

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE
CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE MISTA
DE SAÚDE DE NATAL/RN**

SUZY LIMA MORENO

**NATAL/RN
2012**

SUZY LIMA MORENO

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE
CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE MISTA
DE SAÚDE DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Nutrição do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte como requisito final para
obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora:

Monique Silveira Rosa.

**NATAL/RN
2012**

RESUMO

(INTRODUÇÃO) A avaliação do estado nutricional busca verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando estabelecer atitudes de intervenção. A vigilância e a monitorização do crescimento constituem ações fundamentais no atendimento à criança. O crescimento é um processo bastante sensível às diversidades do meio onde a criança cresce e deve ser utilizado como indicador da saúde infantil. A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional das crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, afetam o crescimento infantil; estando relacionados ao consumo alimentar inadequado e às infecções de repetição. Essas duas condições são resultados do padrão de vida da população, que inclui dificuldades sociais e econômicas que comprometem a aquisição de uma alimentação balanceada e dificultam o acesso aos serviços de saúde.

(METODOLOGIA) Trata-se de um estudo de caráter transversal, em que se fez uso de pesquisa bibliográfica e de campo, do tipo descritivo, no intuito de obter informações mais precisas quanto ao estado nutricional e de consumo alimentar de 42 crianças menores de cinco anos, mediante os formulários do Sisvan. A avaliação foi feita com crianças que aguardavam na sala de espera para atendimento em uma Unidade Mista de Saúde de Natal/RN. As medidas aferidas foram: peso (kg) e estatura (cm), para realização do diagnóstico através dos indicadores Peso/Idade e Estatura/Idade. Os indicadores estão presentes na Caderneta de Saúde da Criança, através de gráficos da OMS, 2006, identificados segundo o sexo.

(RESULTADOS) Para determinar o estado nutricional, a avaliação antropométrica destaca-se como um dos indicadores de saúde da criança. Sendo enfatizada como importante instrumento epidemiológico, de fácil aplicabilidade e compreensão, com a vantagem de ser um método que permite rápida avaliação, possuir baixo custo e não ser invasivo, fornecendo uma estimativa da prevalência e gravidade das alterações nutricionais. Com base nos indicadores da OMS, 2006, 85,7% das crianças encontra-se com peso adequado para a idade, enquanto que 4,8% apresentam déficit de peso, e 9,5% excesso. De acordo com o indicador Estatura/Idade, 83,3% encontra-se com estatura adequada, 11,9% com déficit de crescimento e 4,8% com excesso de estatura.

(CONCLUSÕES) Os resultados do estudo mostraram a crescente incidência de crianças com excesso de peso, e diminuição de crianças com déficit de peso, evidenciando a transição nutricional no País. Assim, foi possível inferir que é de extrema importância que a alimentação durante a infância seja rica e balanceada. Uma alimentação saudável garante o desenvolvimento físico e intelectual corretos, prevenindo distúrbios nutricionais como anemia, desnutrição e obesidade, além de osteoporose, hipertensão e diabetes tipo 2 na idade adulta. E, uma vez que os hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, é muito importante que se estabeleçam regras e comportamentos alimentares saudáveis desde cedo, já que muitos dos erros alimentares do adulto se adquirem na infância.

Palavras-chave: Avaliação do estado nutricional. Hábitos alimentares. Avaliação antropométrica.

ABSTRACT

(INTRODUCTION) the assessment of nutritional status search check the growth and the body proportions in an individual or in a community, aiming to establish attitudes of intervention. The surveillance and monitoring of the growth constitute fundamental actions in child care. The growth is a process very sensitive to the diversity of the environment in which the child grows up and should be used as an indicator of child health. Assessment of growth and to the extent that best defines the health and nutritional status of children, already that disorders on health and nutrition, regardless of their etiologies, affect infant growth; they are related to inadequate food consumption and recurrent infections. These two conditions are the results of the standard of living of the population, which includes social and economic problems that compromise the acquisition of a balanced diet and hinder access to health services. **(METHODOLOGY)** It is a transversal study, in which he made use of bibliographic research and field, descriptive, in order to obtain more precise information as to the nutritional status and food consumption of 42 children under five years, through the forms of Sisvan. The evaluation was performed with children who waited in the waiting room for care in a Mixed Health Unit of Natal/RN. The measured were: weight (kg) and height (cm), to perform the diagnosis using the indicators weight/age and height/age. The indicators are present in the booklet of the Child's Health, through charts of the WHO, 2006, identified according to sex. **(RESULTS)** To determine the nutritional status, the anthropometric assessment stands out as one of the indicators of child health. Being emphasized as important epidemiological tool, easy to apply and understanding, with the advantage of being a method that allows rapid evaluation, have low cost and not be invasive, providing an estimate of the prevalence and severity of the nutritional changes. Based on the indicators of the WHO, 2006, 85,7% of the children is with appropriate weight for age, while 4,8 % are underweight, and 9,5% excess. According to the indicator height/age, 83,3% is with appropriate height, 11,9% with growth deficit is 4,8% with excess of stature. **(CONCLUSIONS)** The results of the study showed the increasing incidence of children with excess weight, and decrease of children with deficits in weight, evidencing the nutritional transition in the country. Thus, it was possible to infer that it is of extreme importance that the power supply during childhood is rich and balanced. A healthy diet ensures the physical and intellectual development correct, preventing nutritional disorders such as anemia, malnutrition and obesity, in addition to osteoporosis, hypertension and type 2 diabetes in adulthood. And, once that eating habits are conditional from the first years of life, it is very important that we establish rules and behavior healthy food from an early age, since many of the errors food of adult acquired in childhood.

Keywords: Evaluation of the state nutritional. Eating habits. Anthropometric evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 Peso/Idade de crianças menores de 6 meses	23
GRÁFICO 2 Comprimento/Idade de crianças menores de 6 meses	23
GRÁFICO 3 Peso/Idade de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	25
GRÁFICO 4 Comprimento/Idade de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos.....	25
GRÁFICO 5 Peso/Idade de crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos.....	27
GRÁFICO 6 Altura/Idade de crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos.....	28
GRÁFICO 7 Recebimento de leite materno no dia anterior à pesquisa por crianças menores de 6 meses.....	29
GRÁFICO 8 Duração do aleitamento materno de crianças menores de 6 meses.....	30
GRÁFICO 9 Duração do aleitamento materno exclusivo por crianças menores de 6 meses.....	30
GRÁFICO 10 Alimento que a criança recebeu além do leite materno no dia anterior à pesquisa	31
GRÁFICO 11 Consumo de alimentos no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos.....	33
GRÁFICO 12 Consumo alimentar de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos.....	34
GRÁFICO 13 Duração do aleitamento materno de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos.....	35
GRÁFICO 14 Duração do aleitamento materno exclusivo de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	36
GRÁFICO 15 Recebimento de preparações de leite no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	36
GRÁFICO 16 Recebimento de preparações de leite no dia anterior a pesquisa por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos.....	38

GRÁFICO 17 Consumo de alimentos no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos 39

GRÁFICO 18 Frequência de ingestão de alimentos por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos 40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA	10
3.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA	14
3.3 AS CURVAS DA OMS (2006)	16
3.4 SISVAN	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE PESQUISA	20
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	20
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	20
4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	22
5.1.1 Crianças menores de 6 meses	22
5.1.2 Crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	24
5.1.3 Crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos	26
5.2 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	29
5.2.1 Crianças menores de 6 meses	29
5.2.2 Crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos	32
5.2.3 Crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos	38
6 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) enfatizam que a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança até o 6º mês de vida pós-natal é garantindo-lhe o aleitamento materno exclusivo (AME) desde a primeira hora de vida extra-uterina, complementando-o após esse período, até os 2 anos de idade (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009).

A partir de seis meses deve-se introduzir novos alimentos à dieta da criança, complementando o leite materno para suprir as necessidades nutricionais, no entanto, mantendo o aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, de modo que o profissional de saúde passa a ter um papel fundamental para a reversão desse quadro (BRASIL, 2009).

Com isso, cabe ao profissional de saúde procurar identificar e compreender o processo do aleitamento materno no âmbito familiar e sociocultural, como também se faz preciso que busque meios de agir mutuamente com a população para orientá-la quanto à relevância de se adotar uma prática saudável de aleitamento materno (ARAÚJO; CASTRO, 2006 apud BRASIL (2009)).

Crianças em fase pré-escolar apresentam ritmo de crescimento regular e inferior às crianças amamentadas. O comportamento alimentar de crianças nessa fase é caracterizado por ser imprevisível e inconstante. Dessa forma, é considerável que seja necessária orientação para que o comportamento alimentar da criança seja saudável e seus hábitos adequados (SBP, 2006).

Segundo Monteiro, Mondini e Costa (2000), desde a década de 1970 vêm ocorrendo mudanças nos hábitos alimentares da população brasileira. As famílias com maior renda gastam mais com alimentos ricos em gorduras e açúcares; e talvez seja esse o processo que esteja acontecendo com as famílias do Programa Bolsa Família. Tais autores citam que um aspecto que deve ser considerado é o que se

refere aos preços e à disponibilidade dos alimentos; uma vez que as frutas e os legumes são mais caros que o grupo dos açúcares.

Mediante Paiva (2010), a prática de uma dieta balanceada, bem como de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, proporcionará níveis ideais de saúde, favorecendo um perfeito desenvolvimento físico e intelectual, reduzindo os transtornos causados pelas deficiências nutricionais comuns a este estágio de desenvolvimento, e evitando a manifestação da obesidade e de outros distúrbios alimentares.

O conceito de alimentação saudável pode influenciar de forma importante no binômio saúde-doença. A avaliação rotineira e sequencial do crescimento e do desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida continua sendo uma forma indireta, porém, extremamente importante para monitorar as práticas alimentares de crianças. A avaliação do crescimento ponderoestatural não só reflete as condições de saúde naquele momento, como também exerce papel fundamental na prevenção de doenças futuras (PAIVA, 2010).

Diante disto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de crianças menores de cinco anos atendidas em uma Unidade Mista de Saúde de Natal/RN, com o intuito de aperfeiçoar as ações de incentivo ao aleitamento materno, bem como dar origem a novas ações voltadas para o desenvolvimento e crescimento saudáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de crianças menores de cinco anos atendidas em uma Unidade Mista de Saúde de Natal/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proceder à avaliação nutricional das crianças atendidas na unidade;
- Analisar a alimentação na infância mediante formulários do SISVAN.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA

A nutrição é um dos principais determinantes da saúde e do bem estar do ser humano e tem especial importância nos primeiros anos de vida, devido ao rápido crescimento corporal, que impõe grandes necessidades nutricionais, e à formação dos principais hábitos alimentares que se desenvolvem dos 2 aos 6 anos de idade, e são carregados durante toda a vida (FAGIOLI; NASSER, 2006).

Assim, no que se refere à alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, estão dispostos na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011, p.14) os seguintes 10 passos:

PASSO 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

PASSO 2 – Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

PASSO 3 – Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Já para as crianças entre 2 e 10 anos, encontram-se expostos na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011, p.15-16) 10 passos para uma alimentação saudável. São eles:

PASSO 1 – Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Não pular as refeições. É importante que a criança coma devagar, porque, assim, mastiga bem os alimentos, aprecia melhor a refeição e satisfaz a fome. Preferir alimentos saudáveis típicos da região e disponíveis na sua comunidade.

PASSO 2 – Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca, macaxeira, aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos integrais e na forma mais natural.

PASSO 3 – Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches. Todos esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais, que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo. Variando os tipos de frutas, legumes e verduras oferecidos, garante-se um prato colorido e saboroso.

PASSO 4 – Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Essa combinação é muito boa para a saúde. Logo após a refeição, oferecer meio copo de suco de fruta natural ou meia fruta, que seja fonte de vitamina C, como laranja, limão, acerola, caju e outras, para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo. Essa combinação ajuda a prevenir a anemia.

PASSO 5 – Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurtes) 3 vezes ao dia. Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.

PASSO 6 – Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação, para tornar esses alimentos mais saudáveis. Comer muita gordura faz mal à saúde e pode causar obesidade.

PASSO 7 – Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou alimentos com muito açúcar (balas, bombons, biscoitos doces e recheados), salgadinhos e outras guloseimas no dia-a-dia. Uma alimentação com muito açúcar e doces pode aumentar o risco de obesidade e cáries nas crianças.

PASSO 8 – Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos, como mortadela, presunto, hambúrguer, salsicha, linguiça e outros, pois esses alimentos têm muito sal. É importante que a criança se acostume com comidas menos salgadas desde cedo. Sal demais pode aumentar a pressão arterial. Usar temperos, como cheiro verde, alho, cebola e ervas frescas e secas, ou suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos.

PASSO 9 – Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo. Use sempre água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e bebidas. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas procure oferecer após as principais refeições. Não se esqueça também que suco não substitui a água.

PASSO 10 – Além da alimentação, a atividade física regular é importante para manter o peso e uma vida saudável. Atividades como caminhar, andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, brincar de

esconde-esconde e pega-pega e evitar que a criança passe mais que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador contribuem para que ela torne-se mais ativa. Criança ativa é criança saudável.

Nesse contexto, destacam-se o aleitamento materno e a alimentação complementar.

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (BRASIL, 2011).

O leite materno dá proteção contra doenças por que só ele tem substâncias que protegem o bebê contra males como: diarreia (que pode causar desidratação, desnutrição e morte), pneumonias, infecção de ouvido, alergias e muitas outras doenças (VITOLLO, 2008).

As vantagens que o aleitamento materno oferece são indiscutíveis e, segundo a revisão da Academia Americana de Pediatria – AAP (2005) diminui a incidência de infecções respiratórias, diarreia, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário, morte súbita, diabetes insulínica dependente e não-insulínica dependente, linfomas, leucemia, doença de Hodgkin, excesso de peso, hipercolesterolemia e asma. Além de todas essas associações já encontradas, algumas das quais ainda necessitam de mais estudos, foi demonstrado que bebês que mamam no peito têm melhor desempenho nos testes cognitivos (VITOLLO, 2008, p. 121).

Dar de mamar ajuda na prevenção de defeitos na oclusão (fechamento) dos dentes, diminui a incidência de cáries e problemas na fala. Bebês que mamam no peito apresentam melhor crescimento e desenvolvimento. Trabalhos científicos identificam que essas crianças são mais inteligentes (BRASIL, 2011).

É, pois, muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WHO¹). Assim, o aleitamento materno, segundo WHO (2007) apud Vitolo (2008, p.122), costuma ser classificado em:

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do

¹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. **Aleitamento materno** – quando a criança recebe o leite materno.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam o aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida do bebê, desde que esteja crescendo e se desenvolvendo dentro do padrão esperado, e amamentação até os dois anos de idade. No entanto, o Brasil ainda está distante dessa realidade, e um dos fatores que contribuem para isso é o fato de muitas mulheres que trabalham fora de casa não contarem com o apoio de seus patrões/empregadores para manter a amamentação após o retorno ao trabalho com o fim da licença-maternidade. Como consequência, desmamam seus bebês antes do período recomendado, inserindo alimentação complementar antecipadamente (BRASIL, 2011).

A alimentação complementar é uma fase muito importante para a formação dos hábitos alimentares, pois é nesse momento que a criança conhece a infinidade de sabores que a acompanharão pelo resto da vida. Nessa fase, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas apenas com a amamentação, porém, ela deve continuar a mamar no peito, a fim de manter-se alimentada e protegida, aproveitando as calorias e nutrientes provenientes do leite materno. Além disso, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. Com isso, somente a partir dos 6 meses é que se deve começar a introdução gradual de novos alimentos, sem, no entanto, abandonar a amamentação, que pode prosseguir até os 2 anos de idade (FAGIOLI; NASSER, 2006).

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (VITOLLO, 2008).

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500 ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua

protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (WHO, 2007 apud VITOLO, 2008).

Crianças em fase pré-escolar (2-6 anos) apresentam diminuição na velocidade de crescimento quando comparadas a lactentes. Essa fase caracteriza-se pela oscilação no comportamento alimentar, tornando-se imprevisível e inconstante (SBP, 2006).

3.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA

A avaliação nutricional tem a finalidade de verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, objetivando o estabelecimento de ações de intervenção. Com isso, é essencial que haja padronização da avaliação a ser empregada para cada faixa etária, uniformizando, pois, os critérios aplicados pela equipe de saúde.

Ao definir métodos para a avaliação do estado de nutrição, devem-se eleger aqueles que melhor detectem o problema nutricional que se pretende corrigir na população em estudo. Devem-se considerar, ainda, os custos para sua utilização, o nível de habilidade pessoal requerido para aplicá-los adequadamente, o tempo necessário para executá-los, a receptividade por parte da população estudada e os possíveis riscos para a saúde (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000, p. 275-276).

Para avaliar o estado nutricional da criança, o profissional de saúde tem à sua disposição diferentes técnicas e instrumentos para serem aplicados. As maiores dificuldades residem na escolha do critério a ser utilizado e na interpretação dos resultados (VASCONCELOS, 2007).

De acordo com Sigulem, Devincenzi e Lessa (2000, p. 277):

A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional de crianças, já que distúrbios na saúde e nutrição, independentemente de suas etiologias, invariavelmente afetam o crescimento infantil. Nos países em desenvolvimento, a maioria dos

problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada com consumo alimentar inadequado e infecções de repetição, sendo que essas duas condições estão intimamente relacionadas com o padrão de vida da população, que inclui o acesso a alimentação, moradia e assistência à saúde. Dessa forma, então, a avaliação do crescimento infantil é também uma medida indireta da qualidade de vida da população.

Conforme Rossi, Caruso e Galante (2008), a antropometria (avaliação das dimensões físicas e da composição global do corpo humano) tem se mostrado como o método isolado mais empregado para o diagnóstico nutricional em nível populacional, principalmente na infância e na adolescência, devido à facilidade de execução, ao baixo custo e à inocuidade.

São várias as medidas corporais utilizadas na avaliação do estado nutricional de indivíduos e de populações. Entre elas, podem-se citar o peso e a estatura (altura e comprimento), medidas corporais conhecidas como primárias. Essas, quando usadas de forma combinada (duas ou mais variáveis), constituem os índices antropométricos. Vários desses índices têm sido utilizados para fins de diagnóstico nutricional tais como: Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I) e Peso/Estatura (P/E). Os valores assumidos por esses índices, quando comparados com determinados parâmetros de referência, possibilitam a identificação e classificação da gravidade e da natureza dos desvios nutricionais (VASCONCELOS, 2007, p. 34).

Os índices antropométricos² são representados por meio de Escore-Z: medida de dispersão – desvio-padrão – relacionada com a mediana.

O Escore-Z é uma medida de dispersão (desvio-padrão) dentre um grupo de dados. O desvio padrão (DP) indica, aproximadamente, quanto, em valor numérico, um indivíduo encontra-se distante da média ou mediana do grupo de dados a que pertence. Pode ser calculado utilizando-se índices antropométricos como E/I, P/E, P/I e IMC/I³. O Escore-Z é utilizado preferencialmente para a realização de diagnósticos do estado nutricional de crianças em estudos populacionais (ROSSI, CARUSO; GALANTE, 2008, p.182).

²Têm a função de relacionar as medidas, principalmente peso e estatura/comprimento, com as variáveis idade e gênero, comparando-as com um padrão de referência e estipulando pontos de corte que permitirão situar os indivíduos dentro de uma faixa aceita ou não como normal/adequada nutricionalmente, de acordo com o esperado no referido padrão (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008, p. 173).

³ E/I = Estatura para a Idade; P/E = Peso para a Estatura; P/I = Peso para a Idade; IMC/I = Índice de Massa Corporal para a Idade.

A medida de Escore-Z, segundo Vitolo (2008, p.178) pode ser calculada a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Escore Z} = \frac{\text{Valor observado} - \text{Valor mediano de referência}}{\text{Uma unidade de desvio-padrão da população de referência}}$$

Uma unidade de desvio-padrão da população de referência

Os valores considerados adequados ou normais são os compreendidos entre -2DP e +2DP, sendo considerados déficits valores abaixo de -2DP, para todos os índices antropométricos, e excesso valores iguais ou acima de +2DP, para P/E e IMC/I. Há uma classificação de risco nutricional, ou seja, sobrepeso apenas para o índice antropométrico IMC/I, identificada pelos valores $\geq +1DP$ e $< +2DP$ (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008, p.182).

3.3 AS CURVAS DA OMS (2006)

As curvas de crescimento homologadas em 2006 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) abrangem recém-nascidos até crianças com cinco anos de idade.

Devido a OMS ter percebido no ano de 1993 que o referencial de crescimento da NCHS/WHO DE 1977 não representava de maneira adequada o crescimento infantil, constatou-se a necessidade de novas curvas. Assim, estabeleceu-se entre os anos de 1997 e 2003, o Estudo Multicêntrico de Referência de Crescimento para gerar as novas curvas, as quais incluem crescimento e desenvolvimento da criança, e descrevem como as crianças deveriam crescer mundialmente (GARZA; De ONIS, 2004 apud VITOLO, 2008).

Com relação ao estudo multicêntrico, Vitolo (2008) cita que o mesmo combinou seguimento longitudinal, que foi do nascimento até 24 meses, e transversal, de crianças entre 18 e 71 meses. Entretanto, apesar de o estudo ter abrangido crianças de até 71 meses, as curvas foram elaboradas para crianças de até 5 anos de idade (60 meses).

O acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo exige a utilização de curvas específicas. A curva da OMS pode ser utilizada, porém com correção da idade cronológica até a idade de dois anos, ou seja, é preciso descontar o número de semanas que faltaram para atingir a idade gestacional de 40 semanas (BRASIL, 2011, p. 53).

No tocante à medição das crianças, Vitolo (2008) cita que as crianças menores de 2 anos devem ser medidas deitadas (**comprimento**). Já as com 2 anos ou mais devem ser medidas de pé (**altura**). Isso porque há uma diferença de 0,7 cm entre a estatura da criança medida deitada e em pé. Assim, se uma criança de 2 ou mais anos tiver sua estatura aferida deitada, o valor encontrado deve ser diminuído de 0,7 antes de ser registrado no gráfico de 2-5 anos e, do mesmo modo, se uma criança menor que 2 anos for medida de pé, o valor encontrado deve ser acrescido de 0,7 antes de ser registrado no gráfico de 0-2 anos.

Conforme conteúdo da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011, p.17-18):

Para que a criança cresça e se desenvolva bem, é fundamental comparecer à unidade de saúde para fazer o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Nas consultas de rotina, peça orientações sobre os cuidados necessários para que a criança tenha boa saúde e esclareça as suas dúvidas. O Ministério da Saúde recomenda o seguinte esquema para as consultas de rotina: 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês, 24º mês. A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário. Algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência. Em todas as consultas de rotina, o profissional de saúde deve avaliar e orientar sobre: alimentação da criança; peso, comprimento ou altura e perímetro cefálico (este último até os 2 anos); vacinas; desenvolvimento; prevenção de acidentes; identificação de problemas ou riscos para a saúde; outros cuidados para uma boa saúde.

No que se refere à avaliação do crescimento físico segundo as medidas antropométricas (peso, comprimento e altura), de acordo com a OMS (2006), tem-se as seguintes referências:

- **Peso:** Para crianças entre 0 e 2 anos, e entre 2 e 5 anos: **>+2 escores z:** peso elevado para a idade. **≥ -2 e ≤ +2 escores z:** peso adequado para a idade. **≥ -3 e < -2 escores z:** peso baixo para a idade. **< -3 escores z:** peso muito baixo para a idade;
- **Comprimento:** Para crianças entre 0 e 2 anos de idade: **>+2 escores z:** comprimento elevado para a idade. **≥ -2 e ≤ +2 escores z:** comprimento adequado para a idade. **≥ -3 e < -2 escores z:** comprimento baixo para a idade. **< -3 escores z:** comprimento muito baixo para a idade.

- Altura: Para as crianças entre 2 e 5 anos de idade: **> +2 escores z**: altura elevada para a idade. **≥ -2 e ≤ +2 escores z**: altura adequada para a idade. **≥ -3 e < -2 escores z**: altura baixa para a idade. **< -3 escores z**: altura muito baixa para a idade.

3.4 SISVAN

De acordo com FAO⁴ (1989) apud Weffort e Lamounier (2009, p.256):

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um processo permanente e regular de coleta, análise e distribuição de informação necessária para manter o conhecimento atualizado da produção, qualidade e consumo dos alimentos e do estado nutricional da população, identificar suas causas e tendências, prever suas possíveis variações e decidir, oportunamente, as ações preventivas ou corretivas que o caso demande.

No que diz respeito ao SISVAN, Brasil (2004, p.5) cita o seguinte:

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que o Ministério da Saúde oferece aos profissionais da área e aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, visando aumentar a qualidade da assistência à população. Valorizar a avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde.

Já o SISVAN Web, variação eletrônica do SISVAN, apresenta dois formulários de marcadores do consumo alimentar (indicam a qualidade da alimentação em suas características tanto positivas quanto negativas): um destina-se a crianças menores de 5 anos (a ser avaliado neste estudo) e o outro para crianças dos 5 aos 10 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, isto é, qualquer indivíduo com 5 anos ou mais (BRASIL, 2008).

O SISVAN Web é o novo Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do Sistema Único de Saúde, atendidos tanto nos Estabelecimentos de Saúde como por profissionais da Estratégia Saúde da

⁴ FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations.

Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Lançado em janeiro de 2008, após a construção coletiva com os estados e municípios e testado também em todas as regiões do país, este sistema apresenta uma interface mais amigável, que torna o seu uso muito simples. Entre outras vantagens, permite a realização da avaliação do estado nutricional por meio das referências mais atuais, como o padrão da Organização Mundial da Saúde de 2006 para crianças menores de 5 anos, e o registro de marcadores do consumo alimentar para indivíduos de todas as idades (BRASIL, 2008, p. 1).

O formulário de marcadores do consumo alimentar para menores de 5 anos está dividido em 3 quadros, sendo que cada um corresponde a um período de idade: menores de 6 meses, 6 meses a menos de 2 anos, 2 anos a menos de 5 anos. De acordo com a idade da criança que está sob vigilância, deve-se preencher apenas o quadro que abrange sua idade no momento da avaliação.

Essa divisão realizou-se de forma a captar melhor as práticas alimentares da criança pequena, principalmente para identificar a prevalência e o tipo de aleitamento materno, além de caracterizar melhor o período de introdução de alimentos, tão importante para a saúde do menor de 5 anos. [...] Por meio da adoção destes formulários será possível caracterizar de forma ampla o padrão alimentar do indivíduo, não pretendendo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes (BRASIL, 2008, p. 4).

Para Weffort e Lamounier (2009, p. 256), “um dos principais objetivos do SISVAN é subsidiar políticas públicas”.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para a realização desse estudo, de caráter transversal, fez-se uso de pesquisa bibliográfica e de campo, do tipo descritivo, no intuito de obter informações mais precisas quanto ao estado nutricional e de consumo alimentar de crianças menores de cinco anos.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da pesquisa corresponde às crianças atendidas em uma Unidade Mista de Saúde de Natal/RN. A amostra compreende 42 crianças, com idades entre 1 mês e 4 anos e 7 meses atendidas nesta Unidade de Saúde. Os dados foram coletados no período de 13/08/2012 a 24/09/2012, e as avaliações foram feitas na sala de espera da Unidade de Saúde com as crianças acompanhadas pelas mães.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coletar os dados das crianças, foram utilizados os formulários do SISVAN (ANEXO A e B), contendo o cadastro individual e marcadores do consumo alimentar para menores de 5 anos. No cadastro individual foram registrados os dados pessoais e os primeiros dados do acompanhamento nutricional que são: peso (kg) e estatura (cm).

Para aferição do peso (kg) de crianças menores de 2 anos, utilizou-se de balança pediátrica digital, com a criança deitada. Para as maiores de 2 anos, balança plataforma digital, onde a criança permaneceu de pé, sem se mexer, até

obter a leitura do peso. Ambas as aferições foram realizadas com o mínimo de roupa.

Para aferição do comprimento em crianças menores de 2 anos, utilizou-se de antropômetro horizontal (infantômetro), com a criança deitada, descalça, e com as pernas esticadas. Para as crianças maiores de 2 anos, utilizou-se de fita métrica fixada na parede, estando as crianças descalças, com pernas esticadas, e olhar dirigido ao horizonte.

Para coletar os dados do consumo alimentar, foi realizada entrevista com as mães, baseada nos formulários do SISVAN. No formulário de marcadores do consumo alimentar para menores de 5 anos, foi preenchido apenas o quadro referente à sua idade, já que o formulário está dividido em três quadros, cada um correspondendo a um período de idade (crianças menores de 6 meses; crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos; crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos)

4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados de peso e comprimento, foi realizada avaliação nutricional baseada nos índices antropométricos da OMS (2006), que são: P/I (peso/idade) e A/I (altura/idade), através de gráficos de crescimento em escore z (ANEXO C), sendo os resultados obtidos demonstrados por meio de gráficos, com apresentação de porcentagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos com as avaliações do consumo alimentar e nutricional (índices antropométricos – P/I e A/I – OMS 2006), feitas a 42 crianças que foram dispostas nos seguintes grupos etários:

- Menores de 6 meses – 14 crianças (33%);
- Entre 6 meses e menos de 2 anos – 21 crianças (50%);
- Entre 2 anos e menos de 5 anos – 07 crianças (17%).

5.1 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

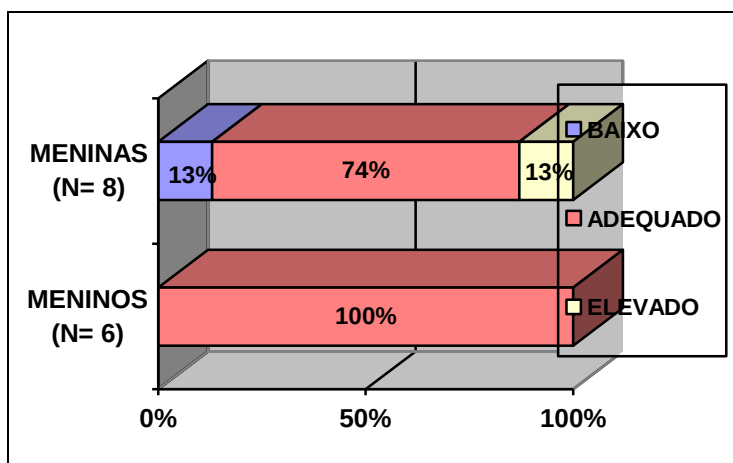
Para realizar a avaliação nutricional, fez-se uso dos **índices antropométricos (peso, comprimento/altura em relação à idade)**, de modo que foi possível obter os seguintes dados:

5.1.1 Crianças menores de 6 meses

Este grupo é formado por 14 (100%) crianças, sendo 06 (43%) do sexo masculino e 08 (57%) do sexo feminino.

Peso/Idade (P/I)

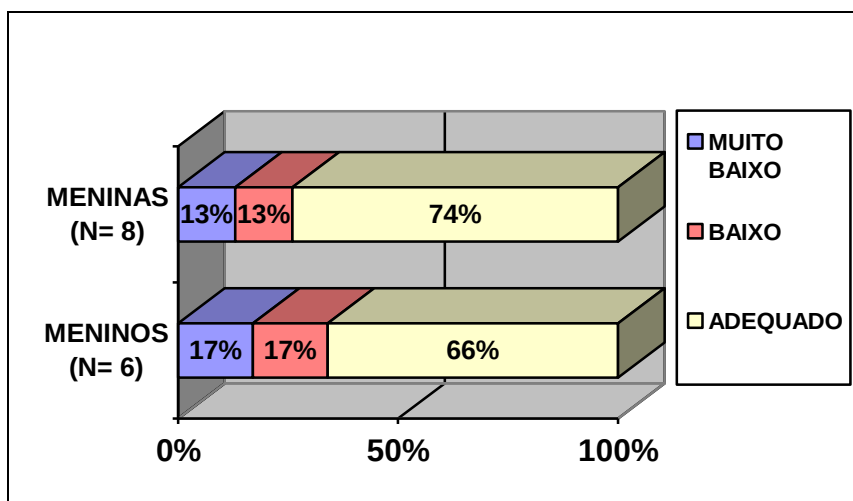
Dos 06 meninos avaliados, todos (100%) se encontram com peso adequado para a idade. Já dentre as 08 meninas avaliadas, 06 (74%) se encontram com peso adequado para a idade, 01 (13%) se encontra com peso elevado para a idade; e 01 (13%) se encontra com peso baixo para a idade.

GRÁFICO 1: Peso/Idade de crianças menores de 6 meses (n=14)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Comprimento/Idade (C/I)

Dos 06 meninos avaliados, 04 (66%) se encontram com comprimento adequado para a idade; 01 (17%) se encontra com comprimento baixo para a idade; e 01 (17%) se encontra com comprimento muito baixo para a idade. Entre as 08 meninas avaliadas, 06 (74%) se encontram com comprimento adequado para a idade; 01 (13%) se encontra com comprimento baixo para a idade; e 01 (13%) se encontra com comprimento muito baixo para a idade.

GRÁFICO 2: Comprimento/Idade de crianças menores de 6 meses (n=14)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com Santos e Leão (2008), as alterações de déficit ou excesso para P/I e A/I expõem as crianças a riscos potenciais de agravos à saúde, bem como a futuros problemas de relações interpessoais e funcionais dentro da comunidade.

Corroborando com essa assertiva, a SBP⁵ (2009) cita que a avaliação do estado nutricional tem se tornado aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição, seja obesidade.

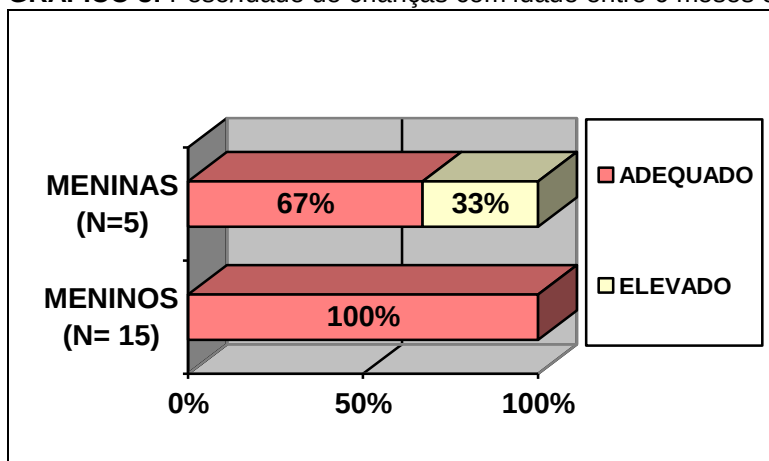
5.1.2 Crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos

Este grupo é formado por 21 (100%) crianças, sendo 15 (71%) do sexo masculino e 06 (29%) do sexo feminino.

Peso/Idade (P/I)

Dos 15 meninos avaliados, todos (100%) se encontram com peso adequado para a idade. Já dentre as 06 meninas avaliadas, 04 (67%) se encontram com peso adequado para a idade, e 02 (33%) se encontram com peso elevado para a idade.

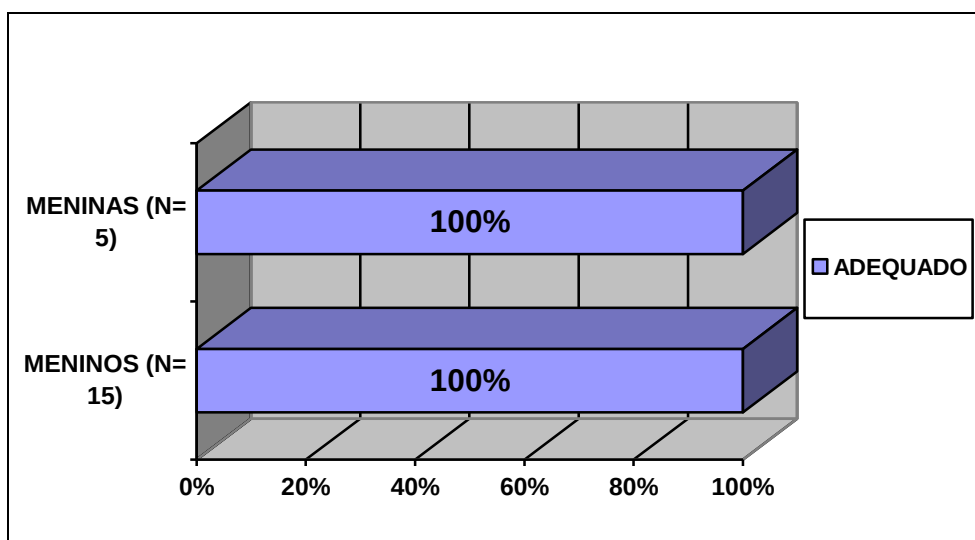
⁵ SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

GRÁFICO 3: Peso/Idade de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n= 21)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Comprimento/Idade (C/I)

Dos 15 meninos avaliados, todos (100%) se encontram com comprimento adequado para a idade. Dentre as 06 meninas avaliadas, todas (100%) se encontram com comprimento adequado para a idade.

GRÁFICO 4: Comprimento/Idade de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n= 21)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Este resultado está em consonância com Marques, Lopez e Braga (2004), quando citam que o crescimento saudável é alcançado com uma alimentação adequada. Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. A amamentação é, então, importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral.

De acordo com Machado (2009), em geral, o crescimento é estável e lento, mas pode ser irregular em algumas crianças, com períodos de não crescimento seguidos de estirões de crescimento. Esses padrões normalmente são paralelos a alterações similares no apetite e ingestão alimentar.

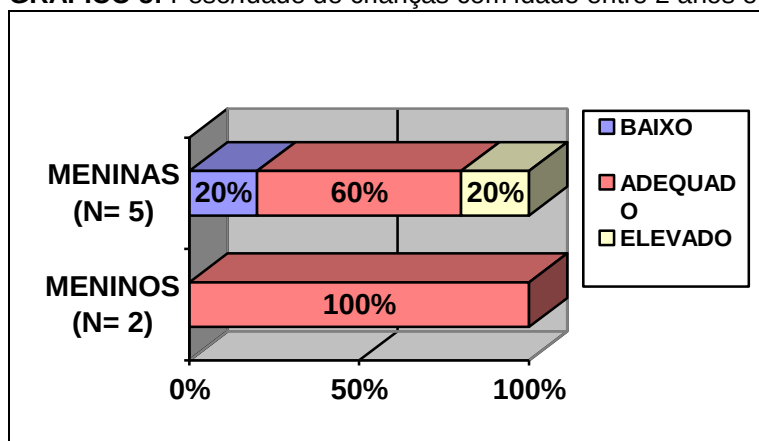
Vê-se, pois, que a avaliação nutricional tem grande importância na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição, seja obesidade (SBP, 2009).

5.1.3 Crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos

Este grupo é formado por 07 (100%) crianças, sendo 02 (29%) do sexo masculino e 05 (71%) do sexo feminino.

Peso/Idade (P/I)

Dos 02 meninos avaliados, todos (100%) se encontram com peso adequado para a idade. Já dentre as 05 meninas avaliadas, 03 (60%) se encontram com peso adequado para a idade, 01 (20%) se encontra com peso elevado para a idade, e 01 (20%) se encontra com peso baixo para a idade.

GRÁFICO 5: Peso/Idade de crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos (n= 7)

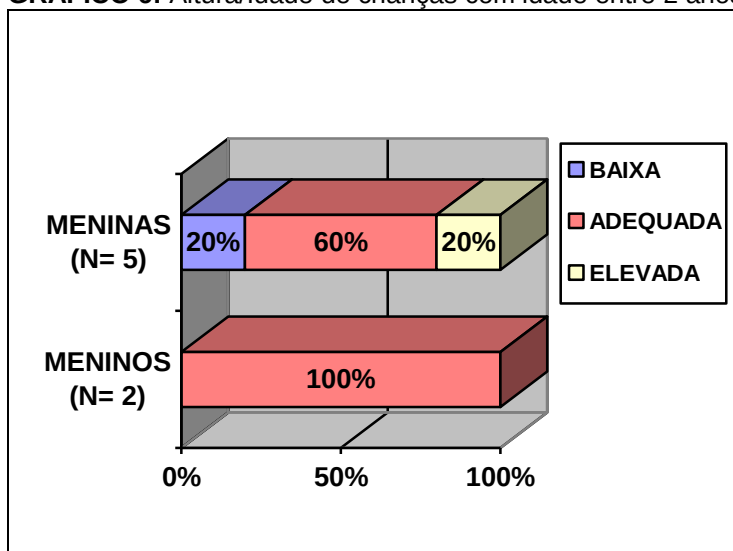
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com estudo de Stahelin et al. (2008), com relação ao risco de sobrepeso e obesidade encontrado no estudo, percebeu-se que o baixo período de aleitamento materno com a consequente introdução precoce dos outros alimentos mostrou-se diretamente relacionado a esse risco.

No que se refere ao peso baixo para a idade, Prado et al. (2010) citam que, para a criança, as consequências da má nutrição se relacionam com o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor e a presença de morbidades, podendo levar ao óbito. Afirmando ainda que o risco de morte e a possibilidade de instalação de danos irreversíveis à saúde aumentam na proporção direta em que se antecipa a idade de ocorrência da desnutrição.

Altura/Idade (A/I)

Dos 02 meninos avaliados, todos (100%) se encontram com altura adequada para a idade. Dentre as 05 meninas avaliadas, 03 (60%) se encontram com altura adequada para a idade, 01 (20%) se encontra com altura elevada para a idade, e 01 (20%) se encontra com altura baixa para a idade.

GRÁFICO 6: Altura/Idade de crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos (n= 7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De um modo geral, o grupo de meninas requer maior atenção, pois, tanto no peso quanto na altura, verificaram-se alterações para desnutrição, obesidade, baixa altura e elevada altura.

Tal dado é corroborado por Stahelin et al. (2008), quando dizem que esta situação decorre de uma alimentação inadequada, com deficiência de micronutrientes, embora muitas vezes com excesso de calorias. Esta deficiência, que se apresenta muitas vezes de forma subclínica e com elevada prevalência, tem sido observada, através de vários estudos, em populações com baixas proporções de desnutridos. Com isso, a desnutrição termina por promover sérias conseqüências à saúde da criança, como por exemplo, o crescimento prejudicado.

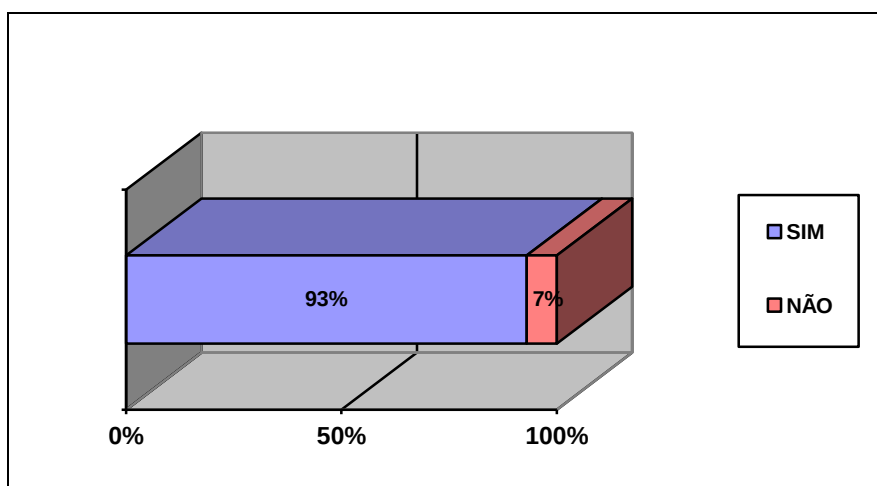
5.2 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Para esta avaliação aplicou-se o formulário de marcadores do consumo alimentar, elaborado pelo SISVAN.

5.2.1 Crianças menores de 6 meses

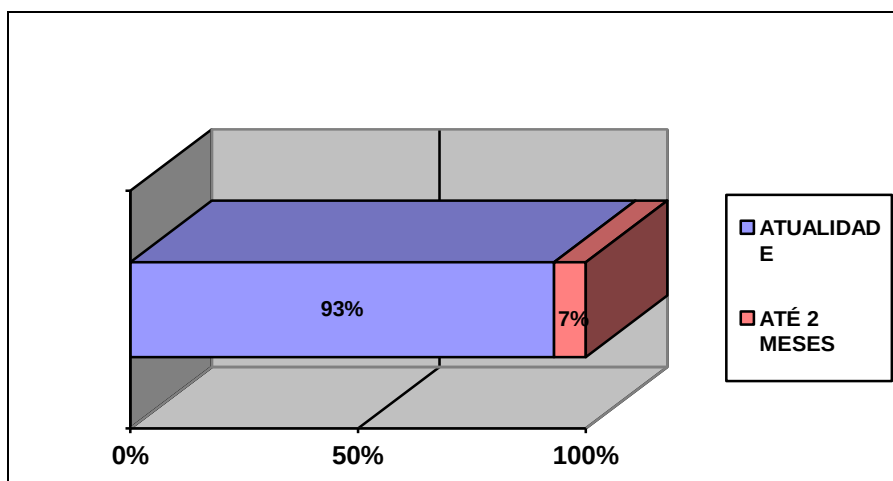
No que se refere à criança ter recebido leite materno no dia anterior à pesquisa, 13 (93%) responderam SIM, e 01 (7%) NÃO.

GRÁFICO 7: Recebimento de leite materno no dia anterior à pesquisa por crianças menores de 6 meses (n= 14)



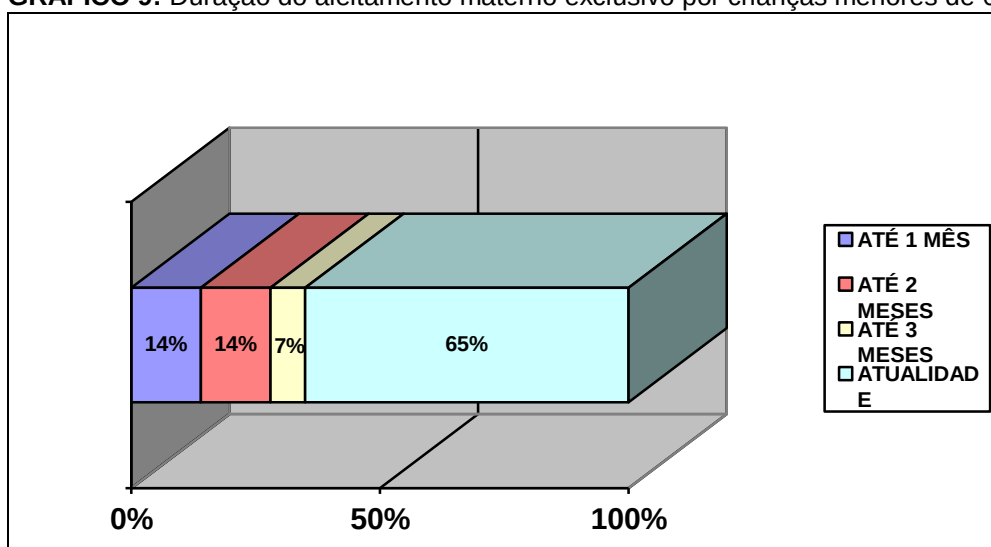
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Com relação à duração do aleitamento materno, 13 (93%) continuam mamando, e 01 (7%) mamou até os 2 meses.

GRÁFICO 8: Duração do aleitamento materno de crianças menores de 6 meses (n= 14)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quanto à idade que o filho ficou com aleitamento materno exclusivo, 02 (14%) ficaram até 1 mês, 02 (14%) até 2 meses, 01 (7%) até 3 meses, e 09 (65%) ainda se encontram em aleitamento materno exclusivo.

GRÁFICO 9: Duração do aleitamento materno exclusivo por crianças menores de 6 meses (n=14)

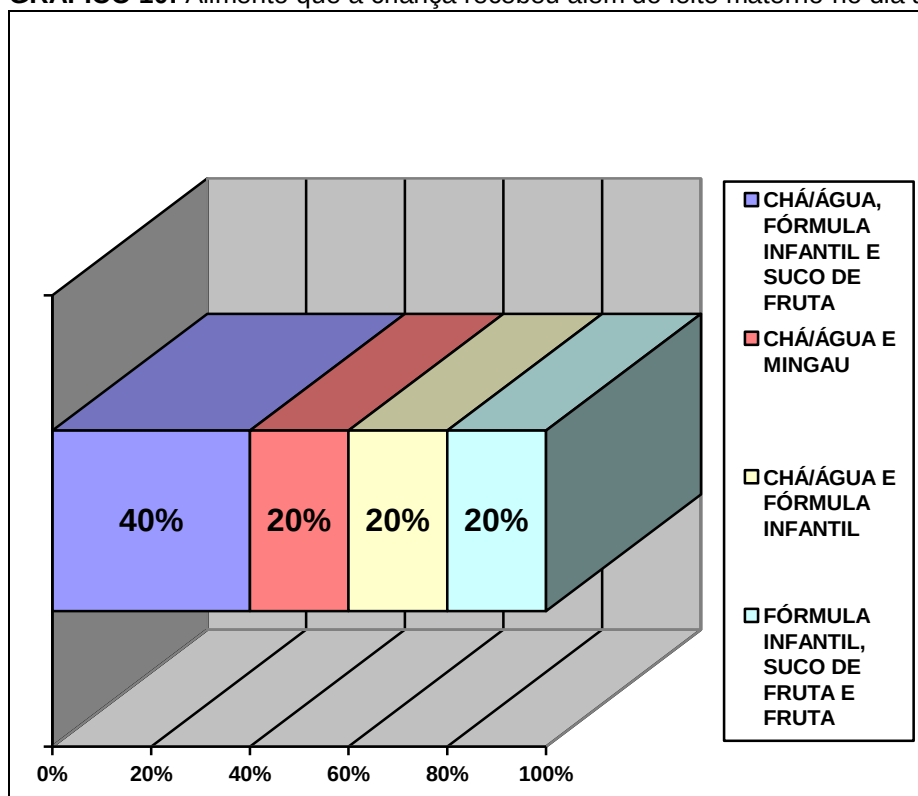
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Este resultado reflete que nem todas as mães levam em conta o que é preconizado por Brasil (2002), quando cita que a amamentação exclusiva tem sido recomendada por oferecer maior proteção contra infecções (dentre elas, a diarreia).

Portanto, o aleitamento materno exclusivo – sem complementação com água ou chás – deve ser enfatizado nos primeiros meses de vida, considerando, entre outros fatores, que uma parcela significativa da população brasileira vive em condições precárias e a diarreia é ainda importante causa de mortalidade infantil.

Mediante os dados expostos anteriormente (GRÁFICO 9), viu-se que das 14 crianças avaliadas, 09 ainda se encontram no aleitamento materno exclusivo. Entretanto, das outras 05 crianças, 02 só mamaram até o 1º mês, e as outras 03 mamaram até no máximo 3 meses; tendo este grupo de crianças já recebido alimentação complementar como chá/água, fórmula infantil, mingau, suco de fruta e fruta.

GRÁFICO 10: Alimento que a criança recebeu além do leite materno no dia anterior à pesquisa (n= 5)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Este resultado entra em contradição com o que é preconizado pela OMS (2006), corroborando com Fagioli e Nasser (2006), quando dizem que somente a partir dos 6 meses é que se deve começar a introdução gradual de novos alimentos, sem, no entanto, abandonar a amamentação, que pode prosseguir até os 2 anos de idade.

O leite materno preenche todas as necessidades do organismo do RN (recém-nascido) até os seis meses de vida, podendo substituir até mesmo a ingestão de água. É por meio do leite que os anticorpos da mãe são transmitidos ao bebê, tornando-o resistente a inúmeras doenças. O leite materno dificilmente provoca reações alérgicas, além de ser econômico, prático e higiênico (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004).

De acordo com Brasil (2009, p. 12), a OMS (2006) e o Ministério da Saúde “recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança [...]”.

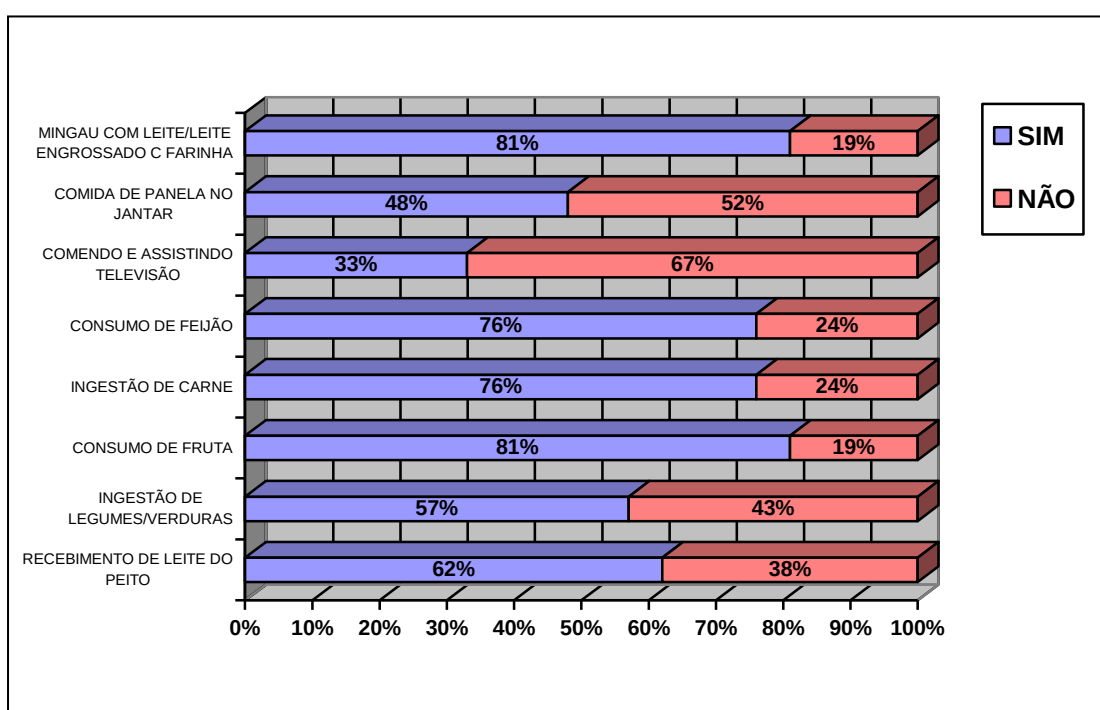
5.2.2 Crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos

Ao avaliar o consumo alimentar das crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos, constatou-se o seguinte:

- No que se refere à criança ter recebido leite do peito no dia anterior à pesquisa, 13 (62%) responderam SIM, e 08 (38%) NÃO;
- Com relação à ingestão de verduras/legumes pela criança no dia anterior à pesquisa, 12 (57%) responderam SIM, e 09 (43%) NÃO;
- Quanto ao consumo de fruta pela criança no dia anterior à pesquisa, 17 (81%) responderam SIM, e 04 (19%) NÃO;
- No que se refere à ingestão de carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras) pela criança no dia anterior à pesquisa, 16 (76%) responderam SIM, e 05 (24%) NÃO;
- No que diz respeito à criança ter comido feijão no dia anterior à pesquisa, 16 (76%) responderam SIM, e 05 (24%) NÃO;
- No tocante à criança ter comido no dia anterior à pesquisa, assistindo televisão, 07 (33%) responderam SIM, e 14 (67%) NÃO;

- Com relação à criança ter tomado mingau com leite ou leite engrossado com farinha no dia anterior à pesquisa, 17 (81%) responderam SIM, e 04 (19%) NÃO;
- Com relação à criança ter comido no dia anterior à pesquisa, comida de panela no jantar, 10 (48%) responderam SIM, e 11 (52%) NÃO.

GRÁFICO 11: Consumo de alimentos no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n= 21)



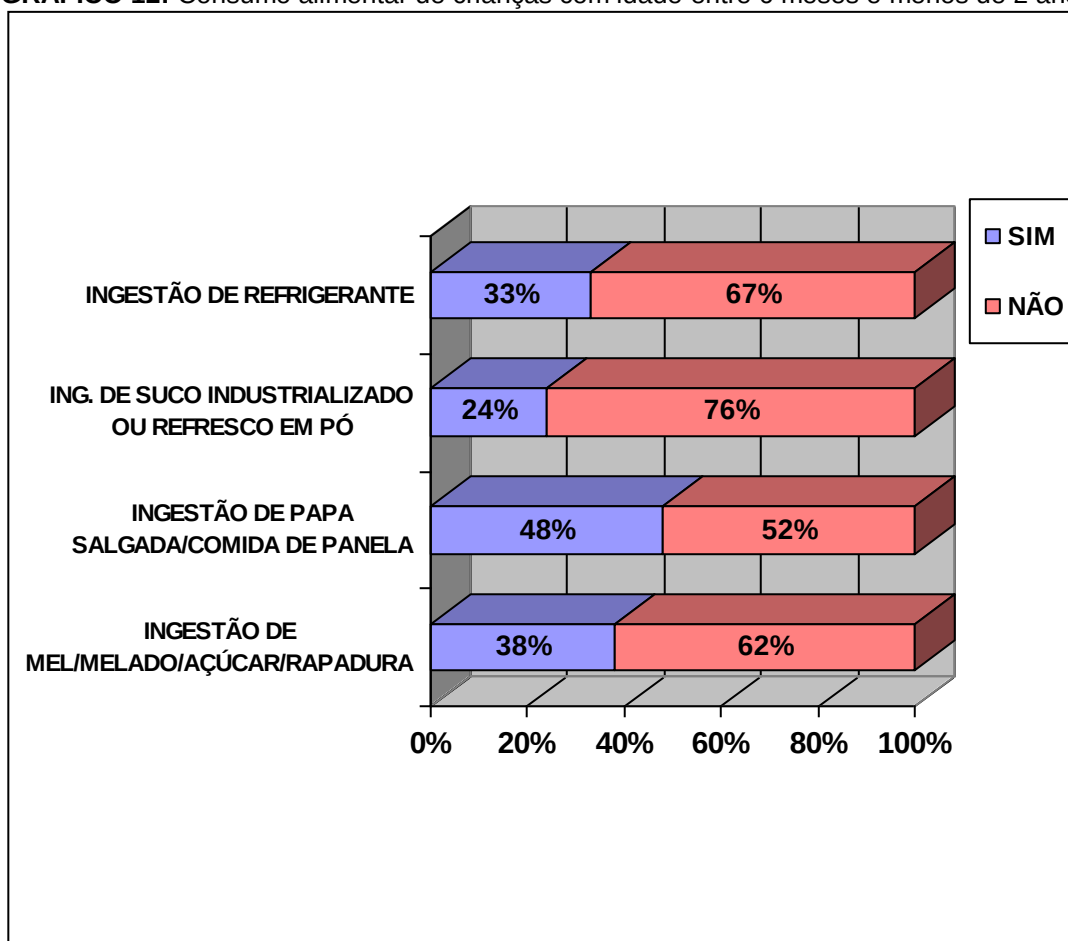
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Dando continuidade à avaliação do consumo alimentar de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos, foi possível verificar:

- Quanto à criança ter recebido mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade, consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações, 08 (38%) responderam SIM, e 13 (62%) NÃO;
- No que se refere à criança ter recebido papa salgada/comida de panela antes dos 6 meses de idade, 10 (48%) responderam SIM, e 11 (52%) NÃO;

- No que diz respeito à criança ter tomado suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês, 05 (24%) responderam SIM, e 16 (76%) NÃO;
- No que concerne à criança ter tomado refrigerante no último mês, 07 (33%) responderam SIM, e 14 (67%) NÃO;

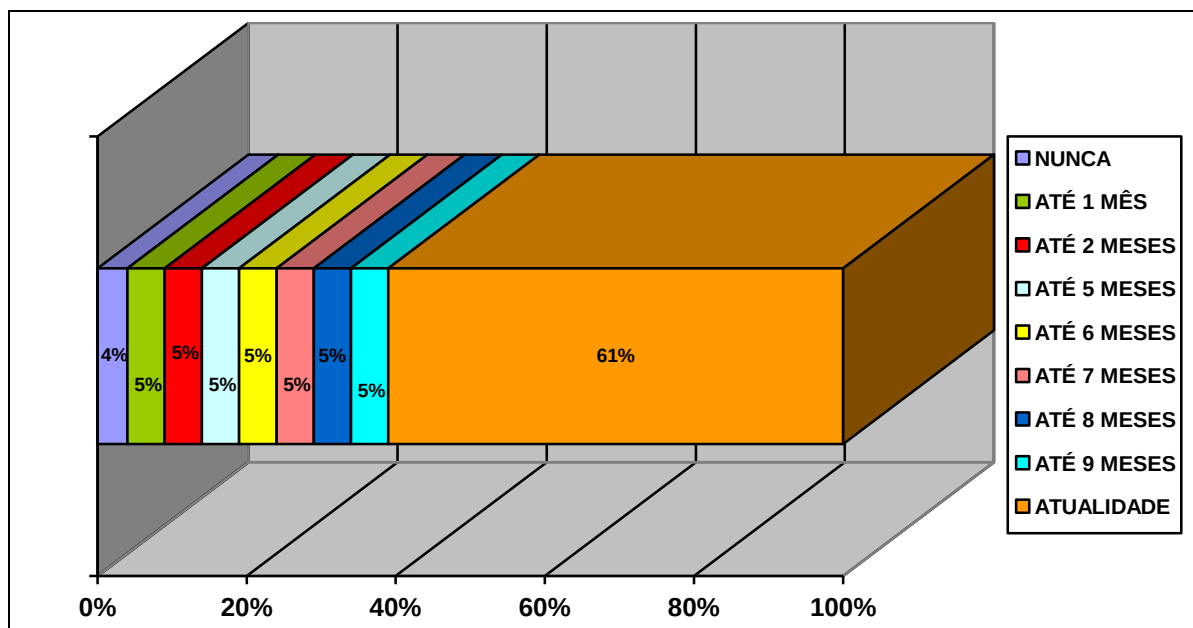
GRÁFICO 12: Consumo alimentar de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n=21)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No que diz respeito à duração do aleitamento materno, 1 (4%) nunca mamou, 01 (5%) até 1 mês, 01 (5%) até 2 meses, 01 (5%) até 5 meses, 01 (5%) até 6 meses, 01 (5%) até 7 meses, 01 (5%) até 8 meses, 01 (5%) até 9 meses, e 13 (61%) continuam mamando.

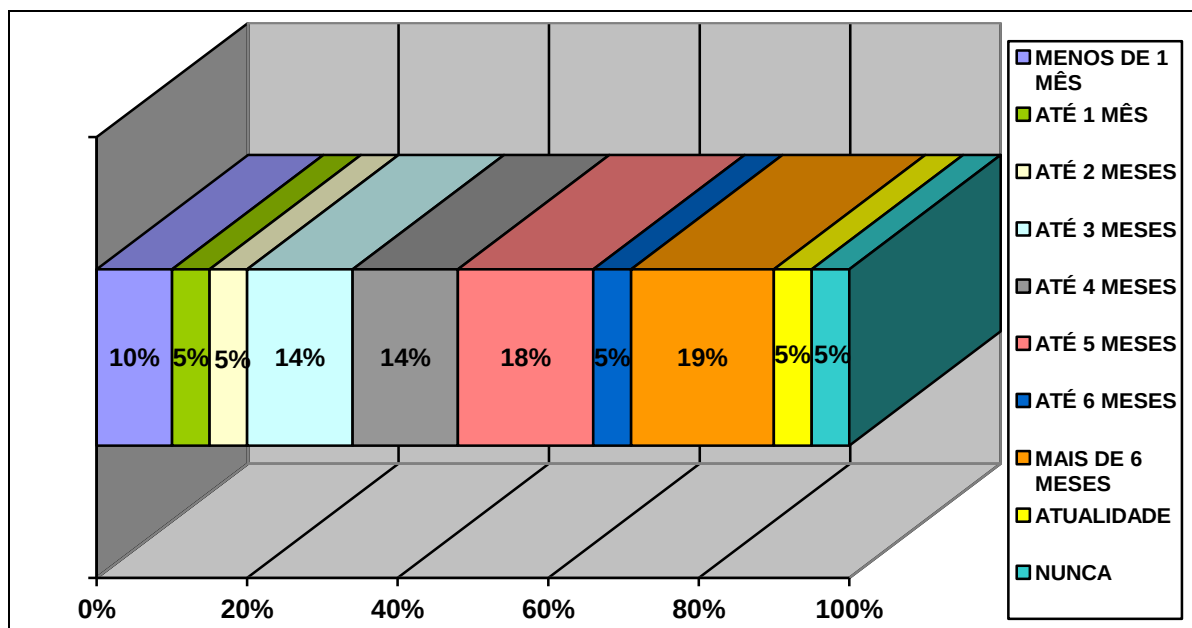
GRÁFICO 13: Duração do aleitamento materno de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n=21)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quanto à idade que o filho ficou com aleitamento materno exclusivo, 02 (10%) ficaram menos de 1 mês, 01 (5%) nunca recebeu, 01 (5%) ficou até 1 mês, 01 (5%) até 2 meses, 03 (14%) até 3 meses, 03 (14%) até 4 meses, 04 (18%) até 5 meses, 01 (5%) até 6 meses, 04 (19%) por mais de 6 meses, e 01 (5%) ainda se encontra em aleitamento materno exclusivo.

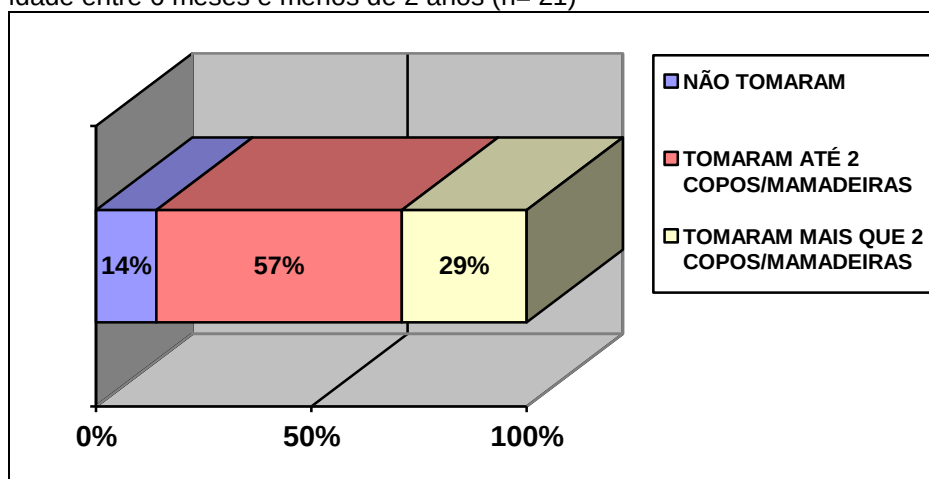
GRÁFICO 14: Duração do aleitamento materno exclusivo de crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n=21)



Fonte: Dados da pesquisa

No tocante às preparações de leite que a criança tomou no dia anterior à pesquisa, 03 (14%) não tomaram, 12 (57%) tomaram até 2 copos/mamadeiras, e 06 (29%) tomaram mais que 2 copos/mamadeiras.

GRÁFICO 15: Recebimento de preparações de leite no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 6 meses e menos de 2 anos (n= 21)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Diante dos dados obtidos, constatou-se que das 21 crianças da faixa etária entre os 6 meses e 2 anos, 17 comem frutas e tomam mingau com leite ou leite engrossado com farinha; 16 já consomem carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras) e feijão; 12 comem legumes/verduras, e tomam 2 copos/mamadeiras de preparações de leite; 10 comem comida de panela no jantar, desde antes dos 6 meses de idade, além de papa salgada; 08 já ingerem, desde antes dos 6 meses de idade, mel/melado/açúcar/rapadura nos líquidos ou preparações; 07 tomam refrigerantes e comem assistindo televisão; e 05 tomam suco industrializado ou refresco em pó (saquinho).

Com esses dados, vê-se não só a antecipação da alimentação complementar, como também a introdução de alimentos e hábitos inadequados, os quais poderão repercutir futuramente do modo negativo na saúde dessas crianças. Indo de encontro ao que é preconizado pela OMS (2006) e pelo Ministério da Saúde, e que está contido na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011).

Tais dados refletem, pois, o que é apontado por Weffort e Lamounier (2009, p. 259), quando citam:

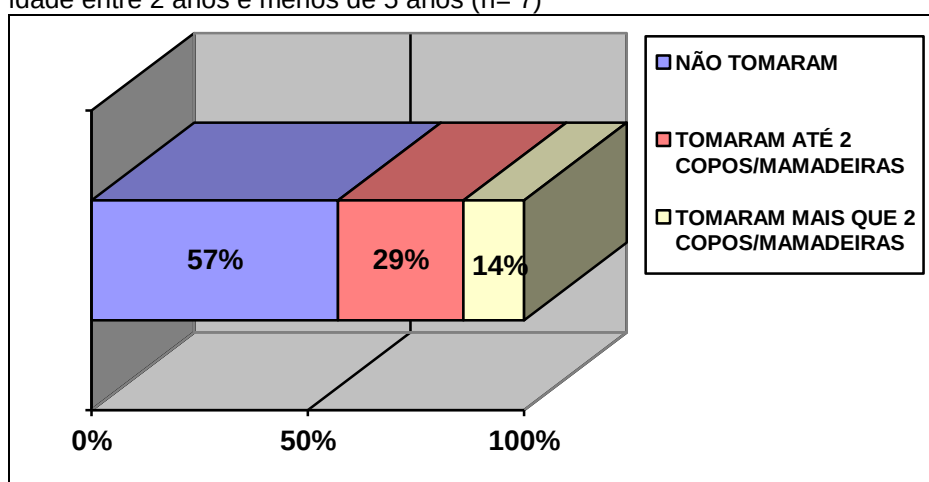
[...] como é o caso da desnutrição e das anemias nutricionais – levam, também, à rápida mudança no perfil de morbimortalidade que, no futuro, se caracterizará pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, como diabetes, cânceres, hipertensão, obesidade e uma série de outras doenças, todas apresentando uma estreita relação com os hábitos alimentares e o estilo de vida exigindo o redimensionamento das ações específicas de promoção, prevenção, cura e recuperação de estado de saúde da população.

A introdução da alimentação complementar precocemente mostrou-se diretamente relacionada com o aumento do risco de sobrepeso e obesidade quando se compara o índice Peso/Estatura (P/E) da OMS 2006 com a idade da alimentação complementar (STAHELIN et al., 2008).

5.2.3 Crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos

No tocante às preparações de leite que a criança tomou no dia anterior à pesquisa, 04 (57%) não tomaram, 02 (29%) tomaram até 2 copos/mamadeiras, e 01 (14%) tomou mais que 2 copos/mamadeiras.

GRÁFICO 16: Recebimento de preparações de leite no dia anterior a pesquisa por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos (n= 7)

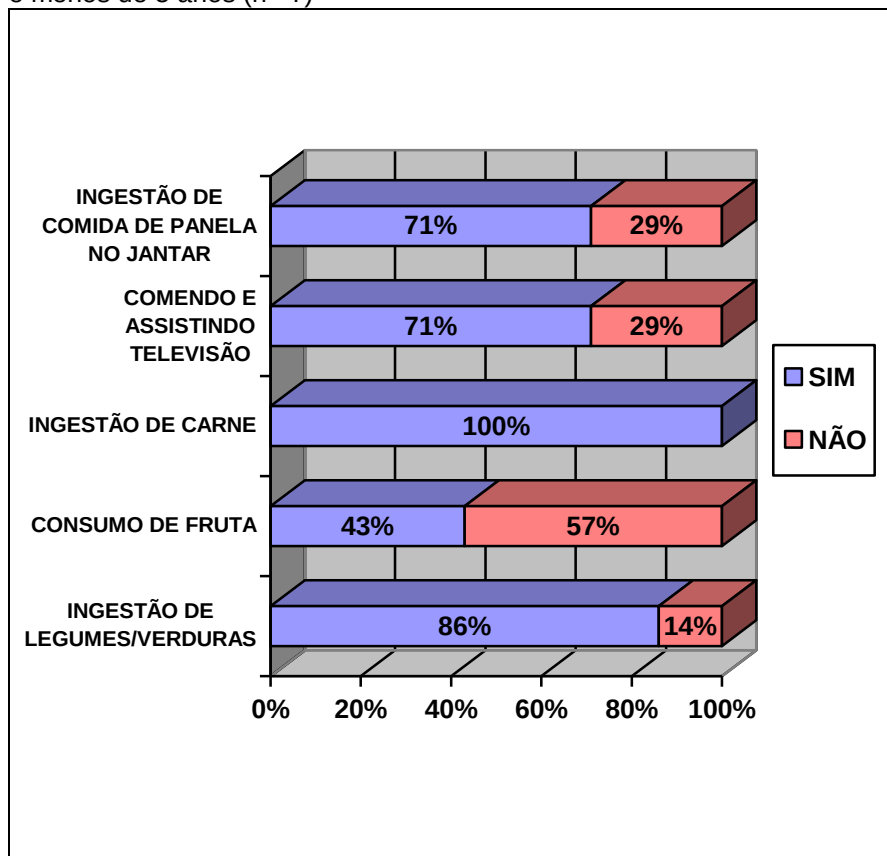


Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Ao avaliar o consumo alimentar das crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos, viu-se o seguinte:

- No que concerne à ingestão de verduras/legumes pela criança no dia anterior à pesquisa, 06 (86%) responderam SIM, e 01 (14%) NÃO;
- Quanto ao consumo de fruta pela criança no dia anterior à pesquisa, 03 (43%) responderam SIM, e 04 (57%) NÃO;
- No que se refere à ingestão de carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras) pela criança no dia anterior à pesquisa, 07 (100%) responderam SIM;
- No que diz respeito à criança ter comido no dia anterior à pesquisa, assistindo televisão, 05 (71%) responderam SIM, e 02 (29%) NÃO;
- Com relação à criança ter comido no dia anterior à pesquisa, comida de panela no jantar, 05 (71%) responderam SIM, e 02 (29%) NÃO.

GRÁFICO 17: Consumo de alimentos no dia anterior à pesquisa por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos (n= 7)



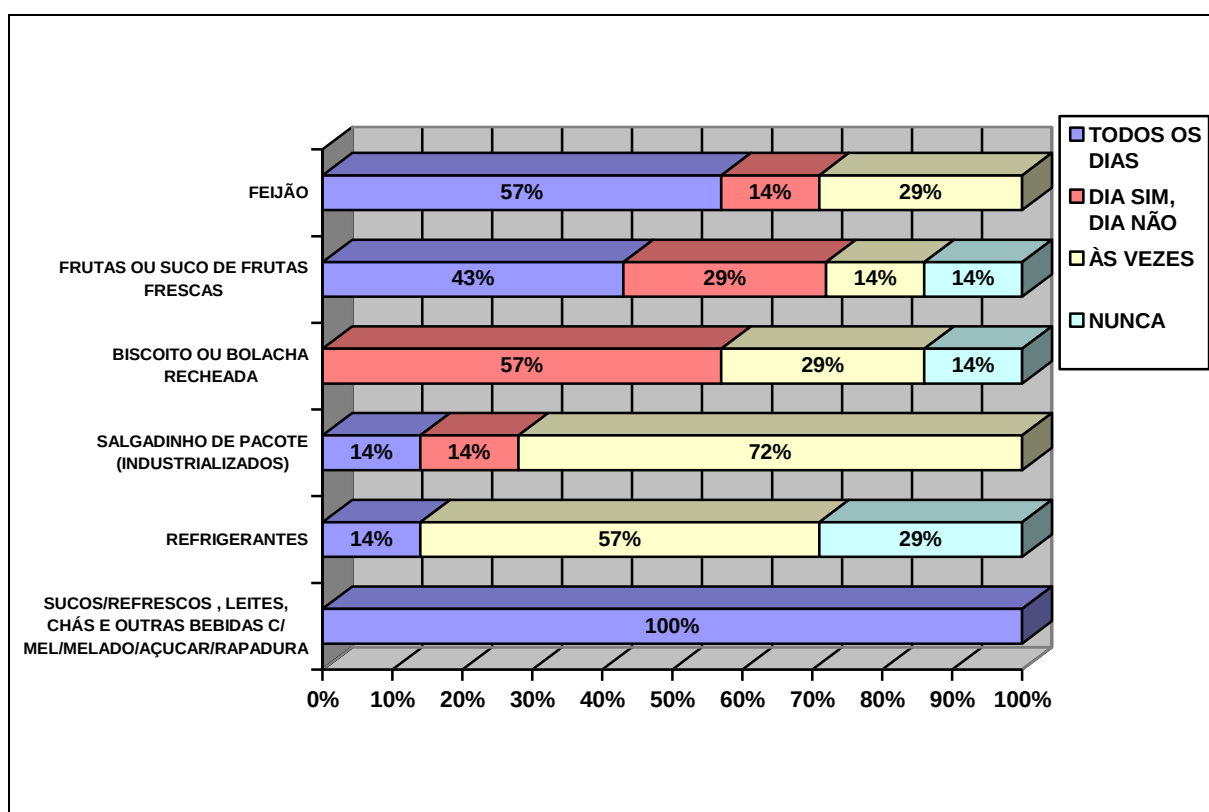
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Ao continuar a avaliação do consumo alimentar de crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos, no quesito frequência, verificou-se:

- No tocante à frequência com que a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado, 07 (100%) responderam TODOS OS DIAS;
- No que concerne à frequência com que a criança toma refrigerantes, 01 (14%) respondeu TODOS OS DIAS, 04 (57%) ÀS VEZES, e 02 (29%) NUNCA;
- Quanto à frequência com que a criança come salgadinho de pacote (industrializados), 01 (14%) respondeu TODOS OS DIAS, 01 (14%) DIA SIM, DIA NÃO, e 05 (72%) ÀS VEZES;
- No que se refere à frequência com que a criança come biscoito ou bolacha recheada, 04 (57%) responderam DIA SIM, DIA NÃO, 02 (29%) ÀS VEZES e 01 (14%) NUNCA;

- No que diz respeito à frequência com que a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas, 03 (43%) responderam TODOS OS DIAS, 02 (29%) DIA SIM, DIA NÃO, 01 (14%) ÀS VEZES, e 01 (14%) NUNCA;
- Com relação à frequência com que a criança come feijão, 04 (57%) responderam TODOS OS DIAS, 01 (14%) DIA SIM, DIA NÃO, e 02 (29%) ÀS VEZES.

GRÁFICO 18: Frequência de ingestão de alimentos por crianças com idade entre 2 anos e menos de 5 anos (n= 7)



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Foi possível constatar com os resultados obtidos que, das 07 crianças avaliadas, todas (07) comem carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras) e tomam sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas adoçadas com açúcar/rapadura/mel/melado; 06 comem verduras/legumes; 05 comem comida de panela assistindo televisão; 04 comem biscoito ou bolacha recheada dia sim, dia

não, e comem feijão todos os dias; 03 comem frutas ou tomam suco de frutas todos os dias; 02 tomam até 2 copos/mamadeiras de preparações de leite.

Mediante tais resultados, constata-se a introdução de alimentação complementar inadequada, bem como de hábitos inapropriados, os quais poderão levar à obesidade; havendo, pois, a necessidade de se adotar um estilo de alimentação saudável. Tal situação vai de encontro ao que está contido na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011).

Para Saldiva, Silva e Saldiva (2010, p.222):

Os hábitos inadequados contribuem para o desenvolvimento precoce de sobrepeso e obesidade em crianças, e podem, ainda, antecipar doenças da fase adulta, tais como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardíacas, osteoporose e câncer.

“A alimentação saudável e o estilo de vida adequada, iniciados nos primeiros anos de vida, são medidas comprovadamente eficazes na redução da prevalência desse tipo de doença” (a obesidade) (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009, p. 16).

Verificou-se, também, que boa parte das crianças passa muito tempo assistindo televisão, cujos anúncios veiculados estimulam a consumir alimentos com alto grau de processamento, teor de micronutrientes limitado, alta densidade calórica e grande quantidade de sal, açúcar e gordura, especialmente as saturadas e o colesterol.

Tais hábitos corroboram com o que foi visto por Vieira et al. (2007), quando citam que as três maiores deficiências de micronutrientes priorizadas pela Organização Mundial da Saúde em todo o mundo são: deficiências de iodo, ferro e vitamina A. Essas deficiências podem trazer sérias conseqüências à saúde da criança entre elas o crescimento prejudicado.

Gandra (2000) cita que as crianças que se encontram na faixa etária que vai dos 2 aos 6 anos pertencem a um grupo de risco nutricional, considerando que estão expostas a uma ampla variedade de alimentos, e que, em geral, a quantidade, o tipo e o número de refeições consumidas não são supervisionados adequadamente pelos pais/responsáveis.

Com isso, Gandra (200) relata que esta é uma faixa populacional de grande importância, devido ao processo de maturação biológica por que passa, e

durante a qual a alimentação desempenha papel decisivo, em especial, pela formação dos hábitos alimentares. Inferindo que a correta formação dos hábitos alimentares na infância favorecerá a saúde, permitindo o crescimento e o desenvolvimento normal, além de prevenir uma série de doenças crônico-degenerativas na idade adulta.

Esse resultado condiz com o estudo realizado por Saldiva, Silva e Saldiva (2010, p. 227), os quais apontam que “esse fenômeno, conhecido como transição nutricional, vem sendo descrito em todo o território nacional, predominantemente entre a população carente e de baixa escolaridade”.

6 CONCLUSÕES

Os resultados do estudo mostraram que a maioria das crianças encontram-se eutróficas para os índices P/I e A/I, com uma quantidade maior de crianças com excesso de peso do que crianças com déficit de peso.

Assim, no que se refere à avaliação nutricional das crianças atendidas na unidade de saúde em estudo, viu-se que muitas apresentaram alimentação pobre e pouco balanceada, fato que influencia no desenvolvimento físico e intelectual corretos, como também na ocorrência de distúrbios nutricionais como anemia, desnutrição e obesidade.

Uma vez que os hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, quanto ao consumo alimentar, verificou-se que a maior parte das crianças analisadas não apresentava comportamentos alimentares saudáveis, fato que, se não cuidado a tempo, repercutirá na idade adulta de forma negativa, favorecendo o aparecimento de doenças como osteoporose, hipertensão, diabetes tipo 2, dentre outros.

Desse modo, se faz necessária a realização de ações preventivas e de promoção à saúde da criança, tendo em vista que o estado nutricional na infância poderá refletir na vida adulta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: Menino – Menina.** Passaporte da Cidadania. 7. ed. Brasília, DF, 2011.

_____. **Balanço das ações de aleitamento materno 2011 e perspectivas para 2012.** Brasília, DF, 2011.

_____. Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. **Caderno de Atenção Básica.** nº. 23. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Uso dos Formulários e Registro das Informações no Novo Sistema Informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web.** 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/nutricao>>. Acesso em: 02 out. 2012.

_____. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN:** orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. / [Andressa Araújo Fagundes et al]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília, DF, 2002.

FAGIOLI, D.; NASSER, L. A. **Educação nutricional na infância e na adolescência:** planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas. São Paulo: RCN, 2006.

GANDRA, Y. R. Assistência alimentar por meio de centros de educação e alimentação do pré-escolar. **Boletim de la Oficina Sanitária Panameicana.** v.74. 2000.

MACHADO, V. P. de O. Planejamento Alimentar. **Revista Paulista de Pediatria.** Rio de Janeiro, 28 jun. 2009.

MARQUES, R. F. S. V; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro. v. 80. n. 2. Mar/Abr. 2004, v. 80. n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 out. 2012.

PAIVA, M. R. de S. A. Q. **A Importância da Alimentação Saudável na Infância e na Adolescência na Prevenção de Doenças na Fase Adulta.** 2010. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>>. Acesso em: 23 out. 2012..

PRADO, R. C. G. do; SANTOS, P. F. B. dos; ASSIS, E. M. de; ZABAN, A. L. R. S. Desnutrição e Avaliação Nutricional Subjetiva em Pediatria. **Com. Ciências Saúde.** Brasília, DF, 2010.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação nutricional: novas perspectivas**. São Paulo: Roca/Centro Universitário São Camilo, 2008.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de 5 anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. **Revista de Nutrição**. 23. ed. Campinas, mar./abr., 2010.

SANTOS, A. L. B. dos; LEÃO, L. S. C. S. Perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Revista Paulista de Pediatria**. Rio de Janeiro, 25 maio 2008.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente. **Manual de Orientação/Sociedade Brasileira de Pediatria**. Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2009.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2006.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**. v. 76. Supl. 3. 2000.

STAHELIN, L.; PIRES, M. M. de S.; WAYHS, M. C.; RABETTI, A. de C.; PEREIRA, T. P. Avaliação do estado nutricional das crianças menores de 5 anos em uma creche no município de Florianópolis segundo a curva de referência da OMS 2006 e comparação do diagnóstico nutricional com a curva de referência do CDC 2000. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37. n. 3. 2008.

VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional de coletividades**. Florianópolis: UFSC, 2007.

VIEIRA, A. C. F.; DINIZ, A. S.; CABRAL, P. C.; OLIVEIRA, R. S.; LOLA, M. M. F.; SILVA, S. M. M. Avaliação do estado nutricional de ferro e anemia em crianças menores de 5 anos de creches públicas. **Jornal de Pediatria**. 2007.

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em Pediatria: da neonatologia à adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – DADOS CADASTRAIS

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN			
	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
	Estabelecimento de Saúde			Nº CNES*
	Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde			
Ficha: ☐ Inclusão ☐ Alteração				
DADOS CADASTRAIS				
Cadastro de domicílio				
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*				
Bairro*	CEP	DDD	Telefone	
Nº CNES do domicílio*	Estabelecimento de Saúde			
Cadastro do Indivíduo				
Nome completo (sem abreviaturas)*			Data de Nascimento*	Data do Cadastro
			/ /	/ /
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*			Nome completo do pai	
Sexo*	Raça / Cor*	Escolaridade* (1)	Nacionalidade	Pais de Origem
1. Masculino 2. Feminino	1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena		Brasileira Estrangeira	
Data de naturalização	UF Nascimento	Município Nascimento	Situação familiar (2)	
/ /				
Documentação do Indivíduo				
NIS (Nº Identificação Social)	NCNS (Nº Cartão Nac. Saúde)	NPCNS (Nº Provisório Cartão Nac. Saúde)	Outro código identificador:	
O registro de pelo menos um documento oficial é obrigatório* (consulte lista dos documentos oficiais no verso):				
Tipo (3)*	Dados do documento*			
Tipo (3)*	Dados do documento			
Programas Vinculados:	Programa Bolsa Família			
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL**				
Data do acompanhamento*: / /				
Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Estado nutricional:	Tipo de alimentação (4)***: Peso ao nascer (em gramas):
			Peso por idade: Altura por idade:	
Adolescente (≥10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	IMC por idade: Altura por idade:
Adulto (≥20 e <60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Circunferência da cintura (em cm): Risco aumentado: Sim Não
Idoso (≥60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Estado nutricional:	Peso pré-gestacional (em kg): Data da última menstruação*: / /
Doenças*:		Deficiências e/ou intercorrências*:		Tipo de Acompanhamento*:
Anemia falciforme Diabetes mellitus Doenças cardiovasculares Hipertensão Arterial Sistêmica Osteoporose Outras doenças Sem doenças		Anemia ferropriva DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) Diarréia Infecções intestinais virais IRA (Infecção Respiratória Aguda) Hipovitaminose A Outras deficiências e/ou intercorrências Sem deficiências e/ou intercorrências		Atendimento na Atenção Básica Chamada Nutricional Saúde na Escola

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

*** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

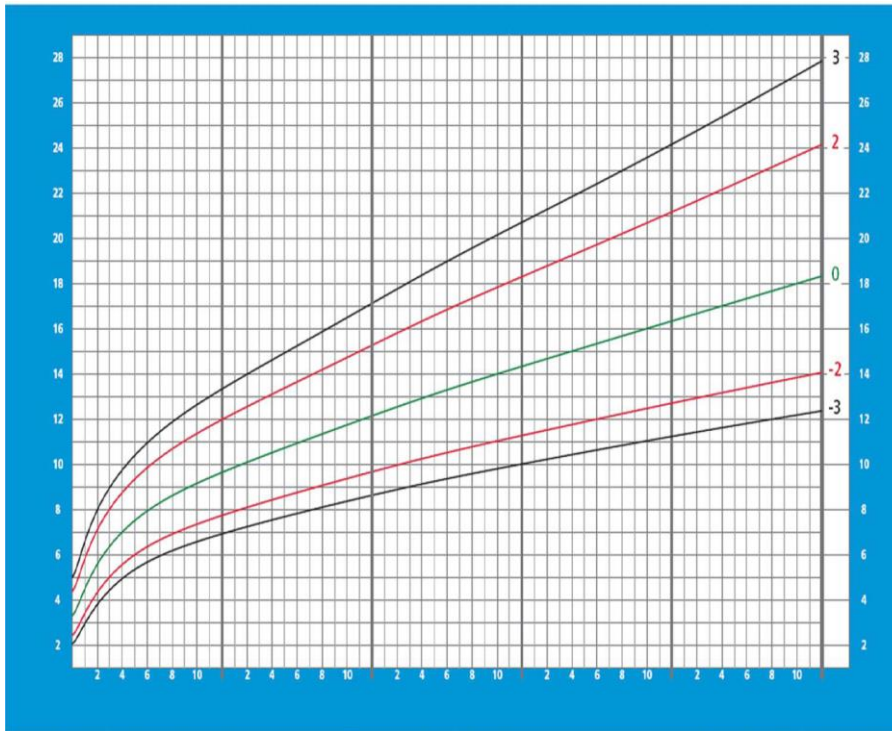
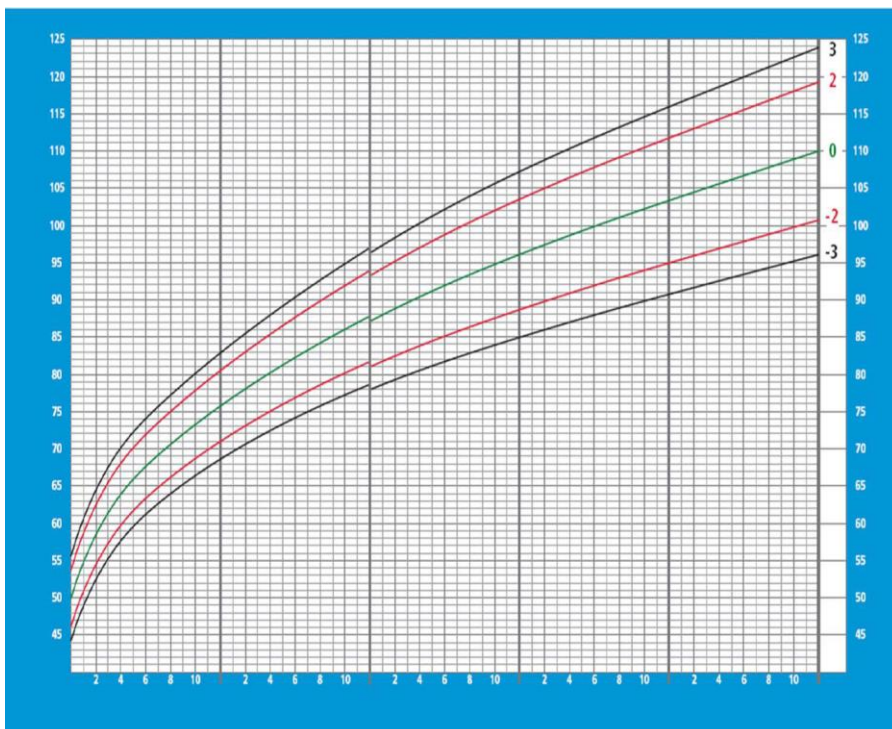
ANEXO B – FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde		
Nome completo*		Data de nascimento:* / /
Endereço completo		
Identificação (tipo e número)		Data de preenchimento:* / /

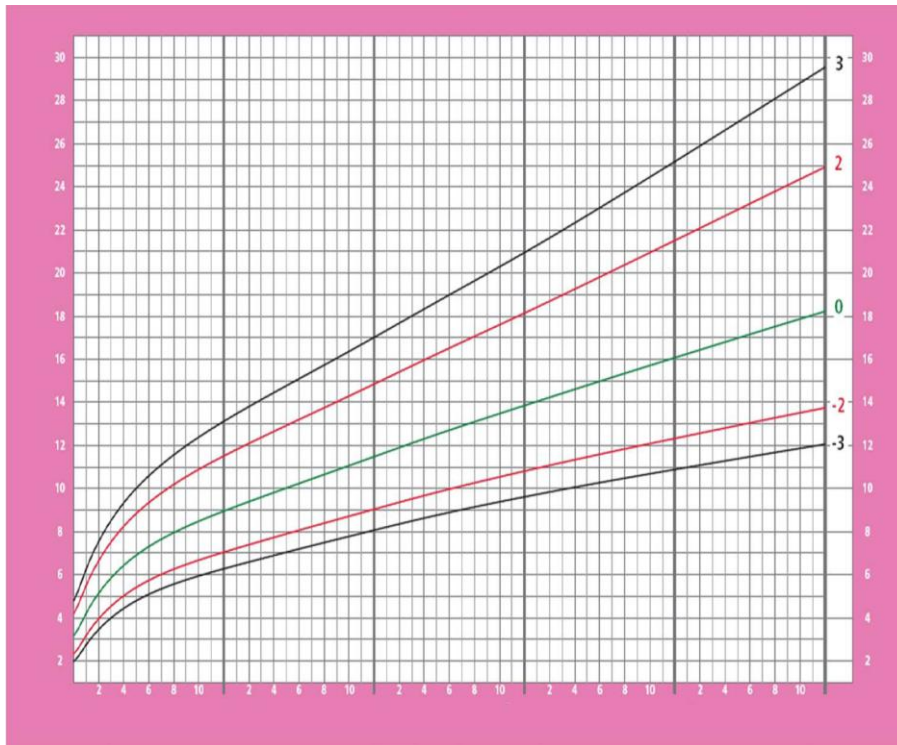
* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	
1. A criança ontem recebeu leite do peito?	☐ Sim (pule para a pergunta 3) ☐ Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito?	☐ Nunca meses OU dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos)	
☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses ☐ Ainda está em aleitamento materno exclusivo	
4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) ☐ Leite do peito ☐ Chá/Água ☐ Leite de vaca ☐ Fórmula Infantil ☐ Suco de fruta ☐ Fruta ☐ Papa Salgada ☐ Outros	
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS	
1. A criança ontem recebeu leite do peito?	☐ Sim (pule para a pergunta 3) ☐ Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito?	☐ Nunca meses OU dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos)	
☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses ☐ até 6 meses ☐ > 6 meses ☐ Ainda está em aleitamento materno exclusivo	
4. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido)	
☐ Não tomou ☐ Até 2 (copos/mamadeiras) ☐ Mais que 2 (copos/mamadeiras)	
5. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)?	
☐ Sim ☐ Não	
6. Ontem , a criança comeu fruta?	
☐ Sim ☐ Não	
7. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)?	
☐ Sim ☐ Não	
8. Ontem , a criança comeu feijão?	
☐ Sim ☐ Não	
9. Ontem , a criança comeu assistindo televisão?	
☐ Sim ☐ Não	
10. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar?	
☐ Sim ☐ Não	
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade , consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações?	
☐ Sim ☐ Não	
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade ?	
☐ Sim ☐ Não	
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês ?	
☐ Sim ☐ Não	
14. A criança tomou refrigerante no último mês ?	
☐ Sim ☐ Não	
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem ?	
☐ Sim ☐ Não	
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS	
1. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido)	
☐ Não tomou ☐ Até 2 (copos/mamadeiras) ☐ Mais que 2 (copos/mamadeiras)	
2. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)?	
☐ Sim ☐ Não	
3. Ontem , a criança comeu fruta?	
☐ Sim ☐ Não	
4. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)?	
☐ Sim ☐ Não	
5. Ontem , a criança comeu assistindo televisão?	
☐ Sim ☐ Não	
6. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar?	
☐ Sim ☐ Não	
7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável)	
☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes (2 x semana ou menos) ☐ Nunca	

ANEXO C – CURVAS DA OMS (2006)**Peso por Idade (Meninos)- Do nascimento aos 5 anos****Comprimento/Altura por Idade (Meninos)- Do nascimento aos 5 anos**

Peso por Idade (Meninas)- Do nascimento aos 5 anos



Comprimento/Altura por Idade (Meninas)- Do nascimento aos 5 anos

