por dia (n=16) e 14% se alimentavam 3 vezes ao dia (n=13), de 1 a 2 refeições não obtiveram nenhuma marcação sendo 0%.

Gráfico 6 -Alimentação da criança



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Nesse estudo de base populacional, foi possível identificar o consumo alimentar das crianças de 2 a 12 anos de idade. Em relação aos hábitos alimentares das mesmas, diariamente há um consumo maior de carne vermelha, frango ou porco, leite, queijos e iogurte, sucos naturais de frutas, frutas, verduras cruas e cozidas, pães, macarrão e ovos, então percebe-se que há uma variedade de consumo alimentar na dieta diária, estes que são divididos por grupos, carboidratos, proteínas e lipídios.

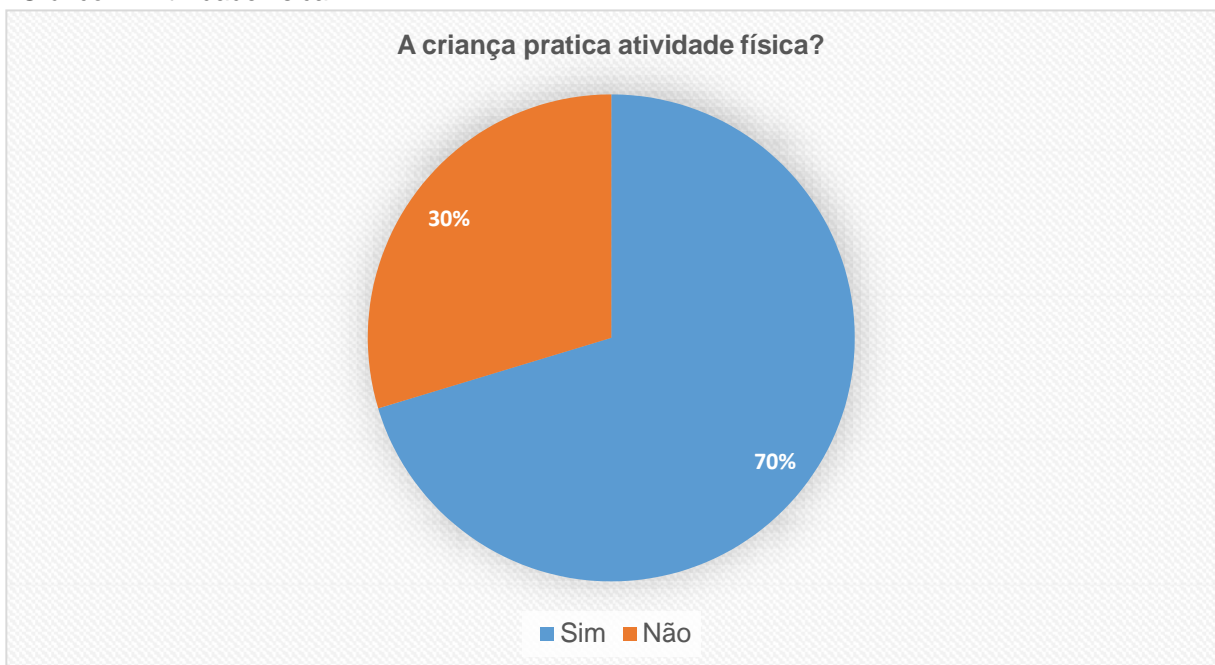
Porém os alimentos integrais que são ótimas opções para introduzir no cardápio principalmente por ser ricos em fibras, vitaminas e minerais, e peixes, camarão e frutos do mar que tem óleos essenciais como ômega 3 e 6 estão, com

maior número em nunca consumidos.

Na variação de 2 a 3 vezes na semana está notório e detalhado, que ambas as classes dos alimentos estão presentes, os mais naturais e saudáveis (carnes, peixes, raízes, leite e derivados, frutas, verduras e ovos) e os industrializados, e açucares refinados (batatas fritas e chips, achocolatado, pizza, hambúrguer, refrigerante, doces, sorvetes, etc.) estes na dieta das crianças.

Apesar de pouca relevância, como mostra o gráfico acima, o consumo maior de 4x na semana é de alimentos mais saudáveis.

Gráfico 7 - Atividade física



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

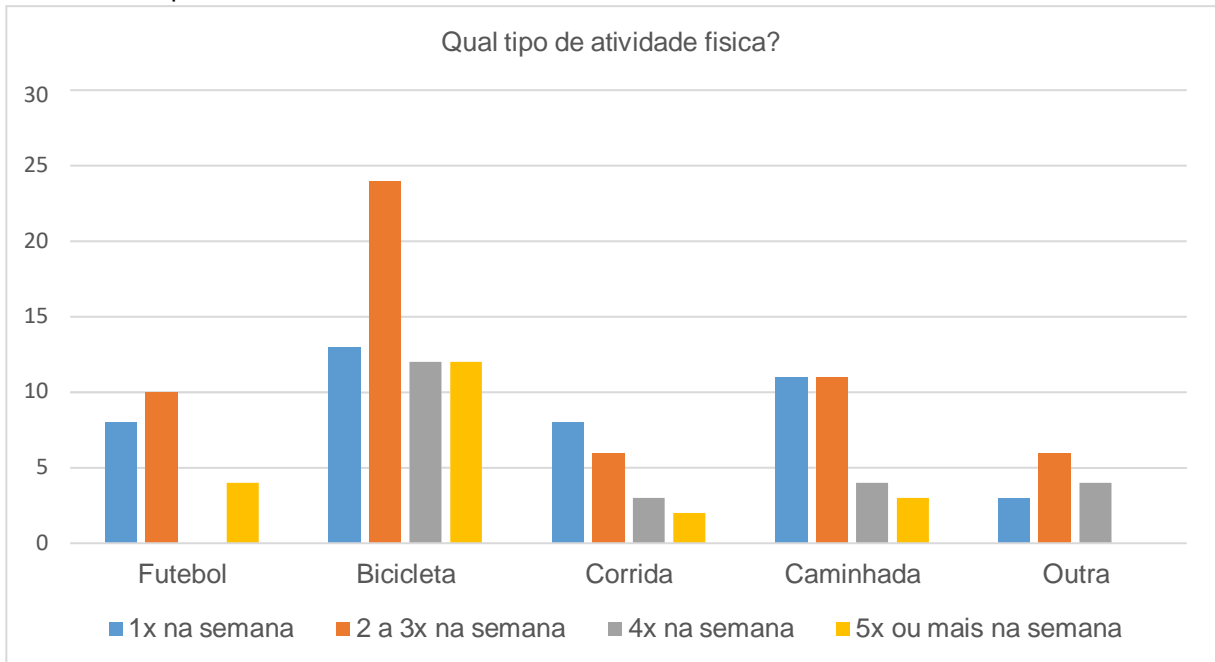
Entre os resultados obtidos o gráfico acima mostra, que para praticantes de atividade física foram 70% (n=64) para sim e 30% (n=27) para não praticantes.

Para a quantidade de crianças ativas na atividade física são 34 do sexo feminino e 30 para o sexo masculino, há predominação no exercício físico foi pelo sexo feminino.

Dentre os não praticantes de atividade física foram 27, a prevalência foi para os meninos com total de 15, e as meninas com 12 de inatividade, sendo assim as meninas fazem mais atividade física de que os meninos, de acordo com a pesquisa.

Segundo a Opas (2019), os níveis de atividade física são insuficientes, e a tendência é de que as meninas são menos ativas que os meninos, e chega a ser preocupante. Porém nesse estudo foi encontrada uma prevalência um pouco maior de meninas ativas quando comparadas aos meninos.

Gráfico 8 - Tipo Atividade Física



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

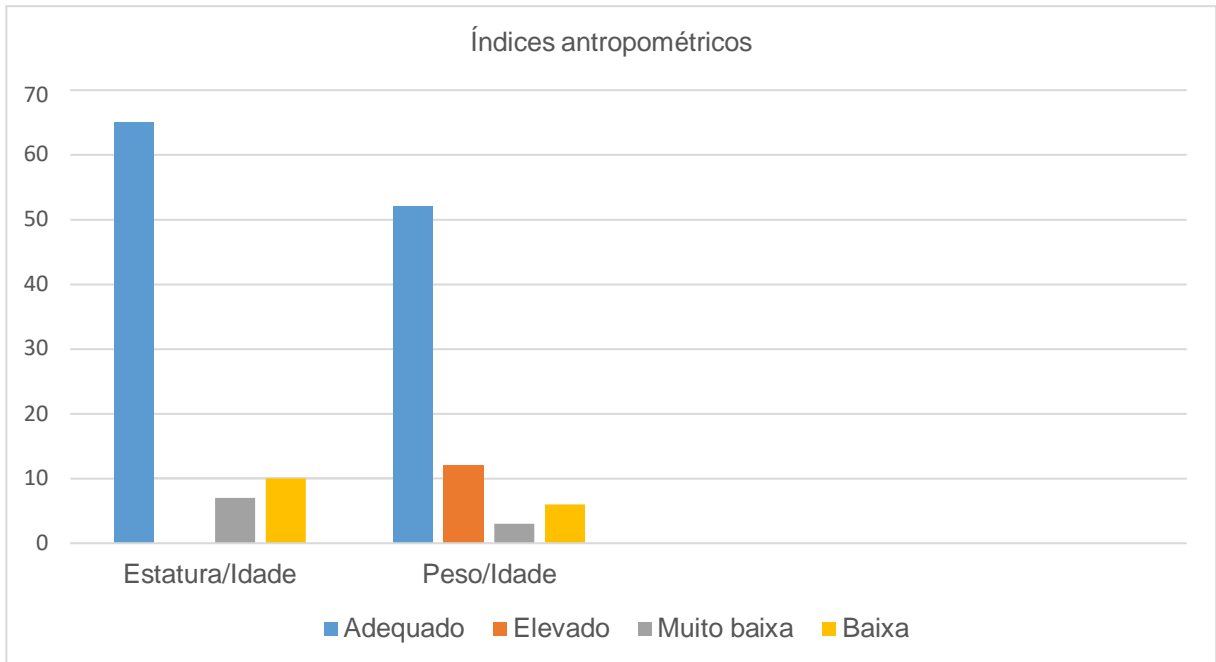
É notório que a maior prevalência em relação ao tipo de atividade física feita pelas crianças é a bicicleta, ainda mais que é apresentada pelo gráfico 8, com maior índice de 2 a 3x na semana. É um esporte interessante, que além de proporcionar diversão, ainda inclui os benefícios por estar realizando exercício físico, desenvolvimento, coordenação motora, entre outros.

As outras atividades também são realizadas e de suma importância, como o futebol, corrida, caminhada entre outras. “Infância sempre remete a brincadeiras de correr, pular e jogar. A atividade física protege as crianças contra lesões precoces, ajuda no controle de peso e no desenvolvimento motor.” (UNINASSAU,2020).

Para a realização do estado nutricional, foi utilizado diversas informações como mostra apêndice 7.2, como a quantidade de crianças, a idade, o sexo, o peso e altura, com esses dados foi possível fazer a antropometria como o IMC, estatura/idade, peso/idade, IMC/idade e peso/estatura.

O diagnóstico do estado nutricional é traçado por todos esses índices, dentre as 91 crianças. Algumas crianças estão sem informações pois não foram identificadas por erro das mães na hora de responder o questionário, ou por não obterem as respostas fidedignas.

Gráfico 9 - Estatura/Idade e Peso/Idade



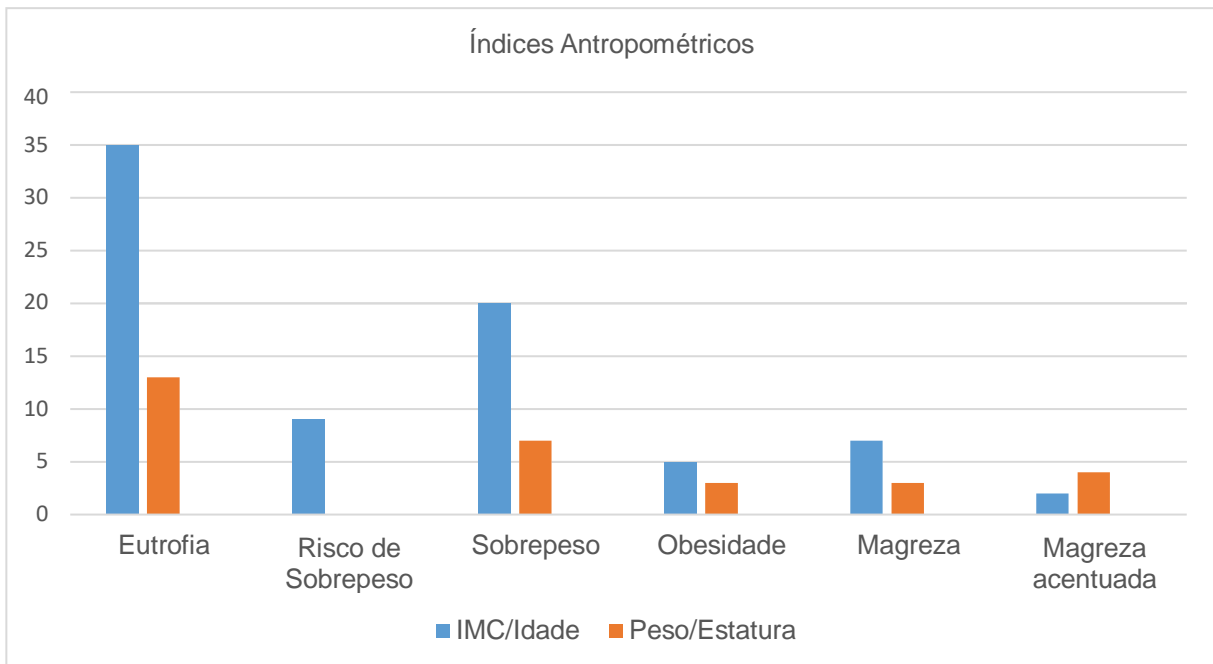
Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

A estatura por idade é um indicador da curva de crescimento, dos resultados obtidos foram 65 crianças com estatura adequada para idade, 10 para estatura baixa para idade e 7 com estatura muito baixa para a idade.

O maior percentil foi de 79% das crianças com estatura ideal para idade, sendo 21% com estatura muito baixa e baixa para idade.

O índice peso por idade é delimitado até 10 anos de idade, por isso não foi possível identificar o peso/idade de algumas crianças, a pesquisa é de 2 a 12 anos. Os resultados mostram que 52 crianças estão com peso adequado para a idade, 12 com peso elevado para idade, 6 com peso baixo para idade e 3 com peso muito baixo para idade.

Gráfico 10 - IMC/Idade e Peso/Estatura



Fonte – Elaborado pelo autor (2021).

Considerando-se os valores do gráfico 10, o IMC por idade tem destaque com 35 crianças que apresentam eutrofia, com risco de sobrepeso 9, com sobrepeso 20 crianças, e em menor proporção a obesidade com total de 5 crianças, a magreza ainda está presente em 7 crianças e com magreza acentuada 2.

Pode-se perceber que 55% (43) das crianças estão com excesso e baixo peso, tendo maior prevalência do que a eutrofia, com apenas 45% (35) das crianças.

O peso por estatura só é classificado de acordo com score z, por crianças de 2 a 5 anos de idade, dito isso ficou limitado fazer uso da curva apenas para 30 crianças, com idade inferior a cinco anos. De acordo com esse indicador estão eutrófica 13 crianças, sendo assim com peso adequado para altura, com sobrepeso 7 e obesidade 3, aquelas que apresentam magreza e magreza acentuada foram 3 e 4 respectivamente.

Com a classificação de peso pela estatura, é notável que o maior número é de crianças com sobrepeso, obesidade, e magreza, pois há 57% (17), e eutrofia com apenas 43% (13) das crianças.

O estudo proposto, mostrou que a maioria das crianças estavam eutrófica apenas para estatura/idade e peso/idade. A estatura por idade mostra que 79% estão eutrófica, e 21% estão com baixo peso. O peso por idade representa 71% com eutrofia, 17% com peso elevado para idade e 12% com baixo peso para idade. Conforme mostra a pesquisa, a curva de IMC/idade e peso/estatura define maior número de sobrepeso, obesidade e o baixo peso e magreza nas crianças, e em contrapartida a eutrofia em menor proporção. Sendo assim 55% das crianças estão com aumento e baixo peso, e apenas 45% demonstram eutrofia de acordo

com o IMC por idade, e para peso por estatura 57% com sobrepeso, obesidade e magreza, e 43% com eutrofia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças do estudo eram prevalentemente do sexo masculino e a maioria tinha entre 2 a 6 anos de idade. Não foi verificada alta prevalência de patologias. A investigação quanto ao fracionamento mostrou uma frequência saudável, com a maioria se alimentando de 5 a 6 vezes por dia. No geral as crianças apresentavam um consumo de alimentos saudáveis, representado por maior ingestão de alimentos naturais do que industrializados e processados, o que pode ter associação com a baixa prevalência de patologias.

Em relação a atividade física, houve maior prevalência de crianças ativas, principalmente do gênero feminino, e o exercício físico mais praticado foi o ciclismo, que além de atividade é um entretenimento.

Referente ao estado nutricional das crianças do município de Barrocas – BA, apesar de ter um percentual considerável de eutróficos, o excesso de peso ainda está elevado nas crianças, assim como a desnutrição, apesar de uma menor proporção. Portanto a transição nutricional ainda é uma realidade, sendo um problema de saúde pública. Por isso, faz-se necessário investigações mais detalhadas sobre os hábitos alimentares e atividade física dessas crianças a fim de diagnosticar a causa das inadequações nutricionais e propor políticas públicas.

Levando-se em consideração esses aspectos, as crianças devem ter ações de incentivo, junto à família, à reeducação alimentar com promoção de uma alimentação saudável e prática de atividade física nas escolas, em ambientes de lazer e em outros espaços comumente frequentados por esse público. O conjunto desses fatores proporcionam uma melhora na qualidade de vida, além de adequação estado nutricional das crianças.

REFERÊNCIAS

A importância da atividade física para as crianças. Centro Universitário Maurício de Nassau Recife (UNINASSAU), 2020. Disponível em: <https://www.uninassau.edu.br/noticias/importancia-da-atividade-fisica-para-criancas>. Acesso em: 27 de abr. de 2021.

ATAIDES, N.U.F.C.; DINIZ, A.A.; FILHO, A.S.B.O.; DIAS, N.S.; NOLETO, M.N.C.; MESQUITA, F.O.; ZANATTA, T.S.C.; BARROZO, L.M. Educação alimentar e

nutricional: Um estudo de caso em escola municipal de educação infantil de Balsas-MA. In: **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.6, n.7, julho, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13939#>. Acesso em: 19/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 01/12/2020.

BRUCHÊZ, A. D'AVILA, A. A. F. FERNANDES, A.M. CASTILHOS, N.C. OLEA, P.M.

Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação: Análise Bibliométrica. In: **Desafio online**. Campo grande v. 6, n.1, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/deson/article/view/3539/4259>. Acesso em: 05/03/2021.

CAMPOS, M.O.; OLIVEIRA, M.M.; SILVA, S.U, SANTOS, M.A.S.; BARUFALDI, L.A.;

OLIVEIRA, P.P.V.; ANDRADE, S.C.A.; ANDREAZZI, M.A.R.; MOURA, L.; MALTA,

D.C.; SOUZA, M.F.M. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes nas capitais brasileiras. In: **Revista brasileira de epidemiologia**, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2018.v21suppl1/e180002/pt>. Acesso em: 19/11/2020.

CAVALCANTE, A.A. M.; TINÔCO, A. L. A.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, R. C. L.;

PEREIRA, C. A.S.; FRANCESCHINI, S.C.C.; Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. In: **Revista de Nutrição**, Campinas, maio/junho 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v19n3/30137.pdf>. Acesso em: 07/12/2020.

CERQUEIRA, R.A.; Estratégias nutricionais para a prevenção e tratamento da obesidade na infância e adolescência. Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14449/1/Roberto%20Amaral%20Cerqueira.pdf>. Acesso em: 23/11/2020.

JÚNIOR, A. F. J; COLARES, G. C.; FILHO, I. B. M. R.; SILVA, L. S. Doenças

Crônicas não Transmissíveis na Infância: Revisão Integrativa de Hipertensão Arterial

Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade. In: **Revista Saúde Dinâmica**, vol. 2, núm.2, 2020. Disponível em: <http://revista.faculadadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/article/view/36>.

Acesso em: 17.11.2020.

JÚNIOR, I.R.D.; DOURADO, K.F. ANDRADE, M.I.S.; ALBUQUERQUE, M.G.M.; SOUSA, A.F.; MELO, L.R.S.; COSTA, M.C.R.A.; MOURA, M.W.S.; BARBOSA,

A.M.M.; LUZ, A.P.F. Prevalência do excesso de peso em crianças de um hospital de referência materno-infantil no estado de Pernambuco. In:

BrasilianJournalofdevelopment. Curitiba, v. 6, n. 1, janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/viewFile/5854/5261>.

Acesso em: 05/11/2020.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A.; Fundamento de metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOPES, A.F. FROTA, M.T. B. A; LEONE, C; SZARFARC, S.C. Perfil nutricional de crianças no estado do Maranhão. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Pag.1 a 12. **2019**. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190008/pt/>. Acesso em:02/03/2021.

MAHAN, L.K.; RAYMOND, J.L. **KRAUSE**: Alimentos, nutrição de dietoterapia, Rio de Janeiro: Eusevier, 2018.

MALTA, D.C; ANDRADE, S.S.C. A; OLIVEIRA, T.P; MOURA, L.; PRADO, R.R;

SOUZA, M.F.M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. In: **Revista brasileira de epidemiologia**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190030.pdf>. Acesso em: 19/11/2020.

MINISTERIO DA SAUDE. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília-DF, 2019. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 27 de abr. de 2021.

Novo estudo liderado pela OMS aponta que a maioria dos adolescentes não pratica atividade física suficiente. OPAS, Brasil. 2019. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6064:novo-estudo-liderado-pela-oms-aponta-que-a-maioria-dos-adolescentes-nao-pratica-atividade-fisica-suficiente&Itemid=839. Acesso em: 27 de abr. de 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Obesidade entre crianças e

adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS. Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527 Acesso em: 17/11/2020.

PADOVANI, R.M. AMAYA-FARFÁN, J; COLUGNATI, F.A.B.; DOMENE, S.M.A.

Dietaryreferenceintakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. In: **Revista de Nutrição**. Campinas, nov./dez, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v19n6/09.pdf>. Acesso em: 24/11/2020.

SAMPAIO, L.R. Avaliação Nutricional. Salvador: EDUFBA, 2012.

SANTOS, B.; SILVA, C.; PINTO, E. Importância da escola na educação alimentar de crianças do primeiro ciclo do ensino básico – como ser mais eficaz. Acta Portuguesa de Nutrição. Porto, n. 14, set., 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria.

Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf. Acesso em: 25/03/2021.

VITOLO, MÁRCIA REGINA. Nutrição: Da Gestação ao Envelhecimento. Ed. Rubio, 2008.

YIN, R.K; Estudo de caso, Planejamento e métodos. 5ed. 2015. Pag.17. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EtOyBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=estudo+de+caso&ots=-l5khqy0sv&sig=dAWO6CAgOXFQw7KQFzuf0xLRO84#v=onepage&q=estudo%20de%20caso&f=false>. Acesso em: 05/03/2021.

APÊNDICES

7.1 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Avaliação Nutricional de Crianças do Município de Barrocas-BA.

Olá mamães!

Eu sou Mikaelly D. Carvalho, graduanda do 8º semestre do Curso de Nutrição da Faculdade da Região Sisaleira (FARESI).

Estou fazendo uma pesquisa para elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso e gostaria da sua colaboração para construção do mesmo.

Peço que responda o questionário abaixo, leva apenas alguns minutos e seus nomes nem de seus filhos serão divulgados. Você só pode responder ao questionário uma vez, mas pode editar as respostas até o encerramento do mesmo.

O questionário é direcionado às mães de crianças de 02 a 12 anos de idade, que residem no Município de Barrocas-Bahia.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário pode entrar em contato comigo: Tel: (75)988738117

Email:

mikaellydcarvalho@gmail.com

Obrigada!

Idade da Criança

- 2 a 6 anos
- 6 a 12 anos

Data de nascimento da Criança

Data

___/___/___

Sexo da Criança

- Feminino
- Masculino

Altura (cm) da criança

Sua resposta

A criança apresenta alguma doença?

- Diabetes
- Hipertensão
- Anemia
- Doenças Cardiovasculares
- Alergias
- Nenhum

maOutro:

Como classificaria a alimentação do seu filho(a)?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim

A criança realiza quantas refeições ao dia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou mais

Alimentação da Criança

	Nunca	Diariamente	2 ou 3 vezes na semana	4 vezes ou mais
Consome Carne vermelha, frango ou porco?				
Peixe, camarão, frutos do mar				
Raízes e Tubérculos				
Batata frita, batata chips, salgadinhos				
Leite, queijos e iogurte				
Alimentos integrais				
Sucos naturais de frutas				
Achocolatado				
Frutas				
Verduras cruas e cozidas				
Pizza, hamburguer				
Pães, macarrão				
Refrigerante				
Ovos				
Doces, sorvete,				

bolacha recheada				
---------------------	--	--	--	--

A criança pratica atividade física?

Sim

Não

Qual tipo de atividade física?

	1 vez na semana	2 a 3 vezes na semana	4 vezes na semana	5 ou mais vezes na semana
Futebol				
Bicicleta				
Corrida				
Caminhada				
Outra				

7.2 CLASSIFICAÇÃO DOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

CRIANÇA	IDADE	SEXO	PESO	ALTURA	IMC	E/I	P/I	IMC/I	P/E
1	8	F	25,600 kg	1,26 m	16,20 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
2	6	M	14 kg	0,85 cm	19,37 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	RISCO SOBREPESO	-----
3	8	F	32 kg	1,30 m	18,93 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	RISCO SOBREPESO	-----
4	3	F	65 kg	1,63 m	-----	-----	-----	-----	-----
5	3	F	15 kg	1,01cm	14,70 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
6	4	M	15,90 kg	0,98 cm	16,56 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
7	8	M	33 kg	1 m	33 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
8	6	F	21 kg	1,05 m	19,09 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	RISCO SOBREPESO	-----
9	5	F	18 kg	1,13 m	14,17 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
10	11	M	65 kg	1,70 m	22,49 kg/m ²	ADEQUADO	-----	RISCO SOBREPESO	-----
11	5	F	20 kg	0,57 cm	61,36 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	-----	-----
12	7	M	20 kg	1,15 m	15,15 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
13	7	M	23 kg	1,15 m	17,42 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	RISCO SOBREPESO	-----
14	5	F	16 kg	1,05 m	14,54 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
15	4	F	17 kg	0,90 cm	20,98 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO
16	5	M	14 kg	0,82 cm	20,89 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO

17	9	M	30 kg	1,10 m	24,79 kg/m ²	MUITO BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
18	12	M	35 kg	1,53 m	14,95 kg/m ²	ADEQUADO	-----	MAGREZA	-----
19	7	M	23 kg	1,15 m	17,42 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
20	5	M	22 kg	1,05 m	20 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO
21	3	M	14,5 kg	0,96 cm	15,76 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
22	8	F	24 kg	1,23 m	15,89 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
23	7	F	28 kg	1,28 m	17,17 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
24	4	M	14,600 kg	0,95 cm	16,18 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
25	7	F	20 kg	1,20 m	13,88 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	MAGREZA	-----
26	4	F	25 kg	-----	-----	-----	-----	-----	-----
27	2	F	16,300 kg	1 m	16,3 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
28	4	F	18 kg	0,92 cm	21,42 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	OBESIDADE	OBESIDADE
29	7	M	26,600kg	1,20 m	18,47 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	RISCO SOBREPESO	-----
30	9	M	15 kg	1,03 m	14,15 kg/m ²	MUITO BAIXA	MUITO BAIXO	EUTROFIA	-----
31	5	F	14 kg	1,10 m	11,66 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	MAGREZA ACENTUADA	MAGREZA ACENTUADA
32	9	M	15 kg	1,03 m	14,15 kg/m ²	MUITO BAIXA	MUITO BAIXO	EUTROFIA	-----
33	8	M	31 kg	0,90 cm	38,27 kg/m ²	MUITO BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	-----

34	4	M	18 kg	1,06 m	16,07 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
35	5	F	14 kg	1,10 m	11,57 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	MAGREZA ACENTUADA	MAGREZA ACENTUADA
36	12	F	34 kg	0,80 cm	53,12 kg/m ²	MUITO BAIXA	-----	SOBREPESO	-----
37	3	M	20 kg	1 m	20 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	SOBREPESO	SOBREPESO
38	4	M	19,900 kg	1,10 m	16,44 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
39	3	M	15 kg	1 m	15 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
40	5	M	21 kg	1,10 m	17,35 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO
41	3	M	18 kg	-----	-----	-----	ELEVADO	-----	-----
42	11	M	40,800 kg	1,57 m	16,58 kg/m ²	ADEQUADO	-----	EUTROFIA	-----
43	10	F	43 kg	1,43 m	21,07 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
44	7	F	21,300 kg	1,15 m	16,13 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
45	11	F	27 kg	1,35 m	15,69 kg/m ²	ADEQUADO	-----	EUTROFIA	-----
46	3	F	25,200 kg	0,84 m	36 kg/m ²	BAIXA	ELEVADO	OBESIDADE	OBESIDADE
47	3	M	17,200 kg	0,94 cm	19,54 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO
48	9	M	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
49	12	M	34 kg	1,50 m	15,11 kg/m ²	ADEQUADO	-----	EUTROFIA	-----
50	6	M	28 kg	1,28 m	17,17 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	SOBREPESO	-----

51	6	F	15,3 kg	1,09 m	12,96 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	MAGREZA	-----
52	4	F	12,8 kg	1,00 m	12,8 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	MAGREZA	MAGREZA ACENTUADA
53	9	F	32 kg	1,37 m	17,11 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
54	9	M	32 kg	1,34 m	17,87 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
55	7	M	22 kg	1,25 m	14,10 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
56	6	M	23 kg	1,13 cm	18,11 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
57	4	M	20 kg	1,00 m	20 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	OBESIDADE	OBESIDADE
58	-----	F	13 kg	0,89 cm	16,45 kg/m ²	-----	-----	-----	-----
59	8	F	33 kg	1,39 m	17,09 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	EUTROFIA	-----
60	9	F	47 kg	1,70 m	16,26 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	EUTROFIA	-----
61	12	F	57 kg	1,60 m	22,26 kg/m ²	ADEQUADO	-----	SOBREPESO	-----
62	12	F	57 kg	1,60 m	-----	-----	-----	-----	-----
63	7	M	28 kg	1,20 m	19,44 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
64	-----	M	18 kg	1,00 m	18 kg/m ²	-----	-----	-----	-----
65	4	F	16 kg	1,05 m	14,54 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
66	10	F	47 kg	1,38 m	24,73 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	SOBREPESO	-----
67	6	F	12,200 kg	1,05 m	11,09 kg/m ²	BAIXA	MUITO BAIXO	MAGREZA	-----

68	2	F	13 kg	0,80 cm	20,31 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	SOBREPESO	SOBREPESO
69	7	M	23 kg	1,00 m	23 kg/m ²	MUITO BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
70	4	F	19 kg	0,58 cm	57,57 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	OBESIDADE	MAGREZA ACENTUADA
71	-----	M	11,500 kg	0,45 cm	57,5 kg/m ²	-----	-----	-----	-----
72	4	M	14,5 kg	0,98 cm	15,10 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	MAGREZA
73	9	F	21 kg	1,20 cm	14,58 kg/m ²	ADEQUADO	BAIXO	EUTROFIA	-----
74	7	M	33 kg	1,27 cm	20,49 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	SOBREPESO	-----
75	2	F	10,600kg	0,92 cm	12,52 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	MAGREZA	MAGREZA
76	2	M	15kg	0,89cm	18,93 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	RISCO SOBREPESO	MAGREZA
77	8	F	27 kg	1,10m	22,31 kg/m ²	BAIXA	ADEQUADO	SOBREPESO	-----
78	2	M	15 kg	1m	15 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	EUTROFIA	EUTROFIA
79	3	M	15 kg	0,96cm	16,27 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	EUTROFIA
80	12	F	59 kg	1,52m	25,54 kg/m ²	ADEQUADO	-----	SOBREPESO	-----
81	10	M	35 kg	1,36m	19,02 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	RISCO SOBREPESO	-----
82	9	M	39Kg	1,45m	18,57 kg/m ²	ADEQUADO	ELEVADO	RISCO SOBREPESO	-----
83	8	F	29 Kg	-----	-----	-----	ADEQUADO	-----	-----
84	12	F	46 Kg	1,62m	17,55 kg/m ²	ADEQUADO	-----	EUTROFIA	-----

85	6	M	18 Kg	1,13m	14,17 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
86	10	M	35 Kg	1,55m	14,58 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
87	11	F	24 Kg	1,60m	9,37 kg/m ²	ADEQUADO	-----	MAGREZA	-----
88	10	M	45 Kg	1,13m	35,43 kg/m ²	MUITO BAIXA	ELEVADO	OBESIDADE	-----
89	12	F	48 Kg	1,60m	18,75 kg/m ²	ADEQUADO	-----	EUTROFIA	-----
90	8	F	23,5kg	1,32m	13,50 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----
91	10	M	30,5kg	1,41m	15,40 kg/m ²	ADEQUADO	ADEQUADO	EUTROFIA	-----

