



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

**MARIA CLARA SOUZA ARAGÃO**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM  
CONTEXTO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ZONA RURAL DE VITÓRIA  
DE SANTO ANTÃO/PE**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2024**

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

**MARIA CLARA SOUZA ARAGÃO**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM  
CONTEXTO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ZONA RURAL DE VITÓRIA  
DE SANTO ANTÃO/PE**

TCC apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

**Orientador(a):** Profa. Juliana Souza Oliveira.

**Coorientador(a):** Msc. Maria Suzane da Silva Barbosa.

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2024**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Aragão, Maria Clara Souza .

Saúde mental materna e estado nutricional de crianças em contexto de insegurança alimentar na Zona Rural de Vitória de Santo Antão/PE / Maria Clara Souza Aragão. - Vitória de Santo Antão, 2024.

57 p., tab.

Orientador(a): Juliana Souza Oliveira

Coorientador(a): Maria Suzane da Silva Barbosa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Estado Nutricional. 2. Insegurança Alimentar. 3. Saúde Materno Infantil.  
4. Saúde Mental. 5. Zona Rural. I. Oliveira, Juliana Souza. (Orientação). II.  
Barbosa, Maria Suzane da Silva. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARIA CLARA SOUZA ARAGÃO

**SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS EM  
CONTEXTO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ZONA RURAL DE VITÓRIA  
DE SANTO ANTÃO/PE**

TCC apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 20/08/2024.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Souza Oliveira (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória

---

Dr.<sup>a</sup> Nathália Barbosa de Aquino (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós-Graduação em Nutrição

---

Nutricionista Veronyky Gomes da Silva (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós-Graduação em Nutrição

## **AGRADECIMENTOS**

“Entregue o seu caminho ao Senhor; confie nele, e ele agirá.” (Salmo 37:5). Inicialmente gostaria de agradecer a Deus por ter vivenciado todas as oportunidades que me foram concedidas durante esse processo, acredito com fé e confiança que sem a sua poderosa mão, eu não teria alcançado tudo isto até o presente momento.

Agradeço também com muito amor e carinho ao meu esposo, José Thassio Gomes, que em todos os momentos, tenham sido eles bons ou ruins, esteve ao meu lado sendo meu forte apoio e porto seguro, nunca me deixando desanimar ou desacreditar de mim mesma, e em todos os momentos me lembrando de que Deus tem um propósito comigo.

Gratidão também à minha mãe, Edileuza Maria de S., que apesar dos pesares e dificuldades me criou sozinha com muita luta e sempre me incentivou a me dedicar e estudar para conquistar a minha independência e a minha paz, além de me lembrar de que existe um Deus no céu que me guarda e zela por mim.

Em especial, agradeço à minha orientadora, Juliana S. Oliveira, que desde o primeiro contato foi a minha maior inspiração na Universidade e que sempre me incentivou a acreditar que a educação poderia mudar a minha vida para melhor, além de me conceder oportunidades acadêmicas que ajudaram a me tornar quem sou hoje.

Agradeço também a todos os meus professores, orientadores e coorientadores (especialmente Maria Suzane Barbosa) por todos os ensinamentos passados e por nunca desacreditarem do poder da educação, já que por meio do trabalho dos mesmos eu pude ter uma vida melhor e conquistar meu conhecimento, algo que ninguém nunca poderá me tirar, e por isso é tão valioso.

Por fim, não menos especial, agradeço a mim mesma, pela dedicação, persistência e por não ter desistido de mim nos momentos de adversidade. Só Deus e eu sabemos tudo que foi necessário ser vivido para chegar até esse momento tão marcante, por isso me sinto em paz, orgulhosa e com o coração repleto de gratidão, pois mesmo não sabendo que caminho seguirei, sei que Deus estará ao meu lado.

## RESUMO

As problemáticas relacionadas à insegurança alimentar (IA) transpassam as questões relacionadas à saúde física dos indivíduos, já que não ter acesso a alimentos necessários para o sustento da família, se relaciona com o surgimento de um sofrimento emocional. Ademais, o estado de saúde mental dos pais pode interferir na criação e no desenvolvimento infantil, o qual é influenciado não só por fatores biológicos, mas pelo contexto socioeconômico e ambiental onde a criança está inserida. O presente estudo objetivou investigar a relação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de crianças em contexto de IA. Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, analítico de abordagem quantitativa, realizado com famílias atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na zona rural do município de Vitória de Santo Antão/PE. A população estudada foi composta por 77 crianças (0 a 9 anos) que realizaram acompanhamento nas UBS e suas mães. Os resultados demonstraram que 79,2% das famílias estavam em IA e 64,9% das mães apresentaram algum nível de disfunção cognitiva. Com relação ao estado nutricional das crianças, verificou-se que 13% apresentavam baixa estatura para a idade e 32,5% apresentavam excesso de peso, de acordo com o IMC/ idade. A função cognitiva materna e o estado nutricional infantil não se associaram significativamente. A elevada ocorrência de disfunção cognitiva materna em contexto de IA, não teve contraste suficiente para demonstrar diferenças nos desvios nutricionais nas crianças, como também a pequena amostra do presente trabalho. Sendo assim necessário o desenvolvimento de mais estudos nessa perspectiva. Conclui-se que existe uma alta frequência de IA nas famílias e disfunção cognitiva entre as mães, o que demonstra a necessidade de fomentar políticas públicas que possam estar voltadas à promoção de melhores condições de vida às crianças e famílias da região.

**Palavras-chave:** estado nutricional; insegurança alimentar; saúde materno infantil; saúde mental; zona rural.

## ABSTRACT

The problems related to food insecurity (FI) go beyond issues related to the physical health of individuals, since not having access to the food needed to support the family is related to the emergence of emotional suffering. In addition, the state of parental mental health can interfere with child rearing and development, which is influenced not only by biological factors, but also by socio-economic conditions and the environment in which the child lives. This study aimed to investigate the relationship between maternal mental health and the nutritional status of children in the context of FI. This is an observational, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, carried out with families attending Basic Health Units (UBS) in the rural area of the municipality of Vitória de Santo Antão/PE. The study population consisted of 77 children (0 to 9 years old) who were followed up at the UBS and their mothers. The results showed that 79.2% of the families were in AI and 64.9% of the mothers had some level of cognitive dysfunction. Regarding the children's nutritional status, it was found that 13% were short for their age and 32.5% were overweight, according to the BMI/age. Maternal cognitive function and child nutritional status were not significantly associated. The high occurrence of maternal cognitive dysfunction in the context of AI did not have sufficient contrast to demonstrate differences in nutritional deviations in children, nor did the small sample of this study. It is therefore necessary to develop further studies from this perspective. It can be concluded that there is a high frequency of FI in families and cognitive dysfunction among mothers, which demonstrates the need to promote public policies aimed at promoting better living conditions for children and families in the region.

**Keywords:** nutritional status; food insecurity; maternal and child health; mental health; rural areas.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Caracterização das crianças de 0 a 9 anos assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022.....23
- Tabela 2 - Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico das mães das crianças de 0 a 9 anos assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022.....24
- Tabela 3 - Estado nutricional das crianças de 0 a 9 anos assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022.....25
- Tabela 4 - Disfunção cognitiva materna e insegurança alimentar nas famílias das crianças de 0 a 9 anos assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde da zona rural de Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022.....26
- Tabela 5 - Associação da função cognitiva materna e o estado nutricional de crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022.....27

## LISTA DE ABREVIACÕES

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AB	Atenção Básica
DHAA	Direito Humano à Alimentação Saudável e Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Segurança Alimentar
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Insegurança Alimentar no Brasil: uma realidade indigesta .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Saúde Mental Materna: papel no desenvolvimento infantil.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Cenários do Estado Nutricional Infantil no Brasil.....</b>	<b>17</b>
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Desenho, Local e População do Estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Critérios de Elegibilidade.....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 Plano Amostral.....</b>	<b>19</b>
<b>5.4 Coleta de Dados.....</b>	<b>20</b>
<b>5.5 Variáveis Estudadas.....</b>	<b>20</b>
<b>5.6 Processamento e Análise dos Dados .....</b>	<b>21</b>
<b>5.7 Aspectos Éticos.....</b>	<b>21</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar e nutricional (InSan) é uma realidade presente em inúmeros domicílios brasileiros, sendo caracterizada por privações e instabilidade de acesso aos alimentos, tanto do ponto de vista qualitativo, como do quantitativo. Podendo ser decorrente da exclusão social e vulnerabilidade econômica, ocasionando graves consequências ao bem-estar e à saúde dos indivíduos (Bezerra *et al.*, 2020).

As problemáticas relacionadas à insegurança alimentar (IA) transpassam as questões relacionadas à saúde física e nutricional dos indivíduos. Podem também estar diretamente ligadas com o desenvolvimento de danos à saúde mental de pessoas que vivem neste contexto. O fato de não ter acesso a alimentos de qualidade e necessários para o sustento da família, se relacionam com o surgimento de um sofrimento emocional (Barbosa, 2017).

Neste sentido, a saúde mental (SM), termo empregado para referir o nível de qualidade cognitiva e/ou emocional de um determinado indivíduo, além de compreender à capacidade do mesmo de desfrutar da vida e almejar um equilíbrio para atingir a resiliência psicológica, caracteriza-se essencial, tão quanto a saúde física para o bem-estar de alguém (Brasil, 2013).

Além disso, quando a SM de uma pessoa é afetada por qualquer motivo, é perceptível a ocorrência de uma mudança negativa e significativa no comportamento e no funcionamento fisiológico do indivíduo. Caso os fatores relacionados a essa condição sejam ignorados ou descuidados, as repercussões podem causar prejuízos não apenas à saúde física, mas também ao contexto social do indivíduo (Visintin *et al.*, 2015). E em contexto de IA grave, há uma maior probabilidade de as mães com baixos rendimentos sofrerem de depressão (Liebe *et al.*, 2022).

O estresse parental e o estado de saúde mental dos pais podem interferir na criação e na relação entre a mãe e a criança e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil. Uma vez que, o desenvolvimento e o crescimento da criança são influenciados não só por fatores biológicos, mas pelas condições socioeconômicas e pelo ambiente familiar em que a criança está inserida (Gallahue; Ozmun, 2005). Os sentimentos de privação, ansiedade e outros problemas de saúde mental podem surgir devido à dificuldade para fornecer alimentos regularmente em contexto de pobreza.

Assim, a má saúde mental materna pode ter um efeito negativo na prestação de cuidados e no desenvolvimento da criança, especialmente em contextos socioeconômicos desfavorecidos (Abou-Rizk *et al.*, 2022). Além das barreiras financeiras, as mulheres com IA podem também ser mais sensíveis a sentimentos de vergonha ou a serem julgadas, o que pode levar ao estigma e à redução da vontade de procurar serviços de SM (Herman *et al.*, 2024).

O Ministério da Saúde propõe que a avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes são essenciais para a atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a SM dos pais pode ser caracterizada como um determinante para prejuízos ao estado nutricional das crianças, torna-se essencial que as estratégias de atenção nutricional também estejam articuladas com as de atenção à SM uma maior eficácia dos processos de intervenção aos agravos relacionados a má nutrição (Brasil, 2015).

Sendo assim, devido a escassez de estudos relacionando a SM e IA no Nordeste do Brasil, o presente estudo busca investigar a relação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de crianças entre 0 e 9 anos em situação de insegurança alimentar assistidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural do município de Vitória de Santo Antão/PE.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar a relação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de crianças entre 0 e 9 anos em situação de insegurança alimentar assistidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural do município de Vitória de Santo Antão/PE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a amostra das crianças entre 0 e 9 anos e de suas mães quanto ao perfil socioeconômica e demográfico;
- Classificar o estado nutricional de crianças entre 0 e 9, segundo a estatura/idade e IMC/idade;
- Avaliar a função cognitiva das mães por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental;
- Analisar a relação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de crianças entre 0 e 9 anos.

### 3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho surge no âmbito das discussões sobre a influência da saúde mental materna no estado nutricional de crianças, assistidas pela ESF e vivendo em situação de IA, em um município da Zona da Mata do estado de Pernambuco. Verifica-se que a IA além de estar diretamente relacionada com prejuízos ao estado nutricional de inúmeras famílias, nos países de baixa e média renda, também pode estar interligada ao desenvolvimento de complicações não nutricionais, causando distúrbios cognitivos e agravos como depressão e ansiedade, que poderão interferir de modo direto na criação e nos cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento saudável durante a infância (Bezerra et al., 2020; Abou-Rizk et al., 2022).

Sendo assim, a identificação da situação de saúde mental materna, bem como a do estado nutricional das crianças em questão, mostra-se um tema que deve ser aprofundado e estudado no Brasil e, principalmente, no Nordeste, região com ocorrência de IA elevada, para que seja possível o desenvolvimento de estudos representativos que possam justificar possíveis intervenções e contribuir com o gerenciamento de políticas públicas que venham beneficiar mães e crianças residentes da zona rural do município de Vitória de Santo Antão em Pernambuco, visando assim, a melhoria da qualidade de vida não só das famílias participantes, mas também da população em geral.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Insegurança Alimentar no Brasil: uma realidade indigesta

Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani, 2019), 47,1% das famílias brasileiras com menores de 5 anos de idade vivem com algum grau de IA. Por grandes regiões, as maiores prevalências de IA foram encontradas nas regiões Norte (61,4%) e Nordeste (59,7%), enquanto 36,8% das famílias na Região Sul estão nesta situação, 38,9% no Centro-Oeste e 39,3% no Sudeste (UFRJ, 2020).

Além disso, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), mostrou que, no ano de 2021, no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, cerca de 55,2% da população brasileira estava em InSAN. Já na segunda edição do, realizado em 2022, a situação foi agravada, onde aproximadamente 59% da população encontrava-se em situação de IA no Brasil (Rede PENSSAN, 2021, 2022). É importante salientar que este é o pior índice de IA encontrado no Brasil, desde os dados encontrados na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004 (IBGE, 2004). Esses estudos utilizaram a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) para avaliação dos níveis de IA.

Nesta mesma perspectiva, a PNAD contínua realizada no ano de 2023, diante de um cenário de mudanças no contexto político e econômico no Brasil, demonstrou que dos 78,3 milhões de domicílios particulares permanentes, 72,4% estavam em situação de segurança alimentar (SA) enquanto 27,6% dos domicílios particulares restantes estavam com algum grau de IA. Neste período, a proporção de domicílios em IA leve foi de 18,2%, já 5,3% dos domicílios particulares estavam em IA moderada e 4,1% em IA grave. Ademais, esse cenário foi ainda mais expressivo entre domicílios particulares localizados na área rural, uma vez que a proporção de IA grave foi de 5,5% (IBGE, 2023).

A InSan está associada não só a danos à saúde física, como a desnutrição, o sobrepeso e obesidade, nas diferentes faixas etárias, mas também ao comprometimento do bem-estar do indivíduo já que se configura como uma situação de sofrimento emocional. As carências nutricionais durante o período da infância e adolescência são problemas que requerem atenção, devido à repercussão que causam à saúde (Santos *et al.*, 2018).

Durante a infância existe uma maior demanda no aporte energético e de micronutrientes em função das alterações fisiológicas ocorridas e, por isso, uma alimentação desequilibrada e prejuízos no processo do cuidado podem ocasionar atraso no crescimento e desenvolvimento (Moreira *et al.*, 2015).

Desta forma, além de violar os Direitos Humanos, a InSan representa um importante problema social não só no Brasil, mas em todo o mundo, necessitando ser constantemente monitorada no que se refere aos determinantes de sua ocorrência para que medidas de enfrentamento sejam tomadas (Santos *et al.*, 2018).

#### **4.2 Saúde Mental Materna: papel no desenvolvimento infantil**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a SM como um estado de bem-estar, em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, e pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade (WHO, 2016).

Dessa forma, a SM materna tem sido uma temática muito relevante e discutida em pesquisas nos últimos anos, devido à elevada prevalência de depressão, ansiedade e outros transtornos em mulheres em idade fértil, e suas consequências prejudiciais na relação mãe e filho (Chen *et al.*, 2024; Kim *et al.*, 2023; Stein *et al.*, 2010).

O adoecimento mental materno é uma questão de saúde pública que não é recente no cenário histórico-social brasileiro, causado por fatores genéticos e socioambientais, que evidentemente podem predispor as mulheres aos sofrimentos psíquicos, ademais, está diretamente relacionado ao estado emocional, psicológico e ao bem-estar, que podem influenciar sentimentos e o estado de saúde das mães (Matijasevich *et al.*, 2024; Steen *et al.*, 2019).

Agravos relacionados à SM materna ocorrem frequentemente em um contexto de problemas socioeconômicos, eventos estressantes, dificuldades conjugais, pouco suporte social e de mulheres sem companheiros. Entre as mulheres em situações de vulnerabilização, complicações durante a gravidez e o parto e problemas de saúde infantil podem desencadear sintomas depressivos (Matijasevich *et al.*, 2024).

Segundo Lima (2022) a IA pode levar a ocorrência de transtornos e declínios na saúde mental das pessoas, e quando associada ao binômio mãe-filho, existe uma grande possibilidade da diminuição do cuidado materno, prejudicando assim o

desenvolvimento da criança. E, ainda, Steen et al., (2013) demonstram que o estado de saúde mental de uma mãe afeta o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e deve ser considerado durante a assistência à essa mulher (Steen et al., 2013).

Ademais, dentre os fatores de risco a que estão submetidas as crianças de mães com transtornos mentais, observam-se os fatores de proteção, que podem ser compreendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco, podendo favorecer o desenvolvimento humano (Maranhão et al., 2014).

### **4.3 Cenários do Estado Nutricional Infantil no Brasil**

Dados do Relatório realizado pela ONU, em 2021, indicam que mais de 149 milhões de crianças com menos de cinco anos sofrem de desnutrição crônica no mundo (ONU, 2021). No Brasil, de acordo com a plataforma do DataSUS, do Ministério da Saúde, até o mês de setembro de 2021 foram registradas 3.061 mortes de crianças com até nove anos por esse motivo (Brasil, 2021).

Um levantamento feito, em 2020, pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estimou que 340 milhões de crianças menores de cinco anos de idade ainda sofrem de deficiências de vitaminas e outros micronutrientes essenciais para o crescimento. Sendo importante salientar que, crianças com sobrepeso ou obesidade, em sua grande maioria, também possuem deficiência de micronutrientes, levando a um quadro de obesidade e desnutrição concomitante (UNICEF, 2020).

Os dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani), realizado em 2019, demonstraram que a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em menores de 5 anos foi de 10,1% no Brasil. A região Centro-Oeste apresentou a menor prevalência (7,1%) com diferença estatisticamente significativa em relação à região Sul (12,0%), que apresentou a maior prevalência, já na região Nordeste do país, apresentou um valor de 10,4%. Além disso, as crianças na faixa etária de 12 a 23 meses apresentaram a maior prevalência (13,7%) com diferença estatisticamente significativa em relação às crianças mais velhas, que tiveram prevalências menores (8,0 e 8,7%, para as da faixa de 36 a 47 e 48 a 59 meses, respectivamente) (UFRJ, 2020).

Os relatórios do Enani também demonstraram que a prevalência de baixa altura para idade em crianças menores de 5 anos foi de 7,0% no Brasil. Onde não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências segundo macrorregião, mas foi observada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias de 12 a 23 (10,2%) e 36 a 47 meses (5,8%) e de 0 a 11 (9,0%) e 48 a 59 meses (3,4%) (UFRJ, 2020).

Os índices de obesidade infantil estão elevados em nível mundial e, conforme a OMS, a prevalência de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos aumentou de 4,8% para 6,1% entre 1990 e 2014, passando de 31 milhões para 41 milhões de crianças afetadas nesse período (Opas, 2016). A relação da IA com o estado nutricional das crianças está diretamente ligada ao processo de transição nutricional, verificada pela elevada prevalência da obesidade infantil, relacionada com a baixa renda das famílias e um grau reduzido de desenvolvimento humano de um país (Bergjohann *et al.*, 2020).

Além disso, tem-se estabelecido uma correlação entre a presença da IA com os diferentes pilares estruturais da vulnerabilidade social (infraestrutura, capital humano, renda e trabalho), o que evidencia sua instauração em territórios onde há possível violação de direitos básicos (Bezerra *et al.*, 2020).

## **5 MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 Desenho, Local e População do Estudo**

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, analítico de abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas na zona rural do município de Vitória de Santo Antão/PE. Este trabalho faz parte de um estudo maior intitulado: “Insegurança Alimentar e Nutricional de crianças beneficiárias de um programa de transferência de renda no cenário pandêmico da Covid-19”. A população estudada, do presente estudo a, foi composta por crianças (0 a 9 anos) que realizam acompanhamento nas USF e com mães cadastrados ou não em Programa de Transferência de Renda.

### **5.2 Critérios de Elegibilidade**

Foram incluídos os dados de crianças com idade entre 0 e 9 anos que realizavam acompanhamento nas USF, inscritos e não inscritos em algum Programa de Transferência de Renda (Programa Bolsa Família/ Programa Auxílio Brasil). e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, mães das crianças participantes. Foram excluídos os dados de crianças que apresentaram problemas motores ou neurológicos que dificultem a avaliação física e com doenças que provocavam alterações graves na estatura e/ou dificuldade de medição de peso e altura e a criança que já estivesse com algum irmão selecionado para a pesquisa. Ou ainda, a mãe que possuísse condições fisiológicas, emocionais e/ou comportamentais que impossibilitassem a entrevista.

### **5.3 Plano Amostral**

Fizeram parte desse estudo 77 crianças de 0 a 9 anos e suas mães atendidas nas USF da Zona Rural do município que participaram do estudo maior. Onde ocorreu uma randomização das USF participantes localizadas na Zona rural, aquelas sorteadas, e em posse dos cadastros das USF foram visitadas e informadas sobre a pesquisa. Ao chegar nas USF sorteadas, explicava-se o objetivo do estudo as mães, as quais eram foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, realizava-se a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e só se aplicam os instrumentos de coleta de dados, após assinatura deste termo.

#### **5.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada durante o segundo semestre do ano de 2022, por meio de busca ativa nas unidades cadastradas e da participação de mães/responsáveis que responderam ao questionário de estado mental, consumo alimentar e dados socioeconômicos, ambientais, demográficos e acesso aos serviços de saúde e realização da avaliação antropométrica das crianças.

#### **5.5 Variáveis Estudadas**

O instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi usado para avaliação da função cognitiva materna através de domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo entre outros. É compreendido em 11 itens, onde o indivíduo pode atingir uma pontuação máxima de 30 pontos. Apresenta ainda pontos de corte que dependem do nível de escolaridade da participante. Para analfabetos o corte é de 18 a 19 pontos e para indivíduos com 8 anos ou mais de escolaridade são 26 pontos (Folstein; Folstein; Mchugh, 1975).

Para a avaliação antropométrica, os menores de 2 anos, tiveram a medida do peso obtido pela diferença de peso da mãe sem a criança e com a criança. O comprimento foi aferido por meio de um estadiômetro horizontal de madeira, com escalas numéricas indicando as dezenas e com comprimento máximo de 1 metro. O peso e o comprimento foram obtidos com a criança despida e descalça (Brasil, 2014).

Para aferição dos dados antropométricos das crianças  $\geq 2$  anos e das mães foi utilizada uma balança digital da marca Omron, modelo HBF-514C (Personal Line) com capacidade máxima de 150kg e sensibilidade de 100g. Para a aferição da altura foi utilizado um estadiômetro portátil da marca MD. Os participantes foram medidos e pesados descalços, sem objetos nas mãos ou nos bolsos. A medida da altura foi realizada com estadiômetro encostado à parede, com precisão de 1mm, eles foram posicionados com os pés lado a lado, encostando calcanhares, nádegas, escápulas e parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro. A avaliação antropométrica foi realizada após treinamento dos pesquisadores segundo procedimentos técnicos recomendados pela OMS (WHO, 1995).

Tanto o peso quanto a estatura (altura/comprimento) foram mensurados, em duplicata, segundo as técnicas preconizadas por Lohman et al., (1991) e serviram de

base para o cálculo do estado nutricional que será avaliado por meio dos parâmetros de classificação da Estatura/Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal /Idade (IMC/I), com adequação para idade e sexo correspondente para cada criança. Os indicadores antropométricos foram calculados com base nos valores de percentil e escore Z, com o emprego do programa *Anthro* versão 3.2.2 para crianças de até 5 anos e do *Anthro Plus* versão 1.0.3 para crianças de 5 a 9 anos.

O padrão de crescimento infantil utilizado como referência para classificação das medidas de peso e estatura foi o da Organização Mundial de Saúde e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Brasil, 2008; WHO, 2006). Para avaliação do estado nutricional foi utilizado os seguintes pontos de corte: i) para o índice de estatura/idade (E/I):  $\geq -2$  escores Z = baixa estatura para idade;  $< -2$  escores Z = estatura adequada para a idade; ii) para o índice de massa corporal/idade (IMC/I):  $\leq -2$  escores Z = magreza,  $\leq -2$  a  $\leq +1$  escores Z = eutrofia,  $> +1$  a  $\leq +2$  escores Z = risco de sobrepeso e  $> +2$  escores Z = excesso de peso. Para fins analíticos, a variável IMC/idade foi avaliada a partir do excesso de peso, (sim/não).

Para o diagnóstico da situação de segurança e insegurança alimentar foi utilizada a EBIA, a qual consta de 14 perguntas. Cada resposta afirmativa do questionário corresponde a um ponto e a soma dos pontos corresponde à pontuação da escala. Utilizou-se para os domicílios com menores de 18 anos: 0 (zero): segurança alimentar; 1-5: insegurança alimentar leve; 6-9: insegurança alimentar moderada e 10-14: insegurança alimentar grave (IBGE, 2014; Martins, 2021).

## **5.6 Processamento e Análise dos Dados**

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados, onde foram realizadas duas entradas utilizando-se o software Epi-Info 6.04 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), com a finalidade de checar a consistência e a validação da digitação. Inicialmente foi verificada a distribuição da frequência das variáveis e o teste do qui-quadrado foi empregado para verificar a significância estatística entre variáveis categóricas com correção de Yates para as variáveis binárias. Para todas as análises, foi considerado o nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **5.7 Aspectos Éticos**

O estudo obedeceu aos requisitos estabelecidos pelo Comitê de Helsinque sobre pesquisa em seres humanos, ratificado pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Assim as informações possuem caráter sigiloso, preservando a identidade das pessoas avaliadas na investigação cuja adesão será formalizada com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

No que se refere às considerações éticas, o projeto maior foi submetido à avaliação e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde /UFPE, tendo sido aprovado, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE Nº 57678022.8.0000.5208.

## 6 RESULTADOS

Este estudo analisou 77 crianças e suas mães, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família. A maioria das crianças eram do sexo masculino (61,1%) e estavam acima de 2 anos de idade (64,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das crianças de 0 a 9 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	38,9
Masculino	47	61,1
<b>Idade</b>		
Menor de 6 meses	6	7,8
6 meses a < de 2 anos	22	28,6
2 anos a < de 5 anos	22	28,6
5 anos a 9 anos	27	35,0

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2024)

Com relação às características socioeconômicas e demográficas das mães entrevistadas, observou-se que 57,1% se autodeclararam pardas, 66,2% tinham mais de 8 anos de estudo, 45,5% eram donas de casa e aproximadamente 39,0% eram agricultoras, 76,6% viviam com renda inferior a um salário-mínimo e aproximadamente 80,0% das famílias estavam nas classes econômicas D e E, de acordo com a ABEP. No que diz respeito à assistência à saúde, todas as mães afirmaram que levam seus filhos à USF, no entanto, 77,9% delas não levaram as crianças à USF no último trimestre (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças de 0 a 9 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural.

Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	18	23,4
Parda	44	57,1
Preta	15	19,5
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
Nunca estudou	4	5,2
Até 8	22	28,6
Mais de 8	51	66,2
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	35	45,5
Agricultora	30	38,9
Regime CLT	12	15,6
<b>Renda mensal familiar (em SM)</b>		
< 1 SM	59	76,6
De 1 a 2 SM	12	15,6
> 2 SM	6	7,8
<b>Classificação econômica</b>		
B1/B2 e C1/C2	17	22,1
D-E	60	77,9
<b>A criança foi levada à UBS nos 3 últimos meses</b>		
Sim	60	77,9
Não	17	22,1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2024)

SM: Salário-mínimo

De acordo com a tabela 3 que apresenta o estado nutricional dos menores de 9 anos, verificou-se que 13,0% das crianças apresentaram baixa estatura para a idade e 32,5% apresentavam excesso de peso para o IMC/idade, conforme com os critérios estabelecidos pela OMS.

Tabela 3 - Estado nutricional das crianças de 0 a 9 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estatura/Idade</b>		
Baixa estatura	10	13,0
Estatura adequada	67	87,0
<b>IMC/Idade</b>		
Magreza	3	3,8
Eutrofia	33	42,9
Risco de sobrepeso	16	20,8
Excesso de peso	25	32,5

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2024)

Constatou-se que 64,9% das mães apresentaram algum nível de disfunção cognitiva e 79,2% das famílias estavam em IA, sendo 40,2% de IA leve; 31,2% de IA moderada e 7,8% de IA grave (Tabela 4). Ainda que não conste em tabela, verificou-se que as mães em situação de IA apresentaram 66,0% de disfunção cognitiva, e 29,8% das crianças pertencentes a essas famílias apresentaram excesso de peso.

Tabela 4 - Disfunção cognitiva materna e insegurança alimentar nas famílias de crianças de 0 a 9 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Vitória de Santo Antão/PE-Brasil, 2022

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Disfunção cognitiva materna</b>		
Sim	50	64,9
Não	27	35,1
<b>Segurança e IA</b>		
SA	16	20,8
IA Leve	31	40,2
IA Moderada	24	31,2
IA Grave	6	7,8

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2024)  
SA – Segurança alimentar; IA – Insegurança alimentar

Por fim, no que diz respeito a associação entre a função cognitiva materna e o estado nutricional das crianças, foi observado que das mães com comprometimento cognitivo 10,0% das crianças apresentaram baixa estatura/idade, e 26,0% excesso de peso, entretanto sem diferenças estatísticas (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação da função cognitiva materna e o estado nutricional de crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Vitória de Santo

Saúde mental materna	Total		Desvios nutricionais					
			Baixa Estatura		p	Excesso de peso		p
	N	%	n	%		n	%	
<b>Disfunção cognitiva materna</b>								
Sim	50	64,9	5	10,0		13	26,0	
Não	27	35,1	5	18,5	0,30	12	44,5	0,13

Antão/PE-Brasil, 2022

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2024)

## 7 DISCUSSÃO

Os achados encontrados no presente estudo demonstraram que a maior parte das famílias estavam em situação de IA, recebendo menos de um salário-mínimo mensal e classificadas nas classes econômicas D e E. Ademais, a maioria das mães se autodeclararam pardas ou negras e apresentavam algum comprometimento cognitivo. Quanto ao estado nutricional das crianças, 32,5% apresentaram excesso de peso e 13% apresentaram baixa estatura para idade. Esses desvios nutricionais não demonstraram associação estatisticamente significativa com a saúde mental materna, no entanto, ressaltam a importância de acompanhamento dessas famílias e realização de novos estudos com uma amostra mais representativa.

Os dados relacionados à região Nordeste do Brasil, mostram resultados perturbantes relacionados às condições de vida das famílias dessa região. De acordo com o IBGE (2023), em 2022, o Nordeste detinha 27,0% da população total do Brasil, e concentrava 43,5% da população na pobreza e 54,6% em extrema pobreza. Quanto ao estado de Pernambuco, 11,7% da população, equivalente a 1,1 milhão de pessoas, vivia com menos de R\$ 199,00 por mês, consolidando o estado brasileiro como o quinto com mais pessoas na extrema pobreza.

O arranjo domiciliar formado por mulheres pretas ou pardas, sem cônjuge e com filhos menores de 14 anos também concentrou a maior incidência de pobreza: 72,2% dos moradores eram pobres e 22,6% eram extremamente pobres. A pobreza é ainda maior nos domicílios onde vivem crianças (IBGE, 2023). Nesse sentido, quando voltamos o olhar para as condições de vida das mulheres, é perceptível, de maneira histórica no Brasil, que o nível de ocupação é substancialmente inferior ao dos homens.

Ocorrendo tanto pela menor participação no mercado de trabalho, como pela maior taxa de desocupação desse grupo, principalmente nas zonas rurais do país, onde as oportunidades tendem a ser ainda mais escassas. As dificuldades que as mulheres enfrentam para encontrar ocupação e para permanecer ocupadas são reconhecidas, principalmente quando não existem legislação e políticas públicas específicas para essa finalidade (Who, 2017).

Essas condições de vida prejudicam a manutenção do DHAA (Direito Humano à Alimentação Saudável e Adequada), para essas famílias, e corroboram com o surgimento de prejuízos no desenvolvimento infantil. É o que se observa no presente

estudo, com uma elevada prevalência de IA, e a presença de desvios nutricionais, como o excesso de peso e déficit de estatura nas crianças. De acordo com a FAO *et al.* (2023) a IA afetou, no ano de 2023, mais de 70 milhões de brasileiros, levando às famílias inseridas neste contexto à ausência de acesso a alimentos suficientes, seguros e nutritivos para atender às necessidades básicas de uma vida ativa e saudável. Dentre os impactos relacionados, destacam-se a presença da fome oculta, caracterizada pela presença de alimentos energeticamente densos, e pobre em nutrientes, como vitaminas e minerais, essenciais para o bom desenvolvimento infantil (Cristovam *et al.*, 2024; Muniz *et al.*, 2023).

Ao comparamos os dados encontrados, no presente estudo, com outros achados, verifica-se que os desvios do estado nutricional em crianças vêm sendo evidenciados na região Nordeste do país, como por exemplo no de Neves *et al.* (2021), realizado com quilombolas menores de cinco anos, residentes em comunidades dos estados da Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Sergipe, que demonstrou a presença de déficit estatural de forma semelhante a do presente estudo, aproximadamente 14,0% da amostra total. Já o estudo de Oliveira *et al.* (2023), realizado no estado da Paraíba, com crianças atendidas na ESF, evidenciou que 9,4% foram diagnosticadas com déficit de estatura e 16,5% com excesso de peso. Onde o crescimento linear da criança associou-se ao nível socioeconômico da família e o excesso de peso revelou-se relacionado ao benefício do Bolsa Família e ao suporte social.

Como também o estudo de Pedrero-Tomé *et al.* (2022), com crianças em idade escolar realizado, nas regiões rurais de Bajo Lampa em El Salvador, mostrou que desvios do estado nutricional foram observados em 37,5% dos escolares, além de uma associação entre nanismo e baixo peso em meninos e nanismo e excesso de peso em meninas e cerca de 58,7% dos domicílios analisados sofriam de IA. Já o estudo de Santos *et al.* (2019), realizado com adolescentes na região Semiárida de Pernambuco mostrou que a prevalência de excesso de peso encontrada foi de 20,1%, e que após o ajuste, as variáveis situação de ocupação, segurança alimentar e IA leve e faixa etária, se associaram ao desfecho, onde a prevalência de IA foi de 80,4%.

Quanto aos desvios nutricionais, é necessário ampliar o cuidado e enfrentamento dessas condições, sobretudo na AB (Atenção Básica), porta de

entrada do SUS. O sobrepeso e obesidade configuram-se como morbidades com inúmeras causas, as quais acabam se agravando por diversos fatores como os genéticos, comportamentais, socioeconômicos e a falta de acesso a alimentos verdadeiramente saudáveis, como os *in natura*, situação comum na presença de IA. Além de configurarem-se como fatores de risco para o desenvolvimento de diversas comorbidades durante a vida adulta do indivíduo, como o *Diabetes Mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Corrêa *et al.*, 2020; Schappo, 2021). É importante que essas condições sejam consideradas como uma questão pública e não um problema individual.

No que se refere a baixa estatura, apesar dessa problemática não se apresentar de forma prevalente em outros contextos regionais e nacional, ficou evidente que, no presente estudo, a baixa estatura foi a forma mais frequente da desnutrição, com valores que remontam a década de 90, quando a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, apontava uma prevalência de 13,0% para o Nordeste urbano (Brasil, 1997). Demonstrando a necessidade do monitoramento do crescimento infantil, sobretudo em contexto de vulnerabilização, e elevada disfunção cognitiva materna. A identificação e cuidado dessa condição é urgente, pois a desnutrição crônica é uma manifestação silenciosa e invisível, que cobra um elevado preço das crianças e suas famílias (Hoffmann Rozetti *et al.*, 2023; Brasil, 2002).

Swinburn *et al* (2019), em seu relatório sobre a sindemia global, destacam a coexistência de três pandemias, as quais têm em sua gênese, o modelo de negócios hegemônico, com o predomínio das empresas transnacionais de alimentos e bebidas. Essas se concentram no lucro ao máximo e leva ao consumo excessivo de alimentos e bebidas ultraprocessados, que impactam o estado nutricional das pessoas, como o excesso de peso e déficit estatural, elementos constituintes da sindemia global. E aqui, no presente estudo, temos mais um elemento, a IA, que tem como um dos fatores determinantes, a incapacidade dos sistemas alimentares de fornecer dietas saudáveis.

Sobre a presença de prejuízos à saúde mental de mulheres em situação de IA, nesse estudo, a frequência de disfunção cognitiva materna, mostrou-se preocupante, visto que mais da metade das mães avaliadas apresentaram algum comprometimento cognitivo. O estudo de Herman *et al.* (2024), realizado nos

Estados Unidos, com cerca de 7.700 mulheres demonstrou que a IA foi associada a um sofrimento mental moderado, quando comparada com aquelas que viviam em segurança alimentar, as chances ajustadas de sofrimento mental moderado a grave foram 1,8 vezes maiores entre aquelas com IA Leve, 2,1 vezes maiores entre aquelas com IA moderada e 3,7 vezes maiores entre aquelas com IA Grave. No cenário nacional, o estudo de Harmel *et al.* (2022) realizado com gestantes em acompanhamento pré-natal pelo SUS, no estado do Paraná, demonstrou que a associação entre a IA e os prejuízos à saúde mental materna foi consistente, e aumentou com o grau de IA.

O comprometimento cognitivo materno e a presença IA é multifacetada e podem se reforçar mutuamente, na medida que, a IA pode exacerbar o estresse e a ansiedade, pela preocupação constante em não ter condições de prover o alimento para o domicílio, ou ainda, quando as estratégias de enfrentamento da IA, como aquisição de alimentos, de formas não aceitas socialmente, levam a sentimentos de culpa e vergonha, o que podem afetar a saúde mental materna.

No presente estudo, a função cognitiva materna não demonstrou uma relação estatisticamente significativa com os desvios nutricionais das crianças avaliadas. Essa falta de associação pode ser atribuída ao tamanho amostral e a uma homogeneidade quanto ao comprometimento cognitivo materno, não havendo contraste suficiente em demonstrar associação estatisticamente significante.

Esse dado corrobora ao encontrado no estudo de Emerson *et al.* (2020), realizado no Leste da República Democrática do Congo, onde os sintomas mais graves de saúde mental materna foram associados a uma maior diversidade alimentar, mas não ao estado nutricional de suas crianças. Por outro lado, o estudo de Keresztes *et al.* (2022), nos Estados Unidos, demonstrou evidências de que os filhos de mães com estado de saúde mental mais afetado se envolviam mais em comportamentos não saudáveis, consumiam mais bebidas açucaradas, tinham duração de sono insuficiente ou de pior qualidade, o que pode favorecer o aparecimento de desvios do estado nutricional.

Os potenciais mecanismos que explicariam a relação entre saúde mental materna e crescimento infantil, ainda não são essencialmente claros, de acordo com a literatura. Pressupõe-se que problemas na saúde mental materna podem prejudicar a habilidade da mãe em prover cuidados adequados à criança, por meio

de práticas inadequadas de higiene, oferta insuficiente ou inadequada de alimentos e menor vínculo com o filho, o que poderia comprometer o desenvolvimento infantil (Abou-Rizk *et al.*, 2022). Outra via potencial para a relação entre saúde mental materna e desvios nutricionais poderia ocorrer por outras práticas inadequadas de cuidados maternos com a saúde, tais como a falta de prevenção de doenças e busca por cuidado em serviços de saúde (Hassan *et al.*, 2016). Ou seja, o comprometimento cognitivo materno pode não só gerar prejuízos à qualidade de vida das mulheres, mas também o comprometimento da qualidade dos cuidados destinados aos seus filhos, que pode estar relacionados com o desenvolvimento de agravos à saúde infantil.

Sendo assim, os dados coletados no presente estudo demonstram alguns dos agravos que acometem as famílias que vivem na Zona Rural de uma cidade pernambucana em situação de vulnerabilidade socioeconômica, demonstrado pelo contexto de IA vivenciado pelos participantes do estudo. Dessa forma, é necessário avaliar ações de intervenções que podem ser feitas para regressão dos casos e melhora na qualidade de vida, bem como o uso de estratégias em saúde pública que possam minimizar os impactos causados pela IA e suas consequências.

## **8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos resultados da presente pesquisa, foi possível identificar uma alta presença de IA nas famílias, além de uma elevada prevalência de excesso de peso e déficit de estatura nas crianças participantes e de disfunção cognitiva materna. Sendo que a disfunção cognitiva materna, não demonstrou uma associação significativa com os desvios nutricionais avaliados.

Dessa forma, é imprescindível que haja intensificação, na governança nos níveis estadual e municipal, para a organização de políticas públicas que possam estar voltadas para a criação de estratégias que promovam melhores condições de vida, numa perspectiva integradora, com base nos determinantes sociais e estruturais da alimentação saudável e uma maior atenção em saúde da criança nas famílias que se encontram em vulnerabilidade socioeconômica no interior do estado de Pernambuco.

Por fim, acredita-se que os dados obtidos poderão corroborar para novos estudos que identifiquem as principais causas dos prejuízos ao estado nutricional infantil e da presença de disfunção cognitiva materna no município de Vitória de Santo Antão, assim como possibilitar a implementação de ações e estratégias em saúde voltadas para o desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS

ABOU-RIZK, J. *et al.* Food insecurity, low dietary diversity and poor mental health among Syrian refugee mothers living in vulnerable areas of Greater Beirut, Lebanon. **The British Journal of Nutrition**, Grã-Bretanha, v. 128, n. 9, p. 1832-1847, 2022. DOI: 10.1017/S0007114521004724. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34842129/>. Acesso em: 8 fev. 2024.

ALAMI, K. M. *et al.* Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. **Archives of women's mental health**, Berlim, v. 9, n. 6, p. 343-346, 2006. DOI: 10.1007/s00737-006-0154-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17033739/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BABA, R. K. *et al.* Correlação de dados agrometeorológicos utilizando métodos estatísticos. **Revista Brasileira de Meteorologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 515-526, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-778620130611>. Acesso em: 3 de jul. 2024.

BARBOSA, R. L. **Saúde mental de mulheres segundo a condição de (in)segurança alimentar**: estudo de base populacional no estado de Alagoas. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Brasília**: Ministério da Saúde, 1997

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 265, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BERGJOHANN, P. *et al.* Perfil nutricional e insegurança alimentar de crianças em vulnerabilidade social. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S. L.], v. 12, n. 3, 2020. DOI: 10.22410/issn.2176-3070.v12i3a2020.2653. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2653>. Acesso em: 1 mar. 2024.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em: 1 jan. 2024.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BEZERRA, T. A. *et al.* Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 637–651, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.19952015>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos De Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777–781, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CHEN, L. M. *et al.* Independent Prediction of Child Psychiatric Symptoms by Maternal Mental Health and Child Polygenic Risk Scores. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [S. L.], v. 63, n. 6, p. 640–651, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.08.018>. Acesso em: 16 jul. 2024.

CID, M. F. B. *et al.* Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 265-275, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36693>. Acesso em: 21 mar. 2024.

CRISTOVAM, B. S. *et al.* Impactos da insegurança alimentar e nutricional no desenvolvimento infantil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S. L.], v. 47, p. e14876, 25 jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e14876.2024>. Acesso em: 04 ago. 2024.

EMERSON, J. A. *et al.* Mental health symptoms and their relations with dietary diversity and nutritional status among mothers of young children in eastern Democratic Republic of the Congo. **BMC Public Health**, Berlim, v. 20, n. 1, p. 225, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8092-3>. Acesso em: 11 jul. 2024.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2023**. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Rome, FAO, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cc3017en>. Acesso em: 04 ago. 2024.

FOLSTEIN, M.F. *et al.* Mini Mental state. **J. Psychiat. Res**, v.12, n.3, p.189-98, Nov. de 1975.

GALLAHUE, D.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor:** bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ª edição. São Paulo: Phorte. 2005.

HARMEL, B. *et al.* Mental distress and food insecurity in pregnancy. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 2045–2055, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.09832021>. Acesso em: 11 jul. 2024.

HERMAN, D. R. *et al.* Food insecurity and mental distress among WIC-eligible women in the United States: a cross-sectional study. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [S.L.], v. 124, n. 1, p. 65-79, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2023.09.006>. Acesso em: 15 mar. 2024.

ROZETTI, J. H.; PESCADOR, M. V. B. Identificação do perfil epidemiológico de crianças com o diagnóstico de baixa estatura do Oeste do Paraná. **Revista Científica Multidisciplinar**, [S.L.], v. 4, n. 6, p. e463404, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i6.3404. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3404>. Acesso em: 30 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2023. Rio de Janeiro, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Segurança Alimentar:** 2013. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Síntese de indicadores:** 2003. Rio de Janeiro, 2004.

KERESZTES, M. *et al.* Maternal Mental Health Status Is Associated with Weight-Related Parenting Cognitions, Home Food Environment Characteristics, and Children's Behaviors. **International journal of environmental research and public health**, [S.L.], v. 19, n. 21, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192113855>. Acesso em: 11 jul. 2024.

KIM, A. W. *et al.* Maternal adverse childhood experiences, child mental health, and the mediating effect of maternal depression: A cross-sectional, population-based study in rural, southwestern Uganda. **American journal of biological anthropology**, [S.L.], v. 182, n. 1, p. 19–31, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajpa.24758>. Acesso em: 11 jul. 2024.

LIEBE R.A. *et al.* Understanding the Relationship between Food Security and Mental Health for Food-Insecure Mothers in Virginia. **Nutrientes**, Basiléia, v. 14, n. 7, p. 1491, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu14071491>. Acesso em: 15 maio 2024.

LIMA, I. S. D. **Insegurança alimentar, qualidade de vida e ansiedade em mulheres gestantes e não gestantes**. TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

MARANHÃO, T. A. *et al.* Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 998-1008, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024313>. Acesso em: 1 maio 2024.

MARTINS, N. C. **Avaliação da situação de (in)segurança alimentar e nutricional de estudantes universitários em tempos de pandemia (COVID-19)**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2021.

MATIJASEVICH, A. *et al.* Depressão materna e saúde mental infantil aos cinco anos de idade: Estudo de coorte MINA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, n.2, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005560>. Acesso em: 4 fev. 2024.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA**: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.

MOREIRA, A. *et al.* A influência do estado nutricional e ingestão alimentar na aprendizagem escolar. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, v. 10, n. 29, p. 105–113, 2015. DOI: 10.47385/cadunifoa.v10.n29.370. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/370>. Acesso em: 1 abr. 2024.

NEVES, F. J. *et al.* Estado nutricional e fatores associados ao déficit estatural em crianças menores de cinco anos de comunidades remanescentes de quilombos do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060220>. Acesso em: 19 jul. 2024.

NEVES, K. R. *et al.* Growth and development and their environmental and biological determinants. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.007>. Acesso em: 15 abr. 2024.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Fatores associados ao estado nutricional de crianças menores de 5 anos na região Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040200>. Acesso em: 19 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da ONU**: Ano pandêmico marcado por aumento da fome no mundo. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. **Relatório da comissão pelo fim da obesidade infantil busca reverter aumento de sobrepeso e obesidade**. Brasília, 2016.

PEDRERO-TOMÉ, R. *et al.* Household food insecurity and nutritional status of schoolchildren in rural regions of Bajo Lempa, El Salvador (2018-2019). **Ecology of food and nutrition**, Filadélfia, v. 61, n. 2, p. 128–143, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03670244.2021.1968851>. Acesso em: 8 jul. 2024.

REDE PENSSAN. **VIGISAN Inquérito Nacional Sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil**. Segurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. Brasília, 2021.

REDE PENSSAN. **VIGISAN 2º Inquérito Nacional Sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil**. Segurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. Brasília, 2022.

SANTOS, N. F. D. *et al.* Overweight in adolescents: Food insecurity and multifactoriality in semiarid regions of Pernambuco. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018177>. Acesso em: 9 jul. 2024.

SANTOS, T. G. *et al.* Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4. 2018. Disponível em: . Acesso em: 20 abr. 2024.

SCHAPPO, Sirlândia. Fome e insegurança alimentar em tempos de pandemia da covid-19. **SER Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 28–52, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.32423. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/32423](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/32423). Acesso em: 10 jul. 2024.

ANDRADE, S. P. S. *et al.* Percepções da “1 semana furta-cor: um olhar para a saúde mental materna no contexto hospitalar”. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. L.], v. 6, n. 4, p. 1902–1919, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n4p1902-1919. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1730>. Acesso em: 5 jun. 2024.

STEEN, M. *et al.* Anxiety, bonding and attachment during pregnancy, the transition to parenthood and psychotherapy. **British Journal of Midwifery**, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 844-850, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.12.844>. Acesso em: 5 mar. 2024.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n.4, p. 03-06, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>. Acesso em: 8 maio de 2024.

STEIN, A. *et al.* Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. **Infant Behavior and Development**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 273-278, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.002>. Acesso em: 16 maio de 2024.

SWINBURN, B.A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, [S.L.], v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Impactos Primários e Secundários da Covid-19 em Crianças e Adolescentes**, 2020.

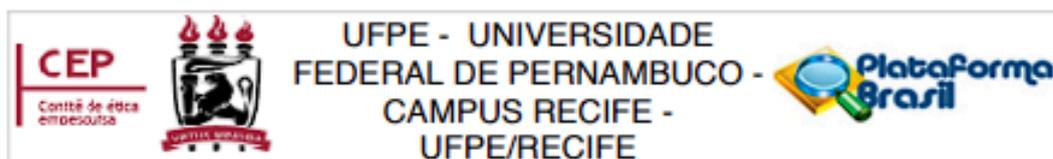
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Resultados preliminares: Indicadores de aleitamento materno no Brasil. ENANI 2019**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020.

VISINTIN, A. B. *et al.* Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da alimentação. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 6, n. 1/4, p.12-16, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2015.v6.n1/4.570>. Acesso em: 12 fev. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: strengthening our response** [Internet]. Genève: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry**. WHO Technical Report Series, n. 854, 1995.

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DE UM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO CENÁRIO PANDÊMICO DA COVID 19

**Pesquisador:** Maria Suzane da Silva Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57678022.8.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.394.547

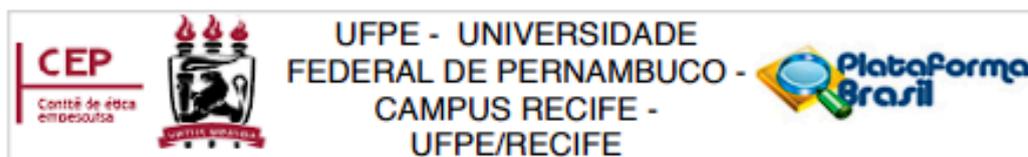
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa da aluna Maria Suzane da Silva Barbosa, do doutorado de nutrição, do CCS/UFPE, orientado pela Prof. Dra. Juliana Souza Oliveira.

Segundo o IBGE, em 2018, 25,3% da população brasileira vivia em situação de pobreza ou extrema pobreza o que se associa à redução do acesso ao alimento. As taxas de pobreza são maiores nas regiões Norte e Nordeste, sendo elas, as mais afetadas também pela fome. Ademais, a pandemia de covid-19 tornou mais evidente as vulnerabilidades (desemprego, falta de saneamento básico, entre outros). Desta forma, os programas de transferência direta de renda como o Programa Auxílio Brasil, tiveram importância ímpar diante deste cenário de incertezas. Trata-se de um estudo observacional, caso-controle e quantitativo, a ser realizado em domicílios (urbanos e rurais) do município de Vitória de Santo Antão-PE. A amostra será composta por crianças (0 a 9 anos), inscritas no Programa Auxílio Brasil e também os não inscritos. Estima-se uma amostra de 120 crianças que serão avaliadas em cada grupo, sendo a razão de (1 – 1) entre os grupos. As variáveis são: SAN, Estado nutricional, consumo alimentar, fatores socioeconômicos, demográficos e de acesso aos serviços de saúde e cognição.

As entrevistas ocorrerão com o responsável legal das crianças.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.394.547

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar a situação de insegurança alimentar e nutricional e o estado nutricional de crianças de famílias beneficiárias e não beneficiárias do Programa Auxílio Brasil no município de Vitória de Santo Antão, no cenário pandêmico da Covid-19.

##### **Objetivo Secundário:**

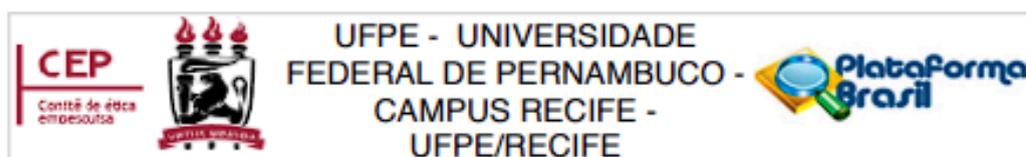
- Caracterizar as famílias quanto aos fatores socioeconômicos, demográficos, nutricional e de assistência à saúde;
- Avaliar o estado nutricional de crianças beneficiárias e não beneficiárias do Programa Auxílio Brasil;
- Avaliar o consumo alimentar de crianças beneficiárias e não beneficiárias do Programa Auxílio Brasil;
- Verificar a influência dos níveis de insegurança alimentar e nutricional domiciliar no estado nutricional de crianças beneficiárias e não beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, levando em consideração os fatores socioeconômicos, demográficos, nutricional e de assistência à saúde;
- Analisar a função cognitiva dos responsáveis pelas crianças frente à pandemia de Covid-19;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Durante a execução da pesquisa as crianças voluntárias têm o risco de constrangimento durante a avaliação do estado nutricional. Para minimizar isto, realizaremos as medidas em local apropriado/reservado do domicílio com a presença de um responsável. Há o risco de constrangimento ao receber o pesquisador no domicílio. Este risco será minimizado com a realização da pesquisa e avaliação física no cômodo da casa onde o entrevistado e a criança se sentir mais confortável para realização da mesma. Para os adultos voluntários há o risco de constrangimento durante a avaliação do estado nutricional, caso a entrevista ocorra com a mãe da criança. Como forma de minimizar este risco, realizaremos as medidas em local apropriado/reservado do domicílio. Poderá haver o risco de constrangimento ao responder alguma questão do questionário. Para minimizar, realizaremos a entrevista em local do domicílio onde o entrevistado sinta-se confortável. Há também o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. Como forma de contornar esse risco, os entrevistadores foram treinados para serem objetivos durante a pesquisa.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.394.547

Devido ao período pandêmico há ainda o risco da criança ou adulto adquirir covid 19 durante a pesquisa. Para minimizar este risco, os pesquisadores envolvidos só irão à campo com as devidas vacinas em dia. Além disso, cada pesquisador utilizará máscara cirúrgica e sempre entregará 1 máscara para a criança e para o adulto a serem avaliados. Ademais, todos os equipamentos e materiais serão higienizados com álcool 70% após o término de cada entrevista.

Devido a pandemia da COVID-19 será necessário seguir todos os protocolos de segurança do Ministério da Saúde, sendo obrigatório o uso da máscara (pesquisadores e participantes) durante todo o processo da coleta de dados (entrevistas e avaliações). Todos os equipamentos e utensílios utilizados serão higienizados com álcool a 70% antes e após a avaliação de cada participante. Além das máscaras, os pesquisadores utilizarão luvas, toucas e aventais descartáveis, calças compridas e sapatos fechado. Além disso, o local da coleta será organizado de forma a evitar aglomerações.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

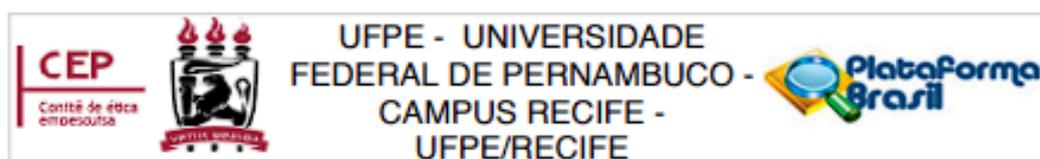
Pesquisa viável de grande aplicabilidade atual, com resultados que poderão acessar políticas públicas locais. Trata-se de um estudo do tipo observacional, caso-controle, analítico de abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada em domicílios, localizados na zona urbana e rural do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco. Para o dimensionamento amostral de crianças do presente estudo, utilizou-se a prevalência do excesso de peso em crianças de 0 a 9 anos no município de Vitória de Santo Antão, valor de 27,7%, para a população de crianças não beneficiárias do PBF e 10,9% para os beneficiários, segundo os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (2019). Para o cálculo, considerou-se um nível de confiança de 95%, o poder do estudo 1 - de 80% e a razão de (1 - 1) entre os grupos.

Ademais se considerou um acréscimo de 20% para possíveis perdas, obtendo-se um total de 120 crianças em cada grupo. Para os cálculos amostrais foi utilizado o programa Statcalc do software EPI-Info versão, 6.04. Serão incluídas crianças entre 0 < 10 anos que realizem acompanhamento nas UBS's, inscritos no Programa Auxílio Brasil e também os não inscritos com endereços registrados e os indivíduos > 18 anos responsáveis pela criança em questão; Será excluída a criança que apresente problemas motores ou neurológicos que dificultem a avaliação física e a criança que já tiver algum irmão selecionado para a pesquisa. Será excluído também o

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

adulto que possua condições fisiológicas, emocionais e/ou comportamentais que impossibilitem a entrevista. A população estudada será composta por

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.394.547

crianças (0 a 9 anos) que realizam acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que eram cadastrados no PBF, sendo agora participantes do Programa Auxílio Brasil. Em relação às crianças não beneficiárias do programa, serão avaliadas as que realizam acompanhamento nas UBS e que tenham seus endereços cadastrados. Além das crianças, os responsáveis legais pelas crianças também participarão da pesquisa,

tendo preferência para que as mães participem. Para a amostra de famílias selecionadas ocorrerá primeiramente o sorteio das UBS's participantes, em posse desses cadastros haverá uma randomização para determinação dos domicílios que farão parte do estudo. Assim, ao chegar nos domicílios sorteados para a pesquisa, os participantes serão convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. A coleta de dados será realizada nos domicílios sorteados onde os participantes da pesquisa residem. A pesquisa constará da participação de um adulto e crianças, através de busca ativa nos domicílios já determinados no sorteio, até que se alcance o quantitativo desejado. Os adultos (de preferência as mães) serão entrevistados através de um questionário (APÊNDICE A), com perguntas sobre variáveis socioeconômicas, convivência paterna, tipo de habitação e de propriedade, número de pessoas que dormem na casa em relação ao número de camas disponíveis, acesso aos serviços de saúde, utilização dos serviços de saúde pelas crianças (frequência), avaliação antropométrica do adulto (quando o mesmo for a mãe da criança) e avaliação antropométrica de crianças (peso e altura/comprimento, IMC). Para classificar a condição socioeconômica será utilizado o critério da

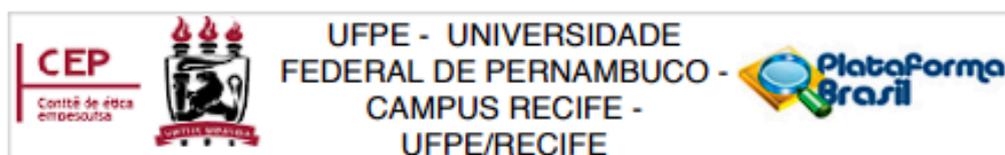
ABEP (Associação brasileira de empresas de pesquisa) (ANEXO I); Consumo alimentar da criança (ANEXO II) e análise cognitiva do adulto (ANEXO III); Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional (EBIA) (ANEXO IV); Os adultos que concordarem em participar do estudo e permitirem as avaliações com as crianças serão convidados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) - APÊNDICE B e C- e crianças

entre 7 e 9 anos participantes do estudo assinarão o Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) - APÊNDICE D. Os pesquisadores do estudo em questão estarão devidamente identificados nas comunidades durante as coletas de dados. Será confeccionada e fornecida uma camisa identificadora da pesquisa a cada pesquisador.

#### Recomendações:

NENHUMA

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.394.547

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apos atender de forma adequada, todas as pendencias solicitadas o projeto esta sem pendencias e poder ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

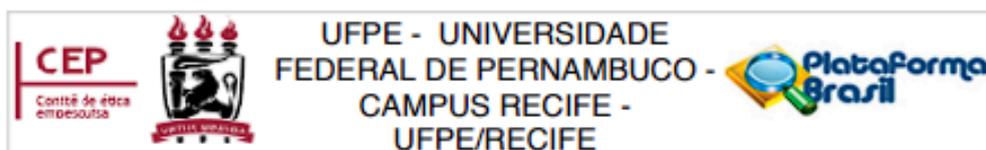
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1926854.pdf	02/05/2022 12:12:49		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	02/05/2022 11:59:26	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.utpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.394.547

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ParaMaiores18_AJUSTADO.doc	02/05/2022 11:42:07	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pais_Responsaveismenores_AJUSTADO.doc	02/05/2022 11:41:49	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEMenor7a18_AJUSTADO.doc	02/05/2022 11:39:38	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_AJUSTADO.pdf	02/05/2022 11:36:25	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/04/2022 12:53:41	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_VINCULO.pdf	06/04/2022 23:14:13	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.docx	06/04/2022 23:12:12	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	06/04/2022 23:11:06	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Outros	CURRICULO_Maria_Suzane_da_Silva_Barbose.pdf	06/04/2022 23:08:59	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito
Outros	CURRICULO_Juliana_Souza_Oliveira.pdf	06/04/2022 23:07:52	Maria Suzane da Silva Barbosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 08 de Maio de 2022

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO**

1. Nome da mãe:
2. Data de Nascimento da mãe: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Idade da mãe (em anos): \_\_\_\_\_
4. Parentesco com a criança:
5. Município: \_\_\_\_\_ / USF: \_\_\_\_\_ / U.F: \_\_\_\_\_
6. Situação:
  1. ( ) Urbana
  2. ( ) Rural
7. Ocupação/Profissão:
8. Raça/Cor da pele da mãe:
  1. ( ) Branca
  2. ( ) Parda
  3. ( ) Negra
  4. ( ) Indígena
  5. ( ) Outros
9. Escolaridade da mãe ou responsável:
  1. ( ) Nunca estudou
  2. ( ) Ensino fundamental incompleto
  3. ( ) Ensino fundamental completo
  4. ( ) Ensino médio incompleto
  5. ( ) Ensino médio completo
  6. ( ) Ensino superior (cursando)
  7. ( ) Ensino superior completo
10. Renda familiar:
11. A família está inscrita no Programa Auxílio Brasil:
  1. ( ) Sim, comprovado
  2. ( ) Sim, informado
  3. ( ) Não
  4. ( ) Não sabe

**– Perguntas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde –**

12. Você costuma levar as crianças à USF?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

13. É fácil a marcação de consultas na USF?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

**– Perguntas relacionadas a avaliação antropométrica de crianças –**

14. Nome da criança:

15. Data de Nascimento da criança:

16. Idade (em anos):

17. Sexo:

1. ( ) F

2. ( ) M

18. Peso atual (1ª AVALIAÇÃO):

19. Peso atual (2ª AVALIAÇÃO):

20. MÉDIA DO PESO ATUAL:

21. Altura/comprimento (1ª AVALIAÇÃO):

22. Altura/comprimento (2ª AVALIAÇÃO):

23. MÉDIA DA ALTURA/COMPRIMENTO:

**– Perguntas relacionadas a Escala Brasileira de Segurança Alimentar –**

24. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

25. Nos últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

26. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

27. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

28. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

29. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

30. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

31. Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

32. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

33. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

34. Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

35. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

36. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

3. ( ) Não sabe

37. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

**-- Perguntas caso a criança tenha menos de 6 meses (Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN) --**

38. A criança ontem tomou leite do peito?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39. Ontem a criança consumiu:

39.1. Mingau?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39.2. Água/chá?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39.3. Leite de vaca?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39.4. Fórmula Infantil?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39.5. Suco de fruta?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39.6. Fruta?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

39.7. Comida de sal (de panela, papa ou sopa)?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

39.8. Outros alimentos/bebidas?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

**-- Perguntas caso a criança tenha entre 6 e 23 meses (Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN) –**

38. A senhora recebeu apoio/orientação da equipe desta UBS em relação à alimentação do seu bebê após os 6 meses de idade?

1.  Sim
2.  Não

39. A criança ontem tomou leite do peito?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40. Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.1. Se sim, quantas vezes?

1.  1 vez
2.  2 vezes
3.  3 vezes ou mais
4.  Não sabe

41. Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

41.1. Se sim, quantas vezes?

1.  1 vez
2.  2 vezes
3.  3 vezes ou mais
4.  Não sabe

41.2. Se sim, essa comida foi oferecida:

1.  Em pedaços
2.  Amassada
3.  Passada na peneira
4.  Liquidificada
5.  Só o caldo
6.  Não sabe

42. Ontem a criança consumiu:

42.1. Outro leite que não o leite do peito?

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.2. Mingau com leite

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.3. Iogurte

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.4. Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.5. Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.6. Verdura de folha (alface, acelga, repolho)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.7. Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.8. Fígado

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.9. Feijão

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.10. Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.11. Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

42.12. 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)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

42.13. Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

42.14. Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

**-- Perguntas caso a criança tenha 2 anos ou mais (Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN) –**

38. Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

39. Quais refeições você faz ao longo do dia?

1. ( ) Café da manhã
2. ( ) Lanche da manhã
3. ( ) Almoço
4. ( ) Lanche da tarde
5. ( ) Jantar
6. ( ) Ceia

40. Ontem, você consumiu:

40.1 Feijão

1. ( ) Sim
2. ( ) Não
3. ( ) Não sabe

40.2 Frutas frescas (não considerar suco de frutas)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.3 Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.4 Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.5 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)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.6 Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

40.7 Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo gelatina)

1.  Sim
2.  Não
3.  Não sabe

**– Perguntas relacionadas ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) –**

### **Orientação Temporal Espacial**

43. Qual é o (a) Dia da semana?

Dia do mês?

Mês?

Ano?

Hora aproximada?

44. Onde estamos?

Local?

Instituição (casa, rua)?

Bairro?

Cidade?

Estado?

### **Registros**

45. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

-Vaso, carro, tijolo

### **Atenção e cálculo**

46. Sete seriado ( $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$ ). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

### **Lembranças (memória de evocação)**

47. Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 45. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

### **Linguagem**

48. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.

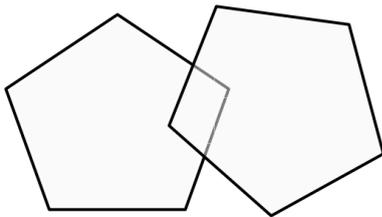
49. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”.

50. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.

51. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS.

52. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto).

53. Copie o desenho abaixo.



Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.