

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE NUTRIÇÃO**



Caroline Thill Bisotto

Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses
acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre em 2018

Porto Alegre, 2022.

Caroline Thill Bisotto

Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses
acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre em 2018

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Nutrição
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Betina Soldateli
Coorientadora: Gabriela Niches da Silva

Porto Alegre
2022

CIP - Catalogação na Publicação

Thill Bisotto, Caroline

Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre em 2018 / Caroline Thill Bisotto. -- 2022.

59 f.

Orientador: Betina Soldateli.

Coorientador: Gabriela Niches da Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Alimentação infantil. 2. Alimentação complementar. 3. Atenção básica. I. Soldateli, Betina, orient. II. Niches da Silva, Gabriela, coorient. III. Título.

Caroline Thill Bisotto

Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses
acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre em 2018

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Nutrição
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Betina Soldateli
Coorientadora: Gabriela Niches da Silva

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso “Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre em 2018”, elaborado por Caroline Thill Bisotto como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a Betina Soldatelli (UFRGS)

Prof^a. Dr^a Juliana Rombaldi Bernardi (UFRGS)

Prof^a Dr^a Estela Beatriz Behling (UFRGS)

Porto Alegre

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha família, aos meus pais, Patrícia e Leonardo, e à minha irmã Ana Clara, por todo apoio, incentivo e força durante a minha trajetória, por comprarem todas as minhas brigas, por entenderem a minha ausência e serem a minha base em qualquer situação. Obrigado por me permitirem sonhar e por todo o suporte que fez com que eu chegasse aqui hoje, eu devo todas as minhas conquistas a vocês. Eu amo muito vocês e sou eternamente grata por tê-los ao meu lado!

Agradeço também, à Prof^a. Dr^a Betina Soldatelli por toda contribuição, paciência e ensinamentos compartilhados comigo não somente nesse trabalho, mas ao longo de toda minha graduação na UFRGS. A minha coorientadora Gabriela Niches, que esteve comigo em todos os momentos desde a idealização até a concretização deste trabalho, pelas inúmeras horas em videochamadas, por toda disponibilidade em ensinar, por muitas vezes ouvir desabafos e ser minha mentora na vida acadêmica. Profissionais como elas servem de incentivo e inspiração para darmos o nosso melhor cada vez mais. Obrigada por nunca pouparem esforços para me ajudar, por me ensinarem tanto e reforçarem ainda mais minha paixão pela nutrição.

Agradeço também aos membros da banca, Prof^a. Dr^a Juliana Rombaldi Bernardi e Prof^a Dr^a Estela Beatriz Behling, por terem aceitado o convite, pelas contribuições e por estarem presente neste momento único e especial da minha vida acadêmica.

E por fim, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, deixo minha eterna gratidão, por cada oportunidade que me foi dada durante minha formação, e a todos os professores do curso de Nutrição que passaram por mim nessa jornada.

RESUMO

Introdução: A alimentação complementar é recomendada a partir dos 6 meses e é fundamental para a promoção da saúde, o desenvolvimento físico e intelectual e a redução do risco dos transtornos causados pelas deficiências nutricionais comuns na infância, além de prevenir doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida adulta. A análise do consumo alimentar e de seus determinantes é fundamental para o monitoramento e planejamento de ações e de políticas públicas para a promoção da alimentação saudável na infância. **Objetivo:** Investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre/RS em 2018. **Metodologia:** Estudo transversal com dados secundários da Estratégia e-SUS Atenção Básica. Foram incluídas crianças com o questionário de marcadores de consumo alimentar preenchido em 2018. Os desfechos foram: 1) diversidade alimentar mínima (DAM), que incluía ter consumido pelo menos um alimento de seis grupos no dia anterior ao inquérito; 2) consumo de ultraprocessados (UP); e, 3) alimentação não saudável (NS), definida como não atingir DAM e apresentar UP. Para testar a associação entre as variáveis independentes e os desfechos utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. As variáveis que indicaram um nível de significância de até 20% no teste foram incluídas na análise multivariada, realizada por meio de Regressão de Poisson com variância robusta, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram processados e analisados no software SPSS versão 25.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CAAE nº 33783420.00000.5338). **Resultados:** A amostra foi composta por 906 crianças provenientes de 50,8% ($n=65$) das unidades de saúde elegíveis do município. As prevalências dos padrões DAM, UP e NS foram 54,1%, 31,2% e 14,1%, respectivamente. Em relação as características da amostra, 50,8% das crianças eram do sexo feminino; entre as mães, 67% eram brancas, 62% apresentavam até 8 anos de escolaridade, e 70,3% situavam-se na faixa de 20 a 34 anos. A maioria das crianças nasceu de parto vaginal (63,3%), a termo (89,4%) e com peso adequado (85,9%). A idade da criança foi associada significativamente aos desfechos DAM e UP, sendo que quanto mais velha a criança, maior a prevalência de ambos. No padrão UP, maior prevalência também foi associada ao sexo masculino. O padrão NS não apresentou associação significativa com as variáveis testadas. **Considerações finais:** A alimentação complementar em Porto Alegre/RS está aquém do preconizado e conforme aumenta a idade das crianças, apesar de ocorrer um aumento na diversidade alimentar, também há incremento no consumo de alimentos não recomendados. Políticas de promoção da alimentação saudável infantil devem ser fortalecidas no município para melhorar este cenário.

Palavras-chave: Alimentação infantil; Alimentação complementar; Atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: Complementary feeding is recommended from 6 months onwards and is essential for promoting health, physical and intellectual development and reducing the risk of disorders caused by nutritional deficiencies common in childhood, in addition to preventing chronic non-communicable diseases throughout of adult life. The analysis of food consumption and its determinants is essential for monitoring and planning actions and public policies to promote healthy eating in childhood.

Objective: To investigate the factors associated with the food consumption of children aged 6 to 12 months followed up in primary care in Porto Alegre/RS in 2018.

Methods: Cross-sectional study with secondary data from the e-SUS Primary Care Strategy. Children with a food consumption questionnaire completed in 2018 were included. Outcomes were: 1) minimal dietary diversity (MDD), which included having consumed at least one food from six groups on the day before the survey; 2) consumption of ultra-processed products (UP); and, 3) unhealthy diet (NS), defined as not reaching BMD and having PU. To test the association between independent variables and outcomes, Pearson's chi-square test was used. Variables that indicated a significance level of up to 20% in the test were included in the multivariate analysis, performed using Poisson regression with robust variance, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). Data were processed and analyzed using SPSS software version 25.0. The project was approved by the Research Ethics Committee of Porto Alegre (CAAE nº 33783420.00000.5338). **Results:** The sample consisted of 906 children from 50.8% ($n=65$) of eligible health units in the municipality. The prevalences of MDD, UP and NS patterns were 54.1%, 31.2% and 14.1%, respectively. Regarding the characteristics of the sample, 50.8% of the children were female; among mothers, 67% were white, 62% had up to 8 years of schooling, and 70.3% were between 20 and 34 years old. Most children were born vaginally (63.3%), at term (89.4%) and with adequate weight (85.9%). Child age was significantly associated with MDD and UP outcomes, and the older the child, the greater the prevalence of both. In the UP pattern, higher prevalence was also associated with males. The NS pattern showed no significant association with the variables tested. **Conclusion:** Complementary feeding in Porto Alegre/RS is below what is recommended and as children age, despite an increase in food diversity, there is also an increase in the consumption of non-recommended foods. Policies to promote healthy infant nutrition should be strengthened in the municipality to improve this scenario.

Keywords: Child Nutrition; Complementary Feeding; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MARCO TEÓRICO	11
2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	11
2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS	12
2.3 PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS	15
2.4 DETERMINANTES DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL	17
2.5 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	18
3 JUSTIFICATIVA	20
4 OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL	21
4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	21
5 ARTIGO CIENTÍFICO	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	51
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR DO SISVAN	53
ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	54

1 INTRODUÇÃO

Uma alimentação adequada e saudável contribui para a saúde infantil possibilitando que as crianças cresçam e se desenvolvam conforme o esperado (BLACK et al., 2008). A partir desse princípio, a recomendação atual brasileira para os primeiros anos de vida da criança, consiste no aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês e complementado até 2 anos de idade ou mais. A alimentação complementar deve ser saudável e diversa, constituída de “comida de verdade”, baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados (como arroz, feijão, frutas, legumes e verduras, mandioca, milho, carnes e ovos, entre outros). Os alimentos processados industrialmente (como enlatados, queijos e conservas) devem ser limitados e, se forem consumidos, utilizados em pequenas quantidades. Já os alimentos ultraprocessados (como biscoitos e bolachas, sucos artificiais, refrigerantes, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, guloseimas) não devem fazer parte da alimentação da criança, no mínimo, até os 2 anos de idade (BRASIL, 2019).

Todavia, no atual cenário, constata-se que as crianças brasileiras predominantemente consomem pouca variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados, são expostas precocemente à alimentos ultraprocessados e, concomitantemente, observa-se que a cada ano aumenta a parcela da população infantil que apresenta sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2009a; FLORES, 2021; LOPES, 2020). O excesso de peso, quando não tratado na infância, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias e câncer (BONILLA et al., 2017).

Tendo em vista a importância da alimentação para a promoção de saúde e proteção contra doenças na infância, revela-se de extrema importância o monitoramento do consumo alimentar desta população. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição e de práticas alimentares adequadas e saudáveis (BRASIL, 2012).

A VAN consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e apresenta como componentes principais o monitoramento de dois parâmetros: o consumo alimentar e o estado nutricional (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a). O consumo dos alimentos é acompanhado por meio dos questionários de marcadores de consumo alimentar para cada faixa etária do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponível para preenchimento tanto na ferramenta online do sistema, o Sisvan Web, quanto no sistema de informação da atenção básica denominado estratégia e-SUS Atenção Básica (BRASIL, 2015b), utilizado por diversos municípios do país, incluindo Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS). Os dados alimentados em ambos os sistemas migram para a plataforma Sisvan Web, onde é possível gerar os relatórios referentes ao consumo (BRASIL, 2015b).

Segundo a PNAN e o marco de referência da VAN na atenção básica, para que a VAN ocorra efetivamente, as informações produzidas por meio destes relatórios devem ser somadas aos dados de pesquisas populacionais e demais sistemas de informação para subsidiar a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento dos agravos, e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a).

Entretanto, desde 2017, o município de Porto Alegre apresenta um déficit de comunicação entre o e-SUS AB e o Sisvan Web, impossibilitando a análise da totalidade dos dados produzidos pela atenção básica da cidade. Tendo em vista a relevância desses dados para o planejamento e avaliação de ações e políticas públicas de saúde voltadas para as crianças, torna-se necessária a realização do presente trabalho que tem como objetivo avaliar o consumo alimentar infantil de crianças de 6 a 12 meses de idade, bem como seus fatores associados.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

O período que abrange a gravidez até o segundo ano de vida - denominado como primeiros 1000 dias - é uma janela crítica de oportunidade para garantir o crescimento e o desenvolvimento ideal da criança (BLACK et al., 2008; WHO, 2013). Desta forma, a alimentação saudável na infância é essencial para garantir que as crianças alcancem todo seu potencial. Em relação às orientações para este período, o Ministério da Saúde (MS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade, e que este seja complementado com alimentação adequada, diversa e baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados até os 2 anos ou mais (BRASIL, 2019). Devem ser providas às crianças quantidades suficientes de água, calorias, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis (BRASIL, 2015c).

A alimentação complementar bem-sucedida é fundamental para prevenir tanto a desnutrição quanto o sobrepeso e a obesidade infantil. O déficit de crescimento é o resultado relacionado à desnutrição mais evidente durante este período, principalmente entre crianças de 6 e 12 meses, quando os alimentos com baixa densidade de nutrientes começam a substituir o leite materno e as taxas de doenças diarreicas causadas pela contaminação dos alimentos são mais altas; se estabelecido este quadro, sua reversão é bastante difícil após os 2 anos de vida (WHO, 2013).

No que diz respeito ao sobrepeso e a obesidade na infância, se não tratados, tendem a permanecer na adolescência e na idade adulta, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis tais como diabetes, hipertensão, cardiopatias e câncer (BONILLA et al., 2017). Além disso, a partir dos 6 meses a introdução de alimentos deve aproximar progressivamente a criança ao padrão alimentar da família, e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe devem ser apresentados sabores, cores, aromas e texturas para promover a criação de seus hábitos alimentares, e estes, por sua vez, serão mantidos ao longo da vida (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2019).

Para que estas recomendações e a promoção da saúde por meio da alimentação sejam plenamente atingidas, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos, revisado e atualizado em 2019, apresenta 12 passos para uma alimentação saudável, que são orientações resumidas para amamentar e alimentar adequadamente a criança e, estão descritos no quadro abaixo:

1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
2. Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
3. Oferecer água própria para o consumo da criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar para crianças até 2 anos de idade.
6. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto a família.
9. Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
12. Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS

Tanto o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (BRASIL, 2019), quanto o direcionado para população adulta brasileira (BRASIL, 2014),

adotam em suas novas versões a classificação NOVA, que categoriza os alimentos de acordo com a extensão e o propósito de seu processamento (MONTEIRO et al., 2016). Nesse modelo, todos os alimentos e produtos alimentícios são divididos em quatro grupos, especificando o tipo de método empregado na sua produção e a finalidade subjacente a este. Certos alimentos podem ser consumidos sozinhos e sem qualquer preparação culinária, como frutas, leite e nozes. Alguns são usualmente consumidos em preparações culinárias, seja como itens principais (grãos, tubérculos, farinhas, hortaliças, carne e ovos) ou como complementos (óleo, sal, vinagre, açúcar, ervas e condimentos). Outros são produtos industriais prontos ou semiprontos para consumo como pães, queijos, conservas, frios, pratos congelados, salgadinhos de pacote e refrigerantes (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 1 é o dos alimentos *in natura* e minimamente processados, sendo que alimentos *in natura* são as partes comestíveis de plantas (sementes, frutos, folhas, caules, raízes) ou de animais (músculos, vísceras, ovos, leite), também cogumelos, algas e a água logo após sua separação da natureza. Já os minimamente processados são alimentos *in natura* submetidos a processos como remoção de partes não comestíveis ou não desejadas dos alimentos, secagem, desidratação, trituração ou moagem, fracionamento, torra, cocção apenas com água, pasteurização, refrigeração ou congelamento, acondicionamento em embalagens, empacotamento a vácuo, fermentação não alcoólica e outros processos que não envolvem a adição de substâncias como sal, açúcar, óleos ou gorduras ao alimento *in natura* (MONTEIRO et al., 2016).

São exemplos típicos de alimentos deste grupo: legumes, frutas, raízes e tubérculos *in natura*, embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; arroz a granel ou embalado; cereais e leguminosas; cogumelos frescos ou secos; sucos de frutas pasteurizados ou não, sem adição de açúcar, outras substâncias e aditivos; oleaginosas sem sal ou açúcar; especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo, massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de boi, de porco, de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; leite pasteurizado ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar ou outra substância); ovos; chá, café e água potável (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 2 é composto pelos ingredientes culinários processados e inclui substâncias extraídas diretamente de alimentos do grupo 1 ou da natureza e consumidas como itens de preparações culinárias. Os processos envolvidos com a extração dessas substâncias incluem prensagem, moagem, pulverização, secagem e refino. O propósito do processamento neste caso é a criação de produtos que são usados nas cozinhas das casas ou de restaurantes para temperar e cozinhar alimentos do grupo 1 e para com eles preparar pratos salgados e doces. São exemplos dessas substâncias: sal de cozinha; açúcar, melado e rapadura; mel; óleos e gorduras extraídos de alimentos de origem vegetal ou animal; amido extraído do milho ou de outra planta (MONTEIRO et al., 2016).

Os alimentos processados compõem o grupo 3, incluindo os produtos que são fabricados com a adição de sal ou açúcar, e eventualmente óleo, vinagre ou outra substância do grupo 2, a um alimento do grupo 1, sendo em sua maioria produtos com dois ou três ingredientes. As etapas envolvidas na fabricação desses produtos podem abranger vários métodos de preservação, cocção e, no caso de queijos e de pães, a fermentação não alcoólica. O propósito do processamento subjacente à fabricação destes alimentos é aumentar a duração de alimentos *in natura* (ou minimamente processados) ou modificar seu sabor. São exemplos típicos deste grupo: conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas, castanhas adicionadas de sal ou açúcar, carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda, queijos e pães (MONTEIRO et al., 2016).

O grupo 4, e último, é o dos alimentos ultraprocessados. Este é constituído por formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes. Com frequência, esses ingredientes incluem substâncias e aditivos usados na fabricação de alimentos processados como açúcar, óleos, gorduras e sal, além de antioxidantes, estabilizantes e conservantes. O principal propósito do ultraprocessoamento é o de criar produtos industriais prontos para comer, para beber ou para aquecer, que sejam capazes de substituir tanto alimentos não processados ou minimamente processados que são naturalmente prontos para consumo, quanto pratos, bebidas, sobremesas e preparações culinárias em geral (MONTEIRO et al., 2016).

Exemplos típicos deste grupo são: refrigerantes e pós para refrescos; “salgadinhos de pacote”; balas e guloseimas em geral; pães; biscoitos e bolos; “cereais matinais” e “barras de cereais”; bebidas açucaradas; molhos prontos; produtos congelados prontos para aquecer; nuggets, salsicha, hambúrguer; macarrão e sobremesas “instantâneas” (MONTEIRO et al., 2016).

2.3 PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS BRASILEIRAS

A análise dos padrões de consumo alimentar, independente da faixa etária, é fundamental para monitorar adequações e deficiências alimentares e compreender o efeito da dieta para a saúde dos indivíduos (GRANDJEAN, 2012). No Brasil, há uma riqueza de informações sobre o padrão alimentar da população provenientes de estudos epidemiológicos, com foco em inquéritos alimentares, e de instrumentos de VAN, alimentados a partir da atenção básica (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a).

Ao analisar o padrão alimentar das crianças brasileiras a partir destes instrumentos, observa-se que ele está em desacordo com as recomendações vigentes. Segundo dados da última Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM / Capitais Brasileiras e DF) realizada em 2008, já no primeiro mês de vida ocorreu introdução precoce de água, chás e outros leites em 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças, respectivamente. Além disso, cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%); por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução alimentar, não recebiam comida salgada. Na faixa etária supracitada, 69,8% das crianças haviam comido frutas e 70,9% verduras/legumes. Em relação aos marcadores de alimentação “não saudável”, encontrou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses (BRASIL, 2009a).

No estudo de Flores et al. (2021), com o objetivo de identificar os padrões de consumo alimentar e os fatores associados em crianças menores de 2 anos no Brasil utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, foram encontrados três padrões alimentares predominantes, sendo denominados como “padrão de consumo de alimentos saudáveis”, “padrão de consumo de leites” e

“padrão de consumo de alimentos não saudáveis”. Entre crianças de 6 a 11 meses e 29 dias, 11,3% consumiam refrigerantes, 21,3% sucos artificiais e 22,8% doces, sendo estes marcadores do padrão de “alimentos não saudáveis”. Em contrapartida, 62,1% destas recebiam leite materno, 55,2% mingau e 70,8% outros leites, compondo o padrão de “leites”. Relacionado ao padrão de “alimentos saudáveis”, em torno de dois terços das crianças consumiram carnes e ovos, feijão e batata, e mais de 70% das crianças no dia anterior relataram consumo de frutas, legumes, verduras e cereais. Os achados deste estudo corroboram o padrão descrito na II PPAM / Capitais brasileiras e DF, indicando um alto consumo de ultraprocessados para a faixa etária de interesse no presente trabalho (FLORES et al., 2021).

Em outro trabalho, foram avaliados os marcadores de padrões não saudáveis de alimentação em crianças brasileiras menores de 2 anos (JAIME et al., 2016), sendo estes definidos pelo consumo de refrigerante ou suco artificial e de biscoito, bolacha ou bolo obtidos a partir de três perguntas do questionário da PNS de 2013. Neste estudo, o consumo de refrigerantes no dia anterior foi referido para cerca de uma em cada três crianças menores de 2 anos estudadas (32,3%) e a Região Nordeste se destacou como a de menor frequência de consumo (25,5%); por outro lado, o consumo de biscoitos, bolacha ou bolo foi referido para 60,8% das crianças, apontando uma inoportuna introdução de alimentos não saudáveis na alimentação infantil.

Quando estratificamos os dados nacionais por regiões geográficas, alguns achados interessantes acerca da Região Sul e da capital Porto Alegre — foco deste trabalho — podem ser destacados. Na II PPAM / Capitais brasileiras e DF, por exemplo, o consumo de alimentos saudáveis, principalmente de frutas, verduras e legumes, foi maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, quando comparadas as regiões Norte e Nordeste. Todavia, a proporção de alimentos não saudáveis consumidos pelas crianças também foi elevada nestas regiões (BRASIL, 2009a).

Na região Sul e na capital Porto Alegre, os percentuais de consumo de café, refrigerantes, biscoitos e/ou salgadinhos apresentaram-se maiores que os valores encontrados a nível nacional para os mesmos marcadores, tanto para a faixa etária de 6 a 9, quanto para a de 9 a 12 meses. Ressalta-se que em Porto Alegre, dentre o conjunto de todas as capitais, ocorreu o maior consumo de biscoitos e/ou

salgadinhos entre crianças de 9 a 12 meses, com valor de 84,4%, sendo que para região Sul este percentual era de 79,5% e para o Brasil de 71,7% (BRASIL, 2009). Reforçando estes dados, no estudo de Jaime et al. (2016), a região Sul figurou entre as regiões com maior consumo de marcadores não saudáveis, e, no caso da ingestão de refrigerantes ou sucos artificiais, ocupou o primeiro lugar.

2.4 DETERMINANTES DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

O conjunto de evidências disponíveis até o presente momento aponta alguns determinantes sociais e biológicos que podem influenciar no perfil alimentar das crianças. Fatores sociais como vulnerabilidade, escolaridade, renda, raça/cor e idade dos pais; e biológicos como sexo e estado nutricional das crianças, vem sendo investigados na associação com o consumo alimentar infantil. Ao analisar os dados de 2.477 crianças com idade de 6 a 36 meses incluídas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada no Brasil em 2006/2007, com o objetivo de avaliar práticas alimentares e os fatores associados à qualidade e à diversidade da dieta, Bortolini et al. (2015) mostraram que crianças pertencentes às classes socioeconômicas menos privilegiadas, residentes em domicílio em situação de insegurança alimentar grave e filhas de mães com baixa escolaridade, apresentaram menores chances de ter uma dieta de qualidade e diversificada.

No estudo de Flores et al. (2021), onde foram coletadas informações de 4.863 crianças da PNS realizada em 2013 no Brasil, foi encontrado uma associação entre padrão de alimentos não saudáveis (consumo de doces, refrigerantes e sucos artificiais) com a cor de pele preta e sexo feminino. As crianças pretas apresentavam em torno de 2 vezes mais chances de consumir alimentos deste padrão quando comparadas às brancas. As meninas tiveram maior probabilidade de consumir alimentos do padrão não saudável quando comparadas aos meninos. Também foi identificado que a maior escolaridade do chefe da família gera uma menor probabilidade de consumo do padrão de alimentos não saudáveis, em crianças menores de 2 anos.

Concomitante com esses achados, uma pesquisa que coletou dados de crianças de 6 a 12 meses de idade que compareceram aos postos de vacinação no ano de 2008 em Porto Alegre (RS), demonstrou a associação do menor nível de

escolaridade da mãe com maior consumo de alimentos de baixo valor nutricional nesta faixa etária (CAMPANGNOLO et al., 2012). Estes aspectos são reforçados no estudo de Giesta et al. (2019), onde é observado que a introdução de alimentos ultraprocessados em crianças menores de 2 anos, além de estar associada com baixos níveis de escolaridade materna, se relaciona com uma menor renda familiar e idade materna mais avançada (>35 anos).

Freitas et al. (2020) analisando a qualidade do consumo alimentar de crianças com um ano de idade acompanhadas por um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, com base nas questões do instrumento de marcadores do consumo alimentar do Sisvan, encontraram uma maior prevalência de consumo com qualidade ruim/regular, categorizado pela ingestão de açúcar, refrigerante e suco artificial no dia anterior ao questionário, em crianças cujos responsáveis apresentavam menores níveis de escolaridade. Neste trabalho, o risco de consumir estes alimentos era aproximadamente de 2 vezes maior quando os responsáveis possuíam ensino médio incompleto e completo, comparado com responsáveis com ensino superior ou mais. Em suma, sobre as associações a nível nacional e local, é importante ressaltar que os dados da Atenção Básica de Porto Alegre são antigos, já que os estudos utilizaram informações referente aos anos de 2008 e 2013, com amostra razoavelmente pequena. Em relação a fatores de atenção à saúde como pré-natal, número de consultas e prematuridade, faltam evidências que demonstrem sua correlação com a introdução alimentar infantil.

2.5 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A VAN é composta pelo acompanhamento do consumo alimentar e do estado nutricional, a associação destes, possibilita a identificação de indivíduos e grupos populacionais com maior risco de agravos nutricionais e o diagnóstico nutricional dos indivíduos em todos os ciclos da vida, possibilitando o planejamento de ações em saúde de acordo com a realidade local (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015a).

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a VAN e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012). A PNAN tem a VAN como uma de suas

diretrizes, objetivando auxiliar gestores e profissionais na garantia do cuidado integral à saúde, subsidiando a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento dos agravos, e desenvolvendo ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2015a). Para que isto ocorra, o levantamento epidemiológico da população deve incluir dados provenientes de diversas fontes e sistemas de informação, entre os quais o Sisvan, que servirão de base para a realização do diagnóstico de saúde, com o qual é possível realizar o planejamento com vistas à estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável no serviço, contemplando as peculiaridades e as diversidades locais (COUTINHO et al., 2009).

Uma ferramenta útil e prática para apoiar as equipes de Atenção Básica na identificação de inadequações do consumo e no fornecimento de subsídios para orientação acerca da promoção da alimentação adequada e saudável, é o questionário de marcadores de consumo alimentar. Este é dividido em três formulários por faixa etária: um destinado a crianças menores de 6 meses, outro para crianças de 6 a 23 meses e um para indivíduos com 2 anos ou mais. Apresentam como característica a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior à entrevista, o que ameniza possíveis vieses de memória. O conjunto de questões destinado a crianças de 6 a 23 meses, que foi utilizado neste trabalho, visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno e à identificação de marcadores de risco ou proteção para a carência de micronutrientes (vitaminas e minerais) (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

Em suma, com base no cenário apresentado neste capítulo e na totalidade do marco teórico do presente trabalho, ressalta-se a importância da realização periódica de estudos que analisem o consumo alimentar infantil, tendo em vista a relevância das informações que são obtidas por inquéritos e pesquisas científicas, que possibilitam a constatação de inúmeros fatores de risco e de proteção, que quando identificados, podem ser trabalhados na sociedade, principalmente, pela atenção básica por meio da educação alimentar e nutricional, objetivando prevenir e tratar desfechos negativos à saúde das crianças.

3 JUSTIFICATIVA

A alimentação infantil inadequada, com ênfase no alto consumo de açúcar e gorduras, e baixo consumo de frutas, verduras e legumes, é fator de risco para déficit estatural, sobrepeso, obesidade infantil e suas comorbidades associadas, sendo estes agravos de saúde de alta relevância para a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2019). Ademais, a introdução precoce de alimentos de baixo valor nutricional, como os ultraprocessados, é uma prática que pode gerar inúmeras consequências negativas no estado nutricional e de saúde das crianças (COSTA et al., 2017; BESERRA et al., 2020).

Neste sentido, a VAN é de suma importância pois possibilita a descrição contínua e a predição de tendências da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes nos mais diversos ciclos da vida (BRASIL, 2012). É fundamental realizar o acompanhamento das práticas alimentares de forma constante e sistemática, visando à obtenção de dados fidedignos e possibilitando o planejamento e o desenvolvimento de políticas focadas na melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população (BRASIL, 2015a).

A VAN pode ser fortalecida a partir da associação das informações provenientes dos serviços de saúde e de outras fontes, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, demais produções científicas e outros sistemas de informação (BRASIL, 2015a, COUTINHO et al., 2009). Apesar dos marcadores de consumo alimentar serem ferramentas para a VAN no contexto da atenção básica, somente é possível extrair relatórios gerais sobre a alimentação infantil na ferramenta online do Sisvan Web, sendo que uma análise mais completa e aprofundada do perfil alimentar das crianças e dos determinantes da alimentação infantil, com base nestes dados, pode ser realizada em cooperação entre as universidades públicas e o SUS.

Com base no cenário apresentado, o presente trabalho foi elaborado com o propósito de fortalecer a VAN do município de Porto Alegre/RS, fornecendo subsídios para embasar a elaboração de estratégias de saúde, campanhas e políticas que de forma efetiva sejam implementadas para a promoção da alimentação complementar saudável no âmbito da atenção básica.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica do município de Porto Alegre em 2018.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Caracterizar a alimentação das crianças a partir dos 6 meses e 1 dia até os 11 meses e 29 dias de idade conforme os padrões diversidade alimentar mínima (DAM); consumo de ultraprocessados (UP) e alimentação não-saudável (NS);
- Relacionar os padrões alimentares DAM, UP e NS com a idade, o sexo e informações ao nascer das crianças;
- Testar associação dos padrões alimentares DAM, UP e NS com o perfil sociodemográfico materno.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo científico original apresentado a seguir será submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva* (ISSN: 1413-8123) e segue a formatação proposta para seu editorial.

Fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre

RESUMO

O objetivo deste artigo foi investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica de Porto Alegre/RS. Estudo transversal com dados secundários da Estratégia e-SUS Atenção Básica. Foram incluídas crianças com questionário de consumo alimentar preenchido em 2018. Os desfechos foram: diversidade alimentar mínima (DAM), consumo de ultraprocessados (UP) e alimentação não-saudável (NS). Foram apresentados os percentuais dos desfechos e os fatores associados foram avaliados por regressão de Poisson com variância robusta. A amostra foi composta por 906 crianças. As prevalências dos padrões DAM, UP e NS foram 54,1%, 31,2% e 14,1%, respectivamente. A idade da criança foi associada significativamente aos desfechos DAM e UP, sendo que quanto maior a idade da criança, maior a prevalência de ambos. No padrão UP, maior prevalência também foi associada ao sexo masculino. O padrão NS não apresentou nenhuma associação significativa. O consumo alimentar infantil encontra-se aquém do preconizado e conforme a idade das crianças aumentam, apesar de ocorrer um aumento na DAM, também há incremento no consumo de alimentos não recomendados. Políticas de promoção da alimentação complementar saudável devem ser fortalecidas no município para melhorar este cenário.

Palavras-chave: Alimentação infantil; Alimentação complementar; Atenção básica.

ABSTRACT

The objective of this article was to investigate the factors associated with the food consumption of children aged 6 to 12 months followed up in primary care in Porto Alegre/RS. Cross-sectional study with secondary data from the e-SUS Primary Care Strategy. Children with a food consumption questionnaire completed in 2018 were included. The outcomes were: minimal dietary diversity (MDD), consumption of ultra-processed foods (UP) and unhealthy eating (NS). The percentages of outcomes were presented and the associated factors were evaluated by Poisson regression with robust variance. The sample consisted of 906 children. The prevalences of the MDD, UP and NS patterns were 54.1%, 31.2% and 14.1%, respectively. Child age was significantly associated with MDD and UP outcomes, and the older the child, the greater the prevalence of both. In the UP pattern, higher prevalence was also associated with males. The NS pattern did not show any significant association. Children's food consumption is below the recommended and as children age, despite an increase in MDD, there is also an increase in the consumption of non-recommended foods. Policies to promote healthy complementary food should be strengthened in the municipality to improve this scenario.

Keywords: Child Nutrition; Complementary Feeding; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A alimentação da criança tem repercussões ao longo de toda a vida, sendo a fase do nascimento até os dois primeiros anos uma janela crítica de oportunidade para garantir o desenvolvimento adequado do indivíduo¹⁻³. Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade é capaz de nutrir satisfatoriamente as crianças, porém, a partir desse período, a introdução da alimentação complementar saudável é de extrema importância não apenas para garantir o crescimento infantil, mas também para a promoção da saúde e prevenção de comorbidades como desnutrição, sobrepeso e obesidade ainda na infância e, também, prevenir futuras complicações na vida adulta^{2,4}.

Uma alimentação complementar adequada deve suprir as necessidades diárias de calorias, macronutrientes, vitaminas e minerais, sendo baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados e isenta de ultraprocessados e açúcar até os 2 anos ou mais, além disso deve ser diversificada, saborosa e atrativa aos infantes^{5,6}.

Apesar da extensa produção científica nos últimos anos indicando os benefícios da alimentação saudável no início da vida, estudos que analisaram o consumo alimentar de crianças brasileiras expuseram que a alimentação infantil está muito aquém das recomendações atuais, apresentando alta prevalência de introdução precoce de alimentos, antes dos 6 meses, baixa diversidade alimentar e alto consumo de alimentos ultraprocessados⁷⁻¹⁰.

Tendo em vista este cenário e a importância da nutrição na infância, torna-se necessário monitorar o consumo alimentar nesta fase, uma vez que essas informações poderão subsidiar o planejamento de ações e políticas de promoção da alimentação complementar saudável de acordo com a realidade local¹¹. No âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é responsável por este acompanhamento, pois realiza a

descrição contínua e a predição de tendências da alimentação e nutrição da população, nos mais diversos ciclos da vida, a partir da análise de marcadores de consumo alimentar ¹².

Os questionários de marcadores de consumo alimentar para cada faixa etária do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) estão disponíveis para preenchimento tanto na ferramenta online do sistema, o Sisvan Web, quanto no sistema de informação da atenção básica denominado Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS), utilizado por diversos municípios do país, incluindo Porto Alegre, capital do estado Rio Grande do Sul (RS)¹³.

Além disso, segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), para que a VAN ocorra efetivamente, as informações produzidas por meio destes formulários devem ser somadas aos dados de produções científicas para uma avaliação não somente descritiva do consumo, como também analítica considerando os determinantes da alimentação ^{14,15}. Sendo assim, o presente trabalho foi elaborado com o propósito de investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas na atenção básica do município de Porto Alegre/RS em 2018.

MÉTODOS

Delineamento e população de estudo

Estudo transversal com dados secundários provenientes da Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) de Porto Alegre/RS. A população de estudo foi composta por crianças de 6 meses e 1 dia a 11 meses e 29 dias de idade em acompanhamento na atenção básica à saúde do município durante o ano de 2018.

Todas crianças que tiveram seu questionário de consumo alimentar preenchido com as informações de alimentação e o número do cartão nacional do SUS (CNS) foram selecionadas para a pesquisa, bem como suas mães. As crianças que não tinham o CNS preenchido no formulário

foram excluídas, pois os dados não migravam para o prontuário eletrônico (PEC) da criança e impossibilitavam a comparação com as demais informações necessárias.

Caracterização das crianças e das mães

As informações sobre as crianças e as mães são provenientes dos prontuários eletrônicos individuais disponíveis no e-SUS AB (APÊNDICE A) e são utilizadas para compor as variáveis independentes do estudo:

- Crianças: idade em dias, sexo (feminino, masculino), tipo de parto (vaginal, cesárea), idade gestacional ao nascer (pré-termo e a termo) e peso ao nascer (baixo peso, peso adequado e macrosomia).
- Mães: raça/cor (branca, negra, amarela e indígena), idade (<19 anos, 20 a 34 anos, >35 anos), escolaridade (até 8 anos de estudo, 8 anos ou mais).

Desfechos

Para avaliar a alimentação complementar da amostra utilizou-se o questionário de marcadores de consumo alimentar proposto pelo Sisvan e disponível no e-SUS AB (ANEXO A), que avalia os alimentos consumidos no dia anterior, amenizando possíveis vieses de memória, e pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde¹³. Os desfechos referentes à alimentação foram definidos utilizando como referência o *Guia de Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e publicado em 2015¹³. Entre os indicadores para crianças menores de 2 anos descritos no guia, dois foram selecionados como desfechos do presente trabalho, haja vista sua relevância para a população estudada: **diversidade alimentar mínima (DAM)** e **consumo de alimentos ultraprocessados (UP)**.

O indicador DAM apresenta a proporção de crianças na faixa etária que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação, ou seja, pelo menos um alimento de cada um dos grupos identificados, sendo estes grupos organizados com as seguintes variáveis disponíveis no questionário de consumo alimentar: 1. leite materno, outro leite que não do peito, mingau com leite e iogurte; 2. frutas, legumes e verduras; 3. vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras; 4. carnes e ovos e fígado; 5. feijão e 6. cereais e tubérculos (arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão - sem ser instantâneo).

Por outro lado, o indicador UP tem como objetivo apresentar a proporção de crianças que consumiram alimentos ultraprocessados no dia anterior à avaliação, considerando as que ingeriram pelo menos um dos seguintes alimentos, disponíveis no questionário: 1. hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); 2. 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); 3. macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e 4. biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelo, gelatina).

Após as primeiras análises, foi verificada a necessidade de inserir um terceiro desfecho com base nos dois indicadores supracitados. Para esta variável, denominada **alimentação não-saudável (NS)**, foram consideradas as crianças que não atingiram a DAM e também apresentaram UP, tornando-se um grupo cujo a alimentação se encontrava inadequada e preocupante do ponto de vista das recomendações atuais.

Coleta e tratamento dos dados

Os dados foram coletados diretamente do e-SUS AB e digitados duplamente no programa *Epidata Entry* versão 3.1 para identificação e correção de erros de digitação. Os digitadores foram organizados em duplas para a fase de coleta e cada uma delas era responsável por um mês do ano. Semanalmente, as duplas enviavam seus bancos para a supervisão do projeto e os erros eram identificados a partir da validação dos mesmos, antes de iniciar a digitação da semana seguinte estes erros eram corrigidos.

Ao final da digitação do mês, novamente os dois bancos, um de cada digitador da dupla, eram comparados para sua conferência final, sendo que a fase de digitação só era considerada encerrada quando os bancos não apresentavam nenhuma divergência de informações. Após esta etapa, foram unificados os dados de um banco de cada mês em uma tabela no programa *Excel* versão 2013, e ocorreu a seleção do último registro de cada criança no ano para as crianças que tinham mais de um registro, seguindo a metodologia empregada pelo Sisvan¹³. Por fim, foi realizado um controle de qualidade do banco de dados e 10% das crianças foram alocadas de forma aleatória para a conferência das suas informações diretamente no e-SUS AB.

Análise estatística

Na análise descritiva, todas as variáveis de estudo foram apresentadas por meio de número absoluto e percentual. Na sequência, foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis independentes e os desfechos por meio do teste qui-quadrado de Pearson. As variáveis que indicaram um nível de significância de até 20% na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada, que foi realizada por meio de Regressão de Poisson com variância robusta considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram

processados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0.

Aspectos éticos

Foram utilizados dados secundários obtidos a partir da revisão de prontuários, por este motivo, foi solicitada a liberação do pedido de consentimentos individuais por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob o protocolo nº 33783420.0.0000.5338, seguindo as orientações da Resolução nº 466/2012 ¹⁶ do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 906 crianças de 6 meses e 1 dia a 11 meses e 29 dias acompanhadas em 65 unidades de saúde, representando 50,8% das 128 unidades elegíveis, do município de Porto Alegre em 2018.

A tabela 1 apresenta a caracterização das crianças incluídas no estudo e de suas mães. Em relação à idade das crianças, a distribuição percentual variou de 10,9% (n=99), na faixa etária de 7 a 8 meses, a 19,8% (n=179), na de 11 a 12 meses. Quanto às demais características das crianças, foram identificadas 50,8% (n=460) do sexo feminino; e, acerca das informações de nascimento, 63,3% (n=520) nasceram de parto vaginal, 89,6% (n=778) a termo e 85,9% (n=699) com peso adequado.

Em relação às características maternas, 67% (n=576) das mães são brancas, 62% (n=220) têm até 8 anos de estudo, e 70,3% (n=605) situam-se na faixa etária de 20 a 34 anos. Quanto ao padrão alimentar das crianças, foi observado que 54,1% (n=484) apresentam

DAM, 31,2% (n=280) o padrão UP e, apenas uma pequena parcela, 14,1% (n=126) estão no grupo NS (tabela 1).

A tabela 2 exibe as análises bivariadas dos desfechos e variáveis explanatórias. As variáveis que apresentaram nível de significância de até 20% e foram levadas à análise multivariada. A variável raça/cor da mãe apresentou um número de sujeitos muito pequeno para as categorias indígena e amarela, desta forma escolheu-se utilizar somente as categorias branca e negra para análise de fatores associados. Para o desfecho DAM foram: idade da criança ($p<0,001$) e raça/cor da mãe ($p<0,183$). Para o desfecho UP, idade da criança ($p<0,001$), sexo da criança ($p<0,018$), tipo de parto ($p<0,139$), raça/cor da mãe ($p<0,004$) e idade da mãe ($p<0,039$). Por último, para o desfecho NS, foram consideradas as variáveis sexo da criança ($p<0,183$) e raça/cor da mãe ($p<0,012$).

Na tabela 3 observa-se a análise multivariada da prevalência, razões de prevalências ajustadas e intervalo de 95% de confiança dos desfechos DAM, UP e NS segundo as variáveis explanatórias. A idade da criança foi associada significativamente ao desfecho DAM, sendo que as crianças de 11 a 12 meses apresentaram uma prevalência de diversidade alimentar 3,62 vezes maior que a das crianças de 6 a 7 meses.

No desfecho UP, ocorreu associação significativa com as variáveis idade e sexo da criança. Maior prevalência de consumo de ultraprocessados foi observada em crianças mais velhas e do sexo masculino. Para o padrão NS, não houve associação significativa com nenhuma das variáveis estudadas após o ajuste (tabela 3).

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho demonstram a baixa qualidade da dieta ofertada às crianças de 6 a 12 meses de idade acompanhadas na atenção básica do município de Porto Alegre em

2018. Somente em torno da metade das crianças apresentaram DAM – consumo de pelo menos um alimento de cada um dos seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação; cerca de um terço da amostra consumiu alimentos ultraprocessados e, ainda, aproximadamente 15% apresentou o padrão NS – com consumo de ultraprocessados e sem diversidade alimentar mínima.

Apesar de desfavoráveis, estes resultados são esperados, uma vez que vão ao encontro de diversos estudos que avaliaram o consumo alimentar infantil nos últimos anos e descreveram padrões aquém das recomendações atuais. No que se refere à DAM, que representa o padrão alimentar saudável e desejável para a população, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) – realizada no Brasil em 2006/2007 com uma amostra de 2.477 crianças de 6 a 36 meses de idade – demonstraram uma realidade alarmante: apenas 20% das crianças brasileiras consumiam quatro dos cinco grupos alimentares investigados, que classificariam a alimentação como diversificada; além disso, o consumo diário de frutas, hortaliças e carnes, que compõem a DAM, estava presente em menos de 50% dos indivíduos¹⁷.

Outro estudo, realizado em Barra Mansa (RJ), município do Sudeste do Brasil, com 580 crianças menores de 1 ano, investigou os fatores associados à falta de alimentação diversificada no segundo semestre de vida, classificando “alimentação não diversificada” quando há ingestão de menos de cinco grupos de alimentos (carnes, leite, frutas, legumes e feijão) nas últimas 24 horas, e concluiu que 64,5% das crianças se enquadravam nesta categoria¹⁸. Em Porto Alegre, Freitas et al. (2020)¹⁹ analisaram a qualidade do consumo alimentar de 249 crianças com 1 ano de idade acompanhadas por um serviço de atenção primária à saúde e identificaram que 30,5% da população estudada obteve um consumo

classificado como ruim ou regular, atingindo de 20% a 60% da qualidade alimentar segundo o escore elaborado pelos autores e derivado das questões do instrumento do Sisvan.

Dados mais atuais, como os encontrados no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), que teve como objetivo descrever as prevalências dos indicadores de alimentação infantil entre crianças brasileiras menores de 5 anos de idade, indicam que houveram alterações nesse cenário, porém ainda não suficientes, haja vista que a prevalência de DAM, indicador que participava dos marcadores de alimentação saudável, foi de apenas 57,1% para o Brasil e 59% para a região Sul ¹⁰. Deste modo, apesar da baixa prevalência de DAM, os achados do presente trabalho refletem prevalência no município de Porto Alegre semelhante às descritas pelo ENANI-2019 tanto para o país, quanto para a região na qual situa-se a cidade.

Dando continuidade aos padrões alimentares investigados, o UP, que segundo a orientação nacional deveria ser iniciado somente após os 2 anos de idade ⁵, foi encontrado neste estudo desde os 6 meses. Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM) de 2008/2009, com 34.366 crianças menores de 1 ano de idade, foi descrita a introdução precoce, antes dos 6 meses, de diversos alimentos, incluindo os ultraprocessados como refrigerantes, bolachas e/ou salgadinhos ⁷.

Ademais, a II PPAM apresenta dados a nível nacional e desagregados para as capitais brasileiras, bem como por faixa etária, todavia somente avaliou alimentos ultraprocessados isolados dificultando a comparação com os achados do presente trabalho, por exemplo, o consumo de refrigerantes foi de 4,9% no Brasil e 7,7% em Porto Alegre para a faixa etária de 6 a 9 meses, valores bem menores que a prevalência de UP (31,2%); entretanto o consumo de bolachas/salgadinhos foi bem maior na pesquisa nacional, sendo de 46,4% no Brasil e 61,1% em Porto Alegre para a mesma faixa etária ⁷. Deste modo, não há possibilidade de, com base

nesses resultados, inferir se houve alteração positiva ou negativa no consumo de ultraprocessados em Porto Alegre nos 10 anos que separam as coletas.

Por outro lado, é possível confrontar os achados atuais com os dados da pesquisa de Lopes et al. (2020)²⁰ que também avaliou o consumo de pelo menos um alimento ultraprocessados no dia anterior à avaliação e descreveu que em torno de 75% dos infantes consumiram algum destes alimentos. As informações deste estudo foram coletadas no ano de 2015 no município de Monte Claros (MG), sendo a amostra composta por 545 crianças menores de 24 meses e os alimentos avaliados: refrigerantes, sucos artificiais, macarrão instantâneo, biscoitos doces, salgados, salgadinhos de pacote, guloseimas (balas, caramelos, pirulitos) e achocolatados em geral. De modo semelhante, o ENANI 2019 encontrou uma prevalência de 80,5% no consumo de ultraprocessados no Brasil e 76,8% para região Sul ¹⁰. Em ambos os casos, a prevalência foi mais que o dobro da encontrada no município de Porto Alegre em 2018.

Quanto ao padrão NS, apesar da prevalência descrita ser relativamente baixa (14,1%), ela representa um achado preocupante, uma vez que reflete o espectro de maior perigo nutricional para a população, pois soma dois importantes fatores de risco: baixa DAM e UP. Apesar de sua relevância, são escassos os estudos que levam em consideração este padrão, uma vez que, geralmente, os trabalhos apresentam como não-saudável somente a ingestão de ultraprocessados, como, por exemplo, no estudo de Jaime et al. (2016)²¹ que teve como objetivo explorar marcadores do padrão não-saudável da alimentação em crianças brasileiras menores de 2 anos, onde os marcadores se caracterizavam pelo consumo de refrigerante ou suco artificial e de biscoito, bolacha ou bolo. Entretanto, ao verificar a baixa diversidade alimentar e o alto consumo de alimentos ultraprocessados descritos nos estudos supracitados, reforça-se a necessidade de uma maior atenção à junção destes fatores em novas pesquisas.

Para analisar os fatores associados à maiores prevalências dos desfechos, optou-se por uma abordagem multivariada para observar como as variáveis interagem e ajustam-se entre si. A faixa etária das crianças foi um elemento que apresentou associação significativa com os padrões DAM e UP, indicando um incremento em ambas as prevalências conforme o aumento da idade das crianças. Observou-se que crianças de 11 a 12 meses, as mais velhas incluídas na amostra estudada, apresentaram em torno de 70% de diversidade alimentar e o consumo de ultraprocessados foi de 42,1% nesta mesma faixa etária. No trabalho de Nogueira et al. (2022)²², realizado em Cruzeiro do Sul (AC) com o objetivo de avaliar o consumo de ultraprocessados e fatores associados no primeiro ano de vida, apesar de não ser considerada a idade das crianças, foi investigada a associação entre a diversidade da dieta e o consumo destes alimentos, sendo demonstrado que, assim como no presente estudo, conforme aumenta a diversidade alimentar, maior é a ingestão de ultraprocessados.

Além disso, o aumento tanto da DAM, quanto do UP de acordo com o envelhecimento das crianças vai ao encontro do que está descrito na literatura. Oliveira et al. (2017)¹⁸ encontraram dados significativos na relação da idade da criança e a diversidade alimentar no segundo semestre de vida, sendo que a menor frequência de alimentação diversificada (22,9%) foi encontrada na faixa etária de 6 a 7 meses, atingindo 39,3% de 8 a 9 meses e 42,3% de 10 a 11 meses. Dados da II PPAM revelaram aumento em todos os marcadores de alimentação saudável (comida de sal, fruta e verduras/legumes) da faixa etária de 6 a 9 meses para a de 9 a 12 meses tanto para dados a nível nacional, quanto para a região Sul e Porto Alegre⁷.

Do mesmo modo, o consumo de alimentos não saudáveis (café, refrigerante e bolachas/salgadinhos) na II PPAM manteve o padrão de aumento conforme a idade da criança⁷. Corroboram a estes achados, os resultados de Lopes et al. (2020)²⁰, que observaram uma

maior proporção de consumo de alimentos ultraprocessados entre as crianças com idade maior que 12 meses quando comparado as de 6 a 12 meses de idade; e, de Sparrenberger et al. (2015)²³ que relataram uma relação direta entre o aumento do consumo de ultraprocessados e a idade da criança, assim como uma forte relação entre o consumo desses alimentos e a obesidade infantil.

É esperado que desde o início da introdução alimentar, aos 6 meses, seja ofertada uma alimentação variada à criança, sendo que quanto maior a variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados de diferentes grupos na alimentação, maior a diversidade de nutrientes, o que contribui para um crescimento saudável ⁵. Entretanto, esta recomendação não reflete a realidade atual, algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar a menor diversidade alimentar da criança neste começo de apresentação dos alimentos, como o ambiente familiar, comportamento alimentar dos pais e a influência da mídia ²⁴.

Todavia, apesar de prezar pela variedade de nutrientes e alimentos nesta fase da vida, alguns nutrientes, como o açúcar, necessitam de maior atenção, pois o seu consumo precoce aumenta a chance de ganho de peso excessivo durante a infância e, conseqüentemente, o desenvolvimento de obesidade e outras doenças na vida adulta ^{25, 26}. O açúcar também está presente em grande parte dos alimentos ultraprocessados (refrigerantes, achocolatados, farinhas instantâneas com açúcar, bolos prontos, biscoitos, iogurtes, sucos de caixinha, entre outros), e esse é o principal motivo pelo qual eles não devem ser oferecidos para crianças menores de 2 anos ⁵. Porém, na amostra estudada quase metade das crianças de 11 a 12 meses já consumiam ultraprocessados e estão presentes desde o início da introdução alimentar.

Assim como a idade da criança, o sexo mostrou-se associado significativamente ao padrão UP, todavia são poucos os trabalhos que analisam esta variável na relação com a alimentação e são ainda mais escassos os que encontram resultados significativos. Diferente

dos achados deste trabalho, que indicam maior prevalência de UP na dieta de crianças do sexo masculino, a pesquisa de Flores et al. (2021)⁹ com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificou que as meninas tiveram maior probabilidade de consumir alimentos não saudáveis quando comparadas aos meninos, sendo este padrão constituído pelo consumo de alimentos ultraprocessados – consumo de doces, refrigerantes e sucos artificiais. São necessários mais estudos que avaliem esta variável para elucidar o grupo populacional de maior risco e qual a sua relação com a alimentação infantil.

Ressalta-se que o padrão não saudável não teve associação significativa com nenhuma das variáveis incluídas neste trabalho, desta forma é necessário que sejam realizadas mais pesquisas que incluam outros fatores que podem participar da determinação deste comportamento alimentar de risco.

O presente estudo possui limitações. A principal é a falta de dados de quase metade (49,2%) das unidades de saúde elegíveis em Porto Alegre/RS no preenchimento das informações do questionário do SISVAN no e-SUS AB. Entretanto, apesar da baixa cobertura e que não tenha sido realizado o cálculo amostral, uma vez que o objetivo era incluir todas as crianças elegíveis, constituindo uma amostragem por conveniência, como na maioria das amostras originadas de dados de serviços de saúde, o estudo aqui apresentado conta com uma amostra grande quando comparada às pesquisas nacionais que apresentam dados de consumo alimentar para esta faixa etária e dados desagregados para a região Sul ou o município de Porto Alegre ^{7, 9, 10}.

Um ponto forte deste estudo é a possibilidade de devolutiva aos profissionais que coletam esses dados na linha de frente do atendimento, realçando a importância do seu trabalho para a VAN do município. Além disso, soma ao agregar na identificação do padrão de alimentação não saudável, não apenas o consumo de ultraprocessados, mas também a falta

da diversidade alimentar na introdução alimentar – diferente da maioria dos estudos publicados – cenário bastante alarmante e que traz à tona um importante problema de saúde pública.

Deste modo, conclui-se que a alimentação complementar infantil em Porto Alegre/RS está aquém do preconizado e que conforme as crianças envelhecem, apesar de ocorrer um aumento na diversidade alimentar, também há incremento no consumo de alimentos não recomendados. Para que o município melhore este quadro, é necessário incentivar e aprimorar as políticas de promoção da alimentação adequada e saudável na infância, sendo que os dados apresentados neste trabalho poderão servir de subsídio para o planejamento de novas ações e estratégias com base na realidade local. Por fim, ressalta-se a importância da continuidade e ampliação da coleta dos marcadores de consumo alimentar para que a VAN ocorra de forma efetiva, de forma que possam ser realizados mais estudos e os dados gerados sejam repassados e contribuam com a população.

Tabela 1 – Descrição das características das crianças de 6 a 12 meses e de suas mães acompanhadas em unidades de saúde do município de Porto Alegre/RS em 2018 (n=906)

Variáveis	n (%)
Idade da criança	
6 a 7 meses	177 (19,5)
7 a 8 meses	99 (10,9)
8 a 9 meses	126 (13,9)
9 a 10 meses	179 (19,8)
10 a 11 meses	146 (16,1)
11 a 12 meses	179 (19,8)
Sexo da criança	
Masculino	446 (49,2)
Feminino	460 (50,8)
Tipo parto*	
Vaginal	520 (63,3)
Cesárea	301 (36,7)
Idade gestacional ao nascer*	
Pré-termo	90 (10,4)
Termo	778 (89,6)
Peso ao nascer*	
Baixo peso	66 (8,1)
Peso adequado	699 (85,9)
Macrossomia	49 (6,0)

n: número absoluto de indivíduos. %: número relativo de indivíduos (percentual). *n diferente de 906 devido a dados faltantes.

Continuação da tabela 1 – Descrição das características das crianças de 6 a 12 meses e de suas mães acompanhadas em unidades de saúde do município de Porto Alegre/RS em 2018 (n=906)

Variáveis	n (%)
Raça/cor da mãe*	
Branca	576 (67,0)
Negra	271 (31,5)
Amarela	10 (1,2)
Indígena	3 (0,3)
Idade da mãe*	
Até 19 anos	121 (14,1)
20 a 34 anos	605 (70,3)
≥ 35 anos	134 (15,6)
Escolaridade da mãe*	
Até 8 anos de estudo	220 (62,0)
8 anos ou mais	135 (38,0)
Diversidade alimentar mínima (DAM)	
Sim	484 (54,1)
Não	411 (45,9)
Consumo de ultraprocessados (UP)	
Sim	280 (31,2)
Não	617 (68,8)
Alimentação não-saudável (NS)	
Sim	126 (14,1)
Não	765 (85,9)

n: número absoluto de indivíduos. %: número relativo de indivíduos (percentual). *n diferente de 906 devido a dados faltantes.

Tabela 2 – Análise bivariada dos desfechos diversidade alimentar mínima, consumo de ultraprocessados e alimentação não-saudável segundo as variáveis explanatórias.

Variáveis	DAM (n=484) n (%)	p-valor	UP (n=280) n (%)	p-valor	NS (n=126) n (%)	p-valor
Idade da criança		<0,001		<0,001		0,442
6 a 7 meses	32 (18,1)		24 (13,7)		21 (12,0)	
7 a 8 meses	43 (44,3)		30 (31,3)		20 (20,8)	
8 a 9 meses	74 (59,7)		36 (29,0)		15 (12,2)	
9 a 10 meses	110 (63,2)		59 (33,1)		24 (13,8)	
10 a 11 meses	98 (67,6)		56 (38,4)		22 (15,2)	
11 a 12 meses	127 (71,3)		75 (42,1)		24 (13,5)	
Sexo da criança		0,507		0,018		0,183
Masculino	233 (53,0)		155 (34,9)		69 (15,7)	
Feminino	251 (55,2)		125 (27,6)		57 (12,6)	
Tipo parto		0,868		0,139		0,438
Vaginal	279 (54,3)		162 (31,6)		72 (14,1)	
Cesárea	163 (54,9)		80 (26,7)		36 (12,2)	

DAM: diversidade alimentar mínima. UP: ultraprocessados. NS: alimentação não-saudável. n: número absoluto de indivíduos. %: número relativo de indivíduos (percentual). Comparações das variáveis categóricas por meio do teste qui-quadrado de Pearson. *categorias raça/cor amarela e indígena suprimidas devido ao pequeno número de indivíduos.

Continuação da tabela 2 – Análise bivariada dos desfechos diversidade alimentar mínima, consumo de ultraprocessados e alimentação não-saudável segundo as variáveis explanatórias.

Variáveis	DAM (n=484) n (%)	p-valor	UP (n=280) n (%)	p-valor	NS (n=126) n (%)	p-valor
Idade gestacional ao nascer		0,422		0,487		0,221
Pré-termo	51 (58,0)		30 (34,1)		16 (18,4)	
Termo	411 (53,4)		235 (30,5)		104 (13,6)	
Peso ao nascer		0,252		0,251		0,638
Baixo peso	42 (63,6)		24 (36,9)		11 (16,9)	
Peso adequado	376 (54,6)		202 (29,1)		88 (12,8)	
Macrossomia	24 (49,0)		11 (22,9)		6 (12,5)	
Raça/cor da mãe*		0,183		0,004		0,012
Branca	318 (56,2)		155 (27,1)		65 (11,5)	
Negra	139 (51,3)		99 (36,9)		48 (17,9)	
Idade da mãe		0,990		0,039		0,782
Até 19 anos	65 (53,7)		48 (40,0)		19 (15,8)	
20 a 34 anos	322 (53,9)		176 (29,3)		80 (13,5)	
≥ 35 anos	72 (54,4)		35 (26,5)		9 (14,4)	
Escolaridade da mãe		0,985		0,019		0,231
Até 8 anos de estudo	111 (51,4)		83 (38,2)		36 (16,7)	
8 anos ou mais	69 (51,5)		35 (26,1)		16 (12,0)	

DAM: diversidade alimentar mínima. UP: consumo de ultraprocessados. NS: alimentação não-saudável. n: número absoluto de indivíduos. %: número relativo de indivíduos (percentual). Comparações das variáveis categóricas por meio do teste qui-quadrado de Pearson. *categorias raça/cor amarela e indígena suprimidas devido ao pequeno número de indivíduos.

Tabela 3 – Análise multivariada da prevalência, razões de prevalências ajustadas e intervalo de 95% de confiança dos desfechos diversidade alimentar mínima, consumo de ultraprocessados e alimentação não-saudável segundo variáveis explanatórias.

Variáveis	DAM	p-valor	UP	p-valor	NS	p-valor
	(n= 837) RP (IC 95%)		(n=769) RP (IC 95%)		(n=833) RP (IC 95%)	
Idade da criança		<0,001		<0,001		
6 a 7 meses	1		1		-	
7 a 8 meses	2,29 (1,54 - 3,39)		2,52 (1,54 - 4,14)		-	
8 a 9 meses	3,26 (2,28 - 4,63)		1,95 (1,16 - 3,27)		-	
9 a 10 meses	3,35 (2,37 - 4,71)		2,65 (1,68 - 4,19)		-	
10 a 11 meses	3,60 (2,55 - 5,06)		3,11 (2,00 - 4,84)		-	
11 a 12 meses	3,62 (2,58 - 5,07)		3,28 (2,10 - 5,15)		-	
Sexo da criança				0,003		0,108
Masculino	-		1,38 (1,11 - 1,71)		1,32 (0,94 - 1,87)	
Feminino	-		1		1	
Tipo parto				0,158		
Vaginal			1		-	
Cesárea			0,85 (0,68 - 1,06)		-	
Raça/cor da mãe		0,369		0,150		0,063
Branca	1		1		1	
Negra	0,95 (0,83 - 1,06)		1,17 (0,95 - 1,44)		1,39 (0,98 - 1,95)	
Idade da mãe				0,192		
Até 19 anos	-		1,25 (0,96 - 1,62)		-	
20 a 34 anos	-		1		-	
≥ 35 anos	-		0,96 (0,71 - 1,29)		-	

DAM: diversidade alimentar mínima. UP: consumo de ultraprocessados. NS: alimentação não-saudável. RP: razão de prevalência. IC95%: intervalo de confiança de 95%. Razões de prevalência ajustadas por Regressão de Poisson com variância robusta.

Referências (artigo)

1. Black RE, Allen LH, Abhutta Z, Caufield LE, Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 2008.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. Geneva. WHO, 2013.
3. Lima DB, Silva MMS, Paula HAA, Ribeiro RCL, Alfenas RCG. Alimentação na primeira infância no Brasil. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Minas Gerais, 2012.
4. D'auria E, Borsani B, Pendezza E, Bosetti A, Paradiso L, Zuccotti GV, Verduci E. Complementary Feeding: pitfalls for health outcomes. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: MS, 2019.
6. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, Corradini B, Landi L, Laroni L, Marani M. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Italian Journal Of Pediatrics*, 28 abr. 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: MS, 2009.
8. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set. 2012.

9. Flores TR, Neves RG, Wendt A, Costa CS, Bertoldi AD, Nunes BP. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021.
10. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019. *Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos*. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2020 [acessado 2022 Abril 04]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
11. Ferreira CS, Cherchiglia ML, César CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2013.
12. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília: MS, 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica*. Brasília: MS; 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS; 2012.
15. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, Nilson EAF, Fagundes A, Vasconcellos AB. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12 (4):688-699.
16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: MS, 2014.

17. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015.
18. Oliveira MIC, Rigotti RR, Boccolini CS. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2017.
19. Freitas LG, Cortés MAP, Stein C, Cousin E, Faustino-Silva DD, Hilgert JB. Qualidade do consumo alimentar e fatores associados em crianças de um ano de vida na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020.
20. Lopes WC, Pinho L, Caldeira AP, Lessa AC. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. *Revista Paulista de Pediatria*, 2020.
21. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Healthcare and unhealthy eating among children aged under two years: data from the national health survey, Brazil, 2013. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2016.
22. Nogueira MB, Mazzucchetti L, Mosquera PS, Cardoso MA, Malta MB. Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados no primeiro ano de vida em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022.
23. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *Jornal de Pediatria*, 2015.
24. Dantas RR, Silva GAP. The role of the obesogenic environment and parental lifestyles in infant feeding behavior. *Revista Paulista de Pediatria*, 2019.
25. Costa CS, Del-ponte B, Assunção MCF, Santos IS. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 2017.

26. Amicis R, Mambrini SP, Pellizzari M, Foppiani A, Bertoli S, Battezzati A, Leone A. Ultra-processed foods and obesity and adiposity parameters among children and adolescents: a systematic review. *European Journal Of Nutrition*, 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção deste trabalho contribui com a gestão municipal das políticas de alimentação e nutrição, de saúde da criança e com a população porto alegreense, uma vez que fornece uma devolutiva ao SUS dos dados produzidos na atenção básica, que poderão ser utilizados como subsídio para avaliação e planejamento de políticas públicas e programas de promoção da alimentação saudável infantil de acordo com a realidade local.

Atualmente, os desafios para as políticas públicas e ações de alimentação e nutrição na infância vem crescendo, uma vez que a globalização tem tornado alimentos de baixa qualidade nutricional mais atrativos e de fácil acesso para esta população, desta forma se faz necessário a continuidade na coleta dos marcadores de consumo alimentar pelos profissionais da atenção básica e a análise dos mesmos, seja pela gestão municipal ou pela concretização de novas parcerias com a universidade pública, para o monitoramento das mudanças na alimentação ofertada às crianças.

O presente estudo promoveu a identificação dos padrões existentes na alimentação de crianças do município de Porto Alegre, e a comparação das recomendações atuais com o real cenário encontrado. Ainda que já ocorram ações de saúde que salientem a importância da alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses de idade e da exclusão de alimentos não recomendados para esta faixa etária, os achados refletem hábitos alimentares preocupantes.

Tendo em vista a importância da diversidade alimentar nesta fase e a notória relevância da exclusão de alimentos ultraprocessados, vale ressaltar o tamanho do problema encontrado, sendo que apenas metade das crianças apresentavam diversidade alimentar mínima, e, ainda, havia introdução precoce de alimentos ultraprocessados na dieta e conforme o aumento da idade da criança, maior era sua exposição a estes alimentos. É primordial para reverter esse quadro que ocorra maior investimento e fortalecimento das políticas voltadas à promoção da alimentação complementar saudável no município de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

BLACK, Robert e; ALLEN, Lindsay H; A BHUTTA, Zulfiqar; CAULFIELD, Laura E; ONIS, Mercedes de; EZZATI, Majid; MATHERS, Colin; RIVERA, Juan. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, 2008.

BESERRA, Jéssica Batista; SOARES, Nathanael Ibsen da Silva; MARREIROS, Camila Santos; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e; FREITAS, Betânia de Jesus e Silva de Almendra; SANTOS, Marize Melo dos; FROTA, Karoline de Macêdo Gonçalves. Crianças e adolescentes que consomem alimentos ultraprocessados possuem pior perfil lipídico? Uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, dez. 2020

BONILLA, Catherine; HIJAR, Gisely; MÁRQUEZ, Delia; ARAMBURÚ, Adolfo; APARCO, Juan Pablo; GUTIÉRREZ, Ericson L. Intervenciones para prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, 2017.

BORTOLINI, Gisele Ane; VITOLLO, Márcia Regina; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2413-2424, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar 2. ed**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar, 1. ed**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó ; LOUZADA, Maria Laura da Costa; SILVEIRA, Elizabeth Lemos; VITOLO, Márcia Regina. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Nutr Campinas**, 2012.

COSTA, Caroline Santos; DEL-PONTE, Bianca; ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná Silva. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. **Public Health Nutrition**, 5 jul. 2017.

COUTINHO, Janine Giuberti; CARDOSO, Antônio José Costa; TORAL, Natacha; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; UBARANA, Juliana Amorim; AQUINO, Kelva Karina Nogueira de Carvalho de; NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; FAGUNDES, Antônio; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2009.

FLORES, Thaynã Ramos; NEVES, Rosália Garcia; WENDT, Andrea; COSTA, Caroline dos Santos; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; NUNES, Bruno Pereira. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021.

FREITAS, Laura Garcia de; CORTÉS, Margarita Alexandra Pena; STEIN, Caroline; COUSIN, Ewerton; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; HILGERT, Juliana Balbinot. Qualidade do consumo alimentar e fatores associados em crianças de um ano de vida na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

GIESTA, Juliana Mariante; ZOCHÉ, Ester; CORRÊA, Rafaela da Silveira; BOSA, Vera Lucia. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019.

GRANDJEAN, Ann C. Dietary intake data collection: challenges and limitations. **Nutrition Reviews**, 2012.

JAIME, Patricia Constante; FRIAS, Paulo Germano de; MONTEIRO, Helena Oliveira da Cruz; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; MALTA, Deborah Carvalho. Healthcare and unhealthy eating among children aged under two years: data from the national health survey, Brazil, 2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2016.

LOPES, Wanessa Casteluber; PINHO, Lucinéia de; CALDEIRA, Antônio Prates; LESSA, Angelina do Carmo. Consumption of ultraprocessed foods by children under 24 months of age and associated factors. **Revista Paulista de Pediatria**, 2020.

MONTEIRO, Carlos Alberto; CANNON, Geoffrey; LEVY, Renata; MOUBARAC, Jean-Claude; JAIME, Patricia; MARTINS, Ana Paula; CANELLA, Daniela; LOUZADA, Maria; PARRA, Diana; RICARDO, Camila; CALIXTO, Giovanna;

MACHADO, Priscila; MARTINS, Carla; MARTINEZ, Eurídice; BARALDI, Larissa; GARZILLO, Josefa; SATTAMINI, Isabela. NOVA. **A estrela brilha. Classificação dos alimentos.** Saúde pública. World Nutrition, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.** Geneva. 2013.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

- Data do registro: __/__/__
- Cartão Nacional do SUS da criança: _____
- Data de nascimento da criança: __/__/__

- Idade da criança em dias: _____
- Sexo da criança?
- A criança ontem, tomou leite do peito?
- Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?
- Se sim, quantas vezes?
- Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
- Se sim, quantas vezes?
- Se sim, essa comida foi oferecida: em pedaços, amassada, passada na peneira, liquidificada, só o caldo ou não sabe?

Ontem, a criança consumiu:

- Outro leite que não o leite do peito?
- Mingau com leite?
- Iogurte?
- Legumes (não considerar os utilizados como tempero, nem batata, mandioca /aipim / macaxeira, cará e inhame)?
- Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)?
- Verdura de folha (alface, acelga, repolho)?
- Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?
- Fígado?
- Feijão?
- Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?
- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?
- 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)?
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?

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

- Raça/cor da criança: _____
- Tipo de parto: _____
- Idade gestacional ao nascer: _____ semanas
- Apgar 1: _____
- Apgar 5: _____
- Peso da criança ao nascer: _____ kg
- Comprimento ao nascer: _____ cm
- Perímetro cefálico: _____ cm
- Nome da unidade de saúde: _____
- Perímetro cefálico no dia da consulta: _____ cm
- Peso no dia da consulta: _____ kg
- Comprimento no dia da consulta: _____ cm
- IMC no dia da consulta: _____
- Data da 1º consulta de pré-natal da mãe: __/__/__
- Número de consultas pré-natal da mãe: _____
- A mãe é portadora de HIV: _____
- Data de nascimento da mãe: __/__/__
- Idade da mãe no dia da consulta em anos: _____
- Raça/cor da mãe: _____
- Escolaridade da mãe: _____

ANEXO B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO ASSISTIDAS PELA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Fernanda Souza de Baimos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33783420.0.0000.5338

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.160.367

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIAS

Projeto de pesquisa em nível de Mestrado em Saúde Coletiva da escola de Enfermagem da UFRGS da aluna Fernanda Souza de Baimos. Será feito um diagnóstico do perfil alimentar e nutricional das crianças e a identificação dos fatores associados às práticas alimentares, que são de extrema importância para a vigilância alimentar e nutricional e o planejamento de estratégias efetivas para alcançar a nutrição adequada. Tendo em vista a importância dessas informações para a saúde das crianças, o presente trabalho tem como objetivo principal investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças menores de um ano assistidas pela atenção básica do município de Porto Alegre em 2018. Será realizado um estudo epidemiológico transversal com informações individuais de crianças menores de um ano e contextuais dos seus territórios de residência no município de Porto Alegre. A população de estudo será composta por crianças menores de um ano (crianças até 11 meses e 29 dias) em acompanhamento na atenção básica à saúde de Porto Alegre no ano de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os fatores associados ao consumo alimentar de crianças menores de um ano assistidas pela atenção básica do município de Porto Alegre em 2018.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.180.367

Objetivo Secundário:

Descrever a prevalência de aleitamento materno segundo faixa etária; Caracterizar a alimentação complementar ofertada às crianças menores de um ano; Associar a prevalência de aleitamento materno com o perfil demográfico e socioeconômico das mães; Relacionar o índice de vulnerabilidade social dos distritos sanitários de Porto Alegre com a prevalência de aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares; Comparar os critérios de adequação do pré-natal e a enção ao parto com a prevalência de aleitamento materno; Estabelecer relação entre o estado nutricional das crianças e a prevalência de aleitamento materno e a alimentação complementar; Associar a presença da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas unidades de saúde com os índices de aleitamento materno e alimentação complementar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tendo em vista que o presente projeto utiliza informações secundárias para análise, não há riscos direto à população de estudo.

Benefícios: Não há benefícios diretos à população de estudo, todavia o projeto irá impulsionar ações de promoção à alimentação saudável para crianças a partir da realidade do município e fortalecer a assistência integral à saúde da criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Fernanda Souza de Baimos

Assistente de pesquisa: Annelise Barreto Krause e Gabriela Niches da Silva

1. Nível da pesquisa: Mestrado

2. Instituição: UFRGS

3. Curso: Saúde Coletiva

4. Local de realização do estudo: Núcleo de Saúde do Escolar e Nutrição (NSENUTRI) da SMS-POA

5. Duração do estudo: 01/07/2020 a 31/12/2021

6. TCLE: não

7. Número de sujeitos da pesquisa: 3000

8. Data prevista para conclusão do estudo: 31/12/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: apresentado termo de dispensa do TCLE (uso exclusivo de banco de dados)

Termo de anuência da coordenação da Atenção Básica: presente

Termo de compromisso de utilização de dados: presente

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-3453

E-mail: cep_ams@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.105.367

Cronograma: presente e adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas às pendências do parecer 4.105.118

1. Devolutiva para a rede de atenção básica

Página 36 (parágrafos 2 e 3); página 37 (parágrafos 1 e 2).

6.11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados na forma de artigos que serão submetidos para publicação em periódicos científicos e dissertação do Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Os principais achados serão

divulgados também na imprensa local. Haverá discussão dos resultados com os gestores locais e estaduais das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Saúde da Criança, assim como apresentação e discussão dos dados com os coordenadores das unidades de saúde e das gerências distritais por meio de oficinas temáticas realizadas nas reuniões de colegiados das respectivas gerências distritais de saúde. Por fim, se possível, será editado o relatório de pesquisa e disponibilizado online como documento técnico.

6.11.1 Resultados esperados

Os resultados pretendidos podem ser sumarizados em três âmbitos:

Resultados acadêmicos:

- Desenvolver, no mínimo, uma dissertação de mestrado e três trabalhos de iniciação científica.
- Apresentar os resultados em congressos da área.
- Submeter, no mínimo, dois artigos científicos a periódicos da área.
- Formação de recursos humanos (graduandos e mestres), habilitados ao desenvolvimento de pesquisa científica de abordagem quantitativa.

Resultados científicos:

- Identificação de todas as unidades de saúde que realizam efetivamente a vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de um ano no município de Porto Alegre.
- Contribuição para o diagnóstico alimentar e nutricional das crianças menores de um ano do município de acordo com as recomendações da Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável no SUS.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.160.367

Resultados voltados à comunidade:

- Elaborar e disponibilizar para o NSENUTRI e para a SMS-POA mapas que apresentarão as prevalências dos indicadores analisados distribuídos pelos distritos sanitários de Porto Alegre.
- Subsidiar cientificamente a formulação de políticas e ações em saúde racionalizando o processo de tomada de decisões por parte dos gestores a partir do diagnóstico local.
- Apresentar aos gestores municipais e estaduais, conselhos de saúde, organizações não governamentais que trabalhem a alimentação infantil os resultados da pesquisa.

2. Recomendações da carta do CONEP publicada pelo Ministério da Saúde em 09 de maio de 2020

Página 35 (parágrafos 1 e 2).

Considerando a carta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) acerca das orientações para condução de pesquisas e atividade dos Comitês de Ética em Pesquisa durante a Pandemia provocada pelo Coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19) publicada em 09 de maio de 2020, o presente projeto prevê o cumprimento de todas as medidas necessárias para minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos pesquisadores envolvidos, descartando as medidas referentes aos participantes da pesquisa, haja vista que não haverá contato direto com os usuários nessa pesquisa.

Quanto às orientações gerais para a condução de protocolos de pesquisa, a equipe de pesquisa irá priorizar o contato com os profissionais de saúde do NSENUTRI e a construção do banco de dados de modo remoto (online) e, quando em contato presencial, irá realizar os protocolos estabelecidos pelo MS, incluindo o uso de máscaras, o respeito ao distanciamento pessoal de 2 metros e a higiene de mãos, sempre que necessária. Não está previsto a necessidade de suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, haja vista a ausência de contato presencial com os mesmos. O presente projeto será submetido à avaliação e aprovação diretamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-POA, pois o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS está com as atividades suspensas devido determinação da Conep.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.160.367

3. Descrever melhor os riscos e como minimizar possíveis vazamentos de informação

Página 29 (parágrafo 3); página 30 (parágrafos 1 e 2).

6.5 BENEFÍCIOS E RISCOS

Em relação aos benefícios da pesquisa, não será possível determinar benefícios diretos à população de estudo por se tratar de uma análise de dados secundários e retroativos, todavia o projeto irá subsidiar e impulsionar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para as crianças do município a partir da realidade local que será descrita, de modo a fortalecer a assistência integral à saúde das crianças de Porto Alegre, além de desenvolver publicações relevantes acerca da nutrição infantil e da saúde da criança.

Quanto aos riscos, não há riscos de lesões ou danos físicos diretos à população de estudo. Todavia, há riscos mínimos devido à possibilidade de danos sociais referentes ao vazamento de informações sensíveis aos participantes. De acordo com o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados, assinado e submetido junto com o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, todas as informações e dados colhidos serão mantidos em sigilo, sendo utilizados apenas para este estudo.

Para garantir a confidencialidade e privacidade das informações coletadas e impedir o vazamento de informações, algumas medidas serão tomadas pela equipe de pesquisa como, por exemplo, limitar o acesso apenas as informações dos indivíduos que são específicas e necessários para a pesquisa e utilizar códigos para representar os indivíduos no banco de dados, excluindo o uso de nomes. Qualquer tipo de dano maior previsto ou não, resultante da participação no estudo, além do direito à assistência, os participantes terão direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

TODAS AS PENDÊNCIAS ATENDIDAS

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais

Endereço: Rua Capão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_smsa@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.100.367

devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1552591.pdf	05/07/2020 20:29:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUALIZADO.pdf	05/07/2020 20:28:22	Gabriela Niches da Silva	Aceito
Outros	RESPOSTAS_PENDENCIAS.pdf	05/07/2020 20:26:17	Gabriela Niches da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA_INSTITUCIONAL.PDF	02/06/2020 18:18:51	Gabriela Niches da Silva	Aceito
Outros	FORMULARIO.pdf	02/06/2020 18:17:36	Gabriela Niches da Silva	Aceito
Outros	TCUD.pdf	02/06/2020 18:15:55	Gabriela Niches da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhoderosto2.pdf	13/05/2020 22:33:08	Fernanda Souza de Bairros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA.pdf	08/05/2020 17:03:07	Fernanda Souza de Bairros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Julho de 2020

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com