

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ALINE TAMIRES DE LIMA AGUIAR

**CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE**

Vitória de Santo Antão
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ALINE TAMIRES DE LIMA AGUIAR

**CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Prof^a Dra. Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão

2018

Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

A282c Aguiar, Aline Tamires de Lima.
Consumo alimentar de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família,
Vitória de Santo Antão, PE/ Aline Tamires de Lima Aguiar. - Vitória de Santo
Antão, 2018.
47 folhas.; Il.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.
TCC (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV,
Bacharelado em Nutrição, 2018.
Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Consumo de Alimentos - crianças - Vitória de Santo Antão. 2. Alimentos
industrializados. I. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Título.

613.2 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-065/2018

Aline Tamires de Lima Aguiar

**Consumo alimentar de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família,
Vitória de Santo Antão, PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição

Data de aprovação: 12/07/2018.

Banca Examinadora

Profª Dra. Vanessa Sá Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Azenate Lima Andrade (Examinador externo)
Nutricionista – Secretaria de Saúde de Vitória de Stº Antão

Profª Dra. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me capacitou e deu forças para chegar até aqui. A Ele toda honra e glória.

As pessoas a quem mais amo, meus pais Elza e Pedro e meus irmãos Cristiano e Thiago, que são os donos do meu amor mais puro e por quem luto todos os dias para dar-lhes orgulho.

Ao meu noivo Wallas Andrade, que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis desta caminhada e que com certeza é um dos meus maiores incentivadores.

A minha irmã, que não é de sangue, mas é de alma e coração, Tamires Oliveira, por todas as conversas, incentivos e por compartilhar comigo o amor pela Nutrição.

De forma carinhosa as minhas companheiras de apartamento, Gesikelly Lopes e Leila Mariana, por tornarem mais leve esta jornada e em especial a amiga que Deus me presenteou através da universidade, Julia Paixão.

À professora Juliana Oliveira e a Nutricionista Azenate Andrade, que compõem a minha banca avaliadora, que foram escolhidas com muito carinho.

E por ultimo, mas não menos importante, agradeço à minha orientadora Vanessa Leal, por quem tenho imensa admiração e carinho e que é uma pessoa em quem me espelho tanto como profissional, quanto como ser humano. Foi uma grande honra poder tê-la como orientadora.

“Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio.”

(Hipócrates)

RESUMO

O acesso a uma alimentação adequada e saudável é algo primordial para a sobrevivência humana, além de ser um direito a todas as pessoas. Alimentação saudável deve ser compreendida como variada e equilibrada, tanto em quantidade como em qualidade, além do consumo moderado de alimentos ricos em gorduras, carboidratos simples e sódio. Levando-se em consideração que a infância é determinante na formação dos hábitos alimentares da fase adulta, o consumo alimentar das crianças é um indicador fundamental relacionado aos agravos nutricionais que possam surgir ao longo da vida. O presente estudo objetivou avaliar o consumo alimentar, em crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, no município de Vitória de Santo Antão, PE. A população de estudo foi composta por crianças atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do referido município. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário socioeconômico e questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). As análises estatísticas ocorreram utilizando software SPSS na versão 20.0. Foram analisadas 228 crianças (sendo 52,2% do sexo feminino e 47,8% do sexo masculino), distribuídas em cinco das 27 UBS's do município: Jardim Ipiranga, Mario Bezerra, Redenção, Caiçara e Amparo. No que diz respeito ao consumo de alimentos saudáveis (Feijão, carnes, frutas, legumes e verduras) os percentuais mostraram-se satisfatórios, alcançando 90,1%, por outro lado, o consumo de ultraprocessados apresentou-se igualmente elevado, alcançando 87,3%. Em relação às variáveis associadas ao consumo dos produtos ultraprocessados, os achados revelaram que crianças do sexo feminino e aquelas que realizavam as refeições em frente à televisão consumiram mais esse tipo de produto, assim como os filhos de mães com idade <30 anos, com valores de $p=0,04$; $0,01$ e $< 0,01$, respectivamente. Neste sentido observa-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias de monitoramento do consumo dessas crianças, além das atividades de educação alimentar e nutricional, de forma a fortalecer as escolhas alimentares, favorecendo a qualidade de vida e prevenindo os agravos nutricionais.

Palavras-chave: Consumo Alimentar. Alimentos industrializados. Guia Alimentar. Obesidade infantil. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT

Access to adequate and healthy food is paramount for human survival, as well as being a right for all people. Healthy eating should be understood as varied and balanced, both in quantity and in quality, in addition to moderate consumption of foods rich in fats, simple carbohydrates and sodium. Taking into account that childhood is determinant in the formation of adult eating habits, the food consumption of children is a fundamental indicator related to nutritional disorders that may arise throughout life. The present study aimed to evaluate food consumption in children under the age of seven beneficiaries of the Bolsa Família Program in the city of Vitória de Santo Antão, PE. The study population consisted of children attending the Basic Health Units of the same municipality. Data collection was performed through the application of a socioeconomic questionnaire and food consumption markers questionnaire of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). Statistical analyzes were performed using SPSS software in version 20.0. A total of 228 children (52.2% female and 47.8% male) were analyzed in five of the 27 units of the municipality: Jardim Ipiranga, Mario Bezerra, Redenção, Caiçara and Amparo. Regarding the consumption of healthy foods (Beans, meat, fruits and vegetables), the percentages were satisfactory, reaching 90.1%; on the other hand, the consumption of ultraprocessed foods was also high, reaching 87, 3%. Regarding the variables associated with the consumption of ultraprocessed products, the findings revealed that female children and those who drank meals in front of the television consumed this type of product more, as well as the children of mothers aged <30 years, with values of p of 0.04; 0.01 and 0.01 respectively. In this sense, it is necessary to develop strategies to monitor the consumption of these children, in addition to food and nutrition education, in order to improve food choices, favoring quality of life and preventing nutritional disorders.

Keywords: Food consumption. Processed foods. Food Guide. Child obesity. Chronic Non-communicable Diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Geral	11
2.2 Especifico	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 Práticas alimentares na infância	13
4.2 Estado nutricional de crianças	14
4.3 Vigilância alimentar e nutricional	15
4.4 Programa bolsa família.....	17
5 MATERIAL E METODOS	20
6 RESULTADOS.....	23
7 DISCUSSÃO	31
8 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	41
ANEXO B – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	42
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO	45
APÊNDICE C – QUESTIONARIO APLICADO AS MÃES.....	46

1 INTRODUÇÃO

O acesso a uma alimentação adequada e saudável é algo primordial para a sobrevivência humana, além de ser um direito a todas as pessoas, garantido de forma regular, permanente e irrestrito. Alimentação saudável deve ser compreendida como, uma alimentação variada e equilibrada, tanto em quantidade com em qualidade, além do consumo moderado de alimentos ricos em gorduras, carboidratos simples e sódio, e aumento do consumo de fibras (PEREIRA; ABDALLA; FREIRE, 2014).

As normas internacionais reconhecem como direito fundamental o acesso à alimentação adequada e saudável e de que toda pessoa esteja livre da fome, como pré-requisito para os demais direitos humanos. Sendo assim, o direito a alimentação adequada é efetiva quando todos os indivíduos, sem discriminação de cor, raça ou gênero, individualmente ou em comunidade tem acesso a essa alimentação sem interrupção, de forma direta ou através dos meios necessários para sua obtenção (BURITY *et al.*, 2010). No Brasil esse direito está posto na Constituição Federal desde 2010, com a emenda nº64. Porém estes direitos ainda são distintos da realidade de boa parte da população (BRASIL, 2016).

Levando-se em consideração que a infância é determinante na formação dos hábitos alimentares da fase adulta, o consumo alimentar das crianças se caracteriza como um indicador fundamental relacionado aos agravos nutricionais que possam surgir ao longo da vida, de modo que se observe esse problema como algo de origem multifatorial que deve direcionar pesquisas e políticas públicas diretamente para o público em questão e que tenham como objetivo prevenir agravos nutricionais e suas repercussões (SANTOS; LIRA; SILVA, 2017).

Nos primeiros anos de vida a alimentação deve ser tanto qualitativa e quantitativamente adequada, para garantir que ocorram crescimento e desenvolvimento adequados à idade. Além disso, é nessa fase que se formam os hábitos alimentares, que se forem inadequados podem comprometer o desenvolvimento infantil, contribuir para os distúrbios nutricionais e para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na fase adulta. Sendo assim é essencial que alimentos saudáveis sejam oferecidos as crianças tanto em casa, quanto na escola e em outros locais de convívio das mesmas (INOUE *et al.*, 2015).

Em populações mais vulneráveis, a situação alimentar pode se encontrar inadequada, principalmente nos primeiros anos de vida, esse fato remete a importância da elaboração de estratégias que previnam o surgimento de distúrbios nutricionais relacionados a má alimentação. Desta forma é indispensável a avaliação dos fatores associados e dos riscos da alimentação inadequada na infância e assim corrigir possíveis erros e construir hábitos alimentares saudáveis (INOUE *et al.*, 2015).

Diretamente relacionado ao consumo alimentar de produtos ultraprocessados está o excesso de peso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o excesso de peso como o armazenamento de gordura no organismo, sendo resultado do balanço energético positivo e multifatorial, enquadrando-se no grupo de doenças crônicas não transmissíveis diretamente ligadas ao risco a saúde em todas as fases do curso da vida. Na infância o excesso de peso é um notável agravante para o desenvolvimento de obesidade na idade adulta. Levando ainda em consideração que a prevalência do excesso de peso infantil tem relação direta com diversos fatores, como escolaridade e renda dos pais, estilo de vida, hábitos alimentares, entre outros (MENEZES *et al.*, 2015).

No controle e prevenção de problemas de saúde pública no Brasil, estão inseridas diversas estratégias, entre elas a Vigilância Alimentar e Nutricional conduzida pelo Ministério da Saúde e configurada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2011). O SISVAN é uma ferramenta de controle do crescimento e desenvolvimento infantil, que monitora as condições de saúde e nutrição das crianças que são assistidas pela Atenção Básica em Saúde. Salientando que este acompanhamento é feito através de um calendário mínimo de consultas proposto pelo MS, para avaliação sistemática dessas crianças (BRASIL, 2011).

Além disso, esta estratégia conta com um sistema informatizado, SISVAN Web que registra dados nutricionais da população em geral, mas possui o módulo gestão, onde são registrados e avaliados os dados dos beneficiários do PBF, tendo como alvo crianças menores de sete anos e mulheres em idade fértil. É importante ressaltar que ambos fazem parte da estratégia de vigilância alimentar e nutricional e são essenciais para caracterização da população e desenvolvimento de estratégias que tenham como intuito melhorar o perfil alimentar e nutricional dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Outra estratégia que permite minimizar os impactos nutricionais na população em situação mais vulnerável, é o Programa Bolsa Família, criado em 2003 pelo Governo Federal através da medida provisória nº 132, e em 9 de janeiro de 2004 foi convertida na lei nº 10.836. É um programa de transferência de renda que visa beneficiar as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no Brasil, melhorando assim as condições de vida das mesmas (BRASIL, 2015).

As famílias contempladas pelo Programa Bolsa Família recebem todos os meses recursos do Governo Federal, de forma direta. Em contrapartida devem cumprir compromissos na área da saúde e da educação. O PBF foi fundamentado a partir de diretrizes definidas na constituição de 1988, e estruturado com base nos seguintes princípios: Enfrentamento da pobreza e da desigualdade social; proteção social não contributiva; Proteção social à família; Intersetorialidade; Gestão descentralizada e Inclusão social. Desta forma, tendo como base esses princípios, pode-se observar que o PBF tem como um de seus objetivos, combater a fome e incentivar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BRASIL, 2015)

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o consumo alimentar, em crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, no município de Vitória de Santo Antão, PE.

2.2 Especifico

- Avaliar a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre os menores de seis meses;
- Verificar o perfil alimentar das crianças com idade entre seis meses e dois anos de idade;
- Caracterizar o perfil alimentar das crianças com idade entre dois e sete anos, e verificar a associação desse perfil com as variáveis nutricionais, socioeconômicas e maternas.

3 JUSTIFICATIVA

Diante do atual cenário marcado pela transição alimentar e nutricional experimentado pela população brasileira, faz-se necessário lançar mão de instrumentos para avaliação do consumo alimentar, neste caso, de crianças em vulnerabilidade social, por ser um público mais carente da vigilância e intervenções no âmbito alimentar e nutricional. Sendo assim, caracterizar o consumo alimentar de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias de um programa de transferência de renda (Bolsa Família), residentes no município de Vitória de Santo Antão – PE, sendo assim uma forma de contribuição no controle de agravos nutricionais, caso esses existam nesta população.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Práticas alimentares na infância

A manutenção do aleitamento materno exclusivo é recomendada até o sexto mês de vida da criança e após esse período, até os dois anos de idade junto com a alimentação complementar (TAGLIETTI *et al.*, 2014). A prática do aleitamento configura-se como essencial, garantindo o crescimento e desenvolvimento psicológico e motor, atendendo as necessidades nutricionais da criança, propiciando fatores de proteção à saúde tanto da mãe quanto do bebê, além de reduzir o risco de morbimortalidade na primeira infância (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

A partir dos seis meses de vida os alimentos oferecidos a criança complementam o aporte nutricional que é fornecido pelo leite materno. Sendo assim, a alimentação complementar é de fundamental importância no crescimento e desenvolvimento infantil. A alimentação complementar é um reflexo dos hábitos alimentares dos pais ou cuidadores, de modo que torna-se um desafio a orientação e adesão de uma dieta saudável pelos responsáveis pela criança, garantindo dessa forma que a mesma também se alimente de forma adequada (TAGLIETTI *et al.*, 2014).

A infância é caracterizada como a fase do desenvolvimento humano em que ocorrem as maiores mudanças hormonais, estruturais e fisiológicas. A alimentação saudável e adequada durante este período é essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, aumento na capacidade intelectual e produtiva, e ainda pode ser vista como um dos principais fatores preventivos de algumas doenças da fase adulta (SOUZA *et al.*, 2017). Estudos recentes mostram que há grande associação das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com baixo consumo de frutas e verduras, excesso de peso e sedentarismo (BRASIL, 2013). Estima-se que em todo o mundo cerca de 22 milhões de crianças com até cinco anos de idade estejam com sobrepeso, fator que pode ser determinante para se tornarem adultos obesos e sofrerem de alguma DCNT, este fato pode estar diretamente relacionado com as mudanças nos padrões alimentares (DUTRA *et al.*, 2016).

O Brasil passou por diversas mudanças no perfil socioeconômico e demográfico nas últimas décadas, com notáveis melhorias no poder aquisitivo das

famílias que possuíam menor renda. Isso gerou mudanças alimentares caracterizadas pela substituição dos alimentos naturais como arroz, feijão e hortaliças por alimentos industrializados como refrigerantes, carnes processadas e biscoitos, o que levou ao aumento da obesidade na população. Ainda assim se faz necessário à atualização dos estudos acerca do consumo alimentar principalmente na fase escolar, que é a fase em que sobrepeso e obesidade têm mostrado grande prevalência no Brasil (SOUZA, *et al*, 2017).

4.2 Estado nutricional de crianças

Estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre os nutrientes consumidos e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ser descrito por três diferentes manifestações orgânicas: adequação nutricional (eutrofia) – se expressa pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais; carência nutricional - manifestação produzida pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais; distúrbio nutricional - manifestação produzida pelo excesso e/ ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades (BRASIL, 2004).

Com a transição alimentar ocorrida no Brasil, por um lado observa-se a redução da fome e da desnutrição, mas em contrapartida o aumento notável do excesso de peso nas diferentes classes sociais, indicando assim um novo cenário de problemas de saúde pública relacionados à alimentação e nutrição (BATISTA FILHO *et al.*, 2003; BRASIL, 2013).

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas e os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências na vida adulta. A alimentação e a nutrição se constituem como requisitos primordiais para a promoção e proteção à saúde, permitindo o alcance do potencial total de crescimento e desenvolvimento do indivíduo (BRASIL, 2013; DAMASCENO *et al.*, 2016).

A avaliação do estado nutricional que pode ocorrer por métodos diretos ou indiretos, tem como um de seus parâmetros a avaliação antropométrica, pois se trata de um método de investigação que se baseia na análise das variações físicas e composição nutricional, podendo ser utilizado em todas as fases da vida, e permitindo a classificação dos indivíduos em grupos de acordo com seu estado

nutricional. As principais vantagens do método em questão são o baixo custo e a facilidade de aplicação, além de ser minimamente invasivo (BRASIL, 2004).

O monitoramento integral do crescimento e desenvolvimento infantil é de extrema importância, pois permite o acompanhamento das condições de saúde e nutrição das crianças assistidas. Os índices antropométricos (peso/idade; altura/idade e IMC/idade) são utilizados como o principal critério desse acompanhamento, essa indicação baseia-se no fato de que a relação negativa entre as necessidades fisiológicas e a ingestão alimentar, causam alterações físicas desde a desnutrição até sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de consultas para acompanhamento da saúde infantil, avaliando e acompanhando de forma sistemática os processos de desenvolvimento infantil. Nesta agenda, fica estabelecido quando e quantas vezes a criança deve ir ao serviço de saúde nos seus primeiros seis anos de vida (BRASIL, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2014).

A organização Mundial da Saúde traz a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública mundial. Estima que em 2025, 75 milhões de crianças poderão apresentar sobrepeso ou obesidade, em nível mundial. No Brasil, a obesidade vem crescendo e segundo levantamento feito pelo IBGE 2008/2009, cerca de 15% das crianças apresentam essa condição. Na região Nordeste, em crianças até 9 anos de idade, o percentual de excesso de peso é de 28,15% (ABESO, 2018).

4.3 Vigilância alimentar e nutricional

A vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) foi criada na década de 70, tendo como base as recomendações da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação. A VAN tornou-se formal em 1974, durante a Conferência Mundial de Alimentação que aconteceu em Roma, sendo proposta nesse mesmo evento a constituição de um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O SISVAN é um sistema de informação que tem como objetivo a coleta, o processamento e a análise dos dados populacionais de forma contínua, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional da população de qualquer região do território nacional. Além de servir de base para as decisões nas

áreas de alimentação e nutrição e promoção a saúde, nas três esferas do governo (BRASIL, 2004).

A vigilância em saúde tem como objetivo subsidiar os gestores e profissionais para que os mesmos qualifiquem a atenção integral as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, a VAN se insere nesse contexto, tendo em vista a estreita relação entre a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e as condições de saúde da população. Ressaltando ainda que como parte integrante da Vigilância em Saúde, a VAN permite a descrição contínua e a predição de tendências alimentares e nutricionais das populações, além dos seus fatores determinantes (BRASIL, 2015).

O SISVAN como ferramenta de acompanhamento sistêmico do crescimento e desenvolvimento infantil é de grande importância, tendo em vista o monitoramento das condições de saúde e nutrição das crianças assistidas. Nesse contexto, os índices antropométricos são utilizados como principal critério para esse acompanhamento, isso porque se sabe que o desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades fisiológicas, além das mudanças físicas, podem causar outros agravos que vão desde a desnutrição, até sobrepeso e obesidade. Além disso, o Ministério da Saúde (MS) propõe um calendário mínimo de consultas para avaliar e acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, de forma sistemática (BRASIL, 2011).

A avaliação do estado nutricional da população que é atendida na atenção básica é feita através do sistema informatizado SISVAN Web, lembrando que nesse sistema são registrados os dados da população em geral. Paralelamente utiliza-se o SISVAN – módulo de gestão (Bolsa Família), onde são registrados os dados dos beneficiários do programa e tem como público alvo, crianças menores de 7 anos e mulheres em idade fértil. É importante ressaltar que ambos fazem parte da estratégia de VAN e são essenciais para caracterização da população e desenvolvimento de estratégias que tenham como intuito melhorar o perfil alimentar e nutricional dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Levando em consideração a Lei Orgânica do SUS, que destaca a importância da vigilância nutricional e as orientações alimentares, além de outros marcos da atenção básica que garantem ações da VAN, foram desenvolvidos os protocolos do SISVAN que destina-se a todas as fases da vida e abrange crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, garantindo assim os princípios do SUS de

universalidade, equidade e integralidade na atenção básica a saúde, ressaltando que a insegurança alimentar no Brasil atinge todas as fases da vida, com diferentes magnitudes, de tal modo que é essencial a cobertura da VAN para todos os grupos populacionais (BRASIL, 2008).

Para definir os grupos populacionais que estarão inclusos na abrangência dos protocolos do SISVAN, foram utilizados critérios que se baseiam no perfil epidemiológico nacional, levando em consideração as populações mais vulneráveis aos agravos de nutrição e saúde, distribuindo-se da seguinte forma:

- Vulnerabilidade etária: que abrange as crianças menores de dois anos, idosos com mais de 80 anos, além de adolescentes e gestantes;
- Vulnerabilidade por morbidade: abrange os indivíduos diagnosticados com DCNT, dando especial atenção aos portadores de hipertensão arterial, diabetes e obesidade;
- Vulnerabilidade social: abrange os beneficiários dos programas sociais, seja de doação de alimentos ou de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, além dos moradores sem teto, pessoas em situação de rua, acampados e assalariados rurais e os moradores de comunidades favelizadas (BRASIL, 2008).

4.4 Programa bolsa família

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pelo Governo Federal em 2003, por meio da Medida Provisória nº 132, posteriormente convertida na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2015). É uma modalidade de transferência direta de renda, que tem por intuito melhorar as condições de vida das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no Brasil. As famílias beneficiadas pelo PBF recebem de forma direta, todo mês, recursos financeiros do Governo Federal e para tal devem cumprir compromissos nas áreas da saúde e educação. O Bolsa Família é um programa fundamentado nas diretrizes da constituição de 1988 e está estruturado com base nos seguintes princípios: enfrentamento da pobreza e da desigualdade social; proteção social não contributiva; proteção social a família; intersetorialidade; gestão descentralizada e inclusão social (BRASIL, 2015; COTTA *et al.*, 2013).

Tomando como base esses princípios o PBF contribui de forma direta para o combate a fome e incentivo a SAN, promove o acesso dos beneficiários à rede de serviços públicos, em especial os de saúde, de educação e assistência social, apoia o desenvolvimento das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, ajudando a enfrentar a pobreza e a desigualdade e incentiva órgãos e instâncias do poder público a atuarem de forma articulada na promoção e implementação de políticas sociais, visando contribuir para a superação da condição de pobreza das famílias participantes do Programa (BRASIL, 2002; COSTA, 2017).

Em decorrência da necessidade de unificação dos programas de transferência de renda, o PBF foi instituído. A princípio a unificação se restringiu a quatro programas federais: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás e Cartão Alimentação, e em seguida, incorporou-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e do Agente Jovem. Além da unificação realizada, o PBF também tem como objetivo simplificar o acesso aos benefícios e aumentar o valor monetário transferido as famílias beneficiadas. (BRASIL, 2002; CABRAL, 2013; COSTA, 2017).

O PBF se constitui em três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e ações complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza, e as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. E as ações complementares têm como objetivo o desenvolvimento de capacidades das famílias e a superação de sua situação de vulnerabilidade. Além disso, o PBF possui outro fundamento importante que diz respeito a autonomia que os beneficiados possuem para utilizar os recursos recebidos, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012; CARVALHO *et al.*, 2014).

Para poder ser incluída no PBF as famílias devem estar em situação de pobreza ou de extrema pobreza, esta definida pela renda familiar mensal per capita, estando registrado no Cadastro Único para programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único). Atualmente, são consideradas famílias em extrema pobreza aquelas com renda familiar mensal igual ou inferior a R\$ 89,00 por pessoa e em situação de pobreza são aquelas famílias com renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 177,00 *per capita* (BRASIL, 2015; SANTOS *et al.*, 2014).

Os programas de transferência de renda, tendo com principal representante o PBF, contribuem de forma direta para a redução da pobreza e da fome no Brasil.

Em contrapartida, as modificações dos hábitos alimentares, uma vez que em alguns casos, o aumento do poder aquisitivo dessas famílias, pode favorecer o acesso a produtos industrializados e o aumento do consumo desses produtos contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (SPERANDIO *et al.*, 2017).

5 MATERIAL E METODOS

O presente estudo epidemiológico é do tipo descritivo, com corte transversal, realizado no município de Vitória de Santo Antão-PE e faz parte de um projeto de Pesquisa-Ação intitulado “Intersetorialidade como instrumento norteador da vigilância do estado de saúde e nutrição na infância e adolescência”.

A amostra é composta por crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) do município. As crianças estudadas foram aquelas cadastradas em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana do município (UBS de Caiçara, Mário Bezerra, Redenção, Jardim Ipiranga e Amparo). As unidades foram escolhidas em função da indicação por parte da secretaria municipal de saúde, tendo por base o quantitativo de crianças cadastradas e a logística para o trabalho de campo.

A coleta dos dados aconteceu por meio de entrevista, através de questionário elaborado pela equipe do projeto. As variáveis relacionadas aos responsáveis pelas crianças incluem: idade, gênero, número de pessoas que residem no mesmo domicílio, renda, escolaridade, zona de residência, e estado marital; e, em relação à criança tem-se: data de nascimento, sexo, variáveis antropométricas, incluindo o peso ao nascer e o registro do consumo alimentar. A variável renda não foi incluída, uma vez que essa é uma amostra homogênea, onde todas as crianças são beneficiárias do Programa Bolsa Família.

As informações do consumo alimentar das crianças foram obtidas por meio do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (Anexo 2). Foram consideradas as seguintes fases de vida: menores de seis meses, entre seis meses e menores de dois anos, e entre 2 anos e menos de 7 anos de idade. Esses formulários foram aplicados aos responsáveis pelas crianças e referem-se ao consumo da criança no dia anterior ao inquérito. Para os menores de seis meses, as questões objetivam caracterizar a prática do aleitamento materno e identificar os tipos dos alimentos complementares oferecidos atualmente à criança. Para as crianças entre seis meses e menos de 2 anos, as questões têm por objetivo caracterizar a introdução da alimentação complementar, identificar o tipo de alimentação atual e a adoção de comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento de anemia ferropriva e obesidade infantil. Para as crianças entre 2

e 7 anos, as questões estavam voltadas para avaliação da qualidade da alimentação, além de fatores associados ao desenvolvimento do excesso de peso, assim como a realização das refeições em frente a TV.

Para a avaliação do estado nutricional das crianças foram coletados dados de peso e estatura utilizando-se os índices Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I). Quanto às medidas antropométricas, o peso corporal foi obtido através de balança digital, modelo MEA-03200/Plenna com capacidade máxima de 150 kg e precisão de até 100 gramas (g). Para a aferição da estatura/comprimento foi utilizada a fita métrica de 200 cm e o estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda), ambos com precisão de 1 milímetro (mm) em toda a extensão.

Para a análise dos dados antropométricos foi utilizado o *software Anthro*, sendo as crianças classificadas pelos índices E/I e IMC/I, expressos em escore Z (WHO, 2007). O padrão de referência utilizado para a classificação das medidas do IMC e da estatura foi o da Organização Mundial de Saúde adotando-se os seguintes pontos de corte: < -3 escore-Z: muito baixo peso; \geq escore-Z -3 a < escore-Z -2: Baixo peso; \geq escore-Z -2 a \leq escore-Z +2: Peso adequado; > escore-Z +2: Peso elevado, se tratando do IMC e, 1 escore-Z a -1 escore-Z: altura adequada; < -1 escore-Z a -2 escore-Z: baixa estatura; < -2 escore-Z a -3 escore-Z: muito baixa estatura, em relação a estatura para idade. (WHO, 2007).

O processamento e análise dos dados foi realizada através do pacote estatístico SPSS versão 20.0. Para a apresentação do perfil do consumo alimentar dos três grupos estudados foram construídas tabelas descritivas de frequência simples.

Para a verificação da associação das práticas alimentares com as variáveis independentes estudadas, para crianças entre 2 e 7 anos, uma única variável foi criada, a variável consumo de ultraprocessados que inclui os seguintes itens (Embutidos, bebidas doces, salgados e guloseimas), e para fazer parte desta associação a criança deveria ter consumido no mínimo um alimento de cada subgrupo. A avaliação da associação entre essas variáveis foi feito através do teste do qui-quadrado com correção de Yates, considerando o nível de significância estatística de 5%.

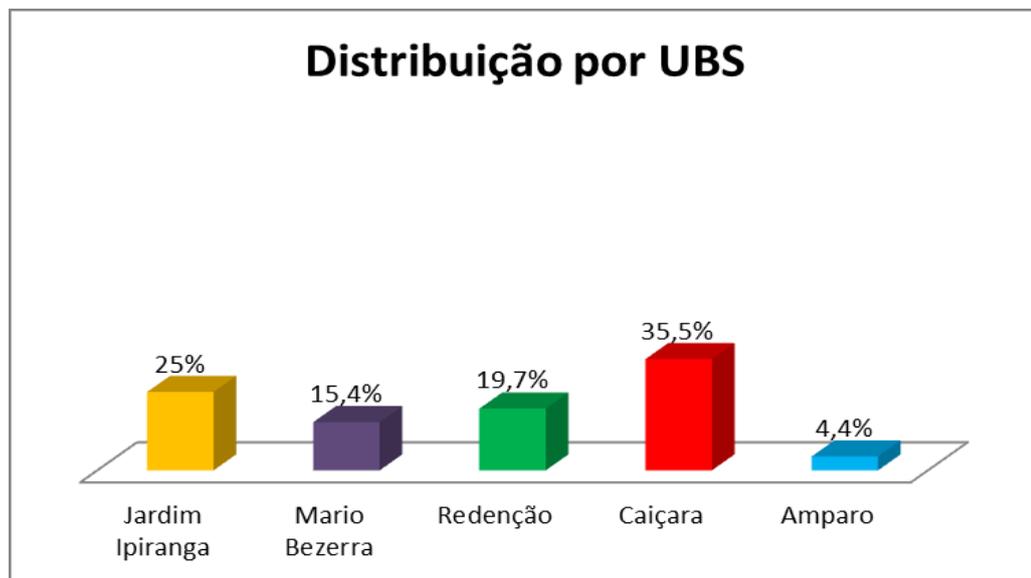
Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa e convidados à assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A), ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), em

caso de mães com menos de dezoito anos. Neste caso, os responsáveis pelas mães de crianças menores de 10 anos também autorizaram a participação através da assinatura do TCLE. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob o protocolo de número 34696114.1.0000.5208, seguindo todas as recomendações éticas da Resolução 466/2012.

6 RESULTADOS

A proporção de crianças estudadas em cada uma das cinco UBS avaliadas está descrita no gráfico 01. Destaca-se que das 228 crianças, a maioria pertence às localidades de Jardim Ipiranga e Caiçara (25,0% e 35,5% respectivamente). A escolha das UBS foi baseada na solicitação da Secretaria de Saúde do município, tendo em vista que tais unidades atendiam um maior percentual de público mais vulnerável.

Gráfico 1 – Distribuição das crianças participantes do estudo de acordo com a localização das Unidades Básicas de Saúde investigadas. Vitória de Santo Antão, PE. 2016.



Fonte: AGUIAR, A. T. L., 2018.

Se tratando da caracterização socioeconômica e demográfica do público estudado, observou-se que 52,2% das crianças eram do sexo feminino. Em relação ao número total de crianças, o grupo de menores de seis meses representou a menor amostra, contendo apenas nove indivíduos. A maioria das crianças estava na faixa etária entre 24 meses e sete anos de idade (85,1%), enquanto que as crianças de 0 a 23 meses somaram um percentual de apenas 14,9% (Tabela 1).

Em relação ao peso ao nascer, 124 crianças (96,8%) apresentavam o registro desse dado, das quais 24,2% nasceram com baixo peso e 75,8% com peso adequado. No que diz respeito à avaliação do estado nutricional ao tempo da coleta,

observou-se que 5,3% das crianças tinham baixa estatura para a idade e 21,5% apresentavam excesso de peso, sendo 12,7% com sobrepeso e 8,8% com obesidade (Tabela 1).

Quanto aos dados referentes às mães, 59,6% possuíam menos de trinta anos de idade, 39,0% eram solteiras ou separadas e a maioria se autodenominou “Do lar”, representando 72,8% do total. Se tratando da escolaridade, 49,1% das mães enquadravam-se no grupo que vai desde analfabeta (2,2%) ao primeiro grau completo (46,9%), e, 50,9% estavam no grupo das que cursaram ensino médio e superior completo ou incompleto (sendo 47,8% para segundo grau e 3,1% para ensino superior). Com relação à renda, a quase totalidade (97,4%) alegaram manter-se com no máximo 2 salários mínimos por mês (Dados não apresentados em tabela).

Tabela 1 - Variáveis socioeconômicas e nutricionais de crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

Variáveis	N (228)	%
Sexo		
Feminino	119	52,2
Masculino	109	47,8
Peso ao Nascer (n=124)		
Baixo Peso	30	24,2
Peso adequado	94	75,8
Idade em meses		
< 6 meses	09	3,9
6 a 23 meses	25	11,0
>= 24 meses	194	85,1
Estatura para idade		
Baixa estatura	12	5,3
Eutrófico	216	94,7
Peso para idade		
Eutrófico	179	78,5
Sobrepeso	29	12,7
Obesidade	20	8,8
Estado civil materno		
Solteiro /Separado	89	39,0

Continua.

Conclusão.

Variáveis	N (228)	%
Casado /Mora junto	139	61,0
Ocupação materna		
Desempregada	12	5,3
Do lar	166	72,8
Estudante	06	2,6
Produtora rural	15	6,6
Outros*	29	12,7
Escolaridade materna		
Analfabeto/1º grau completo e incompleto	112	49,1
2º grau e superior completos ou incompletos	116	50,9
Idade materna		
< 30 anos	133	59,6
>= 30 anos	90	40,4

Fonte: AGUIAR, A. T. L., 2018.

* Aposentado, assalariado, empregada domestica, autônomo, funcionário público, outros.

Quanto ao consumo alimentar, considerando o grupo de crianças menores de seis meses, 77,8% consumiu leite materno no dia anterior a pesquisa, e não consumiu mingau, água, chá, leite de vaca e sucos. Ainda neste grupo, 33,3% das crianças, incluindo algumas em aleitamento materno, ingeriu algum tipo de fórmula infantil, que não foi especificada, 88,9% não recebeu nenhum tipo de fruta e 100% da amostra não ingeriu comida salgada nem outros alimentos, diferentes dos já citados (Dados não apresentados em tabelas).

As tabelas 02 e 03 apresentam, respectivamente, os dados sobre o consumo alimentar de crianças de 06 a 23 meses, e, de 02 a 07 anos de idade no dia anterior a realização da pesquisa.

No grupo de crianças entre 6 e 23 meses (n=25), 18,2% não haviam consumido leite materno, em paralelo a 87,5% das crianças que receberam outro tipo de leite, e 84,0% que ingeriu mingau e/ou iogurte. Com relação às frutas 86,4% das crianças consumiram este alimento, sendo 40,9% com uma frequência de duas vezes ao dia. Quanto às preparações salgadas, 72,7% da amostra consumiu comida com sal, sendo a maior frequência (62,5%) de uma vez ao dia e distribuindo-se em fígado, carne, cereais/tubérculos, raízes, feijão, com os seguintes percentuais

56,0%, 60,0%, 80,0%, 84,0% e 87,5%, respectivamente. O consumo de legumes, vegetais e folhas teve percentuais bem representativos, sendo 76,0% para legumes, 72,0% para vegetais e 60,0% para folhas (Tabela 2).

Com relação ao consumo de industrializados por esse grupo observou-se os que os percentuais de ingestão desses alimentos foram bem significativos, onde no dia anterior, 32,0% ingeriram embutidos, 25,0% consumiram bebidas doces e 44,0% consumiram algum tipo de salgado e guloseimas (Tabela 2).

Tabela 2 - Consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

Variáveis	N (25)	%
Leite materno*		
Sim	18	81,8
Não	04	18,2
Fruta*		
Sim	19	86,4
Não	03	13,6
Frequência fruta		
1 vez	06	27,3
2 vezes	09	40,9
3 vezes ou mais	04	18,2
Comida de sal*		
Sim	16	72,7
Não	06	27,3
Frequência comida		
1 vez	10	62,5
2 vezes	04	25,0
3 vezes	02	12,5
Forma da comida		
Em pedaços	05	31,3
Amassada	11	68,8
Leite*		
Sim	21	87,5
Não	03	12,5
Mingau		
Sim	21	84,0
Não	04	16,0

Continua.

Conclusão.

Variáveis	N (25)	%
logurte		
Sim	21	84,0
Não	04	16,0
Legumes/verduras		
Sim	19	76,0
Não	06	24,0
Vegetais		
Sim	18	72,0
Não	07	28,0
Folhas		
Sim	15	60,0
Não	10	40,0
Carne		
Sim	15	60,0
Não	10	40,0
Fígado		
Sim	14	56,0
Não	11	44,0
Feijão*		
Sim	21	87,5
Não	03	12,5
Raízes		
Sim	21	84,0
Não	04	16,0
Cereais/Tubérculos		
Sim	20	80,0
Não	05	20,0
Embutidos		
Sim	08	32,0
Não	17	68,0
Bebidas doces*		
Sim	06	25,0
Não	18	75,0
Salgados		
Sim	11	44,0
Não	14	56,0
Guloseimas		
Sim	11	44,0
Não	14	56,0

Fonte: AGUIAR, A. T. L., 2018.

*Questionários com informações incompletas.

No tocante ao grupo de crianças com idade entre 2 e 7 anos, 60,2% tinham idade entre 2 e <5 anos e 39,8% entre 5 e 7 anos. Constatou-se que 69,1% realizavam as refeições em frente à televisão, e 14,4% não realizavam as seis refeições ao longo do dia, ou seja, deixava de realizar uma ou mais refeições (Tabela 3).

Em relação ao consumo alimentar propriamente dito, observou-se que 90,1% das crianças consumiram feijão, 85,6% frutas e 78,5% consumiu legumes e verduras. Em contrapartida os percentuais de consumo de alimentos industrializados, mostraram-se alarmantes, sendo eles 80,7%, 81,2%, 82,5%, 87,3%, para o consumo de embutidos, guloseimas, salgados e bebidas doces respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Consumo alimentar de crianças de 2 a 7 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

Variáveis	N (181)	%
Idade de 2 a < 5 anos	109	60,2
Idade de 5 a 7 anos	72	39,8
TV/ refeições		
Sim	125	69,1
Não	56	30,9
Nº de refeições		
>=6	166	85,6
<6	28	14,4
Feijão		
Sim	163	90,1
Não	16	8,8
Fruta		
Sim	155	85,6
Não	25	13,8
Legumes/verduras		
Sim	142	78,5
Não	39	21,5
Embutidos		
Sim	146	80,7
Não	35	19,3
Bebida doce		
Sim	158	87,3
Não	23	12,7

Continua.

Conclusão.

Variáveis	N (181)	%
Salgados		
Sim	160	82,5
Não	34	17,5
Guloseimas		
Sim	147	81,2
Não	34	18,8

Fonte: AGUIAR, A. T. L., 2018.

Em relação às variáveis associadas ao consumo de ultraprocessados por crianças de 02 a 07 anos, que representam o grupo com maior “n”, observou-se que o sexo, a idade materna e realizar refeições em frente à TV, apresentaram associação significativa. Sendo o sexo feminino ($p < 0,05$), a idade materna inferior a 30 anos ($p = 0,01$) e realizar refeições em frente à TV ($p < 0,01$), as categorias que apresentaram o maior consumo desses produtos.

Ainda, mesmo sem apresentar significância estatística, crianças que nasceram com baixo peso ao nascer, que apresentam baixa estatura e cujas mães eram solteiras/separadas, também foram o grupos dos que consumiam mais produtos ultraprocessados.

Tabela 4 - Variáveis associadas ao consumo de alimentos/produtos ultraprocessados (embutidos, bebidas doces, salgados e guloseimas) por crianças de 02 a 07 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

Variáveis	Consumo de Ultraprocessados		P
	N=119	%	
Sexo			0,04*
Feminino	67	72,8	
Masculino	52	58,4	
Peso ao nascer			0,24
Baixo Peso	19	73,1	
Peso Adequado	44	60,3	
Idade			0,82
2 a <5 anos	67	65,0	
5 a 7 anos	45	63,4	

Continua.

Conclusão.

Variáveis	Consumo de Ultraprocessados		P
	N=119	%	
Altura para idade			0,74
Baixa estatura	05	71,4	
Eutrófico	114	65,5	
Idade materna			0,01*
<30 anos	73	73,7	
>=30 anos	46	56,1	
Escolaridade materna			0,38
Analfabeto/1º grau completo e incompleto	60	69,0	
2º grau e superior completos ou incompletos	59	62,8	
Estado civil			0,13
Solteira /Separada	52	72,2	
Casada/Mora junto	67	61,5	
Ocupação materna			0,48
Desempregada	14	66,7	
Do lar	88	67,7	
Estudante	06	46,2	
Produtora rural	11	64,7	
Unidade de saúde			0,06
Jardim Ipiranga	25	54,3	
Mario Bezerra	18	56,2	
Redenção	22	66,7	
Caiçara	50	75,8	
Amparo	04	100,0	
Refeição/TV			0,01**
Sim	86	71,1	
Não	26	49,1	
Nº de refeições			0,85
>=6	101	66,0	
<6	18	64,3	

Fonte: AGUIAR, A. T. L., 2018.

* $p=0,01$

** $p<0,01$

7 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu avaliar o consumo alimentar de crianças de até 07 anos de idade, beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Vitória de Santo Antão. Do total de 228 crianças, 3,9% tinham menos de seis meses de idade, 11,0% pertenciam ao grupo de 6 a 23 meses e 85,1% possuíam idade entre 24 meses e 7 anos. Trata-se de um público homogêneo em relação à condição socioeconômica, uma vez que a totalidade dos participantes está incluída em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

No que tange ao consumo alimentar, o leite materno é o primeiro e mais importante alimento para o recém-nascido, devendo ser ofertado até os dois anos de vida. Porém ao longo do tempo essa realidade vem mudando, e a inserção de outros tipos de leite tem ocorrido mais precocemente. Em relação às crianças menores de 6 meses, 33,3% consumiram algum tipo de fórmula infantil no dia anterior a pesquisa, fato que também foi observado na pesquisa de Coelho *et al.* (2015), onde 49,7% das crianças consumiram esse tipo de alimento. A maioria das 25 crianças entre 6 e 23 meses consumiram outro leite que não o materno (87,5%) e mingau (84,0%). Esses dados corroboram com os estudos de Taglietti *et al.* (2014) e Coelho *et al.* (2015), realizado com crianças da mesma faixa etária, e onde também houve predomínio de consumo desses alimentos, sendo 89,5% para o consumo de leite de vaca e 56,9% para o consumo de mingau, o que revela um importante alerta uma vez deve-se considerar a forma de preparo desses alimentos, tanto o leite no que diz respeito a diluição correta, quanto o mingau, levando-se em consideração a sua base, e o que o uso em excesso desses alimentos pode repercutir no estado nutricional das crianças.

Ainda em relação a esse grupo, o consumo de frutas, legumes/vegetais, carne e feijão, foram tão satisfatórios quando nos dados encontrados por Taglietti *et al.* (2014), que apresentou os seguintes percentuais de consumo, 91,8% para frutas, 82,5% para legumes/vegetais, 84,8% carne e 94,1% para feijão, e por Coelho *et al.* (2015) com 82,1%, 74,1%, 78,5% e 76,1% respectivamente para os alimentos acima citados.

Um dos fatores estudados e que tem total relação com a qualidade da alimentação da criança, foi à realização das refeições em frente à televisão. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o tempo de exposição à televisão,

deve ser de uma hora no máximo para crianças de até cinco anos de idade. (BRASIL 2016). Apesar de não apresentar o tempo de tela, o presente estudo demonstrou que a maioria das crianças (69,1%) possuíam o hábito de assistir televisão durante as refeições, convergindo com os dados encontrados por Garcia *et al.* (2014), onde 80% das crianças estudadas apresentavam essa mesma característica.

Levando em consideração que a mídia é uma das maiores influenciadoras, esses dados tornam-se de fato alarmantes, pois podem fazer com que as crianças adotem hábitos não saudáveis de alimentação, uma vez que são expostas a diversos anúncios que poderão influenciar as preferências alimentares, passando a consumir alimentos com alto teor de sódio, açúcares e gorduras. Pesquisas apontam que no Brasil 44% das propagandas de alimentos destinados ao público infantil, eram de alimentos ricos em sódio, açúcar e gordura. A publicidade é uma estratégia utilizada para fazer com que o público mais vulnerável como as crianças, passem a consumir mais esses produtos nutricionalmente pobres, mesmo sabendo que isso pode resultar no desenvolvimento da obesidade infantil ainda mais facilmente. Especialistas sugerem que a publicidade em torno desses alimentos seja menos atrativas, o que facilitaria a escolha de alimentos saudáveis. Ressaltando que são necessárias de uma a duas propagandas apenas, com tempo de 30 segundos, para influenciar na escolha dos alimentos, (PRODANOV; CIMADON, 2016).

No que diz respeito ao consumo dos alimentos saudáveis (feijão, e de frutas, legumes e verduras) por crianças de 2 a 7 anos de idade, os percentuais tiveram uma variação entre 78,5% e 90,1%, confirmando o estudo de Alves, Muniz e Vieira (2013), no qual o percentual de consumo deste mesmo grupo atingiu 76%, e o estudo de Garcia *et al.* (2014) que obteve 100% para o consumo de frutas, o que nos leva a reflexão de que por ser um grupo de alimentos bastante variados e com sabores agradáveis ao paladar infantil, seria bem aceito e desta forma apresenta altos percentuais de consumo.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, os alimentos ultraprocessados incluindo biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo, são desbalanceados nutricionalmente e seu consumo deve ser desaconselhado (BRASIL, 2014). Observa-se atualmente uma rápida e progressiva substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados, por ultraprocessados. Estatísticas de venda mostram que desde a década de 90, a

venda de produtos ultraprocessados vem se expandindo intensamente no Brasil, Louzada (2015). Tomando isso como base constatou-se que o consumo desses produtos pelas crianças desse estudo, está em total desacordo com o que é preconizado pelo Guia alimentar, uma vez que os percentuais de consumo dos mesmos atingiram 87,3%. Este fato pode ser confirmado pelos dados de Coleone (2017), no qual as crianças estudadas consumiram pelo menos uma vez na semana, embutidos (46%), doces (40,7%) e refrigerantes (66,4%).

Outra característica importante que não pode ser esquecida acerca dos ultraprocessados e que está diretamente ligado ao aumento da obesidade é o tamanho das porções consumidas, uma vez que esse produtos são ricos em sódio, gordura e carboidratos simples. Nas ultimas décadas o tamanho das porções desses produtos aumentou consideravelmente, sendo associado à elevação do ganho de peso pelos consumidores frequentes. Ressaltando que o conjunto de características desfavoráveis dos ultraprocessados é amplificado por um marketing muitas vezes “violento” e sofisticado, que na maioria das vezes atingem o publico mais vulnerável como as crianças (LOUZADA, 2015).

Quando comparados os grupos com diferentes faixas etárias, observa-se o aumento significativo do consumo de ultraprocessados. As crianças com idade entre 6 e 23 meses consumiram cerca da metade desses produtos que foram consumidos pelas crianças entre 2 e 7 anos. Com isso, constata-se que conforme a idade da criança aumentou o cuidado com a alimentação saudável diminuiu e a oferta de produtos nutricionalmente pobres aumentou, além do fato de que quanto maior a idade, mais autonomia a criança tem em relação as preferencias alimentares.

Um grande problema do aumento do consumo de ultraprocessados por crianças é a presença de quantidades elevadas de aditivos nesses produtos e os impactos que podem causar ao público infantil, uma vez que são mais susceptíveis ao desenvolvimento de reações adversas causadas por aditivos alimentares. Os corantes alimentares presentes em grande parte dos ultraprocessados, podem causar asma, náuseas, anafilaxia, bronquite, etc. Entre os conservantes o nitrito e o nitrato são os mais conhecidos, com alto poder cancerígeno. Lactantes podem até chegar a óbito decorrente da ingestão desse tipo de aditivo (FERREIRA, 2015)

Os antioxidantes sintéticos são amplamente encontrados em alimentos ricos em gordura como biscoitos e salgadinhos de pacote. Essa classe de aditivo, assim como os aromatizantes, pode causar retardo de crescimento infantil e alguns tipos

específicos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de déficit de atenção e hiperatividade infantil. Em crianças os realçadores de sabor se ingeridos em jejum podem causar cefaleia, calafrios e delírios. Diante disso observa-se o quão alarmante é o aumento da oferta de ultraprocessados às crianças e a dimensão dos malefícios que podem ser gerados por esses produtos tanto a curto quanto em longo prazo, (FERREIRA, 2015).

Entre as variáveis associadas ao consumo alimentar, constatou-se que as crianças de mães com idade inferior a 30 anos consumiram mais produtos ultraprocessados (73,7%), o que corrobora com o estudo de Alves, Muniz e Vieira, (2013), que em seus achados observaram que quanto menor a idade da mãe, menor era a qualidade da alimentação oferecida às crianças. Este acontecimento pode estar ligado ao fato de que as mães com mais idade possam ter maior capacidade de discernimento do que é ou não saudável.

Ainda se falando das variáveis associadas ao consumo de ultraprocessados, observou-se que as crianças do sexo feminino apresentaram maior percentual de consumo (72,8%), este acontecimento pode estar relacionado ao fato de que a maioria do público estudado era de meninas, ou a outro fator determinante, porém são escassos os estudos acerca da associação do sexo com o consumo de ultraprocessados. Já em relação a variável que relaciona a realização de refeições em frente à TV com consumo de ultraprocessados, o percentual de consumo para crianças que apresentaram esse hábito foi de 71,1%. Esse dado reflete os fatos anteriormente citados, que dizem respeito a influencia que a mídia exerce sobre a escolha alimentar.

É de extrema importância ressaltar que os alimentos ultraprocessados são importante fator de risco à saúde e favorecem o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer. Lembrando ainda que essa categoria de alimentos eleva o risco de carências nutricionais por serem ricos em gorduras, açúcares e sódio, com baixas quantidades de vitaminas, minerais e fibras. Além disso, após a ingestão desse tipo de produto a sinalização de saciedade ocorre tardiamente ou não ocorre, favorecendo que ainda mais seja consumido, aumentando o excesso de calorias que por sua vez serão estocadas em forma de gordura pelo organismo, resultando em elevação dos níveis de obesidade (BRASIL, 2014).

A elaboração do presente estudo teve como base dados obtidos através do questionário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN, um instrumento validado e utilizado pelo Ministério da Saúde, porém que apresenta limitações para obtenção de dados de consumo, uma vez que as perguntas contidas no mesmo referem-se apenas ao consumo alimentar do dia anterior à pesquisa. Além disso, restringe a investigação a alimentos ou grupos de alimentos específicos, não permitindo a inclusão de outros ou exclusão de algum alimento contido nos grupos.

Por se tratar de um instrumento de SAN, os questionários deveriam ser preenchidos por profissionais Nutricionistas ou por outros membros da equipe de Saúde devidamente habilitados, como por exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, como o processo de formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde ainda é realizado de maneira incipiente, isso faz com que o preenchimento desses questionários e atualização desses dados no SISVAN WEB não seja efetiva, o que se torna outra limitação para realização de estudos sobre consumo alimentar infantil, que tenha esse instrumento como base.

8 CONCLUSÃO

O consumo alimentar das crianças deste estudo retrata um importante alerta para os agravos à saúde dos mesmos, caso esses hábitos alimentares se mantenham. Isso porque, apesar dos alimentos saudáveis como frutas, legumes, feijão, carne, entre outros, estarem presentes na alimentação das crianças, o consumo de ultraprocessados expressou valores alarmantes para a faixa etária estudada, salientando que são crianças pertencentes a famílias que vivem no limite da linha da pobreza, que por ser um público mais vulnerável, está mais susceptível ao desenvolvimento de agravos nutricionais pontuais ou que permaneçam ao longo da vida.

Neste sentido, se faz necessário avaliar os impactos associados aos programas de transferência de renda, uma vez que o aumento do poder aquisitivo das famílias beneficiadas pode favorecer o crescimento do consumo de produtos ultraprocessados. Ressaltando também a necessidade do desenvolvimento de estratégias de monitoramento do consumo dessas crianças, além das atividades de educação alimentar e nutricional, de forma a melhorar as escolhas alimentares, favorecendo a qualidade de vida e prevenindo os agravos nutricionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. N.; MUNIZ, L. C.; VIEIRA, M. F. A. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, Pelotas, v.18, n. 11, p. 3369-3377, 2013.

ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p.1000-1007, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SINDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade**. São Paulo: ABESO, 2018. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em 30 maio 2018.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.181-191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretária de Políticas de. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE; Fiocruz, 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Manual de Gestão do Programa Bolsa Família**. Brasília: MDS; Senarc, 2015. Disponível em: <<http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/754>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BURITY, V. *et al.* **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204 p.

CABRAL, Marcela Jardim; VIEIRA, Karlla Almeida. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos Avançados**, Maceio, p.71-87, 17 jun. 2013.

CARVALHO, Alice Teles de; ALMEIDA, Erika Rodrigues de; JAIME, Patrícia Constante. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1370-1382, 2014.

COELHO, L. C. *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 727- 738, 2015.

COLEONE, J. D. *et al.* Perfil nutricional e alimentar de escolares matriculados em uma escola municipal. **Ciência e Saúde**, Passo Fundo, v. 10, n.1, p. 34-38, jan./mar. 2017.

COSTA, Suellen de Araújo. Gestão do CadÚnico e do Programa Bolsa Família: desafios para a universalização do acesso e cobertura do benefício em Barueri, SP. **Revista Nau Social**, Salvador, v. 7, n. 13, p.21-42, 2017.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev. Panam Salud Publica**, Viçosa, v. 33, n.1, p.54-60, 2013.

DAMASCENO, Simone Soares; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p.2961-2973, 2016.

DUTRA, G. F. *et al.* Sedentary lifestyle and poor eating habits in childhood: a cohort study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1051-1059, 2016.

FERREIRA, F. S. Aditivos alimentares e suas reações adversas no consumo infantil. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 397-407, 2015

GARCIA, C. *et al.* Consumo alimentar: um estudo sobre crianças com sobrepeso e obesidade do Espaço Mamãe Criança de Vera Cruz/RS. **Revista CINERGIS**, Santa Cruz do Sul, v. 15, p. 195-200, out./dez. 2014.

INOUE, D. Y. *et al.* Consumo alimentar de crianças de 12 a 30 meses que frequentam Centros Municipais de Educação Infantil no município de Colombo, Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 5, p. 523-532, set./out., 2015.

LOUZADA, M. L. C. **Nutrição e saúde: o papel do ultraprocessoamento de alimentos**. 2015. 179 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MENEZES, R. C. *et al.* Prevalência e determinantes de excesso de peso em pré-escolares. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 231-237, 2011.

PEREIRA, D. S.; ABDALLA, D. F.; FREIRE, P. C. M. Uso de ferramentas de entretenimento por estudantes do ensino médio e a sua influência no comportamento alimentar deste grupo. **Revista Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 10, n. 18, p. 3644-3658, abr./maio. 2014.

PRODANOV, S. S.; CIMADON, H. M. S. A influência da publicidade nos hábitos alimentares de crianças em idade escolar. **Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v.8, p. 3-12, 2016.

SANTOS, D. R. L.; LIRA, P. I. C.; SILVA, G. A. P. Excesso de peso em pré-escolares: o papel do consumo alimentar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 45-56, jan./fev. 2017.

SANTOS, M. C. M.; GOUVEIA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, P. R. M. A. Voz do beneficiário: uma análise da eficácia do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p.1381-1405, 2014.

SCHINCAGLIA, R. M. *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.465-474, jul./set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação**: Departamento de Adolescência: Saúde de crianças e adolescentes na era digital. Rio de Janeiro: SBP, 2016. Disponível em:

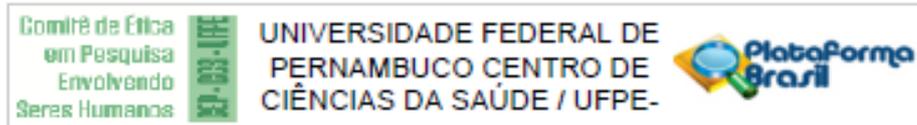
<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018.

SOUZA, C. S. M. *et al.* Consumo alimentar de crianças do ensino fundamental em uma instituição pública. Artigo original. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 31, n. 2, p.1-10, 2017.

SPERANDIO, N. *et al.* Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1771-1780, 2017.

TAGLIETTI, R. L. *et al.* Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. Artigo original. **Scientia Medica**, Chapecó, v. 24, n.1, p. 39-45, 2014.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILANTES DO FUTURO - Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores

Pesquisador: NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34696114.1.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 790.202

Data da Relatoria: 15/09/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria Inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria Inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria Inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria Inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria Inicial.

Recomendações:

Recomendação:

O orçamento indicado no projeto WORD (completo) não está idêntico ao indicado na Informações Básicas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado com recomendação

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepcca@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

Continuação do Parecer: 790.202

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 12 de Setembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8568	E-mail: cepcca@ufpe.br

ANEXO B – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*/*/ Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:*	
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem você consumiu:
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o(a) seu filho(a) para participar como voluntário (a), da pesquisa **ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE**, que faz parte do projeto de pesquisa-ação intitulado “INTERSETORIALIDADE COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA VIGILÂNCIA DO ESTADO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”. A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Sá Leal, telefone para contato: (81)995574773, inclusive para ligações a cobrar e e-mail: vanessasaleal@yahoo.com.br. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento. Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

1-avaliar o estado nutricional de crianças menores de sete anos segundo os índices Altura para Idade e Índice de Massa Corporal para Idade;

2-Verificar o preenchimento do calendário vacinal e de informações sobre o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos;

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo de participação do voluntário(a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas através de questionário), ficarão armazenados em (computador pessoal), sob a responsabilidade do (pesquisador), pelo período mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B – CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A
PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DEVITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE** como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

LOCAL: _____
_____/_____/_____.

Data:

Assinatura do (da) Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – QUESTIONARIO APLICADO AS MÃES



ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE

QUESTIONÁRIO

NOME DA CRIANÇA:

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

IDADE _____ **ANOS**

SEXO DA CRIANÇA: 1. () MASCULINO 2. () FEMININO

1-DATA DO NASCIMENTO DA CRIANÇA: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ (PRIORIZE
CARTÃO DA CRIANÇA)

2- A CRIANÇA POSSUI CERTIDÃO DE NASCIMENTO? 1- () SIM 2 - () NÃO

3- A CRIANÇA POSSUI CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA/CARTÃO DA
CRIANÇA?

1- () SIM (EM MÃOS) 2- () SIM (MAS NÃO ESTA EM MÃOS) 3- ()
NÃO

4- A MÃE DA CRIANÇA FEZ O PRÉ-NATAL DURANTE A GESTAÇÃO? 1-() SIM
2- () NÃO

5-ESCOLARIDADE:

1-() ANALFABETO	5-() SEGUNDO GRAU COMPLETO
2-() PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO	6-() SUPERIOR INCOMPLETO
3-() PRIMEIRO GRAU COMPLETO	7-() SUPERIOR (UNIVERSITÁRIO) COMPLETO
4-() SEGUNDO GRAU INCOMPLETO	8-() ALFABETIZADO SEM TER FREQUENTADO A ESCOLA

6- Quantos anos de estudo? _____

7-ESTADO CIVIL:

- 1-() SOLTEIRO (A) 2-() CASADO(A) 3-() MORA COM
COMPANHEIRO(A)
- 4-() SEPARADO(A) 5-() VIÚVO(A) 6-() OUTROS

8-OCUPAÇÃO:

- 1-() DESEMPREGADO 2-() DO LAR 3-() ESTUDANTE 4-()
APOSENTADA (O)

- 5-() TRABALHADOR ASSALARIADO

EMPREGO:

- 6-() EMPREGADA DOMÉSTICA

- 7-() PRODUTOR RURAL

- 8-() PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO

- 9-() EMPRESÁRIO

- 10-() FUNCIONÁRIO PÚBLICO OUTROS: _____

9-A FAMÍLIA É BENEFICIÁRIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

- 1-() SIM 2-() NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS :

10-PESO DA CRIANÇA AO NASCER (G) (DADO COLETADO DO CARTÃO DA CRIANÇA): _____

11- TEM PESO REGISTRADO PELO MENOS DUAS VEZES NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- 1-() SIM 2-() NÃO

12-COMPIMENTO AO NASCER (CM)? _____

13-PESO ATUAL DA CRIANÇA (KG)? _____

14-ALTURA ATUAL DA CRIANÇA (CM)? _____

15-ÍNDICE DE MASSA CORPORAL? _____