

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
NUTRIÇÃO**

LAURA FRITSCH DE FRAGA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES DE
IDADE DE UM TERRITÓRIO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre, 2019

LAURA FRITSCH DE FRAGA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES DE
IDADE EM UM TERRITÓRIO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde

Orientadora: Nutricionista Ms. Mariana Dihl Schiffner

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Ilaine Schuch

Porto Alegre, 2019

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	8
3 OBJETIVOS	18
3.1 GERAL	19
3.2 ESPECÍFICOS	19
4 RESULTADOS	19
4.1 INTRODUÇÃO	19
4.2 MÉTODOS	23
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.4 CONCLUSÃO	41
5 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	45
ANEXO I	57
ANEXO II	59
ANEXO III	60
ANEXO III	62

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. O seu objetivo é subsidiar o planejamento de ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A VAN pode ser feita através da utilização de inquéritos populacionais, de chamadas nutricionais, da produção científica e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esses, por sua vez, farão o levantamento de marcadores de consumo alimentar e de agravos nutricionais (BRASIL, 2012).

Abaixo serão descritos os dados em relação ao estado nutricional e marcadores de consumo alimentar, que são de relevância da saúde da população, que devem ser registados no SISVAN e que podem estar presentes na população em estudo, sendo, portanto, necessários para o planejamento de ações em saúde.

A obesidade é um importante problema de saúde pública, que vem crescendo progressivamente ao longo dos anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 50% da população adulta brasileira está acima do peso e, entre crianças, a prevalência estaria em torno de 15%. A prevalência de excesso de peso na região Sul é a maior do Brasil, estando acima da média nacional, atingindo em torno de 56% dos adultos e 35,9% das crianças até 9 anos de idade (IBGE, 2011). Esses dados epidemiológicos são relevantes, pois já está bem descrito na literatura que a obesidade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas comorbidades na população em geral, as quais estão, por sua vez, associadas a um risco aumentado de mortalidade (BJORNTORP, 1990; HUBERT et al., 1983; MANSON et al., 1990, SCHMIDT, 2015; WYATT et al., 2006). Um dos maiores fatores condicionantes para esse cenário foi a mudança do consumo alimentar evidenciada mundialmente, e especialmente no Brasil, com a

incorporação de alimentos industrializados com baixo teor de nutrientes e elevada densidade calórica (IBGE, 2011).

Em relação ao aleitamento materno (AM), a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza por dois anos ou mais, devido a seus inúmeros benefícios, e exclusivamente (oferta apenas de leite materno) nos primeiros seis meses, pois contém todos os nutrientes necessários para a saúde e para o desenvolvimento da criança, não sendo necessário a oferta de outros alimentos ou líquidos (WHO, 2007; BRASIL, 2015b). No entanto, as prevalências de AM no mundo, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas. Os países de baixa renda apresentam uma prevalência maior de amamentação em todas as idades, porém as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) são insatisfatórias mesmo nestes países, em que apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas. Já na maioria dos países de alta renda, a prevalência de AME é inferior a 20% (VICTORA, 2016). A média brasileira de AM até 12 meses é de 58,7%, sendo exclusivo até 6 meses de 41%. No Rio Grande do Sul (RS), todos os municípios avaliados apresentaram prevalências de aleitamento até 12 meses (com exceção de Canoas) e aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses inferiores à média nacional. Em Porto Alegre 50,2% das crianças com até 12 meses de idade são amamentadas e, 38,2% das menores de 6 meses recebem aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2010b).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a lactante, por isso não basta somente optar pelo aleitamento materno. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte dos profissionais de saúde, da sua família, da comunidade e de políticas sociais que subsidiem essa prática (JUSTO & GIUGLIANI, 2012). Por conta disso, das prevalências de AM e AME observadas no mundo, do acúmulo de conhecimentos científicos comprovando a importância do leite materno como alimento de proteção contra doenças e fator essencial ao crescimento e desenvolvimento saudável e por conta da constatação dos prejuízos advindos do desmame precoce, a OMS e o

Fundo das Nações Unidas Para a Infância firmaram parcerias entre os diversos países visando à redução nas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a primeira iniciativa aconteceu na década de 1980, com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981 (BRASIL, 2009). Depois dele, surgiram várias outras políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM; dentre elas, destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2008b); a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), tornando-se a Lei 11.265/2006 (BRASIL, 2007); o Método Mãe Canguru (BRASIL, 2002); a Rede Cegonha (BRASIL, 2010c), que contempla a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2012b); além de campanhas como as das Semanas de Aleitamento Materno (BRASIL, 2012c) e das Salas de Apoio à Amamentação (BRASIL, 2010d).

Para manter e ampliar os benefícios à saúde obtidos com o uso do aleitamento materno, a OMS recomenda a introdução da alimentação complementar aos 6 meses de idade de forma lenta e gradual, sem excluir a oferta do leite materno. Nesse momento, diferentemente de quando o leite materno por si só é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê, será necessário prover nutrientes a partir dos alimentos, os quais devem ser compostos por cereais, tubérculos, carnes ou ovos, leguminosas, vegetais e frutas (BRASIL, 2010a). É importante que a oferta de alimentos seja a mais natural possível, como recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), evitando ao máximo a oferta de doces, açúcar, bebidas açucaradas (como néctar e refrigerante), alimentos ultraprocessados, café, enlatados e frituras nos primeiros anos de vida, pois além de não serem saudáveis, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos. O uso do sal deve ser moderado, o leite de vaca não deve ser oferecido em crianças menores de um ano e o mel, que pode levar ao botulismo, não deve ser oferecido até 2 anos de idade (BRASIL, 2010a). No entanto, a prática da introdução alimentar precoce foi evidenciada na II Pesquisa de

Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal mostrou que cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%), sendo a prevalência de Porto Alegre de 24,9% e 31,8%, respectivamente, ou seja, maior que a média brasileira. Por outro lado, no período recomendado para a introdução de alimentos sólidos/semisólidos, 26,8% das crianças brasileiras entre 6 e 9 meses não recebiam comida salgada. Constatou-se também o consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças brasileiras de 9 e 12 meses. Novamente, Porto Alegre apresentou prevalências no consumo, especialmente, de refrigerante e bolachas e/ou salgadinhos acima da média nacional, sendo de 20,2% e 84,4%, respectivamente (BRASIL, 2009).

Tendo em vista os indicadores nutricionais e alimentares observados mundialmente e nacionalmente em relação à obesidade infantil, amamentação (especialmente exclusiva) e introdução alimentar, bem como a baixa cobertura do sisvan-web, faz-se necessário o presente trabalho a fim de identificá-los para o desenvolvimento de ações em saúde voltadas às necessidades específicas da população em estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A VAN consiste na descrição das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. O seu objetivo é apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local de agravos nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção (tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar), com o intuito de subsidiar o planejamento de ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas

esferas de gestão do SUS. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, a magnitude e a tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais. (BRASIL, 2012).

A VAN pode ser feita através da utilização de inquéritos populacionais, de chamadas nutricionais, da produção científica e do SISVAN (MANSON *et al.*, 1984). Esse último, por sua vez, operado na Atenção Básica em Saúde, é um dos principais Sistemas de Informação disponíveis no SUS. Na plataforma informatizada denominada SISVAN-Web é feito o registro dos dados de consumo alimentar e estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida, podendo então dessa forma cumprir-se com o objetivo da VAN acima descrito (BRASIL, 2012). Sua instituição foi em 1990, quando, por diversos motivos, os inquéritos populacionais, as chamadas nutricionais e a produção científica mostraram-se insuficientes para subsidiar as políticas públicas de saúde e nutrição (LEAL & BITTENCOURT, 1997).

No entanto, questiona-se atualmente a representatividade dos indicadores de alimentação e nutrição produzidos pelo SISVAN, pois para se produzir dados fidedignos com a realidade da população, esse precisa ser amplamente utilizado e alimentado pelas Unidades Básicas de Saúde dos municípios. O estudo de Jung e colaboradores, mostrou que a cobertura e os percentuais de utilização do SISVAN-Web no estado do RS estão abaixo do ideal. Em relação aos percentuais de utilização, apenas 324 de 496 municípios do RS o utilizam, correspondendo a um percentual de 65% no estado, sendo importante destacar que no estudo foram considerados utilizadores do sistema os municípios que realizaram acompanhamento nutricional de pelo menos um indivíduo (JUNG *et al.*, 2014).

Abaixo serão descritos os dados em relação ao estado nutricional e marcadores de consumo alimentar, que são de relevância da saúde da população, que devem ser registrados no SISVAN e que podem estar presentes na população em estudo, sendo, portanto, necessários para planejamento de ações em saúde.

OBESIDADE

A obesidade é um importante problema de saúde pública, que vem crescendo progressivamente ao longo dos anos, já sendo identificada como uma epidemia nutricional. De acordo com a OMS, a prevalência mundial da obesidade quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos apresentavam excesso de peso, dos quais 650 milhões eram obesos. Entre as crianças menores de 5 anos, 41 milhões de crianças estavam acima do peso e a tendência é que a sua incidência continue aumentando (WHO, 2017).

Assim como no mundo, no Brasil a obesidade também vem crescendo cada vez mais. Segundo dados do IBGE, mais de 50% da população adulta brasileira está acima do peso e, entre crianças em idade escolar, estaria em torno de 15%. A prevalência de excesso de peso na região Sul é a maior do Brasil, estando acima da média nacional em 56% para adultos e 35,9% para crianças até 9 anos de idade (IBGE, 2011). Em 2006, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher apontou uma prevalência de excesso de peso em relação à altura em crianças menores de 5 anos brasileiras de 7%, sendo na região Sul, novamente a maior do país, de 9% (BRASIL, 2008).

Esses dados epidemiológicos são relevantes, pois já está bem descrito na literatura que a obesidade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas comorbidades na população em geral, entre elas, dislipidemia, hipertensão, resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2, complicações cardiorrespiratórias e doenças cardiovasculares, as quais estão, por sua vez, associadas a um risco aumentado de mortalidade (BJORNTORP, 1990; HUBERT *et al.*, 1983; MANSON *et al.*, 1990, SCHMIDT, 2015; WYATT *et al.*, 2006). Segundo dados do Vigitel, as doenças crônicas respondem por 74% dos óbitos no Brasil (BRASIL, 2016). De acordo com a OMS, o sobrepeso e a obesidade estão mais associados a desfechos de mortalidade do que a desnutrição na maioria dos países (WHO, 2017).

Um dos maiores fatores condicionantes para esse cenário foi a mudança do consumo alimentar evidenciada mundialmente, e especialmente no Brasil, com a incorporação de alimentos industrializados, não só com elevada densidade calórica, mas também com baixo teor de nutrientes (IBGE, 2011). Por conta disso, estabeleceu-se um paradoxo nutricional, pois, embora tenha sido observado um aumento do excesso de peso no Brasil e no mundo, há, por outro lado, elevadas carências nutricionais em decorrência desse novo padrão alimentar - que leva ao ganho de peso, mas não necessariamente supre as necessidades nutricionais do indivíduo. Essa mudança perpassa todas as faixas etárias, inclusive em crianças menores de um ano de idade.

ALEITAMENTO MATERNO

Já está bem evidenciado na literatura a importância do aleitamento materno tanto para a mãe, quanto para o bebê, em decorrência dos seus inúmeros benefícios para a saúde (BRASIL, 2015b). Por conta disso, a OMS preconiza o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo nos primeiros seis meses exclusivo, ou seja, com a oferta apenas de leite materno, em livre demanda (WHO, 2007). Até os seis meses, o leite materno contém todos os nutrientes necessários para a saúde e para o desenvolvimento da criança, não sendo recomendado a oferta de outros alimentos e líquidos (BRASIL, 2010a).

Dentre os inúmeros benefícios estudados por diversos pesquisadores, os descritos no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde são: evita mortes infantis, devido a presença de componentes no leite que protegem contra infecções; evita e melhora a gravidade da diarreia; evita e melhora a gravidade de infecções respiratórias; diminui o risco de alergias, como à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes; diminuiu o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes tanto na criança, quanto na lactante; reduz a chance de obesidade; apresenta efeito positivo na inteligência e

desenvolvimento cognitivo; melhora o desenvolvimento da cavidade bucal por conta do exercício que a criança faz para retirar o leite da mama; protege contra câncer de mama da lactante; promove vínculo afetivo entre mãe e filho devido ao contato físico e olho a olho; entre outros (BRASIL, 2015b). Além disso, crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar, pois o leite materno oferece diferentes experiências de sabores e aromas (SULLIVAN & BIRCH, 1994). No entanto, apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante abaixo das recomendadas.

Há uma forte correlação inversa entre a amamentação aos 6 meses e o logaritmo do produto interno bruto per capita. Os países de baixa renda apresentam uma prevalência maior de amamentação em todas as idades, porém as taxas de amamentação exclusiva são insatisfatórias mesmo nestes países, em que apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas. As prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África Subsaariana, no Sul da Ásia e em partes da América Latina. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência de AME é inferior a 20% (VICTORA, 2016).

Segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros, a média brasileira de aleitamento materno até 12 meses é de 58,7%, sendo exclusivo de 41%. No RS, todos os municípios avaliados apresentaram prevalências de aleitamento até 12 meses (com exceção de Canoas) e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses inferiores à média nacional, sendo em Porto Alegre de 50,2% e 38,20%, respectivamente. A mesma pesquisa constatou introdução precoce de água, chás e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente – já no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a lactante, por isso não basta somente optar pelo aleitamento materno. Para

uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte dos profissionais de saúde, da sua família, da comunidade e de políticas sociais que subsidiem essa prática (JUSTO & GIUGLIANI, 2012). Por conta disso, das prevalências de AM e AME observadas no mundo, do acúmulo de conhecimentos científicos comprovando a importância do leite materno como alimento de proteção contra doenças e fator essencial ao crescimento e desenvolvimento saudável e por conta da constatação dos prejuízos advindos do desmame precoce, a OMS e o Fundo das Nações Unidas Para a Infância firmaram parcerias entre os diversos países visando à redução nas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

No Brasil, a primeira iniciativa aconteceu na década de 1980, com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2009). Depois dele, surgiram várias outras políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM, especialmente após a assinatura, em 1990, da Declaração de Innocenti, em encontro em Spedale degli Innocenti, na Itália, cujo objetivo entre outros, era reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas e proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento.

Em 1991 foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudassem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para o seu alcance, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, recomendações que devem ser seguidas por toda unidade que preste serviço de maternidade e cuidado neonatal (BRASIL, 2008b). Para amparar legalmente e complementar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, foi criada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), que regulariza a comercialização e o marketing realizados pelas indústrias de alimentos, mamadeiras e bicos, contribuindo para a proteção da amamentação. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, ainda, o programa Método Mãe Canguru,

o qual estimula o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê recém-nascido, contribuindo para aumentar o vínculo afetivo e, conseqüentemente, estimular o aleitamento materno. Isso colabora para a elevação das taxas de frequência, duração e precocidade do AM, além de reduzir a ocorrência de infecção hospitalar (BRASIL, 2002).

A partir da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs) (BRASIL, 2015a), cria-se, em 2012, a “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, cujo objetivo era o de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica (através da capacitação desses, por meio de atividades participativas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local) para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS (BRASIL, 2012b).

Outra iniciativa de destaque é a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), a qual passa a ser coordenado em 1999 pelo MS, com o apoio de Organismos Internacionais, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Hospitais Amigos da Criança, Sociedades de Classe e ONGs. A Aliança Mundial de Ação pró-Amamentação – WABA, fundada em 1991, criou no ano de 1992 a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) para promover a amamentação, bem como, as metas da “Declaração de Innocenti”. Ocorre em 120 Países e, oficialmente, é celebrada de 1 a 7 de agosto (BRASIL, 2012c).

Cabe salientar também a estratégia de apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) que consiste em criar em empresas públicas e privadas uma cultura de apoio e respeito a amamentação buscando promover a saúde da mulher e do seu bebê com benefícios diretos para a empresa e a sociedade, incentivando o cadastro de empresas no Programa Empresa Cidadã. A MTA tem por eixos a licença maternidade de 6 meses, creche no local de trabalho e salas de apoio à

amamentação, onde as nutrizes possam realizar a retirada do leite materno de maneira confortável, com privacidade e segurança durante o expediente, além de possuir um local refrigerado específico para guardar os recipientes. Além disso, toda empresa que possuir no seu quadro de funcionários mais de 30 mulheres acima dos 16 anos deverá ter uma creche apropriada para que as crianças fiquem alocadas durante todo o período de amamentação (BRASIL, 2010d). No entanto, a legislação brasileira disponibiliza como aparato legal de proteção ao aleitamento materno, a licença maternidade, a qual prevê apenas 120 dias (4 meses) de afastamento remunerado para as mães trabalhadoras (BRASIL, 2010e).

É previsto também o direito às grávidas de não serem demitidas sem justa causa, a partir do momento da confirmação da gestação até cinco meses após o parto, além de poderem contar com duas pausas diárias de trinta minutos destinados para amamentarem seus filhos até que estes completem seis meses de idade.

Mesmo sabendo que, para uma amamentação bem sucedida, o auxílio da família é fundamental, a Constituição garante a licença paternidade de apenas cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho, tendo esse o objetivo de fazer o registro civil do recém-nascido e organizar a chegada do bebê em casa apenas (BRASIL, 2010d).

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O MS recomenda que a introdução da alimentação complementar seja feita a partir de seis meses de idade. Nesse momento, o leite materno por si só não é mais capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê, sendo necessário prover nutrientes (como água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais) a partir de alimentos, os quais devem ser seguros, respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatar e valorizar os alimentos regionais, ser economicamente acessíveis e agradáveis à criança. Por volta dessa idade, a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição -como o reflexo

lingual-, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça -facilitando a alimentação oferecida por colher- e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. Também a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta (BRASIL, 2015b). Mesmo com a introdução de alimentos, deseja-se que o leite materno seja mantido até 2 anos ou mais, por isso a terminologia alimentação *complementar*, pois o leite ainda continua sendo uma fonte de nutrientes e compostos imunológicos importantes para a criança (BRASIL, 2010a).

De acordo com os 10 passos para uma alimentação saudável do MS, a introdução dos alimentos deve ser feita de forma lenta e gradual. Ao completar 6 meses de idade, a criança deve ser exposta à oferta de cereais, tubérculos, alimentos de origem animal (carnes ou ovos), leguminosas, verduras e frutas. É contraindicado que os alimentos sejam liquidificados ou peneirados. Basta cozinhá-los bem e amassá-los com o garfo, pois nessa idade as crianças já apresentam a gengiva suficientemente endurecidas, podendo realizar a trituração complementar dos alimentos (BRASIL, 2010a).

A partir dos 8 meses de idade, a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços (BRASIL, 2010a). Recomenda-se a oferta de alimentos cítricos, fontes de vitamina C, junto à refeição principal ou após a refeição para aumentar a absorção do ferro. A oferta de alimentos deve ser a mais natural possível, como recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), evitando ao máximo a oferta de doces, açúcar, bebidas açucaradas (como néctar e refrigerante), alimentos ultraprocessados, café, enlatados e frituras nos primeiros anos de vida, pois não são saudáveis, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos (BRASIL, 2010a). Não se deve oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética

do tipo sopas, caldos e sucos. A criança deve receber alimentos quando demonstrar fome. Horários rígidos para a oferta de alimentos prejudicam a capacidade da criança de distinguir a sensação de fome e de estar satisfeito após a refeição. No entanto, é importante que o intervalo entre as refeições seja regular de 2 a 3 horas (BRASIL, 2010a).

O MS recomenda também que a criança menor de 1 ano de idade não seja exposta ao consumo de leite de vaca, pois é um dos principais alimentos implicados no desenvolvimento de alergias alimentares; altera a taxa metabólica durante o sono de crianças amamentadas, podendo esse fato estar associado com a “programação metabólica” e o desenvolvimento de obesidade (HAISMA, 2005); apresenta quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais e elevada quantidade de sódio, de cloretos, de potássio, de fósforo e de proteína, sendo essa a caseína, de difícil digestão para a espécie humana (CASTILHO, 2010). No entanto, é um alimento de baixo custo quando comparado às fórmulas infantis disponíveis no mercado, podendo ser o único alimento disponível às famílias, por isso é importante que os profissionais de saúde orientem os cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura, quando esgotadas todas as possibilidades de relactação para manutenção do aleitamento materno e impossibilidade financeira para aquisição de fórmula.

O consumo de mel deve ser evitado no primeiro ano de vida, pois pode conter esporos de *Clostridium botulinum*, que podem levar ao botulismo, devido às condições apropriadas no intestino da criança para germinação e produção da toxina. Os alimentos em conserva, como palmito e picles, e os alimentos embutidos, como salsichas, salames, presuntos e patês, também constituem fontes potenciais de contaminação por esporos de *C. botulinum* e devem ser evitados (BRASIL, 2010a).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal mostrou que, no Brasil, cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%), sendo a

prevalência de Porto Alegre de 24,9% e 31,8%, respectivamente, ou seja, maior que a média brasileira. Por outro lado, no período recomendado para a introdução de alimentos sólidos/semissólidos, 26,8% das crianças brasileiras entre 6 e 9 meses não recebiam comida salgada. Constatou-se também o consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses. Novamente, Porto Alegre apresentou prevalências no consumo, especialmente, de refrigerante e bolachas e/ou salgadinhos acima da média nacional, sendo de 20,2% e 84,4%, respectivamente (BRASIL, 2009).

Segundo o estudo de Leathwood e Maier, os sabores experimentados nos primeiros meses de vida e uma vez que o alimento se torna familiar nessa fase, parece que a preferência se perpetua, podendo influenciar as escolhas alimentares subsequentes (LEATHWOOD & MAIER, 2005). Nesse sentido, é de extrema importância que, na hora certa, a criança seja apresentada a alimentos in natura e minimamente processados com a presença de todos os grupos alimentares supracitados, especialmente frutas e verduras variadas, a fim de proporcionar uma alimentação nutricionalmente rica e balanceada para o bom desenvolvimento da criança (BRASIL, 2014).

O aleitamento materno subótimo e a alimentação complementar inadequada estão intimamente relacionados à morbimortalidade de crianças (WHO, 2009). Assim torna-se de suma importância o investimento em ações que visem incentivar a promoção da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, promovendo o aumento da prevalência do aleitamento materno e a melhoria dos indicadores de alimentação e de nutrição em crianças nessa faixa etária (BRASIL, 2015a).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

Avaliar o perfil alimentar e nutricional de crianças de 0 a 12 meses de idade do território de abrangência da equipe 1 da Estratégia Saúde da Família cadastradas na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Descrever as características sociodemográficas e econômicas da população;
- Descrever os indicadores de aleitamento materno;
- Identificar o consumo de alimentos das crianças;
- Realizar a avaliação antropométrica das crianças;
- Identificar variáveis de gestação e de nascimento.

4 RESULTADOS

ARTIGO

4.1 INTRODUÇÃO:

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. O seu objetivo é subsidiar o planejamento de ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A VAN pode ser feita através da utilização de inquéritos populacionais, de chamadas nutricionais, da produção científica e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esses, por sua vez, farão o levantamento de marcadores de consumo alimentar e de agravos nutricionais (BRASIL, 2012).

Abaixo serão descritos os dados em relação ao estado nutricional e marcadores de consumo alimentar, que são de relevância da saúde da população,

que devem ser registrados no SISVAN e que podem estar presentes na população em estudo, sendo, portanto, necessários para o planejamento de ações em saúde.

A obesidade é um importante problema de saúde pública, que vem crescendo progressivamente ao longo dos anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 50% da população adulta brasileira está acima do peso e, entre crianças, a prevalência estaria em torno de 15%. A prevalência de excesso de peso na região Sul é a maior do Brasil, estando acima da média nacional, atingindo em torno de 56% dos adultos e 35,9% das crianças até 9 anos de idade (IBGE, 2011). Esses dados epidemiológicos são relevantes, pois já está bem descrito na literatura que a obesidade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas comorbidades na população em geral, as quais estão, por sua vez, associadas a um risco aumentado de mortalidade (BJORNTORP, 1990; HUBERT et al., 1983; MANSON et al., 1990, SCHMIDT, 2015; WYATT et al., 2006). Um dos maiores fatores condicionantes para esse cenário foi a mudança do consumo alimentar evidenciada mundialmente, e especialmente no Brasil, com a incorporação de alimentos industrializados com baixo teor de nutrientes e elevada densidade calórica (IBGE, 2011).

Em relação ao aleitamento materno (AM), a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza por dois anos ou mais, devido a seus inúmeros benefícios, e exclusivamente (oferta apenas de leite materno) nos primeiros seis meses, pois contém todos os nutrientes necessários para a saúde e para o desenvolvimento da criança, não sendo necessário a oferta de outros alimentos ou líquidos (WHO, 2007; BRASIL, 2015b). No entanto, as prevalências de AM no mundo, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas. Os países de baixa renda apresentam uma prevalência maior de amamentação em todas as idades, porém as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) são insatisfatórias mesmo nestes países, em que apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas. Já na maioria dos países de alta renda, a prevalência de AME é inferior a 20% (VICTORA, 2016). A média brasileira de AM até 12 meses

é de 58,7%, sendo exclusivo até 6 meses de 41%. No Rio Grande do Sul (RS), todos os municípios avaliados apresentaram prevalências de aleitamento até 12 meses (com exceção de Canoas) e aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses inferiores à média nacional. Em Porto Alegre 50,2% das crianças com até 12 meses de idade são amamentadas e, 38,2% das menores de 6 meses recebem aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2010b).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a lactante, por isso não basta somente optar pelo aleitamento materno. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte dos profissionais de saúde, da sua família, da comunidade e de políticas sociais que subsidiem essa prática (JUSTO & GIUGLIANI, 2012). Por conta disso, das prevalências de AM e AME observadas no mundo, do acúmulo de conhecimentos científicos comprovando a importância do leite materno como alimento de proteção contra doenças e fator essencial ao crescimento e desenvolvimento saudável e por conta da constatação dos prejuízos advindos do desmame precoce, a OMS e o Fundo das Nações Unidas Para a Infância firmaram parcerias entre os diversos países visando à redução nas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a primeira iniciativa aconteceu na década de 1980, com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981 (BRASIL, 2009). Depois dele, surgiram várias outras políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM; dentre elas, destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2008b); a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), tornando-se a Lei 11.265/2006 (BRASIL, 2007); o Método Mãe Canguru (BRASIL, 2002); a Rede Cegonha (BRASIL, 2010c), que contempla a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2012b); além de campanhas como as das Semanas de Aleitamento Materno (BRASIL, 2012c) e das Salas de Apoio à Amamentação (BRASIL, 2010d).

Para manter e ampliar os benefícios à saúde obtidos com o uso do aleitamento materno, a OMS recomenda a introdução da alimentação complementar aos 6 meses de idade de forma lenta e gradual, sem excluir a oferta do leite materno. Nesse momento, diferentemente de quando o leite materno por si só é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê, será necessário prover nutrientes a partir dos alimentos, os quais devem ser compostos por cereais, tubérculos, carnes ou ovos, leguminosas, vegetais e frutas (BRASIL, 2010a). É importante que a oferta de alimentos seja a mais natural possível, como recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), evitando ao máximo a oferta de doces, açúcar, bebidas açucaradas (como néctar e refrigerante), alimentos ultraprocessados, café, enlatados e frituras nos primeiros anos de vida, pois além de não serem saudáveis, tiram o apetite da criança e competem com os alimentos nutritivos. O uso do sal deve ser moderado, o leite de vaca não deve ser oferecido em crianças menores de um ano e o mel, que pode levar ao botulismo, não deve ser oferecido até 2 anos de idade (BRASIL, 2010a). No entanto, a prática da introdução alimentar precoce foi evidenciada na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal mostrou que cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%), sendo a prevalência de Porto Alegre de 24,9% e 31,8%, respectivamente, ou seja, maior que a média brasileira. Por outro lado, no período recomendado para a introdução de alimentos sólidos/semissólidos, 26,8% das crianças brasileiras entre 6 e 9 meses não recebiam comida salgada. Constatou-se também o consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças brasileiras de 9 e 12 meses. Novamente, Porto Alegre apresentou prevalências no consumo, especialmente, de refrigerante e bolachas e/ou salgadinhos acima da média nacional, sendo de 20,2% e 84,4%, respectivamente (BRASIL, 2009).

Tendo em vista os indicadores nutricionais e alimentares observados mundialmente e nacionalmente em relação à obesidade infantil, amamentação

(especialmente exclusiva) e introdução alimentar, bem como a baixa cobertura do sisvan-web, faz-se necessário o presente trabalho, cujo objetivo é avaliar o perfil alimentar e nutricional de crianças de 0 a 12 meses de idade do território de abrangência da equipe 1 da Estratégia Saúde da Família cadastradas na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília para o desenvolvimento de ações em saúde voltadas às necessidades específicas da população em estudo.

4.2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, em que foram incluídas todas crianças de 0 a 12 meses de idade residentes do território de abrangência da equipe 1, cadastradas na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília situada no município de Porto Alegre/RS, no período de março à setembro de 2018.

O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução número 466, de 2012 (BRASIL, 2013). O protocolo do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, RS, Brasil e aprovado sob número 027028. Os envolvidos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I) para utilização de dados.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários. O primeiro questionário continha variáveis acerca da gestação, do nascimento, das condições clínicas e do desenvolvimento da criança, bem como de fatores sociodemográficos e econômicos da família (anexo II) utilizando questões da Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento do Programa Pré-Nenê, que é um Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no primeiro ano de vida estruturado no município de Porto Alegre implantado em todos os serviços da rede básica. O segundo questionário continha as questões utilizadas no SISVAN, com perguntas sobre as práticas de aleitamento materno, introdução de alimentos, cuidados gerais

e com a alimentação da criança (anexo III). Os questionários foram aplicados pela nutricionista no local de moradia das famílias ou na própria UBS Santa Cecília.

Foi realizada a categorização do aleitamento materno em “adequado” ou “não adequado” com base nas recomendações da OMS, da seguinte forma:

1. Aleitamento Materno (AM) não adequado à recomendação: crianças que nunca foram amamentadas ou aquelas que foram por menos de um ano.
2. Aleitamento Materno (AM) adequado à recomendação: crianças que estavam em AM no momento da coleta do dado.
3. Aleitamento Materno Exclusivo (AME) não adequado à recomendação: crianças que nunca foram amamentadas exclusivamente ou que foram amamentadas exclusivamente por um período menor de seis meses;
4. Aleitamento Materno Exclusivo (AME) adequado à recomendação: crianças que estavam em AME no momento da coleta do dado e que tinham até 6 meses ou que ficaram em AME até 6 meses.

Foi realizada a categorização do período de introdução de alimentos em “adequado” ou “não adequado” com base nas recomendações do MS, da seguinte forma:

1. Não adequado à recomendação: período de oferta em idade inferior à 6 meses ou maior de 7 meses de idade;
2. Recomendado: período de oferta entre 6 e 7 meses de idade.

Para bebida adoçada, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos salgados, doces e guloseimas, embutidos, mingau, iogurte e bebida láctea, foi considerado não recomendado a sua oferta, independentemente da idade.

Foram realizadas as medidas de peso (kg) e de estatura (cm) das crianças conforme as técnicas preconizadas pela OMS (1995) e Ministério da Saúde (2011). A partir do peso e da estatura foi realizado o cálculo de índice de massa corporal (IMC) e a classificação do estado nutricional conforme percentil e escore z, através da utilização software Anthro® versão 1.0.4, o qual utiliza pontos de corte da OMS

(2006) de peso Peso-para-idade (P/I), Peso-para-estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade.

Nos casos em que foram identificadas situações que envolveram risco nutricional, ao final da coleta de dados, os participantes foram orientados quanto ao manejo alimentar de acordo com recomendações da literatura científica e do Ministério da Saúde e, quando pertinente, foram orientados a procurarem a equipe de saúde/serviços da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA. Além disso, a equipe de saúde foi informada a fim de pensar em conjunto e realizar os encaminhamentos cabíveis. Os dados foram digitados em planilhas do programa Excel para constituição do banco.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da coleta do estudo houveram 29 crianças com idade entre 0 a 12 meses de idade cadastradas no território de abrangência da equipe 1 da UBS Santa Cecília. Dessas, 20 crianças foram incluídas e 9 não foram incluídas por não residirem mais na área, apesar de ainda estarem cadastradas na Unidade.

As variáveis acerca da gestação, do nascimento, de fatores sociodemográficos e econômicos da família, estão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das variáveis acerca da gestação, do nascimento, fatores sociodemográficos e econômicos da família.

	n	%
Sexo		
Feminino	7	35
Masculino	13	65
Idade no momento da coleta (meses)		
0 a 5	7	35
6 a 7	3	15

	8 a 12	10	50
Consultas pré-natal (número)			
	0 a 2	0	0
	3 a 5	0	0
	6 ou mais	20	100
Duração da gestação (semanas)			
	<37	2	10
	≥37	18	90
Tipo de parto			
	Cesárea	12	60
	Vaginal	8	40
Peso ao nascer (g)			
	< 2500	1	5
	≥2500	18	90
	≥ 4000	1	5
Hospitalização nos últimos 2 meses			
	Sim	1	5
	Não	19	95
Idade materna (anos)			
	< 18	0	0
	18 a 39	18	90
	≥ 40	2	10
Escolaridade materna			
	Ensino fund. incompleto	6	30
	Ensino fund. completo	2	10
	Ensino médio completo	11	55
	Ensino superior	1	5
	Pós graduação	0	0
Renda per capita (SM)			
	< 1	12	60
	1	4	20
	2	3	15
	3	1	5
Benefício de renda mínima			
	Sim	7	35
	Não	13	65

Filhos morando junto(número)		
Nenhum	5	25
> 3 filhos	1	5
3 ou menos	14	70

Em relação ao pré-natal, observa-se que todas as mães das crianças o realizaram e tiveram um número de consultas igual ou superior a 6, estando de acordo com o preconizado pelo MS (BRASIL, 2006). Esta não é a realidade constatada para a maioria das populações e regiões brasileiras. Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, realização incompleta dos procedimentos preconizados, bem como número inadequado de consultas, o que, por sua vez, afeta sua qualidade e efetividade (COIMBRA *et al.*, 2003; COUTINHO *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2012).

A última Pesquisa Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, revelou 80,9% de cobertura pré-natal com seis ou mais consultas, no entanto, essa pesquisa é baseada na entrevista com as mulheres, sem verificação do cartão de pré-natal (BRASIL, 2009b). O estudo de Viellas *et al.*, analisou a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados no Brasil através da realização de entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar do pós parto e extraídos seus dados do prontuário e dos cartões de pré-natal. Esse estudo verificou que apenas 73,1% das mulheres tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto (VIELLAS *et al.*, 2014), dados também observados em outros estudos nacionais (ANDREUCCI *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2004; COUTINHO *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2009; SERRUYA *et al.*, 2004). Na região Sul do país a prevalência esteve em 77,8%, um pouco acima da média nacional. No Sul também foi verificado que a proporção de mulheres com início precoce do pré-natal e com número suficiente de consultas foi menor em puérperas com menor escolaridade, em adolescentes e mulheres de raça/cor preta e

indígenas. Além disso, o estudo mostrou que a maioria das consultas foi realizada em serviços públicos, principalmente em Unidades de Atenção Básica (89,6% versus 10,4% em ambulatórios de unidades hospitalares), sendo a realização do pré-natal nesses serviços mais frequente na população supracitada. Já entre as mulheres com maior escolaridade, a atenção pré-natal foi realizada quase que exclusivamente em serviços privados (VIELLAS *et al.*, 2014).

No presente estudo, em relação à escolaridade materna, observa-se que a maioria das mães das crianças tinham ensino médio completo, no entanto um número expressivo não possuíam nem o ensino fundamental completo e apenas uma mãe possuía ensino superior. Mais da metade das usuárias, por sua vez, recebiam menos que um salário mínimo, sendo que, do total de entrevistadas, apenas um terço recebiam auxílio financeiro, nesse caso vinculadas ao Programa Bolsa Família. Apenas uma entrevistada recebia mais de 3 salários mínimos, sendo que essa possuía ensino superior.

Diversos estudos relacionam o baixo grau de escolaridade à baixa renda per capita, assim como relacionam a baixa escolaridade e a pobreza com piores indicadores de consumo alimentar, de assistência e de acesso à saúde, incluindo, assistência pré-natal, como já demonstrado acima (BARROS, 2017; BARROS *et al.*, 1993; BRAGA *et al.*, 2009; HOFFMANN, 2002; LEMOS, 2009; MARCIO *et al.*, 2010; OLIVEIRA, 2001; REIS e RAMOS, 2011; SOARES e SERGEI, 2002; SCHWARTZMAN e SIMON, 2000). No entanto, desde a incorporação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), houve a melhoria do acesso à saúde, especialmente da população com maior vulnerabilidade econômica e social (MALTA *et al.*, 2016).

No presente estudo, as entrevistadas residiam quase exclusivamente em pontos de maior vulnerabilidade econômica da área de abrangência do território da equipe 1 de Estratégia de Saúde da Família e não tinham outra forma de acesso à saúde além do SUS, evidenciando a importância da ESF como forma de reduzir iniquidades em saúde e ampliação da cobertura de saúde da população. Da mesma

forma que os programa e benefícios sociais, como o Programa Bolsa Família, cujo objetivo, entre outros, é a redução da pobreza e da desigualdade econômica e social (BRASIL, 2004).

Observa-se que mais da metade das crianças incluídas no presente estudo nasceram de parto cesárea. As cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (VOGEL *et al.*, 2015; YE *et al.*, 2014). Em 2015, um estudo de Vogel *et al.*, demonstrou que a média de partos cesáreas nos países com muito alto e alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), incluindo Japão, Argentina, México, Peru, Equador, Sri Lanka e Brasil, foi de 40%. A média percentual de partos cesáreos nos países com baixo IDH foi de 20,3%, a qual, embora seja menor, ainda está acima da média recomendada pela OMS.

No Brasil, o número de cesáreas esteve em aumento progressivo, tendo chegado a 57% em 2014 (BRASIL, 2018). Considerando apenas partos no SUS, o número de partos vaginais é maior, sendo 59,8% e 40,2% de cesarianas (VOGEL *et al.*, 2015). O MS publicou os dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, que demonstraram que o número de cesáreas caiu 1,5 pontos percentuais em 2015, chegando a 55,5% e tem se mantido estável desde então.

De acordo com o MS, a estabilização das cesarianas é consequência de uma série de medidas, incluindo a implementação da Rede Cegonha, com investimentos em 15 Centros de Parto Normal, a qualificação das maternidades de alto risco, a maior presença de enfermeiras obstétricas na cena parto, a ação da Agência Nacional de Saúde (ANS) junto às operadoras de planos de saúde com estratégia Parto Adequado, entre outras. No entanto, essa taxa de cesáreas está muito acima da recomendada pela OMS, a qual considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos (WHO, 2015), e posiciona o Brasil como sendo o segundo país que mais realiza esse procedimento no mundo, perdendo somente para República Dominicana.

Quando realizadas por motivos médicos, as cesáreas podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal (HANNA *et al.*, 2000), porém, quando não indicado corretamente, traz inúmeros riscos, como as observadas em qualquer cirurgia, grande risco de morte materna e infantil e aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (LUMBIGANON *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2010; VILLAR *et al.*, 2007). Além disso, as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos (GIBBONS *et al.*, 2012; MI e LIU, 2014; CONNOLLY, 2014).

Nenhuma criança do estudo apresentava malformação congênita ou doença que interferissem no crescimento e/ou desenvolvimento.

Em relação à frequência das crianças em escolas de educação infantil (EEI), apenas um quarto (n=5; 25%) frequentavam a escola e permaneciam durante dois turnos. Dessas, mais da metade consumiam, além das refeições oferecidas na escola, alimentos levados de casa. As demais crianças (n = 15; 75%) não frequentavam EEI, sendo que dessas 9 tinham de 0 a 6 meses e 6 mais de 6 meses.

Sobre as perguntas acerca dos cuidados gerais e com a alimentação da criança, a maioria das crianças (n = 15; 75%) tinham como cuidador principal a mãe. No entanto, 5 entrevistados não souberam referir a existência de um único responsável pelos cuidados gerais da criança, e sim, de dois cuidadores principais, sendo 4 deles o pai e a mãe e 1 a mãe e a avó. Embora o estudo tenha apresentado a presença da figura masculina como co-responsável nos cuidados gerais da criança, a presença da figura feminina e materna esteve sempre presente e ainda é muito expressiva nos cuidados com a criança. Isso se reafirma nos resultados em relação aos cuidados com a alimentação da criança em que apenas dois dos entrevistados referiram que os responsáveis pelo cuidado com a alimentação seriam a mãe e o pai, sendo os demais a responsabilidade da mãe e/ou da avó (n=12).

As variáveis acerca da prática de aleitamento estão descritas na tabela 2, a seguir.

Tabela 2: Distribuição das variáveis acerca da prática de aleitamento:

	n	%
Aleitamento Materno (AM)		
Não adequado	5	15
Adequado	15	75
Aleitamento materno exclusivo (AME)		
Não adequado	11	55
Adequado	9	45
Preparação do leite		
Diluição padrão	5	25
Outra diluição	2	10
Não se aplica	13	65
Desconforto materno durante a amamentação		
Sim	1	5
Não	14	70
Não se aplica	5	25
Outro tipo de leite ofertado		
Não	11	55
Leite de vaca	3	15
Fórmula infantil	6	30
Preparação do leite		
Diluição padrão	5	25
Outra diluição	2	10
Não se aplica	13	65
Acréscimo de ...		
Óleo	0	0
Açúcar	0	0
Farinhas	1	5
Água	0	0
Achocolatado em pó	0	0
Mel	1	5

Nada	8	40
Não se aplica	11	55

Sabe-se que as taxas de AME são insatisfatórias mundialmente, tanto em países de baixa renda como nos de alta renda. Em termos de desigualdades, a amamentação é um dos poucos comportamentos positivos de saúde que é menos prevalente nos países de alta renda do que nos países de baixa renda mas, mesmo assim, nesses países, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas. Da mesma forma, esse padrão é observado nas mães com maior renda, em que a prevalência de amamentação é maior, tanto entre como dentro dos países, diferentemente do observado em outras variáveis de saúde. Sugere-se que esses padrões de amamentação estão contribuindo para a redução das disparidades em saúde entre crianças ricas e pobres em países de renda baixa e média, que seriam ainda maiores na ausência da amamentação. Por outro lado, observa-se uma tendência crescente da prevalência do AME com o aumento da escolaridade materna (VICTORA, 2016).

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, realizada em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisou a evolução dos indicadores de AME em crianças de 0 a 4 meses e AME em crianças de 9 a 12 meses de idade no período de 1999 a 2008 e observou aumento da prevalência de AME em crianças no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. Na região Sul, de 41,1%, em 1999, para 53,6%, em 2008 sendo em Porto Alegre as menores prevalências da Região, de 38,4%, em 1999, para 46,2% em 2008. Em relação à duração média, notou-se um aumento de AME na população brasileira com elevação de um mês, passando de 23,4 para 54,1 dias, demonstrando um avanço positivo na incidência dessa prática. A comparação do percentual de crianças de 9 a 12 meses amamentadas em 1999 e 2008 (indicador da continuidade do aleitamento materno no final do primeiro ano de vida) mostra aumento no conjunto das capitais brasileiras e DF, passando de 42,4%, em 1999, para 58,7%, em 2008. Em relação à duração média, notou-se que a prevalência do AM passou

de 295,9 para 341,6 dias, havendo um aumento de aproximadamente 45 dias (BRASIL, 2009).

Apesar da melhoria da situação do AM e AME em crianças de 0 a 4 meses de idade no período analisado, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS de AME até o sexto mês de vida e de manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais e isso é dificultado pela legislação brasileira, a qual permite licença maternidade por apenas 120 dias (4 meses). O estudo de Victora *et al.*, observou o predomínio do AME e AM entre as mulheres que estavam em licença-maternidade no momento da pesquisa, evidenciando a importância da legislação para garantia dessa prática conforme preconizado pela OMS e MS (VICTORA, 2016).

A prevalência do AME em menores de 6 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, na Região Sul e em Porto Alegre, foi de 41,0%, 43,9% e 38,2% (menor que a média brasileira e a maior prevalência da Região Sul do país), respectivamente. A duração mediana de AME no país foi de 54,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2009). Nosso estudo observou que quase metade das crianças foram classificadas como “não adequado” em relação ao AME, pois 4 delas foram amamentadas exclusivamente até 5 meses, outras 4 crianças nunca foram amamentadas exclusivamente e 1 criança foi amamentada exclusivamente por apenas 1 mês. Das crianças que foram classificadas como “adequado”, 4 delas estavam em AME no momento da coleta, no entanto, dessas, 5 tinham apenas entre 0 a 3 meses e uma 4 meses de idade.

Em relação a AM em crianças de 9 a 12 meses de idade, no conjunto das capitais brasileiras e DF, na Região Sul do país e em Porto Alegre foi de 58,7%, 49,5% (pior situação do Brasil), e 50,19%, respectivamente. A duração mediana de AM no país foi de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009). Já nosso estudo, em relação ao AM, demonstrou que a maioria (75%) das crianças foi classificada como “adequado”, o que significa que estavam sendo amamentadas no momento da coleta, e por isso, estavam de acordo com a recomendação da OMS, a qual

preconiza que o AM ocorra por dois anos ou mais (WHO, 2007). No entanto, dessas, 7 crianças tinham apenas de 0 a 4 meses de idade, não podendo se garantir que permaneceriam em AM após essa idade.

O estudo de Campagnolo et al. que investigou a adequação das práticas alimentares no primeiro ano de vida em Porto Alegre (RS) de 1087 crianças, verificou a prevalência de AME de 47,1% entre as crianças com até quatro meses de vida e de 21,4% entre as crianças entre quatro e seis meses (Campagnolo *et al.*, 2012), evidenciando taxas de prevalência menores que a observada no presente estudo.

O acréscimo de qualquer ingrediente com a finalidade de espessar ou adoçar o leite não é recomendado, no entanto observou-se que uma criança fazia uso de mel nas mamadeiras e outra de farinha como apresentado na tabela 2.

As variáveis acerca da oferta de alimentos estão descritas na tabela 3, a seguir.

Tabela 3: Distribuição das variáveis acerca da oferta de alimentos.

	Introdução por alimento			
	Não adequado		Adequado	
	n	%	n	%
Água	5	25	15	75
Chá	4	20	16	80
Bebida adoçada (refrigerante, suco em pó ou néctar)	5	25	15	75
Frutas	7	35	13	65
Legumes e Verduras	3	15	9	45
Carnes e ovos	2	10	18	90
Leguminosas (feijões, lentilha, grão de bico)	2	10	18	90
Carboidratos (aipim, batata, nhamé, arroz, polenta..)	3	15	17	85
Pão/bolacha	9	45	11	55
Macarrão instantâneo / salgadinhos de pacote	5	25	15	75

Hamburguer / embutidos (presunto, mortadela, patê, salsicha, linguiça, salame..)	2	10	18	90
Iogurte bebida láctea	5	25	15	75
Doces/guloseimas/açúcar	4	20	16	80
Mingau	3	15	17	85

Apesar de o MS recomendar que crianças menores de 1 ano de idade não sejam expostas ao consumo de leite de vaca, mais da metade das crianças no presente estudo o consumiam puro, como demonstrado na tabela 2, ou utilizando-o como acréscimo no mingau ou, ainda, através do iogurte, como demonstrado na tabela 3. Saldan *et al.*, avaliou o consumo de leites em 935 crianças de menores de um ano de idade, residentes em uma cidade do Paraná e verificou um consumo de leite de vaca entre as crianças menores de 6 meses e entre 6 e 11 meses de idade de 29,6 e 74,2%, respectivamente. A menor escolaridade materna e menor renda materna estiveram associadas à maior prevalência de consumo de vaca (SALDAN *et al.*, 2017).

A oferta de refrigerante, suco ultraprocessado em pó, néctar, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, doces, açúcar, guloseimas, embutidos, não é recomendada em nenhum momento na faixa etária do grupo estudado. No entanto, 4 crianças consumiram doces/guloseimas/açúcar, sendo que 3 delas tinham apenas 6 meses de idade. Uma criança consumiu com apenas 4 meses de idade salgadinho de pacote, as demais já com 6 meses de idade havia consumido ou salgadinho de pacote ou macarrão instantâneo. Das 5 crianças que consumiram alguma bebida açucarada, 4 tinham apenas 6 meses de idade. Das 2 crianças que consumiram algum alimento do grupo dos embutidos, 1 delas tinha apenas 6 meses de idade.

O estudo recente de Dellazen *et al.*, observou que a prevalência de introdução de alimentos não recomendados foi de 47,8%. Em relação à introdução de açúcar, 35,5% das crianças o receberam antes dos quatro meses de idade. A prevalência de introdução de biscoito doce e de gelatina antes do sexto mês de vida da criança foi de 20,4% e 13,8%, respectivamente (DELLAZEN *et al.*, 2018). O

estudo de Jaime *et al* que avaliou o consumo alimentar não saudável de crianças menores de dois anos, verificou prevalência de consumo de biscoitos, bolacha ou bolo no Brasil de 60,8%, tendo a região Sul apresentado prevalência similar de 60,4%. Já em relação ao consumo de refrigerantes ou suco artificial, a prevalência foi de 32,3% no Brasil, sendo a da região Sul a maior do país de 38,5%. Esses achados vão ao encontro do verificado na II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, em que Porto Alegre apresentou prevalência no consumo de refrigerante de 20,2%, enquanto que a prevalência brasileira foi de 11,6%. Nesse estudo, ainda, verificou-se o consumo de salgadinhos de pacote e/ou bolachas. Novamente Porto Alegre apresentou prevalência sobre o consumo desses alimentos acima da média nacional, tendo sido de 84,4% e 71,7%, respectivamente. No presente estudo, todos esses alimentos entraram no grupo dos doces/guloseima/açúcar, com exceção da bolacha e do salgadinho de pacote.

Sabe-se que a criança tem preferência inata pelo sabor doce. A sua exposição precoce aumenta ainda mais a preferência por estes alimentos, a qual pode se prolongar até a vida adulta e comprometer o consumo de alimentos que compõem uma alimentação saudável e equilibrada, como hortaliças, carnes e frutas, fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento da criança (BIRCH, 1998). Além disso, são nutricionalmente desnecessários e deletérios à saúde, ainda nos primeiros anos de vida, podendo se estender à vida adulta (PEARCE *et al.*, 2013).

Um dos aspectos que pode estar relacionado à prática de introdução de alimentos não recomendados ainda no primeiro ano de vida da criança, consiste na falta de orientações nutricionais aos cuidadores por parte dos profissionais de saúde (SOTERO, *et al.*, 2015). E, quando essas orientações ocorrem, muitas vezes estão equivocadas (MAIS, *et al.*, 2014), tendo como base apenas as experiências práticas e vivências pessoais, desconsiderando as diretrizes fundamentadas em evidências (SZUCS, *et al.*, 2009). Além disso, é importante destacar a influência da publicidade direcionada a esses alimentos, utilizando-se de estratégias persuasivas, veiculadas

principalmente pela mídia televisiva, associando o consumo de alimentos de baixo valor nutricional ao bem-estar, energia, prazer e saúde da criança e utilizando rotulagem que atraem a atenção das crianças e com o uso de linguagem complexa e de difícil visualização e compreensão que induzem o consumidor a não se apropriar das informações nutricionais disponíveis na rotulagem (Secretaria de Comunicação Social, 2014).

Um estudo que avaliou a efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil, observou que a estratégia resultou em menor consumo de alimentos considerados não saudáveis, sobretudo refrigerante/suco industrializado e comida industrializada, apesar de não ter apresentado maior consumo de frutas, legumes, verduras e alimentos com consistência adequada para a idade. Isso mostra a importância dos esforços e investimentos governamentais em políticas públicas direcionadas às ações de prevenção e educação nutricional (BALDISSERA, *et al.*, 2016).

O estudo de Dellazen *et al.*, publicado recentemente, identificou associação entre a menor escolaridade materna e a menor renda mensal familiar com a introdução de alimentos não recomendados na alimentação infantil antes do primeiro ano de vida (DELLAZEN, 2018), achados observados também em outros estudos (CAMPAGNOLO *et al.*, 2012; TOLONI, *et al.*, 2011). Resultados com dados do *Infant Feeding Practices Study II* mostraram que as mães com menor escolaridade apresentaram maior probabilidade de realizar oito das 14 práticas não saudáveis de introdução alimentar avaliadas, incluindo a oferta de alimentos de baixo valor nutricional à criança (FEIN, *et al.*, 2008). Estudos nacionais mostraram que crianças filhas de mães de menor nível educacional são mais propensas a consumirem alimentos como biscoitos, salgadinhos e refrigerantes (CAMPAGNOLO *et al.*, 2014; SALDIVA *et al.*, 2014). Diante desse contexto desfavorável, o aconselhamento nutricional às mães, principalmente em população de baixo nível socioeconômico, parece ser uma opção eficaz na redução do consumo de alimentos não

recomendados para crianças nos primeiros anos de vida (VÍTOLO *et al.*, 2012). Para tanto, a capacitação de profissionais da saúde atuantes na atenção básica parece melhorar a qualidade das orientações sobre alimentação da criança às mães (PELTO *et al.*, 2004) e, conseqüentemente, tem efeitos positivos sobre as práticas maternas relacionadas ao aleitamento materno e à introdução da alimentação complementar (ZAMAN *et al.*, 2008; VAZIR *et al.*, 2013; VÍTOLO *et al.*, 2014).

Pode-se atribuir inadequações da alimentação complementar de crianças pertencentes a famílias de baixa renda à maior disponibilidade e acessibilidade desses tipos de alimentos pelas famílias de menor poder aquisitivo (DARMON e DREWNOWSKI, 2008). De modo geral, alimentos com alto grau de processamento estão facilmente disponíveis em pequenos mercados de localidades distantes dos grandes centros (DURAN *et al.*, 2015) e com preço por caloria relativamente baixo em relação a alimentos mais nutritivos e perecíveis, como frutas, hortaliças e carnes frescas, tornando-os mais acessíveis a populações economicamente desfavorecidas (DARMON e DREWNOWSKI, 2008; MULLIE *et al.*, 2010) e vantajosos em relação à oferta de energia.

Sobre o consumo de frutas, legumes, verduras, leguminosas, cereais ou tubérculos, carnes e ovos, a recomendação do MS é de que esses sejam ofertados a partir de 6 meses de idade. Das 12 crianças que haviam iniciado a oferta de frutas, metade delas iniciaram aos 5 meses de idade. As demais introduziram entre 6 e 7 meses e uma aos 4 meses de idade. Já as verduras e legumes foram introduzidas um pouco mais tarde. Das 11 crianças que haviam introduzido algum alimento desses grupos, mais da metade introduziu aos 6 e 7 meses, o que vai ao encontro da recomendação usual de profissionais da saúde, que em sua grande parte orientam que as frutas sejam oferecidas primeiramente, previamente à oferta de outros alimentos. Duas crianças foram expostas ao consumo de carnes ou ovos somente aos 8 meses de idade e uma criança foi exposta ao consumo de leguminosas com 8 meses e outra somente aos 10 meses de idade. Algumas mães de crianças menores de seis meses que ainda não haviam iniciado a introdução

alimentar, questionaram se não deveriam oferecer carne, ovo e feijões às seus filhos após os 6 meses, pois os consideravam inadequados para crianças dessa idade por serem alimentos muito “fortes” ou por terem consistência inadequada para crianças dessa idade.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal mostrou que no conjunto das capitais brasileiras e DF, 20,7% das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada e 24% frutas (mais precocemente introduzido), sendo a prevalência de Porto Alegre de 24,9% e 31,8%, respectivamente, ou seja, maior que a média brasileira, contrariando as recomendações da OMS. Por outro lado, no período recomendado para a introdução de alimentos sólidos/semissólidos/salgados, 26,8% das crianças brasileiras entre 6 e 9 meses não recebiam comida salgada. A região Sul foi a que apresentou melhor situação no tocante à introdução da comida salgada entre 6 e 9 meses (86,0%), com destaque para Porto Alegre em que 86,7% das crianças estava recebendo comida de sal entre 6 e 9 meses de vida. Mesmo assim, espera-se a melhoria desses indicadores, a fim de se atingir a recomendação preconizada.

Nessa faixa etária, 69,8% das crianças brasileiras haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes. Na Região Sul apresentou, juntamente com Centro-Oeste o maior percentual de consumo de frutas entre 6 e 12 meses de idade. Em relação ao consumo de verduras e legumes, 19,3% das crianças brasileiras haviam consumido esses alimentos antes da faixa etária preconizada e 70,9% consumiram entre 6 e 9 meses de idade. Novamente, a região Sul apresentou o maior percentual de consumo nessa faixa etária, sendo de 82,6%.

Em relação ao consumo de chá, 3 crianças tinham 6 meses, 4 crianças tinham 5 ou menos meses de idade e 1 tinha 11 meses, quando receberam esta bebida.

Em relação ao peso para estatura, o presente estudo verificou que 4 crianças com o risco de sobrepeso e 1 criança com sobrepeso. Classificando as crianças em relação ao seu IMC, 4 crianças estavam com risco de sobrepeso e 2 com sobrepeso.

Em 2006, a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher apontou uma prevalência de excesso de peso em relação à altura em crianças menores de 5 anos brasileiras de 7%, sendo na região Sul, novamente a maior do país, de 9%, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do país. Possivelmente, essa prevalência hoje está ainda maior, principalmente na região Sul (BRASIL, 2008).

No total, 43-60% das crianças com obesidade antes da puberdade se tornarão obeso quando adultos. A redução da prevalência de obesidade entre crianças pode, portanto, ajudar a reduzir a carga de morbidade e mortalidade causada por doenças relacionadas à obesidade na população adulta (SINGH *et al.*, 2008).

Um dos maiores fatores condicionantes para esse cenário foi a mudança do consumo alimentar evidenciada mundialmente, e especialmente no Brasil, com o aumento do consumo de açúcares refinados, bem como a incorporação de alimentos industrializados, que possuem elevada densidade calórica e baixo teor de nutrientes (IBGE, 2011). O hábito alimentar durante a infância pode ter efeitos significativos a longo prazo no peso da criança (BEYERLEIN *et al.*, 2011). Já a diminuição da prevalência da obesidade ainda na idade infantil pode, por sua vez, reduzir a morbidade e mortalidade causada por doenças relacionadas à obesidade na população adulta. Além dos fatores causais descritos acima, a falta de exercícios, publicidade de alimentos, aumento das horas dedicadas a atividades sedentárias como assistir televisão e usar computadores, também criam um ambiente cada vez mais obesogênico para crianças (HILLS *et al.*, 2011; SWINBURN e SHELLY, 2008).

4.4 CONCLUSÃO:

Os dados explorados no presente estudo permitem afirmar que o número de cesáreas neste grupo é alto, as crianças acompanhadas são filhas de mulheres com baixa escolaridade, baixa renda e moram em áreas de vulnerabilidade social. Apesar de grande parte das crianças estarem em aleitamento materno no momento da

coleta de dados, os achados sobre amamentação exclusiva ainda são insatisfatórios. A introdução muito precoce de alimentos não saudáveis é observada em boa parte dos pesquisados.

O presente estudo pode contribuir para que a equipe conheça de forma mais detalhada esta população de crianças, reorganize processos de trabalho e planeje ações mais efetivas de promoção à saúde, especialmente de aleitamento materno e introdução de alimentos. A continuidade do monitoramento nutricional e da saúde em geral das crianças é necessária.

O acompanhamento de saúde frequente no primeiro ano de vida da criança e com profissionais capacitados é fundamental para garantir a amamentação exclusiva até 6 meses de idade e continuada até pelo menos 2 anos de idade; a alimentação complementar adequada e, por sua vez, o adequado estado nutricional das crianças. Para tal, faz-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde, bem como o subsídio de ações governamentais e políticas de saúde que regulamentem e garantam essa prática. A intervenção de saúde precoce, especialmente no que diz respeito a alimentação e nutrição é importante para efetividade da promoção da alimentação saudável e prevenção de agravos nutricionais, tanto da criança, quanto da família.

4 CONCLUSÃO

O tema que escolhi para o trabalho de conclusão da residência teve como objetivo a:

- Aproximação e colaboração com o trabalho desenvolvido pela equipe de estratégia de saúde da família com esse público alvo;
- Intenção de incorporar um acompanhamento sistemático pela nutrição desse grupo etário, tão importante para a prevenção precoce de diversas problemas de saúde em todos os âmbitos, inclusive nutricionais;

- A necessidade do conhecimento e avaliação do perfil alimentar, nutricional e social dessa população a fim de aprimorar e implementar novas formas de cuidado pela equipe multiprofissional;
- A afinidade com o público em questão, justamente, por acreditar na prevenção e promoção de saúde, a qual se torna mais efetiva nos grupos etários mais jovens, e por fim:
- Aproximação e experiência com esse ciclo de vida que, por conta da alta prevalência de idosos no território da UBS, acaba sendo inferior do que com outras populações e condições de saúde (temática, grupo populacional, condição de saúde)

Durante a desenvolvimento do projeto, pude observar o excelente trabalho realizado pela equipe de Estratégia de Saúde da Família, a qual tinha grande conhecimento a respeito do contexto geral das famílias. Mesmo assim, o papel da nutrição com o seu saber técnico se mostrou importante para a o cuidado dessas famílias, nesse caso em relação ao contexto alimentar e nutricional.

Nesse sentido, durante o meu processo de formação na residência, em que eu estive inserida num contexto de ABS com a presença de uma equipe ampliada de profissionais de saúde, percebi a maior efetividade na integralidade do cuidado, quando comparado a outros contextos de ABS, na qual apenas a equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família se fazia presente. Uma das múltiplas vantagens que um serviço com uma equipe ampliada proporciona é a troca de saberes diária entre os profissionais de diferentes formações e conhecimentos, o que naturalmente pode torná-los mais aptos a exercer um cuidado em saúde mais amplo e integral. Além disso, há a possibilidade de o profissional com o seu saber específico intervir juntamente com a equipe em situações que necessitem desse olhar.

Sendo a residência em saúde uma modalidade de ensino que, além de ser caracterizada pela formação em serviço, contempla também componentes teóricos no seu processo formativo, o TCR pôde agregar a minha formação à visão

acadêmica e de produção científica, tão importante para o aprimoramento das práticas em saúde. No entanto, além da formação teórica, o TCR também me proporcionou a experiência prática com uma população menos prevalente no território da UBS Santa Cecília, agregando conhecimento fundamental para o bom exercício profissional, incluindo diálogo com equipe, gerenciamento em saúde, e prática de núcleo profissional.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI C.B. et al. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. v. 27, p.1053-64, 2011.

BALDISSERA, R. et al. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 9, 2016.

BIRCH, L. L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. **Proc Nutr Soc**. v. 57, p. 617-24, 1998.

BJORNTORP, P. Classification of obese patients and complications related to the distribution of surplus fat. **Nutrition**, v. 6, n. 2, p. 131-7, 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. Secretaria de Direito Econômico, Conselho Federal Gestor do Fundo de Defesa dos Direitos Humanos. Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras. São Paulo: Ministério da Justiça; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Departamento de Ações Estratégicas. Nota Técnica Conjunta no 01/2010: Salas de Apoio à Amamentação em Empresas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Departamento de Ações Estratégicas. Licença maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 20 Set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas da ética na pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde, Área de Saúde da Criança. Semanas Mundiais de Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas Para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: 12 Nov, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [Brasília, DF], 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>>. Acesso em: 13 Out, 2017.

BRASIL. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, Ministério da Justiça. Secretaria de Direito Econômico, Conselho Federal Gestor do Fundo de Defesa dos Direitos Humanos. Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras. São Paulo: Ministério da Justiça; 2007.

CAMPAGNOLO, P.D.B. et al. Feeding practices and associated factors in the first year of life in a representative sample of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev Nutr** 2012; 25:431-9.

CARVALHO D.S; NOVAES H.M. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 220-30, 2004.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. v.37, p. 456-62, 2003.

CONNOLLY, M.L. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.

COUTINHO, T. et al. Monitoring the pre-natal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, p. 563-9, 2010.

DARMON, N.; Drewnowski A. Does social class predict diet quality? **Am J Clin Nutr** 2008; 87:1107-17.

DELLAZEN, C. et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad. Saúde Pública*, n. 34, v. 2, p. 19, 2018.

DOMINGUES, R.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 28, p. 425-37, 2012.

DURAN, A.C. et al. Evaluating the use of in-store measures in retail food stores and restaurants in Brazil. **Rev Saúde Pública** 2015;49:80.

FEIN, S.B. et al. Selected complementary feeding practices and their association with maternal education. **Pediatrics**; 122 Suppl 2:S91-7, 2008.

GIBBONS, L. et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am J Obstet Gynecol**. v. 206, n. 4, p.331 e 1-19, 2012.

HANNAH, M.E. et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. **Lancet**. v. 356, n. 9239, p. 1375-83, 2000.

HILLS, A.P. Physical activity and obesity in children. **Br J Sports Med** 2011; 45: 866–870.

HUBERT, H. B. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. **Circulation**, n. 67, v. 5, p. 968-77, 1983.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, 2015.

JUNG, N. M.; BAIROS F.S.; NEUTZLING M.B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 19, p. 1379 - 1388, 2014.

JUSTO, E. B.; GIUGLIANI, E. R. J. Wich women breastfeed for two years or more? **J. Pediatric**, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

LEAL, M.C, BITTENCOURT, S.A. Informações nutricionais: o que se tem no país? **Cad Saúde Pública**, v. 3, n. 13, p. 551-555, 1997.

LEATHWOOD, P.; MAIER, A. Early influences on taste preferences. Nestle Nutrition Workshop, v. 56, p. 127-141, 2005.

LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007 08. **Lancet**. v. 375, p.490-9, 2010.

MAIS, L.A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na atenção básica. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 19, p.93-104, 2014.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde colet**. v. 21, n.2, 2016.

MANSON, J.B. et al. Vigilância nutricional. Genebra: WHO; 1984.

MANSON, J. E. et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. **N Engl J Med**, n. 332, v. 13, p. 882-9, 1990.

MI, J; LIU, F. Rate of caesarean section is alarming in China. **Lancet**. v.383, n. 9927, p.1463-4, 2014

MULLIE, P. et al. Dietary patterns and socioeconomic position. **Eur J Clin Nutr** 2010; 64:231-8.

PEARCE, J.; LANGLEY-EVANS, S. C. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. **Int J Obes**. v. 37, p. 477-85, 2013.

RIBEIRO, E.R, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**. p.9:31, 2009.

SALDAN et al., Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Rev Paul Pediatr**. v.35, n.4, p. 407-414, 2017.

SALDIVA, S.R. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutr J**. p. 13:33, 2014.

Secretaria de Comunicação Social, Presidência da República. Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília: Secretaria de Comunicação Social; 2014.

SCHMIDT, A. M. The growing problem of obesity: mechanisms, consequences, and therapeutic approaches. **Arterioscler Thromb Vasc Biol**, v. 35, n. 6, p. 19-23, 2015.

SERRUYA, S.J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**; v. 20, p. 1281-9, 2004

SINGH, A.S. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. **Obes Rev** 2008; 9: 474–488.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, p. 12-16, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, p. 24-31, 2012.

SOTERO, A.M. et al. Socioeconomic, cultural and demographic maternal factors associated with dietary patterns of infants. **Rev Paul Pediatr**. v. 33, p.445-52, 2015.

SOUZA, J.P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC medicine**. v. 8, n.71, 2010.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. **Pediatrics**, v. 93, n. 2, p. 271-277, 1994.

SUINBURN, B; SHELLY A. Effects of TV time and other sedentary pursuits. **Int J Obes (Lond)** 2008; 32 (Suppl 7): S132–S136.

SZUCS, K.A. et al. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. **Breastfeed Med**. v. 4, p. 31-42, 2009.

TOLONI, M.H.A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no Município de São Paulo. **Rev Nutr**; v. 24, p. 61-70, .2011.

VAZIR, S. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. **Matern Child Nutr** 2013; 9:99-117.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VÍTOLO, M.R. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad Saúde Pública** 2014; 30:1695-707.

VÍTOLO, M.R. et al. Maternal dietary counseling reduces consumption of energy-dense foods among infants: a randomized controlled trial. **J Nutr Educ Behav** 2012; 44:140-7.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**. v.335, p. 7628-1025, 2007.

VIELLAS E F, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 30 p. 85-100, 2014.

VOGEL, J.P. et al. WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **Lancet Global Health**. v.3, n.5, p. 260-70, 2015.

World health Organization. Obesity and overweight. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 13 Out, 2017.

World Health Organization. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: use and interpretation of antropometry. Report of WHO Expert Committee. Geneva; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO, 2007.

WYATT, S. B. et al. Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. **Am J Med Sci**, v. 331, n. 4, p. 166-74, 2006.

YE, J. et al. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth**. v.41, n.3, p. 237-43, 2014.

ZAMAN S. et al. Training in complementary feeding counselling of healthcare workers and its influence on maternal behaviours and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. **J Health Popul Nutr** 2008; 26:210-22.

