



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO
AMBIENTE

Rejane Pinheiro Rocha

**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO
MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO**

Vitória de Santo Antão

2015

Rejane Pinheiro Rocha

**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO
MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Rene Duarte Martins

Coorientadora: Prof^a Dr^a Juliana Souza Oliveira

Vitória de Santo Antão

2015

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Lígia Feliciano dos Santos, CRB4: 2005

R672e Rocha, Rejane Pinheiro.

Estado nutricional de crianças no primeiro ano de vida do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco./ Rejane Pinheiro Rocha. – Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.

89 folhas; il., tab.

Orientador: René Duarte Martins.

Coorientador: Juliana Souza Oliveira

Dissertação (Mestrado em Saúde Humana e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Saúde Humana e Meio Ambiente, 2015.

Inclui bibliografia e anexos

1. Nutrição. 2. Avaliação Nutricional. 3. Crianças. I. Martins, René Duarte (Orientador). II. Oliveira, Juliana Souza (Coorientador). III. Título.

612.3 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-048/2015



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE HUMANA E MEIO AMBIENTE -
MESTRADO ACADÊMICO



Dissertação de Mestrado apresentada por **Rejane Pinheiro Rocha** ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, sob o título **“ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA NO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO”**, orientada pelo Prof. Dr. René Duarte Martins e coorientada pela Profa. Dra. Juliana Souza Oliveira, aprovada no dia 26 de maio de 2015 pela Banca Examinadora composta pelas seguintes professoras:

Dr.^a Emília Chagas Costa

Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte – CAV/UFPE

Dr.^a Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte – CAV/UFPE

Dr.^a Juliana Souza Oliveira

Núcleo de Nutrição – CAV/UFPE

Autora

Rejane Pinheiro Rocha

Dedico esta dissertação e esta vitória
in memoriam a meus pais, Waldemiro
e Josefa, que me ensinaram e
investiram para que herdasse o maior
dos tesouros, o conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela eterna proteção, sabedoria e conhecimento, requisitos indispensáveis para mais uma conquista, pois sem Ele nada faria.

Aos meus pais, Waldemiro e Josefa, pelo exemplo de caráter moral e espiritual.

Às minhas filhas Carolina e Daniele, pela paciência durante a construção deste trabalho.

Ao meu amor, Edílson, esposo e companheiro de todas as horas, pelo incentivo, paciência, por sua ajuda nos momentos mais críticos e por ser um exemplo a ser seguido, sua participação foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Aos meus irmãos Magali, Miriam, Marlene, José Roberto (*in memoriam*) e Rogério, que de uma maneira ou de outra, contribuíram para a conclusão deste trabalho, muitas vezes até mesmo, com um simples gesto de carinho ou uma palavra amiga, meus sinceros agradecimentos.

A toda minha família, em especial ao meu tio-irmão, Murilo, por sempre acreditar em mim e pelo importante apoio para meu ingresso na vida acadêmica.

Aos meus sobrinhos que sempre estiveram do meu lado dando força e apoio.

Ao meu sogro, Edson, pelo eterno incentivo e carinho.

A Beethoven, Paola e Meg pelo apoio e companheirismo.

Ao Professor Dr. Rene Duarte Martins, meu Orientador, pelo acolhimento no seu grupo de pesquisa, valiosa orientação e amizade.

À Professora Dr^a. Juliana Souza Oliveira, minha Coorientadora, pela contribuição científica, paciência e tempo disponibilizado na pesquisa, que de forma atenciosa e gentil nos prestigiou com as informações necessárias, esclarecimentos, experiência e competência no assunto.

Ao Professor Dr. Pedro Israel Cabral de Lira, exemplo de experiência contemplada de modéstia, pelas valiosas informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Agradeço à amiga Dra. Ana Paula Campos Pereira, pelo enorme apoio de estar sempre ao meu lado em momentos cruciais deste trabalho.

Agradeço a Emídio Cavalcanti de Albuquerque, excelente profissional, pela valiosa contribuição estatística.

Agradeço à Bibliotecária, Sandra Santiago, pelo profissionalismo e ótimo trabalho de normalização realizado nesta pesquisa.

A todos os colegas da minha turma de Mestrado pelos bons momentos, estímulo e, sobretudo pela amizade.

Aos funcionários da secretaria da Pós Graduação, Jaelson, Cristiano e Ana Patrícia pela colaboração e especialmente à Sra. Adalva pelo excelente atendimento, condição que contribui para um ambiente harmonioso.

À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE - CAV), e a todos os Professores pelo conhecimento adquirido ao longo do curso, especialmente às Professoras e Pesquisadoras Dr^a Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos, Dr^a Vanessa Sá Leal, Dr^a Emília Chagas Costa, pelas participações nas Bancas Examinadoras (Qualificação e Defesa) e valiosas sugestões.

Às mães e crianças que participaram desta pesquisa, sem as quais este trabalho não seria realizado.

Aos colegas da Unidade Transfusional do Hospital das Clínicas - UFPE, em especial ao Chefe do Serviço, M.Sc Severino Borba de Andrade e à colega M.Sc Clécia Maria Carvalho de Oliveira, agradeço a compreensão pelo tempo que precisei me ausentar do Serviço pelo apoio e amizade.

Aos colegas da Agência Transfusional do PROCAPE, em especial ao Biomédico Chefe da Unidade, Artur Emílio de Lima Barros, pela consideração e apoio.

RESUMO

Nos últimos anos, o Brasil tem registrado uma diminuição nos casos de desnutrição e um aumento nos casos de sobrepeso e obesidade em crianças, caracterizando o excesso de peso um problema de saúde pública. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o estado nutricional de crianças menores de um ano, residentes em Vitória de Santo Antão, Pernambuco e analisar as possíveis associações com as características biológicas, sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, ao parto e à nutrição. A amostra estudada foi composta por 234 crianças, utilizaram-se os dados secundários da Chamada Neonatal. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com as mães, além do registro do peso e do comprimento. As crianças para serem selecionadas além de residirem no município, não poderiam ser gemelares nem adotadas. O teste estatístico aplicado foi o Teste Exato de *Fisher*. A frequência para o excesso de peso foi de 7,6% e para o déficit estatural de 4,9%. Verificou-se associação estatística entre idade das crianças e excesso de peso, na faixa etária de 6 a 8 e de 9 a 11 meses, apresentando esse desvio uma frequência de 17,4% e 10,4% respectivamente. No que concerne ao déficit estatural, observou-se que este desvio nutricional esteve associado ao peso ao nascer, com maior frequência entre as crianças que nasceram com peso insuficiente 15,0%. O presente estudo contribuiu para a reflexão acerca da importância da avaliação nutricional em menores de um ano, no processo de monitoramento do crescimento infantil, por detectar em tempo precoce, casos de sobrepeso, obesidade e déficit estatural.

Palavras-chave: Avaliação Nutricional. Neonatal. Nutrição. Crianças.

ABSTRACT

In recent years, Brazil has registered a decrease in cases of malnutrition and also an increase in cases of overweight and obesity in children, characterizing the overweight a public health problem. The goal of this research was to evaluate the nutritional status of children under one year old, who lives in the city of Vitoria de Santo Antão - Pernambuco and discuss the possibilities of associations with these factors, biological, sociodemographics, of prenatal care, childbirth and nutrition. The sample studied was composed of 234 children, it was used secondary data of the Neonatal Call. The data collection was done through interviews with the mothers, in addition to the weight and length record. The children to be selected, should live in the city, and couldn't be twins or adopted. The statistical test applied was the *Fisher Exact Test*. The frequency of overweight was 7,6% and stunting was 4.9%. There were a statistical association between the age of children and the overweight, on aged 6-8 and 9-11 months, where was presented a frequency of this deviation 17.4%. About the stunting, it was observed that this nutritional deviation was associated with birth weight, more frequently among children who were born underweight 15.0%. This study contributed to the reflection on the importance of nutritional assessment on children under one year old in, in the monitoring process of child growth, for detecting at an early time, cases of overweight or obesity and stunting.

Keywords: Nutritional Assessment. Neonatal. Nutrition. Children.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Associação entre as características biológicas com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE	44
Tabela 2 –	Associação entre as características sociodemográficas com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE	45
Tabela 3 –	Associação entre as características de assistência ao pré-natal e ao parto com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE	46
Tabela 4 –	Associação entre a amamentação com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE	47

LISTA DE ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BF	Bolsa Família
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
C/I	Comprimento para Idade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia de Insumos Estratégicos
DEP	Desnutrição Energético Proteica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC/I	Índice de Massa Corporal para a idade
INS	Inquérito Nacional em Saúde
MS	Ministério da Saúde
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiares
RMM	Razão da Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
USF	Unidades de Saúde da Família

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund-Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Percentual
kg	Quilograma
g	Grama
cm	Centímetro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	HIPÓTESE	17
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo Geral	18
3.2	Objetivos Específicos	18
4	REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1	Antropometria na Avaliação Nutricional	19
4.2	Transição Nutricional e a Relação com a Biodiversidade	21
4.3	Desnutrição e Fatores Associados	23
4.4	Avaliação Nutricional e sua Importância para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança	25
4.5	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio e Perspectivas Sociais	27
4.6	Chamada Neonatal	30
5	METODOLOGIA	32
5.1	Local do Estudo e Critérios de Inclusão	32
5.2	Tamanho da Amostra e Amostragem	32
5.3	Coleta dos Dados	33
5.4	Procedimentos Técnicos e Avaliação Nutricional	33
5.5	Categorização das Variáveis	34
5.6	Variáveis Dependentes e Pontos de Corte	35
5.7	Análise Estatística	35
5.8	Aspectos Éticos	35
6	RESULTADOS	37
6.1	Artigo Original a ser submetido à Revista Paulista de Pediatria	37
7	CONCLUSÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
ANEXO A –	Fluxograma para Critério de Inclusão	65
ANEXO B –	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	66
ANEXO C –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	67
ANEXO D –	Questionário	68

ANEXO E –	Normas da Revista Paulista de Pediatria	80
ANEXO F –	Modelo de Carta de Submissão do Artigo	88
ANEXO G –	Transferência de Direitos Autorais: Revista Paulista de Pediatria	89

1 INTRODUÇÃO

O estado nutricional de um indivíduo é caracterizado pelo equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013). Avaliar o estado nutricional no primeiro ano de vida é fundamental para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo fator importante para a assistência nutricional (ARAÚJO; CAMPOS, 2008). É um processo sistemático sendo constituído de coleta, verificação e interpretação de dados, que possibilita estabelecer ações de intervenção referentes à nutrição (VITOLO; LOUZADA, 2015).

A avaliação do estado nutricional em conjunto com outros indicadores, são condutas de extrema importância para conhecer as condições de saúde das crianças, além de mapear indiretamente o nível de desenvolvimento social e econômico do país (OLIVEIRA et al., 2013).

Sabe-se que fatores nutricionais influenciam de forma direta o metabolismo, sendo assim, o desequilíbrio nutricional na fase de crescimento e desenvolvimento, causa efeitos indesejáveis, levando ao excesso de peso, retardo no crescimento, diminuindo a resistência às infecções, causando alterações metabólicas e enzimáticas, prejudicando a saúde da criança e aumentando o índice de morbimortalidade (DOUEK; LEONE, 1995).

A obesidade é uma condição patológica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo distribuído por todo o corpo e está associada a mudanças de hábitos de vida, tais como alimentação inadequada e sedentarismo (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). Os prejuízos causados por este agravo não se apresentam apenas na infância, mas se estende na idade adulta, e se associam à síndrome metabólica, com o aparecimento de hipertensão, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de cânceres (NOGUEIRA; ZAMBON, 2013).

O déficit estatural, caracterizado pelo efeito cumulativo da carência de nutrientes sobre o crescimento esquelético, tem sido observado ainda nos países em desenvolvimento, embora em proporções menores, dando espaço para o aumento da obesidade, caracterizando a transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Estudos mostram que este déficit na infância estão associados a uma maior

taxa de mortalidade infantil (TMI), doenças infecciosas, diminuição no rendimento escolar, redução da altura na idade adulta e, para o sexo feminino há um maior risco de gerar crianças com baixo peso ao nascer (LEAL et al., 2012).

O estudo da associação com fatores socioeconômicos, de saúde e nutrição, permite conhecer as prováveis causas que levam ao desequilíbrio nutricional (CORSO et al., 2012). Onde o déficit estatural bem como a obesidade, têm sido associados à saúde da mãe e da criança, idade e escolaridade materna, condições sociodemográficas da família (WEFFORT, 2014).

Partindo-se da premissa que a avaliação do crescimento infantil é de fundamental importância para a saúde da criança (ZEFERINO et al., 2003), onde o acompanhamento da situação nutricional e o controle do crescimento infantil de um país revelam-se instrumentos essenciais, tanto para a aferição das condições de vida a que está submetida a população infantil, como da sociedade em geral (LAURENTINO; ARRUDA, G.; ARRUDA, I., 2003).

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional e os fatores associados em menores de um ano, residentes no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, participantes da Chamada Neonatal, no ano de 2010.

2 HIPÓTESE

Crianças menores de um ano residentes no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, apresentam expressiva frequência para o excesso de peso e déficit estatural, associados primordialmente com as características biológicas, sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, ao parto e à nutrição.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o estado nutricional e fatores associados de crianças menores de um ano de idade do município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- a) caracterizar a população de estudo quanto às características biológicas, sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, ao parto e à nutrição;
- b) identificar a frequência e o grau de intensidade do agravo nutricional, segundo os índices Comprimento/Idade e Índice de Massa Corporal/Idade, na população de estudo e;
- c) verificar a associação do agravo nutricional com as características biológicas, sociodemográficas, de assistência ao pré-natal, ao parto e à nutrição.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Antropometria na Avaliação Nutricional

Para avaliar o estado nutricional, a antropometria é especialmente importante, pois permite fazer o diagnóstico e conhecer a magnitude dos fatores que desencadeiam os agravos nutricionais, no qual irá se basear a conduta de correção nutricional adequada (OLIVEIRA; AARESTRUP, 2012), facilitando o tratamento, tanto na prevenção como na intervenção (RIBAS et al., 1999). Compreende a medida das dimensões corpóreas de crianças e adultos (VANNUCCHI; UNAMUNO; MARCHINI, 1996) e permite monitorar a evolução das modificações do crescimento nas crianças (OLIVEIRA; AARESTRUP, 2012).

A antropometria é um método universalmente aplicável, de fácil execução, baixo custo, não é invasivo, tem boa aceitação por parte da população, sendo bastante útil na detecção precoce de alterações no estado nutricional de indivíduos e coletividades (ARAÚJO; CAMPOS, 2008; MONTARROYOS; COSTA; FORTE, 2013; SIGULEM; DEVICENZI; LESSA, 2000).

Algumas medidas antropométricas como peso e comprimento, possibilitam um diagnóstico mais preciso do quadro nutricional das crianças estudadas (DAMACENO; MARTINS; DEVINCENZI, 2009). Esses dados são analisados através de indicadores antropométricos, utilizados para avaliar o crescimento e o desenvolvimento de crianças e adolescentes, são eles: Peso/Idade (P/I), Comprimento/Idade (C/I), Peso/Comprimento (P/C) e Índice de Massa Corporal/Idade (IMC/idade) (ARAÚJO; CAMPOS, 2008), são medidas físicas observadas e comparadas com valores de referência, expresso em tabelas e curvas da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group, 2006), e pelo Ministério da Saúde SISVAN (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008) para avaliar o estado nutricional das crianças.

Para de detectar a prevalência do excesso de peso, tem-se utilizado o Índice de Massa Corporal IMC/I. Trata-se de uma medida simples e viável. A OMS em 2006 lançou o novo padrão de crescimento infantil e disponibilizou informações sobre o IMC em gráficos e tabelas, com valores percentis e escores z, viabilizando o

seu emprego a nível populacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group, 2006).

Para se detectar o déficit estatural, tem-se utilizado o índice Comprimento/Idade. (C/I). Assim, a criança poderá ter um comprometimento crônico do crescimento, quando apresenta um déficit de Comprimento/Idade, o qual representa um processo de longa duração-“stunting”, (que significa nanismo). Entretanto quando há déficit do índice Peso/Comprimento significa um comprometimento mais recente do crescimento, com reflexo mais pronunciado no peso “wasting” que significa emaciamento (SOUZA; ARAÚJO, 2004).

A utilização de indicadores antropométricos é também considerada um importante meio para sugerir o risco de mortalidade infantil associado à deficiência alimentar, como também detectar a obesidade, que poderá contribuir para o aparecimento das DCNT decorrentes do consumo excessivo de alimentos (MONTARROYOS; COSTA; FORTE, 2013). Porém não detecta deficiências específicas tais como: deficiência de ferro, de vitamina A, de cálcio, entre outras, fazendo-se necessário nestes casos, a complementação com exames laboratoriais específicos para conclusão diagnóstica (SIGULEM; DEVICENZI; LESSA, 2000). O risco da morbimortalidade do recém-nascido (RN) pode advir de qualquer desvio dos índices antropométricos (BROCK, 2006). Este risco pode ser prevenido através do acompanhamento do crescimento da criança, por permitir a identificação da desnutrição em sua fase inicial (CARVALHO et al., 2008).

Por essas razões e por sua íntima relação com as classes sociais menos favorecidas, algumas medidas governamentais vêm sendo adotadas no sentido de reduzir a prevalência de déficits de crescimento em crianças menores de um ano, como os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, assumido pelas Nações Unidas no ano 2000 (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2000).

4.2 Transição Nutricional e a Relação com a Biodiversidade

A relação entre o meio ambiente, saúde e nutrição, têm importância reconhecida por conta do processo de urbanização e industrialização aceleradas pelo qual vem passando a sociedade brasileira, propiciando o convívio em ambientes obesogênicos, pois induzem e mudam o ambiente natural, trazendo novos fatores de risco para o aparecimento das doenças no âmbito da saúde pública (SANTANA, 2014).

Nos últimos anos, o Brasil vem passando por uma transição nutricional, fundamentada na má alimentação, caracterizada pela redução da desnutrição infantil, dando lugar a uma nova geração, onde o excesso de peso predomina e vem ganhando proporções cada vez maiores (SOUZA, 2010). A ocorrência expressiva do excesso de peso tem repercussão negativa sobre a saúde da população, por predispor o indivíduo às DCNT, como diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças renais, alguns tipos de câncer, além de levar à baixa estima (ABBES et al., 2011; DUNCAN et al., 2012). Nos últimos anos, crianças têm se tornado alvo desse excesso de gordura corporal (LAMOUNIER, 2009).

A obesidade é o resultado de sucessivos balanços energéticos positivos, que resulta no excesso de gordura corporal acumulada em todo corpo, associados à presença de outros fatores (LEMOS, 2012). Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006), referente ao estado nutricional das crianças brasileiras até cinco anos, houve um aumento da prevalência para o excesso de peso em relação à altura de 7%, variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do país.

Outras pesquisas reforçam o aumento dessa prevalência. Segundo dados do IBGE (2010c), nos 34 anos decorridos entre 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência para o excesso de peso entre as crianças de 5 a 9 anos teve um aumento considerável. Em relação ao sexo masculino passou de 10,9% para 34,8%, enquanto que para o sexo feminino passou de 8,6% para 32%, tendo a prevalência da obesidade para o sexo masculino um aumento de 2,9% para 16,6%, e para o

sexo feminino de 1,8% para 11,8%. No mesmo período, a prevalência da obesidade para adolescentes do sexo masculino aumentou de 0,4% para 5,9%, e para as mulheres de 0,7% para 4,0%.

A intervenção dos pais na formação dos hábitos alimentares dos filhos costuma ser decisiva na formação do hábito alimentar na infância (VALLE et al, 2007). Infelizmente o consumo de alimentos calóricos e pouco nutritivos ocupou espaço através da mídia, que chega rapidamente aos pais e responsáveis pela criança, incentivando hábitos não saudáveis (MATTOS, 2014).

A literatura mostra com unanimidade os fatores desencadeantes da obesidade infantil, sendo os mais citados a alimentação em excesso, a genética, a pré-disposição metabólica, o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, o meio ambiente, fatores psicológicos, a inatividade física, podendo ocorrer em ambos sexos (OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

A obesidade era mais prevalente nos países desenvolvidos e nas famílias com rendas mais elevadas. Atualmente, já se observa o inverso, o excesso de gordura corporal praticamente triplicou nos países em desenvolvimento e nas classes sociais menos favorecidas, é um problema de Saúde Pública em escala mundial (BARBIERI; MELLO, 2012; TARDIDO; FALCÃO, 2006). Estudos revelam que as populações mais pobres consomem alimentos processados com grande quantidade de ingredientes à base de gorduras saturadas, sal e carboidratos simples (TORAL; CONTI; SLATER, 2009). São alimentos mais baratos e mais práticos de consumir pela facilidade de oferta (LAMOUNIER, 2009; SOARES et al, 2014). A associação desses alimentos com a atividade física reduzida ou inexistente têm contribuído de maneira significativa para a transição epidemiológica com mudança no perfil da saúde pública, favorecendo o aumento excessivo da gordura corporal (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Em relação à população infantil, o desmame precoce, a introdução cada vez mais cedo de alimentos industrializados, altamente calóricos, ricos em gorduras saturadas, carboidratos simples e sódio, declinam a qualidade nutricional e favorecem ao excesso de peso entre as crianças (ENES; SLATER, 2010).

Estudos mostram que para diminuir a prevalência da obesidade e suas consequências, a prevenção deve-se iniciar na infância com práticas de educação

alimentar e nutricional (SOARES et al., 2014), partindo de orientações nutricionais para as mães e responsáveis, enfatizando a importância do aleitamento materno exclusivo para o recém-nascido (RN) e a partir dos seis meses, a introdução de alimentos que componham uma dieta saudável (FREITAS et al., 2014).

4.3 Desnutrição e Fatores Associados

A desnutrição é o estado patológico que consiste na oferta reduzida de nutrientes (desnutrição primária), ou na capacidade diminuída de aproveitar os alimentos que são ofertados (desnutrição secundária), resultando em danos para o crescimento e desenvolvimento da criança, levando ao comprometimento ponderal e/ou estatural (COSTA et al., 2010). Podem ser classificadas como desnutrição aguda ou crônica (ALVES et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011).

O baixo peso para a idade ou o baixo peso para o comprimento/estatura é considerada desnutrição aguda, enquanto que o baixo comprimento/estatura para a idade caracteriza a desnutrição crônica (ROMANI; LIRA, 2004). O déficit estatural ou desnutrição crônica é considerada um retardo de crescimento linear, revela um longo período de privação alimentar é a característica antropométrica mais significativa do quadro epidemiológico da desnutrição, pois pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança de forma irreversível (SILVA, M.; SILVA, A., 2014).

O déficit estatural nos primeiros anos de vida ainda continua sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. As consequências podem ter implicações em longo prazo, com comorbidades associadas ao excesso de peso (VIEIRA et al., 2007), como o aparecimento das DCNT (HOFFMAN et al., 2000). O desenvolvimento do comprimento/estatura é o potencial genético que a criança traz consigo, poderá ser alcançado ou não. Segundo pesquisa, fatores biológicos como a idade, exercem forte influência para o alcance da expressão máxima desse potencial genético, que se intensifica após a criança completar dois anos de vida (EICKMANN et al., 2006).

Observa-se também que fatores extrínsecos relacionados ao ambiente tais como, número de pessoas na residência, saneamento básico, situação econômica, interferem no desenvolvimento pondero estatural, sendo este último, um forte

condicionante da situação nutricional por representar o poder de compras para o consumo alimentar (ARAÚJO et al., 2012; LEAL et al., 2012; MENEZES et al., 2011). A nutrição insuficiente da mãe, o desmame precoce, alimentos complementares não adequados em quantidade e qualidade oferecidos às crianças após o desmame, infecções intestinais e parasitoses, causam prejuízos na absorção dos nutrientes e têm contribuído para a geração de baixa estatura (ENGSTROM; ANJOS, 1999).

A desnutrição nos primeiros anos de vida reflete alterações do estado nutricional, sendo causa importante de morbimortalidade (MENEZES et al., 2011), de origem multicausal, está associada a um maior risco de doenças infecciosas, comprometendo o desenvolvimento psicomotor, levando a um menor rendimento escolar, diminuindo a capacidade produtiva na idade adulta (LIMA et al., 2010). Pesquisa mostra que a desnutrição grave pode trazer prejuízos também para o cérebro, com o desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas (SCHWEIGERT; SOUZA; PERRY, 2009).

Estudos comprovaram uma tendência da queda na prevalência da desnutrição (CHAGAS et al., 2013; BOTEAGA et al., 2010; LIMA et al., 2010). No período compreendido entre 1970 a 1990 a prevalência da desnutrição aguda no Brasil diminuiu em 60% (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Durante este período, a situação nutricional no Brasil vem passando por mudanças e teve a seguinte evolução: na década de 70, surtos epidêmicos de fome caracterizaram formas de desnutrição grave, a Desnutrição Energético Proteica (DEP), representada pelo kwashiorkor e marasmo. Nos anos 80 predominou a fome oculta, tendo como característica a falta ou carência de um ou mais micronutrientes (SILVA et al., 2010). Na década seguinte, 1990, ocorre uma estabilização da DEP e das deficiências de micronutrientes dando lugar à desnutrição crônica, onde prevalece o déficit estatural, o aparecimento do sobrepeso e da obesidade caracterizando a transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; CARVALHO et al., 2014).

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010), revela uma redução para o déficit estatural ao longo dos anos. Assim, no período compreendido entre 1974 a 2009, crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, apresentaram uma redução para o déficit de altura para o sexo masculino de 29,3% para 7,2% e para o sexo feminino passou de 26,7% para 6,3% (IBGE, 2010c).

Alguns fatores tiveram participação na redução desse déficit: aumento da renda familiar per capita, menor número de pessoas na residência, acesso a bens de consumo, a altura materna mais elevada e o peso ao nascer normal (SILVESTRIN et al., 2013).

Estudos mostram que o nível de instrução da mãe é inversamente proporcional à velocidade de desnutrição. Mães esclarecidas têm condições de cuidar melhor dos filhos, devido aos conhecimentos adquiridos, oferecendo uma melhor qualidade de vida para a criança, (ENGSTROM; ANJOS, 1999; VICTORA; HUTTLY; FUCHS, 1993). Outro fator que pode influenciar a saúde da mãe e do bebê é a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde às gestantes, durante o parto e o período do puerpério (WEHBY et al., 2009). A orientação adequada e um bom atendimento durante esse período exercem forte influência sobre o crescimento, principalmente em crianças menores de cinco anos (GUIMARÃES; LATORRE; BARROS, 1999; SILVA, M.; SILVA, A., 2014). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a desnutrição é responsável por um terço das mortes entre crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento (UNICEF, 2007).

Embora a desnutrição crônica venha alcançando proporções cada vez menores ao longo dos anos, sendo uma das características da transição nutricional, é possível se deparar com crianças com este tipo de desnutrição, em localidades mais carentes de algumas regiões do Brasil (OLIVEIRA, et al., 2009).

4.4 Avaliação Nutricional e sua Importância para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança

O estado nutricional indica como as necessidades fisiológicas e nutricionais de um indivíduo estão sendo atendidas, podendo variar de acordo com a situação de vida da pessoa, a disponibilidade de alimentos e o estado de saúde (BLACK et al., 2008). Dessa forma, o estado nutricional pode ser caracterizado pelo equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2013, ENGSTROM; ANJOS, 1999).

A alimentação inadequada, principalmente nas idades mais precoces da vida, pode representar um fator de risco para o aparecimento de diversas enfermidades, tanto em crianças quanto em adultos, tais como, doenças cardiovasculares, que representa a principal causa de morte no Brasil, tendo como consequências mais importantes o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, podendo levar o paciente ao óbito. Por isso, o controle para evitar essas doenças crônicas é de suma importância na redução das complicações fatais e não fatais destas doenças (SANTANA, 2014).

A avaliação do crescimento define melhor o estado nutricional e a saúde de crianças, uma vez que problemas nutricionais interferem no crescimento infantil (SIGULEM; DEVICENZI; LESSA, 2000). É um bom indicador de saúde, tanto a nível individual como em comunidade e permite caracterizar a qualidade de vida das populações (OLIVEIRA et al., 2011).

O estilo de vida atual, os costumes alimentares, o poder de compra, associado à vulnerabilidade educacional e familiar, podem levar a uma superalimentação, que causa alterações na composição corporal dos indivíduos, induzindo ao aumento do sobrepeso e obesidade, pondo a saúde em risco podendo causar transtornos, levando ao aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na idade adulta (ALMEIDA; SILVA; CYRINO, 2009). Em contrapartida, dietas inadequadas, insuficientes em quantidade e baixa qualidade, levam à desnutrição, podendo causar prejuízos irreparáveis para o organismo, tais como baixa estatura ou mesmo nanismo na idade adulta (SOARES et al., 2014).

Devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento da criança, torna-se essencial o acompanhamento nutricional e o monitoramento do crescimento, para que se possa identificar precocemente, as crianças de maior risco, visando estabelecer ações de intervenção (SIGULEM; DEVICENZI; LESSA, 2000), de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (ACUÑA; CRUZ, 2004) diminuindo os efeitos negativos daí decorrentes. Crianças bem nutridas são menos suscetíveis para desenvolverem doenças, além de desfrutarem de uma melhor qualidade de vida (SOARES; PETROSKI, 2003).

A avaliação nutricional no primeiro ano de vida é de fundamental importância para verificar se o crescimento está próximo ou distante de um padrão esperado,

pois neste período, distúrbios do crescimento, déficit ou excesso de peso, podem acarretar sequelas em longo prazo, como o déficit estatural representado pela desnutrição crônica, ou o excesso de peso, como sobrepeso e obesidade, deixando a criança susceptível a desenvolver DCNT (MARQUES; LOPES; BRAGA, 2004; MIRANDA, 2013).

Neste sentido, fica clara a importância da avaliação nutricional para o crescimento e desenvolvimento infantil, a fim de identificar precocemente aqueles que possam apresentar maior risco de complicações durante essa faixa etária e assim garantir intervenções adequadas (FISBERG, MARCHIONI; CARDOSO, 2004).

4.5 Objetivos do Desenvolvimento do Milênio e Perspectivas Sociais

Diversas ações governamentais têm sido implementadas ao longo dos anos em todo o mundo, com o intuito de melhorar as condições de vida da população. Dessa forma, em 08 de setembro de 2000, após análise feita pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os maiores problemas mundiais, foram estabelecidas por esta Organização oito objetivos, denominados de Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), são eles segundo a Organização das Nações Unidas:

- a) acabar com a fome e a miséria;
- b) oferecer educação básica de qualidade para todos;
- c) promover a igualdade entre os sexos e valorização da mulher;
- d) reduzir a mortalidade infantil;
- e) melhorar a saúde das gestantes;
- f) combater a AIDS, a malária e outras doenças;
- g) garantir a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e;
- h) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 2001).

O período estipulado para o cumprimento dessas metas é delimitado e totaliza quinze anos, teve início em 2000 e termina em 2015. O compromisso foi assumido por 191 Estados Membros da ONU, dos quais o Brasil faz parte. Cada

país fica independente, podendo lançar mão das suas capacidades específicas para o cumprimento dos objetivos (NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Alguns dos ODM são de importância para o presente estudo, por tratarem de questões relacionadas à fome, à miséria, à saúde da gestante e à mortalidade infantil, uma vez que essas questões influenciam o estado nutricional da criança.

Com relação ao primeiro objetivo o Brasil superou as expectativas, diminuindo para um quarto a pobreza extrema ao invés da metade do que era em 1990, conforme foi acordado, fazendo com que o Brasil atingisse a meta (NAÇÕES UNIDAS, 2001).

O quarto Objetivo do Milênio se refere à redução da mortalidade infantil, que é ainda um grave problema de Saúde Pública nos países emergentes (MENEZES et al., 2014). A TMI representa o número de óbitos em crianças menores de um ano e reflete as condições gerais da vida, uma vez que apresenta relação direta com uma série de fatores como as condições biológicas da mãe e da criança (KOLLING, 2011).

Essas mortes acontecem em momentos diferentes e são causadas em geral, por motivos distintos, tendo a seguinte classificação: mortalidade neonatal precoce ocorre nos seis primeiros dias de vida, o óbito neste caso é influenciado pela assistência ao pré-natal e parto; mortalidade neonatal tardia acontece entre sete e 27 dias de vida, o óbito é fortemente influenciado por assistência à saúde, problemas no parto e infecções e mortalidade pós-natal ocorre entre 28 a 364 dias, sendo neste caso, influenciada pelas condições do meio ambiente onde a criança vive (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

No entanto, sabe-se que medidas sanitárias adequadas e serviços de saúde com qualidade acessível à população, podem reduzir o número de óbitos neonatais (TEIXEIRA; PUNGIRUM, 2005). Segundo Lansky, França e Leal (2002), a maioria dos óbitos perinatais poderiam ser evitáveis, se houvesse uma melhoria nos serviços de saúde. Segundo dados do Relatório dos ODM 2013, elaborado pela ONU (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014), a prevalência mundial da mortalidade infantil reduziu em 47%, no período entre 1990 a 2012. O índice passou de 90 para 48 mortes por mil

nascidos vivos. Porém, muito ainda terá que ser feito, para que se atinja a meta global de 75% de redução na taxa (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014).

Outras pesquisas confirmam o declínio da TMI no Brasil, no período compreendido entre 1999 e 2009, passando de 31,7%% para 22,5%, representando uma diminuição de 29% (IBGE, 2010b). Apesar desse declínio, a mortalidade ainda atinge valores elevados, comprometendo a qualidade de vida da população. Nesta situação, nota-se que apesar desses números estarem alcançando índices menores, há uma desigualdade da TMI entre as Regiões do País, sendo o Norte e o Nordeste as mais afetadas, podendo ser uma das causas a desnutrição. Essa desigualdade aumenta dentro de um mesmo estado à medida que se afasta da capital para o interior (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O quinto ODM retrata sobre a saúde materna, sendo o principal indicador, a Razão da Mortalidade Materna (RMM), que compreende o número de mortes de mães durante os períodos de gravidez, parto e puerpério (período de 42 dias após o parto). Para alcançar esse objetivo, duas metas deverão ser cumpridas: a redução da mortalidade materna até três quartos do que foi observado em 1990 e a universalização ao acesso da saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o Relatório dos ODM 2013 (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014), divulgado pela ONU, durante o período de 21 anos no Brasil (1990 a 2011), a taxa de mortalidade materna reduziu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

O número de cesáreas dificulta a redução da mortalidade materna. Cesáreas feitas indiscriminadamente aumentam em cinco vezes o risco de infecção e 3,5 vezes o risco de morte entre as mães, além de custos para o governo. No Brasil, o índice nacional referente a partos cesáreos aumentou durante o período de 1996 a 2011, de menos 41% para quase 54% respectivamente (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014). Em relação à saúde sexual e reprodutiva o alcance desta meta no Brasil está muito

próximo. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde; e aproximadamente, 90% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014).

Em 2011, para reforçar a melhoria da saúde materna, o Sistema Único de Saúde (SUS), implantou a Rede Cegonha, que tem o objetivo de diminuir a mortalidade materna e neonatal, dando um reforço na qualidade da atenção básica e hospitalar, regulação e controle (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2011). Neste sistema, recursos são empregados para melhorar a rede hospitalar convencional, especialmente destinado ao tratamento de obstetrícia de alto risco, tais como leitos neonatais (terapia intensiva, cuidados intensivos, qualificação nos cuidados neonatal). Vários municípios estão aderindo à Rede Cegonha, o Ministério da Saúde tem colaborado para uma melhor eficácia nos serviços prestados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

4.6 Chamada Neonatal

Em 2009, o governo federal com o objetivo de acelerar a redução das desigualdades regionais, firmou um Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil com os governadores dos estados do Nordeste e da Amazônia Legal. Participaram da ação, 256 municípios distribuídos entre oito estados da Região Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e nove estados da Amazônia Legal (Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins). As prioridades do Pacto, foram a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN). Para facilitar o cumprimento das metas estabelecidas pelo governo federal, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Instituições Acadêmicas, criou a Chamada Neonatal, que teve como foco a atenção ao pré-natal, parto e ao RN (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2010).

A Chamada Neonatal foi desenvolvida durante a Campanha de Vacinação contra a Paralisia Infantil. Tratou-se de uma pesquisa de corte transversal sob a responsabilidade do Ministério da Saúde por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia de Insumos Estratégicos (DECIT) e da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (FIOCRUZ).

O governo federal através da Chamada Neonatal teve como estratégia principal, compreender as possíveis falhas verificadas nos serviços de saúde, na atenção ao pré-natal, parto, puerpério das mães e dos bebês menores de um ano de vida. Falhas essas que contribuíram para a elevação dos altos índices de mortalidade neonatal nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil. A partir deste conhecimento, o governo federal ofereceu benefícios para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde para os Estados participantes da Chamada, através de ações que contribuíram para reduzir esses índices (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2014).

Por se tratar de um inquérito populacional e ter sido aplicado em dia de vacinação, a Chamada Neonatal teve a vantagem de disponibilizar de uma cobertura populacional alta, pelo comparecimento de boa parte das mães e bebês aos postos de vacinação (SANTOS, 2008). A realização de Inquéritos Nacionais em Saúde (INS) têm contribuído de forma essencial para o planejamento, a programação, o monitoramento e as intervenções em saúde coletiva e individual, além de produzir em pouco tempo, dados relevantes para realização de pesquisas (MALTA et al., 2008).

O presente estudo foi realizado com informações retiradas do banco de dados da Chamada Neonatal, tendo sido utilizadas as variáveis que podem interferir no déficit estatural e no excesso de peso nos menores de um ano residentes no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

5 METODOLOGIA

5.1 Local do Estudo e Critérios de Inclusão

O presente estudo utilizou os dados secundários da pesquisa: “Avaliação da Atenção ao Pré-natal, ao Parto e aos Menores de Um Ano na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil 2010”, denominada também de Chamada Neonatal. Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado no dia 12 de junho de 2010, durante a Campanha de Multivacinação em estados da região Nordeste e da Amazônia Legal. A pesquisa original teve como população alvo, mães e crianças menores de um ano, dos municípios prioritários para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil. A pesquisa foi realizada na cidade da Vitória de Santo Antão no estado de Pernambuco.

Os critérios de inclusão do estudo original foram: crianças com idade inferior a um ano, residir no mesmo município do posto de vacinação onde se realizou o estudo, está acompanhada da genitora, não ser gemelar nem adotada. No caso de irmãos menores de um ano, a criança escolhida para o estudo era a de menor idade, para evitar viés de memória materna (ANEXO A).

5.2 Tamanho da Amostra e Amostragem

O cálculo para o tamanho da amostra original considerou prevalência esperada de 22% para alguma complicação “auto-referida” durante o parto, conforme dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006/2007). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009). O intervalo de confiança foi de 95%, com erro de quatro pontos percentuais, utilizou-se o desenho aleatório simples em cada domínio amostral. Os planos amostrais foram elaborados, tendo como base, informações dadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde: sobre o número de postos de vacinação em cada cidade, segundo estimativa do número de crianças com idade inferior a um ano, que seriam vacinadas em cada posto, de acordo com planilhas de Campanhas anteriores.

No município da Vitória de Santo Antão, bem como alguns municípios do interior, por ter estimativas próprias, teve o plano desenhado de acordo com seu perfil e compôs um domínio amostral, diferentemente de alguns municípios do interior, cujo domínio amostral foi formado pelo conjunto dos vários estratos, onde cada estrato representa um município. Foram sorteadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município bem como sorteio na fila, dos pares mãe-criança, que compôs a fração amostral trabalhada. Foi estabelecida uma seleção sistemática para a escolha do par mãe-criança no momento em que as mães e crianças aguardavam para serem atendidas na fila. O presente estudo contou com a participação de 234 crianças menores de um ano.

5.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados questionários com a finalidade de obter informações biológicas, sociodemográficas, assistências ao parto e amamentação, da mãe e da criança. Os questionários foram respondidos apenas pelas mães que cumpriram os critérios de inclusão, em sala reservada para esse propósito, nas UBS (ANEXO D).

5.4 Procedimentos Técnicos e Avaliação Nutricional

A aferição do peso e do comprimento das crianças foram realizadas em local claro com espaço para despir e vestir os bebês e fazer as anotações em formulários próprios. As aferições de peso e comprimento foram tomadas por dois antropometristas, para diminuir a probabilidade de erros. Um ficou responsável em realizar a primeira leitura e o outro, a segunda.

Para a medida do peso, foi utilizada balança pediátrica não digital existente no Serviço de Saúde, com capacidade para 16 kg e intervalos de 10 g. A calibração das balanças foi feita utilizando-se um peso de 5 kg previamente tarado em balanças das universidades participantes. Para a tomada do peso, a criança foi posicionada no centro do prato, deitada ou sentada de modo a distribuir o peso igualmente, sendo essa variável registrada em quilos.

Para medição do comprimento foi utilizado infantômetro de madeira com intervalo de 10 a 99 cm e graduações em milímetros. A criança foi posicionada deitada no centro do infantômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços, cabeça apoiada contra a parte fixa do equipamento, pescoço reto, queixo afastado do peito, com os braços estendidos ao longo do corpo, ombros, nádegas e calcanhares em contato com a superfície, joelhos levemente apoiados para baixo, pés juntos, formando um ângulo reto com as pernas. A balança e o infantômetro foram posicionados em superfície plana para se obter uma medição mais precisa.

5.5 Categorização das Variáveis

Para a categorização do aleitamento materno, utilizou-se a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO) (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2009) Aleitamento Materno exclusivo (quando a criança recebe só leite materno sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos), aleitamento materno predominante (quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água, suco de frutas), aleitamento materno complementado (quando a criança recebe além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semisólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo) e aleitamento materno misto ou parcial (quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite). Para categorizar o aleitamento materno exclusivo, foi considerada a resposta positiva ao consumo do leite materno nas últimas 24h antecedentes à entrevista e negativa a todos os demais alimentos questionados.

Para a assistência ao pré-natal, foram consideradas as seguintes categorizações: número de consultas realizadas, recebimento de orientação acerca do aleitamento materno, além da avaliação da qualidade do atendimento pela mulher (muito boa, boa, satisfatória, ruim e muito ruim).

Na avaliação da assistência ao parto, utilizou-se as seguintes variáveis sócio-demográficas: idade materna (menor que 20; entre 20 a 29 e maior ou igual a 30), escolaridade materna (ensino fundamental incompleto 0 a 7 anos de estudo,

ensino fundamental completo 0 a 10 anos de estudo e ensino médio completo ≥ 11 anos de estudo), chefe da família (masculino ou feminino).

Quanto ao tipo de parto (normal, cesárea), o peso ao nascer, recebeu as seguintes classificações: baixo peso $\leq 2500\text{g}$; peso insuficiente, 2500 a 2999g; peso adequado $\leq 3000\text{g}$. Orientação para o aleitamento materno (não ou sim), idade da criança (0 a 5 meses, 6 a 8 meses, 8 a 11 meses).

5.6 Variáveis Dependentes e Pontos de Corte

As variáveis dependentes utilizadas no modelo estatístico foram déficit estatural e excesso de peso. Para classificar o déficit estatural utilizou-se o índice Comprimento/Idade (C/I), tendo como ponto de corte o escore $z < -2$. O excesso de peso foi categorizado utilizando-se o IMC para a Idade (IMC/I), tendo como ponto de corte escore $z > 2$.

5.7 Análise Estatística

Para a análise do banco de dados foram utilizados os programas estatísticos: Software Anthro-2007, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e Epi-Info versão 6.04d (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Utilizou-se o Teste Exato de *Fischer* para avaliar as associações entre as variáveis dependentes e independentes, assumindo-se significância estatística quando $p < 0,05$ e associação marginal quando $p < 0,10$.

5.8 Aspectos Éticos

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), atendendo à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com CAAE: 0058 0 031) 000-10 (ANEXO B).

As mães que concordaram em participar desse estudo, foram informadas sobre a guarda do sigilo acerca das informações prestadas, em seguida assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da aplicação do questionário (ANEXO C).

6 RESULTADOS

Conforme exigência do Colegiado do Programa da Pós-Graduação de Saúde Humana e Meio Ambiente da Universidade Federal de Pernambuco, os resultados deste estudo serão apresentados em forma de Artigo Original, tendo sido submetido à Revista Paulista de Pediatria (ANEXO E).

6.1 Artigo Original a ser submetido à Revista Paulista de Pediatria

Estado Nutricional de Crianças no Primeiro Ano de Vida do Município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco

Estado Nutricional de Menores de Um Ano da Vitória, PE

Nutritional Status of Children Under One Year from the city of Vitoria de Santo Antão, Pernambuco

Nutritional Status of Under One Year from Vitoria de Santo Antão, PE

Rejane Pinheiro Rocha, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

Rene Duarte Martins, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

Juliana Souza Oliveira, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

Pedro Israel Cabral de Lira, Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Ana Paula Campos Pereira, Secretaria Estadual de Saúde (SES), Recife, PE, Brasil

Autor correspondente: Rejane Pinheiro Rocha

Endereço para correspondência: Avenida Marcos Freire (Orla), 3455, Apto 901, Casa Caiada, Olinda – PE, CEP 53130 540

Telefone: (55) 81 997517530

e-mail: rejanederocha@gmail.com

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

O estudo não recebeu financiamento, mas a Chamada Neonatal foi financiada pelo Departamento de Ciências e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT/MS), Brasil.

Número total de palavras no texto: 3000

Número total de Tabelas: 4

Número total de referências: 30

Resumo

Objetivo: Avaliar o estado nutricional de menores de um ano, residentes em Vitória de Santo Antão, Pernambuco e analisar as possíveis associações com as características biológicas, sociodemográficas, assistência ao pré-natal, ao parto e à nutrição. **Método:** Participaram do estudo 234 crianças. Utilizaram-se os dados do banco de dados da Chamada Neonatal. As informações foram obtidas por meio de entrevistas com as mães, através de questionários, onde foram coletadas informações biológicas, sociodemográficas, assistência ao pré-natal, ao parto e à amamentação, além do registro do peso e do comprimento. As crianças para serem selecionadas além de residirem no município, não poderiam ser gemelares e nem adotadas. As variáveis dependentes foram excesso de peso e déficit estatural. O teste estatístico aplicado para avaliar a associação entre as variáveis dependentes e independentes foi o Teste Exato de *Fisher*. **Resultados:** A frequência para o excesso de peso foi de 7,6% e para o déficit estatural de 4,9%. Verificou-se associação estatística entre idade da criança e excesso de peso, nas faixas etárias de 6 a 8 meses e de 9 a 11 meses, apresentando uma frequência para esse desvio de 17,4% e 10,4% respectivamente. O déficit estatural esteve associado com o peso ao nascer, apresentando maior frequência entre as crianças que nasceram com peso insuficiente 15,0%. **Conclusões:** O presente estudo contribuiu para a reflexão acerca da importância da avaliação nutricional em menores de um ano, no processo de monitoramento do crescimento infantil, por detectar em tempo precoce, casos de excesso de peso e déficit estatural.

Palavras-chave: Avaliação Nutricional, Neonatal, Nutrição, Criança.

Abstract

Objective: To evaluate the nutritional status and associated factors in children under one year, who lives in the city of Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Method:** The study included 234 children under one year old. It was used data from the Neonatal Call database. The information was obtained through interviews with mothers, through questionnaires, which were collected information: biological, sociodemographic, prenatal care, childbirth and breastfeeding, in addition to the weight and length record. The children to be selected, in addition to reside in the city, couldn't be twins or adopted. The dependent variables were overweight and stunting. The statistical test applied to evaluate the association between dependent and independent variable was the *Fisher* Exact Test. **Results:** The frequency of overweight was 7.6% and stunting of 4.9%. It was observed that there was a statistical association between the child's age and overweight, aged around 6-8 and 9-11 months, presented a frequency of this deviation of 17.4% and 10.4% respectively. The stunting was associated with the birth weight, presenting a higher frequency among children who were born underweight 15.0%. **Conclusions:** The present study contributed for a reflection about the importance of nutritional assessment in children under one year, monitoring of child growth process, detecting at an early time obesity and stunting cases.

Keywords: Nutritional Assessment. Newborn. Nutrition. Child.

Introdução

Conhecer o estado nutricional no primeiro ano de vida é de fundamental importância, por permitir uma intervenção precoce e prevenir complicações decorrentes de uma alimentação inadequada.¹ O estado nutricional reflete a qualidade de vida dos indivíduos e permite revelar a gravidade dos distúrbios nutricionais em que se encontra a população.² Entre os problemas nutricionais que afetam as crianças brasileiras, destacam-se o excesso de peso e o déficit estatural.

Esses distúrbios são consequências resultantes de modificações no hábito alimentar, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas.³

A obesidade, doença crônica, caracterizada pelo acúmulo de gorduras por todo o corpo, pode ter origem genética, metabólica ou ser proveniente de erros alimentares.⁴ A hiperplasia, aumento do número de células gordurosas, pode acontecer durante três períodos críticos da vida: no último trimestre da gravidez, onde os hábitos alimentares da mãe podem interferir na composição corporal do feto, no primeiro ano de vida e na adolescência. Este tipo de obesidade, hiperplásica, além de dificultar a perda de peso, apresenta uma tendência natural de gerar adultos obesos.⁵

O déficit estatural, caracterizado pelo efeito cumulativo da carência de nutrientes sobre o crescimento esquelético, tem sido observado ainda nos países em desenvolvimento, embora em proporções menores.⁶ Pesquisa revela que o déficit de estatural na infância estão associados a uma maior Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), doenças infecciosas, diminuição do rendimento escolar, redução da altura na idade adulta e, para o sexo feminino, há um maior risco de gerar crianças com baixo peso ao nascer.⁷

O estudo da associação com fatores biológicos e sociodemográficos, permite conhecer as prováveis causas que levam ao desequilíbrio nutricional.⁸ Assim, o déficit estatural bem como a obesidade, têm sido associados à saúde da mãe e da criança, a idade e a escolaridade materna, condições econômicas da família.⁹

Nesta perspectiva, o objetivo deste trabalho foi avaliar o estado nutricional de crianças no primeiro ano de vida da cidade da Vitória de Santo Antão, no estado de Pernambuco e analisar as possíveis associações entre as variáveis biológicas, sociodemográficas, assistências ao pré-natal, ao parto e à amamentação.

Método

O presente estudo utilizou os dados secundários da pesquisa: “Avaliação da Atenção ao Pré-natal, ao Parto e aos Menores de Um Ano na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil 2010”. Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado no dia 12 de junho de 2010, durante a Campanha de Multivacinação em estados da região

Nordeste e da Amazônia Legal. A pesquisa original teve como população alvo, mães e crianças menores de um ano, dos municípios prioritários para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil. O estudo foi realizado na cidade da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, nas seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS): Alto José Leal, Amparo, Caiçara, Cidade de Deus, Dr. Alvinho, Jardim Ipiranga, Lagoa Redonda, Lídia Queiroz, Loteamento Conceição, Maranhão, Mário Bezerra, Maués, Pau Santo, Redenção, Bela Vista, Cajueiro, Ladeira de Pedra, Matadouro e Água Branca.

As informações foram obtidas através de entrevistas com as mães, através de questionários, onde foram coletadas informações biológicas, sociodemográficas, assistência ao pré-natal, parto e à amamentação, além do registro do peso e do comprimento da criança. Os questionários foram respondidos apenas pelas mães que cumpriram os critérios de inclusão, em sala reservada para esse propósito, nas UBS (ANEXO D).

Os critérios de inclusão do estudo original foram: criança menor de um ano de idade, residir no mesmo município do posto de vacinação onde se realizou o estudo, está acompanhada da genitora, não ser gemelar nem adotada. No caso de irmãos menores de um ano, a criança escolhida para o estudo era a de menor idade (ANEXO A).

Participaram do estudo 234 crianças menores de um ano. O cálculo para o tamanho da amostra para este estudo, considerou prevalência esperada de 22% para alguma complicação “auto referida” durante o parto. Utilizou-se o intervalo de confiança de 95%, com erro de quatro pontos percentuais. Os planos amostrais foram elaborados, tendo como base, informações dadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde: sobre o número de postos de vacinação em cada cidade, segundo estimativa do número de crianças com idade inferior a um ano, que seriam vacinadas em cada posto, de acordo com planilhas de campanhas anteriores. Houve algumas perdas durante o preenchimento do questionário devido a inquietação das crianças ou dados não informados pelas mães. Essas perdas encontram-se especificadas no rodapé das tabelas.

As variáveis dependentes utilizadas no modelo estatístico foram excesso de peso e déficit estatural. O excesso de peso foi categorizado utilizando-se o Índice de

Massa corporal para a Idade (IMC/I), tendo como ponto de corte escore $z > 2$. Para classificar o déficit estatural utilizou-se o índice Comprimento x Idade (C/I), tendo como ponto de corte o escore $z < - 2$. Para tanto, foram utilizadas as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde, 2006¹⁰ e pelo Ministério da Saúde.¹¹

Para as características biológicas foram consideradas: o sexo da criança, o peso ao nascer, com as seguintes classificações: baixo peso $\leq 2500\text{g}$; peso insuficiente 2500 a 2999g; peso adequado $\geq 3000\text{g}$. Para a idade da criança foram categorizadas as seguintes faixas etárias: de 0 a 5 meses; de 6 a 8 meses e de 9 a 11 meses. Quanto às caracterizações sociodemográficas foram consideradas: chefe da casa (mãe da criança; outra pessoa); sexo do chefe da família. Para a escolaridade da mãe foram considerados: (ensino fundamental incompleto 0 a 7 de estudo; ensino fundamental completo 0 a 10 de estudo e ensino médio completo ≥ 11 anos de estudo). Recebimento do bolsa família (sim, não). Quanto ao aleitamento materno, utilizou-se a classificação da OMS com as seguintes caracterizações: Aleitamento materno exclusivo (quando a criança recebe só leite materno sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos), aleitamento materno predominante (quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água, suco de frutas), aleitamento materno complementado (quando a criança recebe além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo) e aleitamento materno misto ou parcial (quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite). Para categorizar o aleitamento materno exclusivo, foi considerada a resposta positiva ao consumo do leite materno nas últimas 24h antecedentes à entrevista e negativa a todos os demais alimentos questionados. Para a assistência ao pré-natal, foram consideradas as seguintes categorizações: auto avaliação do pré-natal (muito boa, boa, satisfatória, ruim, e muito ruim). Para a adequação ao pré-natal (parcialmente adequado e inadequado). Quanto à realização de consultas durante o pré-natal, foram consideradas seis ou mais consultas, tendo resposta afirmativa ou negativa das mães. Quanto ao tipo de parto foi considerado a realização do parto normal ou do parto cesário.

Para a análise do banco de dados foram utilizados os programas estatísticos: Software Anthro-2007, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e Epi-Info versão 6.04d (WHO CDC, Atlanta, USA). Utilizou-se o teste Exato de *Fischer* para avaliar as associações entre as variáveis dependentes e independentes, assumindo-se significância estatística quando $p < 0,05$ e associação marginal quando $p < 0,10$.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), atendendo à resolução n 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0058 0 031 000-10 (ANEXO B). As mães que concordaram em participar desse estudo, foram informadas sobre a guarda do sigilo acerca das informações prestadas, em seguida assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da aplicação do questionário (ANEXO C).

Resultados

Dentre as crianças avaliadas, 7,6% apresentaram excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), segundo o IMC/Idade e 4,9% apresentaram déficit estatural, avaliado pelo índice Comprimento/Idade. Dados não apresentados.

De acordo com a tabela 1, o peso ao nascer se associou ao déficit estatural. Pode-se observar que crianças nascidas com baixo peso e com peso insuficiente, apresentaram uma frequência para esse desvio de 12,5% e 15,0% respectivamente. Com relação ao excesso de peso, verifica-se uma associação estatisticamente significativa com a idade, onde se pode observar que crianças com idade entre 6 a 8 meses, apresentaram uma frequência para o excesso de peso de 17,4%, tendo um decréscimo deste percentual na faixa etária seguinte, para 10,4%, porém ainda expressiva.

Tabela 1 - Associação entre as características biológicas com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE.

Características biológicas	Total	Déficit estatural		Total	Excesso de peso	
	(n)	%	p	(n)	%	p
Sexo da criança ^a						
Masculino	105	5,7	0,748	90	5,6	0,452
Feminino	101	4,0		82	9,8	
Peso ao nascer ^b						
Baixo peso	8	12,5	0,003	6	0,0	0,833
Peso insuficiente	40	15,0		33	9,1	
Peso adequado	155	1,9		130	7,7	
Idade da criança ^c						
0 a 5 meses	93	2,2	0,157	78	0,0	< 0,001
6 a 8 meses	54	9,3		46	17,4	
9 a 11 meses	59	5,1		48	10,4	

Perdas para o déficit estatural: ^a 28; ^b31; ^c28. Perdas para o excesso de peso: ^a62; ^b65; ^c62.

Foi utilizado o teste Exato de *Fischer* para analisar a associação entre as variáveis dependentes e independentes.

Na tabela 2 nota-se que as maiores frequências para o déficit estatural encontradas foram quando o chefe da casa era a mãe da criança, quando a mãe tinha apenas o ensino fundamental completo de zero a dez anos de estudo e quando as crianças eram beneficiárias do bolsa família. Referente ao excesso de peso verifica-se que as maiores frequências foram quando o chefe de casa era outra pessoa diferente da mãe, do sexo masculino, quando o nível de instrução da mãe era apenas o ensino fundamental completo de zero a dez anos de estudo. Nesta tabela observa-se que nenhuma das variáveis influenciou significativamente para o déficit estatural ou para o excesso de peso.

Tabela 2 - Associação entre as características sociodemográficas com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE.

Variáveis	Total (n)	Déficit estatural %	p	Total (n)	Excesso Peso %	de p
Chefe da casa^a						
Mãe da criança	54	7,4	0,296	42	2,4	0,191
Outra pessoa	151	4,0		129	9,3	
Sexo do chefe da família^b						
Masculino	128	3,9	0,507	108	8,3	0,770
Feminino	77	6,5		63	3,8	
Escolaridade da mãe^c						
Fund. incompl. (0 a 7 anos de estudo)	41	4,9	0,912	33	0,0	0,143
Fund. completo (0 a 10 anos de estudo)	65	6,2		57	10,5	
Médio completo (≥ 11 anos de estudo)	97	4,1		80	7,5	
Recebe bolsa família^d						
Não	159	3,8	0,241	134	7,5	1,000
Sim	47	8,5		38	7,9	

Perdas para o déficit estatural: ^a 29; ^b29; ^c31; ^d28. Perdas para o excesso de peso: ^a63; ^b63; ^c64; ^d62.

Foi utilizado o teste Exato de *Fischer* para analisar a associação entre as variáveis dependentes e independentes.

De acordo com a Tabela 3, verifica-se que a maioria das mães realizou o pré-natal. Pode-se observar que o déficit estatural e o excesso de peso apresentaram uma frequência mais elevada, quando a qualidade do pré-natal na opinião das mães era de menor qualidade, com associação marginal para o excesso de peso. O mesmo comportamento observa-se em relação à adequação ao pré-natal, onde as maiores frequências para o déficit estatural e o excesso de peso encontram-se quando o pré-natal foi inadequado. Quanto ao número de consultas pré-natal, nota-se que as mães cujo número de consultas foi menor que seis, a frequência para o excesso de

peso foi mais expressiva. Em relação ao tipo de parto, verifica-se que houve uma maior frequência para o excesso de peso entre as crianças cujas mães foram submetidas ao parto cesariano.

Tabela 3 - Associação entre as características de assistência ao pré-natal e ao parto com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE.

Variáveis	Total (n)	Déficit estatural %	p	Total (n)	Excesso de Peso %	p
Pré-natal^a						
Não	3	0,0	1,000	2	50,0	0,146
Sim	203	4,9		170	7,1	
Auto avaliação do pré-natal^b						
Muito boa	74	4,1	0,401	60	5,0	0,071
Boa	107	4,7		89	6,7	
Satisfatória	14	7,1		13	15,4	
Ruim	6	16,7		6	0,0	
Muito ruim	1	0,0		1	100,0	
Adequação ao pré-natal^c						
Parcialmente adequado	75	2,7	0,329	65	4,6	0,377
Inadequado	128	6,3		105	8,6	
6 ou mais consultas de pré-natal^d						
Não	24	4,2	1,000	21	14,3	0,171
Sim	144	4,9		120	5,8	
Tipo de parto^e						
Normal	57	5,3	1,000	51	2,0	0,111
Cesárea	149	4,7		121	9,9	

Perdas para o déficit estatural: ^a 28; ^b32; ^c31; ^d66; ^e28. Perdas para o excesso de peso: ^a62; ^b65; ^c64; ^d93; ^e62.

Foi utilizado o teste Exato de *Fischer* para analisar a associação entre as variáveis dependentes e independentes.

Na Tabela 4, verifica-se que a maioria das mães recebeu orientação para realizar a amamentação. Apesar do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) não ter apresentado associação significativa com o déficit estatural nem o excesso de peso, observa-se que as crianças que tiveram AME não apresentaram déficit estatural nem excesso de peso. A maioria das crianças recebeu alimentação parcial (leite materno + outros alimentos) apresentando uma frequência de 6,1%, para o déficit estatural e 7,2% para o excesso de peso. Entre as crianças que não foram amamentadas (receberam outros alimentos sem o leite materno), a ocorrência para o excesso de peso foi de 10,2%. O Teste Exato de *Fischer* revelou que o déficit estatural e o excesso de peso entre as crianças menores de um ano do município da Vitória de Santo Antão, não apresentaram associação estatística com a amamentação.

Tabela 4- Associação entre a amamentação com o déficit estatural e o excesso de peso dos menores de um ano participantes da Chamada Neonatal em 2010 na cidade da Vitória de Santo Antão PE.

Variáveis	Total (n)	Déficit estatural		Total (n)	Excesso de Peso	
		%	p		%	p
Orientação da amamentação^a						
Não	51	5,9	0,714	44	6,8	1,000
Sim	152	4,6		126	7,1	
Aleitamento exclusivo^b						
Não	190	5,3	1,000	156	8,3	0,613
Sim	16	0,0		16	0,0	
Aleitamento parcial (leite materno + outros alimentos)^c						
Não	91	3,3	0,517	75	8,0	1,000
Sim	115	6,1		97	7,2	
Aleitamento total^d						
Aleitamento (exclusivo + predominante)	44	4,5	0,916	37	2,7	0,424
Leite materno + outros alimentos	87	5,7		76	7,9	
Outros alimentos sem leite materno	75	4,0		59	10,2	

Perdas para o déficit estatural: ^a 31; ^b28; ^c28; ^d28. Perdas para o excesso de peso: ^a64; ^b62; ^c62; ^d62.

Foi utilizado o teste Exato de *Fischer* para analisar a associação entre as variáveis dependentes e independentes. Outros alimentos – água, chá, suco de frutas, leite, mingau de leite, mingau sem leite, legumes, verduras, tubérculos, frutas, açaí, bacaba, farinha de mandioca, comida da família, biscoito, pão bolo, salgadinho, refrigerante, bala, bombom, doce, outro alimento.

Discussão

O primeiro ano de vida é um período importante para o crescimento e desenvolvimento da criança. Considerando a importância desse grupo populacional e a constatação no presente estudo de uma frequência geral para o excesso de peso de 7,6% e para o déficit estatural de 4,9%, desperta o interesse para o estudo deste grupo.

A primeira fase de crescimento rápido se estende da vida intrauterina até os dois anos de idade, sendo determinada pela nutrição da criança. O peso da criança é triplicado no primeiro ano de vida, enquanto que o comprimento aumenta em 50%.¹² O comprimento reflete os fatores intrínsecos e extrínsecos, não sofre impacto imediato, porém quando presente parece não haver condições de recuperação, daí a importância da avaliação nutricional para a criança nessa faixa etária.¹³

No presente estudo, ao analisar o peso ao nascer, observou-se que o déficit estatural esteve presente em 12,5% e 15,0% entre as crianças que nasceram com baixo peso e peso insuficiente respectivamente. O baixo peso ao nascer (BPN) superou em mais de cinco a seis vezes respectivamente o valor limítrofe de 2,3% do padrão de referência.¹⁴ Rojas *et al.*¹⁵ verificaram que o BPN é o principal determinante da morbimortalidade infantil, tem associações com afecções agudas e crônicas. Estes achados estão de acordo com os resultados encontrados em outra pesquisa realizada em quatro municípios da na Zona da Mata Meridional de Pernambuco,¹⁶ onde foram acompanhadas 528 crianças desde o nascimento até um ano de vida, para verificar a associação entre BPN com o estado nutricional. Os autores concluíram que as crianças com BPN estavam em desvantagens em relação

ao crescimento físico, quando comparadas com às de peso adequado na ocasião do nascimento, além de serem mais vulneráveis às infecções.

Resultados semelhantes foram encontrados por Eickmann, *et al.*¹⁷ em estudo de coorte com crianças nascidas a termo com baixo peso e peso adequado nos primeiros dois anos de vida, constatou que as crianças nascidas com baixo peso, apresentaram déficit estatural quando comparadas com as crianças que nasceram com peso adequado. Outro estudo revela que as crianças que nascem com baixo peso têm sido apontadas como fortes candidatas para déficit de comprimento na infância.¹⁸

No presente estudo, o excesso de peso encontrado nas crianças entre 6 a 8 meses revela uma frequência alta de 17,4%, uma vez que essa frequência superou quase oito vezes o esperado para populações bem nutridas, 2,3%.¹² Este é um fator preocupante em nível de Saúde Pública, pois a obesidade é um dos fatores desencadeantes para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, além de se associarem com distúrbios psicológicos e sociais.¹⁹ Esses valores são maiores do que os encontrados no estudo de Siqueira, Alves e Figueiroa,²⁰ que acharam uma frequência de 13% de sobrepeso e obesidade em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro.

Segundo Whitaker *et al.* as crianças obesas até 4 anos tem uma probabilidade em torno de 20% de se tornarem adultos obesos, já adolescentes obesos esse valor aumenta para 80%, daí a importância de se conhecer o estado nutricional ainda na infância para tomar medidas preventivas e evitar a geração de adultos obesos.²¹ Em trabalho realizado por Abrantes *et al.* sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, verificaram que a obesidade se destaca nas faixas etárias menores, entre os lactentes, sendo mais prevalente no sexo feminino.²²

No presente estudo, observou-se que o aleitamento materno não apresentou associação estatística com o déficit estatural ou o excesso de peso, embora a literatura o aponte como um dos fatores mais diretamente relacionado ao crescimento e na prevenção da obesidade ainda na infância.²³ A frequência encontrada para o excesso de peso foi de 10,2%, entre as crianças que nunca tiveram amamentação e receberam apenas alimentos diferentes do leite materno.

Isso vem confirmar o trabalho realizado por Siqueira e Monteiro,²⁴ que estudaram crianças na idade escolar, e constataram que, a ocorrência de obesidade, tinha como uma das causas, o fato das crianças não terem sido amamentados durante os seis primeiros meses de vida.

Segundo recomendação da OMS, deve ser estimulado o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, desse período em diante, deve-se dar início à alimentação complementar,²⁵ pois sabe-se da importância do aleitamento materno, principalmente na faixa de idade estudada.²⁶ Infelizmente, o desmame precoce ainda é bastante praticado no Brasil, prejudicando a prática de uma alimentação ideal para a criança nessa faixa etária.²⁷ Estudos revelam que o desmame de forma não orientada, pode predispor ao excesso de peso levando ao aparecimento da obesidade nessa faixa etária.¹⁸ Da mesma forma, a dieta artificial quando comparada com o leite materno é superior em calorias.²⁸ Isto explica porque crianças com uma alimentação artificial recebem uma quantidade de calorias bem maior em relação àquelas que são amamentadas ao seio, sendo esse fato uma possível causa da obesidade antes do primeiro ano de vida.²⁹

A auto avaliação do pré-natal apesar de não ter apresentado uma associação estatística com as variáveis dependentes, observou-se uma associação marginal para o excesso de peso entre as crianças cujas mães avaliaram o pré-natal como de baixa qualidade. Isso reforça a importância do pré-natal, que quando realizado dentro dos padrões exigidos, previne possíveis prejuízos na saúde do binômio mãe/filho e contribui para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal.¹⁵ Sobre a importância do pré-natal, Araújo *et al.* ao estudarem considerações sobre neonatos de baixo peso ao nascer, verificaram que a melhoria da atenção primária à saúde, por ocasião do pré-natal, contribuiu sobremaneira para a melhoria das condições de nascimento, sobrevivência e desenvolvimento da população.³⁰ Segundo recomendação da OMS,²³ o número de consultas durante o pré-natal devem ser no mínimo seis. Estudo mostra que a prevenção da obesidade infantil deve ser iniciada já no pré-natal, com o objetivo de garantir uma alimentação adequada para a gestante, pois o binômio mãe-filho está sujeito a diversas complicações que envolvem todos os períodos da gestação e o pós-parto.²³

Ao contrário do que se esperava, não houve associação estatística em relação ao nível de escolaridade materna com o déficit estatural ou com o excesso de peso. Embora vários estudos mostrem que quanto maior o grau de escolaridade materna, menor o risco da criança adoecer, devido a um maior esclarecimento da mãe em relação à saúde da criança e cuidados com o bebê.^{7,8,9} Assim, Araújo *et al.*, estudaram os fatores associados ao déficit estatural e ao sobrepeso em crianças usuárias de Unidades Básicas de Saúde em Aracaju – SE, tendo encontrado prevalências significativas de baixa estatura e de excesso de peso. Verificaram que o nível de instrução materna é essencial para a saúde do bebê, pois terá influência de forma direta na saúde dos filhos.³⁰

A forma como a mãe cuida da saúde dos filhos, decorre do nível de conhecimento adquirido ao longo da vida. Assim, o acesso aos serviços de saúde e os cuidados com a crianças são fortemente influenciados pelo nível de instrução da genitora, quanto mais instruída a mãe, maiores serão as chances de alimentar os filhos de forma adequada, amamentar nos seis primeiros meses de vida e ofertar alimentos de qualidade na infância de forma correta.³⁰

O presente estudo, contribuiu para a reflexão acerca da importância da avaliação nutricional em crianças menores de um ano, no processo de monitoramento do crescimento infantil, por detectar em tempo precoce, casos de sobrepeso ou obesidade e déficit estatural.

Referências

1. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2005;5(2):145-53.
2. Cuervo MRM, Aerts, DRGC, Halpern R. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no sul do Brasil. J. Pediatr. 2005;81:325-31.
3. Leão ALM, Santos LC. Consumo de micronutrientes e excesso de peso: existe relação? Rev. Bras. Epidemiol. 2012;15(1):85-95.
4. Soares LD, Petroski EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum. 2003;5(1):63-74.
5. Silva YMP, Costa RG, Ribeiro RL. Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica. Saúde e Ambiente em Revista. 2008;3(1):1-15.

6. Batista Filho M, Rissin A. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública. 2003;19 Sup 1:S181-S191.
7. Leal VS, Lira PIC, Menezes RCE, Oliveira JS, Sequeira LAS, Andrade SLLS, *et al.* Fatores associados ao declínio do déficit estatural em crianças e adolescentes em Pernambuco. Rev. Saúde Pública. 2012;46(2): 234-41.
8. Corso ACT, Caldeira GV, Fiates GMR, Schmitz BAS, Ricardo GD, Vasconcelos FAG. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do estado de Santa Catarina. R. Bras. Pop. 2012;29(1):117-31.
9. Weffort VRS. Alimentação na infância: carências e excessos. Rev. Bras. Medicina. 2014;50(6):243-53.
10. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatr. 2006;(S450):76-85.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância alimentar e nutricional SISVAN: orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica – SISVAN: material preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Sekiyama, M. Matsu'ura, S. Ohtsuka, R. Monthly growth and milk intake of japanese infants exclusively breast-fed up to three months old. Anthropol. Sci. 2003;111(4):373-81.
13. Queiroz, VAO, Assis AMO, Pinheiro SMC, Ribeiro Junior H. Predictors of linear growth in the first year of life of a prospective cohort of full term children with normal birth weight. J. Pediatr. 2013;88(1):79-86.
14. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
15. Rojas PFB, Carminatti APS, Hafemann F, Stein AC, Francisco CC. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso controle. Arq. Catarin. Med. 2013;42(1):68-75.
16. Motta MEFA, Silva GAP, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? J. Pediatr. 2005;81(5):377-82.
17. Eickmann, SH, Lima MC, Motta MEFA, Romani SAM, Lira PIC. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. Rev. Saúde Pública. 2006;40(6):1073-81.
18. Orlonski S, Dellagrana RA, Rech CR, Araújo EDS. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino

básico de tempo integral. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano-Estado Nutricional. 2009;19(1):54-62.

19. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev. Nutr. 2004;17(4):523-33.

20. Siqueira PP, Alves JGB, Figueiroa JN. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do nordeste brasileiro. Rev. Paul. Pediatr. 2009;27(3):251-7.

21. Whitaker RC, Wright JÁ, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N. Engl. J. Med. 1997;337(13):869-73.

22. Abrantes M M, Lamounier JÁ, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. J. Pediatr. 2002;78(4):335-40.

23. Johnson L, Jaarsved CHM, Llewellyn CH, Cole TJ, Wardle J. Associations between infant feeding and the size, tempo and velocity of infant weight gain: SITAR analysis of the Gemini twin birth cohort. Int. J. Obes. 2014;38(7):980-7.

24. Siqueira RS, Monteiro CA. Amamentação na Infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. Rev. Saúde Pública. 2007;41(1):5-12.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

26. World Health Organization. [página na Internet]. The optimal duration of exclusive breastfeeding. [acessado em 10 fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.

27. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(4):488-92.

28. Vieira, AA, Moreira MEL, Rocha AD, Pimenta HP, Lucena SL. Análise do conteúdo energético do leite humano administrado a recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento. J. Pediatr. 2004;80:490-4.

29. Araújo MFM, Beserra EP, Chaves ES. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2006;19(4):450-5.

30. Araújo JS, Barbosa JS Santos Filha EO, Silva DG. Fatores associados ao déficit estatural e ao sobrepeso em crianças usuárias de unidades básicas de saúde em Aracaju-SE. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.* 2012;37(2):147-62.

7 CONCLUSÕES FINAIS

De acordo com os resultados deste estudo, pode-se concluir que os indicadores antropométricos IMC/idade e comprimento/idade podem ser usados na avaliação nutricional para identificar excesso de peso e déficit estatural respectivamente em crianças menores de um ano, tendo a vantagem de ser um método simples, de baixo custo e não invasivo.

Através do conjunto dos dados apresentados, pode-se perceber frequências significativas para o excesso de peso em crianças na faixa etária de seis a oito meses e de nove a onze meses, como também para o déficit estatural em crianças que nasceram com baixo peso e peso insuficiente.

O presente estudo, contribuiu para a reflexão acerca da importância da avaliação nutricional em crianças menores de um ano, no processo de monitoramento do crescimento infantil, por detectar em tempo precoce, casos de sobrepeso, obesidade e déficit estatural.

REFERÊNCIAS

- ABBES, P. T. et al. Sedentarismo e variáveis clínico-metabólicas associadas à obesidade em adolescentes. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 529-538, jul./ago. 2011.
- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 345-361, June 2004.
- ALMEIDA, P. B. L.; SILVA, V.; CYRINO, E. S. Perfil antropométrico de crianças e adolescentes atendidos por unidades educacionais na periferia do município de Londrina - PR. **Rev. bras. ci. e mov.**, [S. l.], v. 3, n. 17, p. 1-8, 2009.
- ALVES, F. R. et al. Binômio desnutrição e pobreza: uma meta a ser vencida pelos países em desenvolvimento. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 35, n. 3, p. 744-757, jul./set. 2011.
- ARAÚJO, A. C T.; CAMPOS, J. A. D. B. Subsídios para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos. **Alim nutr.**, Araguara, v. 19, n. 2, p. 219-225, abr./jun. 2008.
- ARAÚJO, J. S. et al. Fatores associados ao déficit estatural e ao sobrepeso em crianças usuárias de unidades básicas de saúde em Aracaju. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 147-162, ago. 2012.
- BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Rev. Facul. Educação Física UNICAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 133-153, jan./abr. 2012.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.
- BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional expousures and health consequences. **Lancet**, London, v. 371, n. 9608, p. 243-260, Jan. 2008.
- BOTEGA, A. de O. et al. Desnutrição Infantil: um problema de saúde Pública. In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE 3., 2010, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: [s. n], 2010. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/249.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (Coord.). **Objetivos do desenvolvimento do milênio**. Brasília, DF: Ipea: MP: SPI, 2000.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (Coord.). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF: Ipea: MP: SPI, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridade em saúde**. Brasília, DF, 2010.

_____. **Chamada nutricional da região norte 2007**: resumo executivo 2009. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/resumo_chamada-nutricional_região_norte.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF, 2009.

_____. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS)**: saúde e estado nutricional de crianças menores de cinco anos: estado nutricional. Brasília, DF, 2006.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 maio 2015.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN**. Brasília, DF, 2008.

_____. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; IBGE; BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

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

_____. **Saúde da criança**: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF, 2009. (Caderno de Atenção Básica, 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Brasília, DF, [2008?].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010.** Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Chamada neonatal:** avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste. Brasília, DF, 2010.

BROCK, R. S. **Valores de referência do índice de massa corpórea para recém-nascidos de acordo com a idade gestacional.** 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARVALHO, A. T. et al. Situação nutricional de crianças menores de cinco anos em municípios do nordeste brasileiro. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 221-227, fev. 2014.

CARVALHO, M. F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-385, mar. 2008.

CARVALHO, P. G. M. de; BARCELLOS, F. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio-ODM: uma avaliação crítica. **Sustentabilidade em Debate**, Brasília, DF, v. 5, n. 3, p. 222-244, set./dez. 2014.

CHAGAS, D. C. et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do maranhão. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 146-56, mar. 2013.

CORSO, A. C. T. et al. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do estado de Santa Catarina. **Rev. bras. estud. popul.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 117-131, jan./jun. 2012.

COSTA, D. P. et al. Desnutrição energético-proteica e cárie dentária na primeira infância. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 119-126, jan./fev. 2010.

DAMACENO, R. J. P.; MARTINS, P. A.; DEVINCENZI, M. U. Estado nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 47-139, nov. 2009.

DOUEK, P. C.; LEONE, C. Estado nutricional de lactentes: comparação de três classificações antropométricas. **Jorn. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 13, p. 139-144, 1995.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012.

EICKMANN, S. H. et al. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1073-1081, Dec. 2006.

ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 559-567, jun./set. 1999.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; CARDOSO, M. R. A. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças freqüentadoras de creches públicas do município de São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 812-817, maio/jun. 2004.

FRANÇA, E. LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendência e perspectivas. In: REDE interagencial de informações para a saúde: demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.

FREITAS, L. K. P. et al. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1755-1762, June 2014.

GUIMARÃES, L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 605-615, jul./set. 1999.

HOFFMAN, D. J. et al. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity? Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from São Paulo, Brazil. **Am. j. clin. nutr.**, Bethesda, v. 72, n. 3, p. 702-707, Sep. 2000.

IBGE. **Censo demográfico 2010**: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Cidades**: informações estatísticas. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232G6>>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. **Estudos e pesquisas**: informação demográfica e sóciodemográfica 27. síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010b.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/default.shtm>. Acesso em: 29 mar. 2015a.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/comentario.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2015b.

_____. **POF 2008-2009**: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/pt/noticias?busca=1&id=1&idnoticia=1699&view=noticia>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília, DF, 2010c. (Estudos e Pesquisas, 27).

KOLLING, A. F. **Perfil epidemiológico da mortalidade infantil no município de sarapiranga, RS, entre 2006 e 2009**. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

LAKE, A. A. et al. Longitudinal dietary changes from adolescence from adulthood: perceptions, attributions and evidence. **Appetite**, London, 42, n. 3, p. 255-263, June 2004.

LAMOUNIER, J. A. Transição epidemiológica nutricional em crianças e adolescentes argentinos de áreas carentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 124-126, June 2009.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. p. 1389-1400, set./out. 2002.

LAURENTINO, G. E. C.; ARRUDA, I, K, G.; ARRUDA, B. K. G. Nanismo nutricional em escolares no Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 3, n. 4, p. 377-385, out./dez. 2003.

LEAL, V. S. et al. Fatores associados ao declínio do deficit estatural em crianças e adolescentes em Pernambuco. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 234-241, Apr. 2012.

LE MOS, M. C. Obesidade infantil: as dificuldades da criança em relação à obediência de regras impostas por uma dieta alimentar. **Rev. bras. obesidade, nutrição e emagrecimento**, São Paulo, v. 6, n. 36, p. 357-363, nov./dez. 2012.

LIMA, A. L. L. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 17-27, Feb. 2010.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 159-167, May 2008.

MATTOS, M. C. **Infância e a publicidade na televisão**: um estudo sobre a influência das propagandas de alimentos na escolha alimentar de crianças. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) – Universidade de Ribeirão Preto, 2014.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MENEZES, R. C. E. et al. Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. **Rev. saúde pública**, v. 45, n. 6, p. 1079-87, Dec. 2011.

MENEZES, S. T. et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 14, n. 2, p. 137-145, Apr./June 2014.

MIRANDA, T. V. et al. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 57-64, 2013.

MONTARROYOS, E. C. L.; COSTA, K. R. L.; FORTES, R. C. Antropometria e sua importância na avaliação do estado nutricional de crianças e escolares. **Com. ciên. saúde**, v. 24, n. 1, p. 21-26, 2013.

NOGUEIRA, T. F. D.; ZAMBON, M. P. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 338-343, Sept. 2013.

OLIVEIRA, A. L.; AARESTRUP, F. M. Avaliação nutricional e atividade inflamatória sistêmica de pacientes com câncer colorretal submetidos à suplementação com simbiótico. **ABCD**: arq. bras. cir. dig., Curitiba, v. 25, n. 3, p. 147-153, 2012.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-108, Apr. 2003.

OLIVERA, D. V. et al. Caracterização das atividades físicas, condições de saúde e hábitos de vida dos idosos usuários das academias da terceira idade. **Rev. científica JOPEF**, Curitiba, v. 15, n.1, p. 1-17, 2013.

OLIVEIRA, F. C. C. et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, J. S. et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de são joão de tigre, no semi-árido do nordeste. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 413-423, Sept. 2009.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório nacional de acompanhamento dos ODM**. [Brasília, DF], 2014.

_____. **Road map towards the implementation of the United Nations millennium declaration**: report of the secretary-general. [S. l.], 2001. Disponível em <<http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf> >. Acesso em: 08 dez. 2014.

PESQUISA de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças e adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010.

POST, C. L. et al. Desnutrição e obesidade infantis em duas coortes de base populacional no sul do Brasil tendências e diferenciais. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 49-57, 1996.

RIBAS, D. L. B. et al. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região centro-oeste do Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 385-365, ago. 1999.

ROMANI, S. A. M. LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2004.

SANTANA, T. S. **Meio ambiente como determinante da obesidade e fator de risco para doenças cardiovasculares**. 2014. 45 f. Monografia (Graduação em Gestão Ambiental) – Faculdade Unb Planaltina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2008.

SCHWEIGERT, I. D.; SOUZA, D. O. G.; PERRY, M. L. S. Desnutrição, maturação do sistema nervoso central e doenças neuropsiquiátricas. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 271-281, mar./abr. 2009.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. S275-S284, 2000.

SILVA, J. V. L. da et al. Consumo alimentar de crianças e adolescentes residentes em uma área de invasão em Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 83-93, mar. 2010.

SILVA, M. C.; SILVA, A. C. D. Desempenho funcional de crianças com desnutrição crônica na faixa etária de um a três anos. **Cad. ter. ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 327-334, 2014.

SILVESTRIN, S. et al. Grau de escolaridade materna e baixo peso ao nascer: uma meta-análise. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 339-345, jul./ago. 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). **Rede cegonha**. Brasília, DF, 2011.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2003.

SOARES, L. R. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian J. Surgery and Clinical Research BJSCR**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 64-68, dez. 2013/fev. 2014.

SOUSA, F. G. M.; ARAÚJO, T. L. Avaliação nutricional de crianças de seis a sessenta meses. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 534-536, set./out. 2004.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cad. UniFOA**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 49-53, ago. 2010.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade**. [S. l.: s. n.], 2006.

TEIXEIRA, J. C.; PUNGIRUM, M. E. M. C. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde OPAS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 365-376, Dec. 2005.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, 25, v. 11, p. 2386-2394, nov. 2009.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2008**: sobrevivência infantil. New York: Hatteras, 2007.

VALLE, J. M. N. et al. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1 p. 56-65, jan./jun. 2007.

VANNUCCHI, H.; UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Avaliação do estado nutricional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 5-18, jan./mar. 1996.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C. International differences in clinical patterns of diarrhoeal deaths: A comparison of children from Brazil, Senegal, Bangladesh and India. **J. diarrhoeal dis. res.**, Dhaka, v. 11, n. 1, p. 25-29, Mar. 1993.

VIEIRA, V. C. R. et al. Stunting: its relation to overweight, global or localized adiposity and risk factors for chronic non-communicable diseases. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 365-372, Oct./Dec. 2007.

VITOLO, M. R.; LOUZADA, M. L. Avaliação nutricional da criança. In: VITOLO, M. R. (Org.). **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. cap. 20, p. 135-169.

WEFFORT, V. R. S. Alimentação na infância: carências e excessos. **Pedr. mod.**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 243-253, jun. 2014.

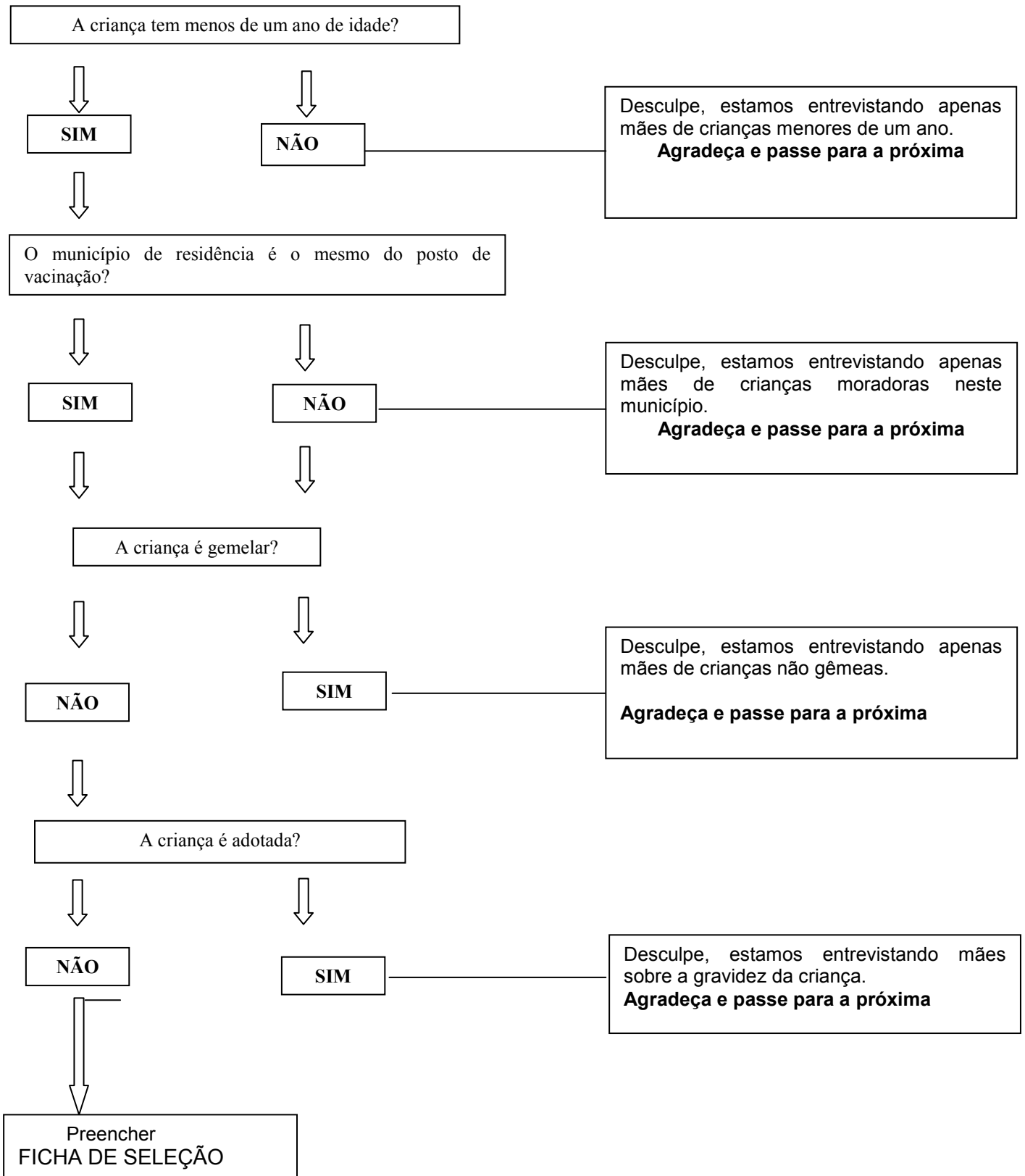
WEHBY, G. L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health policy plan**, Oxford, v. 24, n. 3, p. 175-178, May 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Anthro for personal computers, version 2, 2007**: software for assessing growth and development of the world's children. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/software/who_anthro_pc.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO child growth standards**: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, 2006. Disponível em <<http://www.who.int/childgrowth/standards/technical-report.pdf>>. Acesso em nov. 2014.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, supl. 1, p. S23-S32, May/June 2003.

ANEXO A – Fluxograma para Critério de Inclusão

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 27 de abril de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 56/10
CAAE: 0058.0.031.000-10

Título do Projeto: “Chamada Neonatal: avaliação da adesão ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

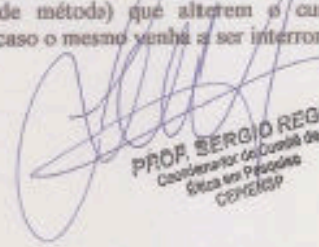
Data de recebimento no CEP-ENSP: 23 / 03 / 2010

Data de apreciação: 07 / 04 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

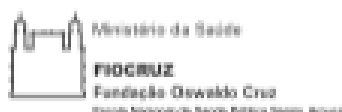
Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.



PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____.

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste", de responsabilidade do Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Você foi selecionada por ter filho menor de um ano.

Os objetivos deste estudo são identificar fatores sociais, psicológicos, familiares e de atenção à saúde da mãe e da criança menor de um ano. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento ao pré-natal e ao parto, para que doenças materno-infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre você e seu filho menor de um ano que será pesado e medido. O tempo de duração da entrevista será de 20 minutos, aproximadamente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Brasília, ____ / ____ / ____ Entrevistador _____

Assinatura

ANEXO D – Questionário



Ministério da Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
 Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
FORMULÁRIO PADRÃO

INÍCIO: __h__min

PARA A CRIANÇA MENOR DE TRÊS MESES SELECIONADA: A MÃE ACOMPANHA A CRIANÇA?

- ☐ Sim (**inicie o questionário**)
☐ Não - As perguntas devem ser feitas à mãe da criança. Poderemos ir outro dia até a residência para falar com ela. É possível ir até a residência? (**SOMENTE PARA CAPITALIS DE ESTADO**)

- ☐ Não (**AGRADEÇA E ENCERRE**)

☐ Sim, por favor, qual o nome da mãe da criança?

Endereço? _____
 referência _____

Ponto de

Telefone para contato? _____

Tem celular?

_____ (faça as medidas antropométricas e registre nas questões 136, 137, 138 e 139)

PARA A CRIANÇA MENOR DE UM ANO SELECIONADA**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO**01. Estado (UF): __ __ ☐ ☐ 02. Município: _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

03. UBS: _____

04. código: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐05. Nome do entrevistador: _____ 06. Data da coleta
_____/06/201007. Nome da MÃE: _____ 08. Data nascimento
da MÃE: __/__/____09. Nome da CRIANÇA: _____ 10. Data nascimento
da CRIANÇA __/__/____

11. **Sexo da CRIANÇA:** ☐ Masculino ☐ Feminino (Priorize data da Certidão Nascimento ou Caderneta de Saúde)

12'. **Até que série a mãe completou com aprovação na escola?**

☐ Não estudou

ENSINO FUNDAMENTAL ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

ENSINO MÉDIO: ☐1 ☐2 ☐3 (pule para 14)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): ☐ Completo ☐ Incompleto (pule para 14)

☐ Não sabe informar

13. **Você sabe ler uma carta ou jornal com:** ☐ Facilidade ☐ Dificuldade ☐ Não sabe ler ☐ Não se aplica

14. **Em sua opinião, a sua cor ou raça é:**

☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Indígena ☐ Amarela (Asiático, Japonês, Chinês, Coreano)

15. **Quem CHEFIA a sua casa ou família é:** ☐ Você (pule para 19) ☐ Outra pessoa

16. **Qual o sexo do(a) Chefe de Família?** ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não se aplica

17. **Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?**

☐ Não estudou

ENSINO FUNDAMENTAL ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9

ENSINO MÉDIO: ☐1 ☐2 ☐3 (pule para 19)

ENSINO SUPERIOR (ou mais): ☐ Completo ☐ Incompleto (pule para 19)

☐ Não sabe informar

☐ Não se aplica

18. **O Chefe de Família sabe ler uma carta ou jornal com:**

☐ Facilidade ☐ Dificuldade ☐ Não sabe ler ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

19. **Na sua família, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?** ☐ Sim ☐ Não (pule para 21)

20. **Há quanto tempo recebem a Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?**

____ anos ____ meses (se menos de 1 ANO, anotar apenas os meses; se mais de 1 ANO e não lembrar meses, anotar apenas

anos) ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava

_____(nome da criança avaliada)

21. **Você fez o pré-natal durante a gravidez de _____?** (nome da criança avaliada)

☐ Não ☐ Sim (pule para 23)

22. Por que você não fez o pré-natal?

- ☐ Não recebeu informação (pule para 44) ☐ Não achou importante (pule para 44) ☐ Era longe (pule para 44)
☐ Não conseguiu consulta (pule para 44) ☐ Não sabia que precisava (pule para 44)
☐ Outro motivo (pule para 44)
☐ Não se aplica

23. Você fez o seu pré-natal em um serviço:

- ☐ Público/do SUS do seu município ☐ Público/do SUS de outro município
☐ Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde
☐ Serviço Privado/Particular ☐ Não se aplica

24. Este local era: ☐ Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde) ☐ Hospital

- ☐ Consultório particular
☐ Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia)
☐ Outro ☐ Não sabe informar
☐ Não se aplica

25. Você teve de pagar alguma coisa por algum atendimento ou exame, incluindo ultra-som, durante este pré-natal?

- ☐ Não ☐ Sim, todas as vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Não sabe ☐ Não quis informar ☐ Não se aplica

26. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de

_____ ? (nome da criança
 avaliada)? ☐ ☐ consultas ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

27. Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal? ☐

- mês (es) ☐ Não sabe
☐ Não se aplica

28. Durante este pré-natal, sua pressão foi medida: ☐ em todas as consultas

- ☐ em algumas consultas ☐ em nenhuma consulta ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

29. Durante este pré-natal, seu peso foi medido: ☐ em todas as consultas

- ☐ em algumas consultas ☐ em nenhuma consulta ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

30. Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto? _____ Kg ☐ Não ganhou, perdeu

- ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

31. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de anemia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

32. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

33. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de urina?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

34. Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS? ☐ Sim ☐ Não (pule para 36)

☐ Não sabe (pule para 36)

☐ Não se aplica

35. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste para HIV/AIDS?

☐ Até 2 semanas ☐ Mais de 2 semanas ☐ Não recebeu ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

36. Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?

☐ Sim, uma vez ☐ Sim, duas vezes ☐ Não (pule para 38) ☐ Não sabe informar (pule para 38) ☐ Não se aplica

37. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste de Sífilis?

☐ Até 2 semanas ☐ Mais de 2 semanas ☐ Não recebeu ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

38. Durante este pré-natal, suas mamas foram examinadas: ☐ em todas as consultas

☐ em algumas consultas ☐ em nenhuma consulta ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

39. Durante este pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano: ☐ sim ☐ não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

40. Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

41. Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?

☐ Sim ☐ Não (pule para 43) ☐ Não sabe informar (pule para 43) ☐ Não se aplica

42. Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez? ☐ exames ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

43. Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Satisfatória ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐ Não se aplica

44. Durante a gravidez do(a) _____ (nome da criança avaliada), você foi internada por alguma complicação da gravidez? ☐ Sim ☐ Não (pule para 51)

☐ Não sabe informar (pule para 51)

45. Por qual motivo? ☐ Hipertensão ☐ Infecção Urinária ☐ Diabetes ☐ outros ☐ Não se aplica

46. O hospital onde você foi internada era um serviço:

☐ Público/do SUS do seu município ☐ Público/do SUS de outro município

☐ Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde

☐ Serviço Privado/Particular ☐ Não se aplica

47. Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para 49) ☐ Não sabe informar (pule para 49) ☐ Não se aplica

48. Que transporte você usou para ir ao outro hospital?

- ☐ Ambulância/ Ambulancha ☐ Avião/Helicóptero ☐ Carro ☐ Barco ☐ Outro ☐ Não se aplica

49. Nesta ocasião, você foi internada na UTI? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

50. Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

51. Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar

52. Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para 54) ☐ Não sabe informar (pule para 54)

53. Havia apresentado convulsões ou crises antes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

54. Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar

55. Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para 57) ☐ Não sabe informar (pule para 57)

56. Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

57. Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para 60) ☐ Não sabe informar (pule para 60)

58. Esta febre veio com calafrios? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica

59. Seu útero foi retirado por causa de alguma destas complicações? ☐ Sim ☐ Não

- ☐ Não sabe informar
☐ Não se aplica

60. No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?

- ☐ Sim ☐ Não (pule para 63)

61. **Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?** ☐ Não ☐ Sim (pule para 63)
☐ Não se aplica
62. **Por que não?** ☐ Não achou importante ☐ Era longe ☐ Não conseguiu vaga ☐ Outro motivo ☐ Não se aplica
63. **O serviço de saúde no qual você fez o parto era um:** ☐ Hospital público (SUS) do seu município ☐ Hospital público (SUS) de outro município ☐ Hospital privado (Convênio/Plano de Saúde) ☐ Hospital particular ☐ Outro serviço ☐ Foi em casa (pule para 81) ☐ Foi em outro local (pule para 81) ☐ Não se aplica
64. **Este serviço de saúde foi o primeiro que você procurou?** ☐ Não ☐ Sim (pule para 67) ☐ Não se aplica
65. **Por que você procurou outro serviço?** ☐ Não conseguiu vaga ☐ Não tinha médico ☐ Outro motivo ☐ Não se aplica
66. **Quantos hospitais você procurou até ser atendida para fazer o parto, quando já estava em trabalho de parto, isto é com contração ou bolsa rompida? (inclusive onde fez o parto)** ☐ hospitais ☐ Não sabe informar ☐ Não se aplica
67. **Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar ao hospital onde fez o parto?**
☐ horas ☐ minutos ☐ Não sabe informar (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
68. **Quanto tempo se passou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para o parto? (não necessariamente na sala de parto)** ☐ horas ☐ minutos ☐ Não sabe informar (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
69. **Você teve de pagar pelo parto?** ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar ☐ Não quis informar
70. **Qual foi o tipo de parto deste filho?** ☐ Normal ☐ Fórceps ☐ Cesário
71. **Nas horas ANTES do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (ler as alternativas)**
☐ Sim, a pessoa que você escolheu ☐ Sim, outra pessoa ☐ Não, não sabia que podia ter acompanhante
☐ Não, o serviço não permitiu ☐ Não, não quis acompanhante ☐ Outro
72. **DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (ler as alternativas)**

- ☐ Sim, a pessoa que você escolheu ☐ Sim, outra pessoa ☐ Não, não sabia que podia ter acompanhante
☐ Não, o serviço não permitiu ☐ Não, não quis acompanhante ☐ Outro

73. DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (*ler as alternativas*)

- ☐ Sim, a pessoa que você escolheu ☐ Sim, outra pessoa ☐ Não, não sabia que podia ter acompanhante
☐ Não, o serviço não permitiu ☐ Não, não quis acompanhante ☐ Outro

74. A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto? ☐ Sim ☐ Não

75. Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto? ☐ Sim ☐ Não

76. Você tomou uma dose de vitamina A (*cápsula vermelha*) na maternidade? ☐ Sim
☐ Não ☐ Não sabe informar

77. Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto? _____ dias
☐ Não sabe informar

78. Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:

- ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Satisfatória ☐ Ruim ☐ Muito ruim

79. Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina? ☐ Sim ☐ Não
☐ Não sabe informar

80. Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:

- ☐ na primeira semana ☐ depois da primeira semana ☐ Não ☐ Não sabe informar

81. Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não (**pule para 84**) ☐ Não se aplica

82. Este serviço era:

- ☐ Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do seu município ☐ Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro município ☐ Ambulatório de especialidade do seu município ☐ Ambulatório de especialidade de outro município ☐ Hospital Público/do SUS do seu município ☐ Hospital Público/do SUS de outro município ☐ Consultório de Convênio/Plano de Saúde ☐ Consultório particular ☐ Farmácia ☐ Outro ☐ Não sabe informar

83. Você teve de pagar alguma coisa por este atendimento? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe informar
☐ Não quis informar
☐ Não se aplica

84. **Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?**

- ☐ Sim, na primeira semana ☐ Sim, no primeiro mês ☐ Sim, depois do primeiro mês ☐ Não
☐ Não se aplica

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DPP

85. **Este bloco é para criança com menos de 3 MESES, isto é nascida entre 13 de março e 12 de junho?**

A criança tem menos de três meses? ☐ Sim ☐ Não (**pule para 96**)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...

86. **Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:**

- ☐ Como sempre fez ☐ Não tanto quanto antes ☐ Sem dúvida, menos que antes ☐ De jeito nenhum ☐ Não se aplica

87. **Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia:**

- ☐ Como sempre sentiu ☐ Talvez, menos que antes ☐ Com certeza menos ☐ De jeito nenhum ☐ Não se aplica

88. **Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:**

- ☐ Sim, na maioria das vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Não muitas vezes(sim, às vezes) ☐ Não, nenhuma vez. ☐ Não se aplica

89. **Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:**

- ☐ Não, de maneira alguma ☐ Pouquíssimas vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Sim, muitas vezes ☐ Não se aplica

90. **Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:**

- ☐ Sim, muitas vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Não muitas vezes ☐ Não, nenhuma vez. ☐ Não se aplica

91. **Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:**

- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
☐ Não se aplica

92. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir:**

- ☐ Sim, na maioria das vezes (**preencher 140**) ☐ Sim, algumas vezes (**preencher 140**) ☐ Não muitas vezes
☐ Não, nenhuma vez ☐ Não se aplica

93. Você tem se sentido triste ou arrasada:

- ☐ Sim, na maioria das vezes (preencher 140) ☐ Sim, muitas vezes (preencher 140) ☐ Não muitas vezes
☐ Não, de jeito nenhum. ☐ Não se aplica

94. Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado: ☐ Sim, quase todo o tempo (preencher 140)

- ☐ Sim, muitas vezes (preencher 140) ☐ De vez em quando ☐ Não, nenhuma vez. ☐ Não se aplica

95. A idéia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça: ☐ Sim, muitas

- vezes, ultimamente (preencher 140) ☐ Algumas vezes nos últimos dias. ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente ☐ Nenhuma vez ☐ Não se aplica

CASO A MÃE RESPONDA SIM EM ALGUMA DAS ÚLTIMAS QUATRO QUESTÕES

“Eu agradeço por ter respondido a essas perguntas. Pelo que entendi você às vezes se sentiu triste nos últimos sete dias. Você já pensou em procurar ajuda profissional para por causa disto? SE NÃO: Eu irei pedir encaminhamento para um serviço de saúde onde você poderá encontrar profissionais que possam auxiliar você nestas situações (preencher 140).”

DADOS DA CRIANÇA

96. O(a) _____ (nome da criança avaliada) tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do cartório?

- ☐ Não ☐ Sim (pule para 98)

97. Por que não? ☐ O pai não quis dar o nome ☐ O pai não teve tempo ☐ Não tinha dinheiro para transporte ☐ Não tinha dinheiro para fazer a certidão ☐ O cartório era longe ☐ Não conseguiu vaga/senha no cartório ☐ Não achou importante ☐ Outro motivo ☐ Não se aplica

98. A criança tem Caderneta de Saúde/ (Cartão de Vacina)?

- ☐ Sim, está em mãos ☐ Sim, mas não está em mãos (pule para 98) (pule para 103)
☐ Não (pule para 103)

99. Copiar da Caderneta o APGAR ao nascer: 1º minuto: __ 5º minuto: __ ☐ Não tem na Caderneta ☐ Não se aplica

100. Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer: __ semanas

- ☐ Não tem na Caderneta ☐ Não se aplica

101. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada no primeiro mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde? ☐ Sim ☐ Não (*ver na Caderneta de Saúde*)
☐ Não se aplica
102. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada neste último mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?
☐ Sim ☐ Não (*ver na Caderneta de Saúde*) ☐ Não se aplica, a criança tem menos de um mês de idade ☐ Não se aplica
103. Qual o PESO AO NASCER _____g ☐ Copiado da Caderneta ☐ Copiado de outro documento ☐ Informado pela mãe
☐ Mãe não soube informar (*priorizar Caderneta de Saúde*)
104. Seu bebê fez o teste do pezinho? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe informar
105. A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?
☐ Não (*pule para 115*) ☐ Sim
106. Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sabe
107. Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada? ☐ Menos de 7 dias
☐ Mais de 7 dias ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
108. Quanto tempo a criança ficou internada? ☐ meses ☐ dias ☐ Não sabe informar
☐ Não se aplica
109. O hospital onde a criança foi internada era um serviço:
☐ Público/do SUS do seu município ☐ Público/do SUS de outro município
☐ Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde
☐ Serviço Privado/Particular ☐ Não se aplica
110. Durante este internamento a criança precisou ser transferida?
☐ Não (*pule para 115*) ☐ Sim ☐ Não se aplica
111. Que transporte foi usado para fazer a transferência para outro hospital?
☐ Ambulância/ Ambulância ☐ Avião/Helicóptero ☐ Carro ☐ Barco ☐ Outro ☐ Não se aplica
112. A criança ficou internada: ☐ Na UTI ☐ UCI ☐ Na enfermaria ☐ Em quarto individual
☐ outro ☐ Não se aplica

113. **Este serviço era:** ☐SUS ☐Privado (Convênio/Plano de Saúde) ☐Particular ☐Não sabe ☐ Não se aplica

114. **Você teve de pagar pelo atendimento?** ☐Não ☐Sim ☐Não sabe informar ☐Não quis informar ☐ Não se aplica

115. **Na primeira semana de vida da criança, você recebeu visita do agente de saúde ou algum outro profissional de saúde na sua casa?** ☐Não ☐Sim ☐Não lembra

115. **A sua família recebeu no domicílio visita de:**

☐ Agente Comunitário de Saúde ☐ médico ☐ enfermeiro ☐ não recebe visita (pule para 117)

116. **Qual a periodicidade desta visita?**

☐ todo mês ☐ de vez em quando ☐Quase nunca ☐Não, nunca recebeu ☐ Não se aplica

117. **Você e seu filho têm plano de saúde pago?**

☐Sim, nós dois ☐Sim, só a criança ☐Sim, só a mãe ☐Não tem ☐Não quis informar

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu desde ontem de manhã até hoje de manhã. A criança recebeu:

118. **Leite de Peito?** ☐Sim ☐Não

119. **Água?** ☐Sim ☐Não

120. **Chá?** ☐Sim ☐Não

121. **Suco natural de frutas?** ☐Sim ☐Não

122. **Outro leite?** ☐Sim ☐Não

123. **Mingau com leite?** ☐Sim ☐Não

124. **Mingau sem leite?** ☐Sim ☐Não

125. **Legumes/verduras (não vale batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha, nem temperos)?** ☐Sim ☐Não

126. **E batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha?** ☐Sim ☐Não

127. **Frutas?** ☐Sim ☐Não

128. **Açaí/Bacaba?** ☐Sim ☐Não
129. **E farinha de mandioca?** ☐Sim ☐Não
130. **Comida da família/panela?** ☐Sim ☐Não
131. **Biscoitos/bolachas/pão/bolo?** ☐Sim ☐Não
132. **Salgadinhos de pacote?** ☐Sim ☐Não
133. **Refrigerantes?** ☐Sim ☐Não
134. **Balas/bombons/pirulitos/doces de bar?** ☐Sim ☐Não
135. **Outro alimento?** ☐Sim ☐Não

ENCAMINHAR PARA ANTROPOMETRIA

PESO E COMPRIMENTO DA CRIANÇA (anotar apenas as medidas aferidas)

136. **Peso1** __ __, __ __ __ **Kg** 137. **Peso2** __ __, __ __ __ **Kg**
☐ criança tem deficiência física ☐ criança irrequieta/agitada ☐ Não mediu o peso
138. **Comprimento1** __ __, __ __ **cm** 139. **Comprimento2** __ __, __ __ **cm**
☐ criança tem deficiência física ☐ criança, criança irrequieta/agitada ☐ Não mediu o comprimento
140. (Se não estiver em acompanhamento) **REFERIR PARA CAPS** ☐Sim ☐Não
141. (Se não estiver em acompanhamento) **REFERIR PARA UBS** ☐Sim ☐Não
142. (Se não estiver em problema de saúde **EVIDENTE** e sem acompanhamento) **REFERIR PARA UBS**
☐Sim ☐Não (criança para clínica pediátrica e mãe para clínica médica)

AGRADECER A COLABORAÇÃO E SE DESPEDIR DA MÃE

TÉRMINO: __hs__min

ANEXO E – Normas da Revista Paulista de Pediatria

ISSN 0103-0582 *versão impressa*ISSN 1984-0462 *versión online*ISSN 2359-3482 *versão English
online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Submissão Online](#)

Escopo e política

MISSÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Paulista de Pediatria** é uma publicação trimestral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Desde 1982, destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes. O objetivo é divulgar pesquisa de qualidade metodológica relacionada a temas que englobem a saúde da criança e do adolescente. Os artigos estão disponíveis, no seu formato eletrônico, na íntegra em português e inglês, por meio de acesso livre e gratuito do SciELO. Está indexada nas bases Pubmed Central, Medline, Scopus, Embase (Excerpta Medica Database), SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Index Medicus Latino-Americano (IMLA) BR e Sumários.

PROCESSO DE REVISÃO

Cada artigo submetido é encaminhado ao editor-chefe, que verifica se o mesmo obedece aos padrões mínimos especificados nas normas de publicação e se está enquadrado nos objetivos da Revista. A seguir, o artigo é enviado a dois revisores, especialistas na área, cegos em relação à autoria do artigo a ser examinado, acompanhado de formulário específico para revisão. Uma vez feita esta revisão, os editores da Revista decidem se o artigo vai ser aceito sem modificações, se deve ser recusado ou se deve ser enviado aos autores para modificações e posterior reavaliação. Diante desta última opção, o artigo é reavaliado pelos editores para posterior decisão quanto à aceitação, recusa ou necessidade de novas modificações.

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

Artigos originais: incluem estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais.

Relatos de casos: incluem artigos que relatam casos de pacientes portadores de doenças raras ou intervenções pouco frequentes ou inovadoras.

Artigos de revisão: análises críticas ou sistemáticas da literatura a respeito de um tema selecionado enviados, de forma espontânea, pelos autores.

Cartas ao editor: refletem o ponto de vista do missivista a respeito de outros artigos publicados na Revista.

Editoriais: em geral encomendados pelos editores, para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante e/ou de tema relevante, a ser publicado na Revista.

Forma e preparação de manuscritos

NORMAS GERAIS

O artigo deverá ser digitado em formato A4 (210x297mm), com margem de 25 mm em todas as margens, espaço duplo em todas as seções. Empregar fonte Times New Roman tamanho 11, páginas numeradas no canto superior direito e processador de textos Microsoft Word®. Os manuscritos deverão conter, no máximo:

- Artigos originais: 3000 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 30 referências.
- Revisões: 3500 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 55 referências.
- Relatos de casos: 2000 palavras (sem incluir: resumo, abstract, tabelas, gráficos, figuras e referências bibliográficas) e até 25 referências.

Observação:

Ensaio clínico só será aceito mediante apresentação de número de registro e base de cadastro, seguindo a normatização de ensaios clínicos da PORTARIA Nº 1.345, DE 2 DE JULHO DE 2008, Ministério da Saúde do Brasil.

Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1345_02_07_2008.html

Para registro, acessar: <http://www.ensaioclinicos.gov.br/about/>

- **Informação referente ao apoio às políticas para registro de ensaios clínicos:** Segundo resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, que altera a RDC 39/2008, todos os estudos clínicos fases I, II, III e IV, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaioclinicos.gov.br>), um registro gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz de estudos clínicos em seres humanos, financiados de modo público ou privado, conduzidos no Brasil. O número de registro deve constar entre parênteses ao final do último resumo, antes da introdução do artigo (O número de registro do caso clínico é: -site). Para casos anteriores a Junho de 2012, serão aceitos comprovantes de outros registros primários da Internacional Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). (<http://www.clinicaltrials.gov>).

É obrigatório o envio de carta de submissão assinada por todos os autores. Nessa carta, os autores devem referir que o artigo é original, nunca foi publicado e não foi ou não será enviado a outra revista enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **Revista Paulista de Pediatria**. Além disto, deve ser declarado na carta que todos os autores participaram da concepção do projeto e/ou análise

dos dados obtidos e/ou da redação final do artigo e que todos concordam com a versão enviada para a publicação. Deve também citar que não foram omitidas informações a respeito de financiamentos para a pesquisa ou de ligação com pessoas ou companhias que possam ter interesse nos dados abordados pelo artigo ou caso. Finalmente, deve conter a indicação de que os autores são responsáveis pelo conteúdo do manuscrito.

Transferência de direitos autorais: ao submeter o manuscrito para o processo de avaliação da **Revista Paulista de Pediatria**, todos os autores devem assinar formulário disponível no site de submissão pela Revista, no qual os autores reconhecem que, a partir do momento da aceitação do artigo para publicação, a Associação de Pediatria de São Paulo passa a ser detentora dos direitos autorais do manuscrito.

Todos os documentos obrigatórios estão disponíveis em: <http://www.rpped.com.br/pt/guia-autores/>

ATENÇÃO:

Deve ser feito o upload no sistema de cada um dos itens abaixo em separado:

1) Carta de submissão; 2) Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição; 3) Transferência de Direitos Autorais; 4) Página de rosto; 5) Documento principal com os resumos em português e inglês, palavras-chave e keywords, texto, referências bibliográficas e tabelas, figuras e gráficos – - Não colocar os nomes dos autores neste arquivo 6) Arquivo suplementares quando pertinente.

- Para artigos originais, anexar uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa. A **Revista Paulista de Pediatria** adota a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprovou as “Novas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (DOU 1996 Out 16; nº201, seção 1:21082-21085). Somente serão aceitos os trabalhos elaborados de acordo com estas normas. Para relato de casos também é necessário enviar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e, se houver possibilidade de identificação do paciente, enviar cópia do consentimento do responsável para divulgação científica do caso clínico. Para revisões de literatura, cartas ao editor e editoriais não há necessidade desta aprovação.

A **Revista Paulista de Pediatria** executa verificação de plágio.

NORMAS DETALHADAS

O conteúdo completo do artigo original deve obedecer aos "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponível em <http://www.icmje.org/>). Cada uma das seguintes seções deve ser iniciada em uma nova página: resumo e palavras-chave em português; *abstract e key-words*; texto; agradecimentos e referências bibliográficas. As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e colocadas ao final do texto. Cada tabela e/ou figura deve conter o título e as notas de rodapé.

PÁGINA DE ROSTO:

Formatar com os seguintes itens:

- Título do artigo em português (evitar abreviaturas) no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo 60 caracteres incluindo espaços).
- Título do artigo em inglês, no máximo 20 palavras; seguido do título resumido (no máximo, 60 caracteres incluindo espaços).
- Nome COMPLETO de cada um dos autores acompanhado do nome da instituição de vínculo

emprego ou acadêmico ao qual pertence (devendo ser apenas um), cidade, estado e país.

- Autor correspondente: definir o autor correspondente e colocar endereço completo (endereço com CEP, telefone, fax e, obrigatoriamente, endereço eletrônico).
- Declaração de conflito de interesse: descrever qualquer ligação de qualquer um dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever "nada a declarar".
- Fonte financiadora do projeto: descrever se o trabalho recebeu apoio financeiro, qual a fonte (por extenso), o país, e o número do processo. Não repetir o apoio nos agradecimentos.
- Número total de palavras: no texto (excluir resumo, abstract, agradecimento, referências, tabelas, gráficos e figuras), no resumo e no abstract. Colocar também o número total de tabelas, gráficos e figuras e o número de referências.

RESUMO E ABSTRACT:

Cada um deve ter, no máximo, 250 palavras. Não usar abreviaturas. Eles devem ser estruturados de acordo com as seguintes orientações:

- Resumo de artigo original: deve conter as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões (*Abstract: Objective, Methods, Results and Conclusions*).
- Resumo de artigos de revisão: deve conter as seções: Objetivo, Fontes de dados, Síntese dos dados e Conclusões (*Abstract: Objective, Data source, Data synthesis and Conclusions*).
- Resumo de relato de casos: deve conter as seções: Objetivo, Descrição do caso e Comentários (*Abstract: Objective, Case description and Comments*).

Para o abstract, é importante obedecer às regras gramaticais da língua inglesa. Deve ser feito por alguém fluente em inglês.

PALAVRAS-CHAVE E KEYWORDS:

Fornecer, abaixo do resumo em português e inglês, 3 a 6 descritores, que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar exclusivamente descritores da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" elaborada pela BIREME e disponível no site <http://decs.bvs.br/>. Esta lista mostra os termos correspondentes em português e inglês.

TEXTO:

Artigo original: dividido em Introdução (sucinta com 4 a 6 parágrafos, apenas para justificar o trabalho e contendo no final os objetivos); Método (especificar o delineamento do estudo, descrever a população estudada e os métodos de seleção, definir os procedimentos empregados, detalhar o método estatístico. É obrigatória a declaração da aprovação dos procedimentos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição); Resultados (claros e objetivos - o autor não deve repetir as informações contidas em tabelas e gráficos no corpo de texto); Discussão (interpretar os resultados e comparar com os dados de literatura, enfatizando os aspectos importantes do estudo e suas implicações, bem como as suas limitações - finalizar esta seção com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo).

Artigos de revisão: não obedecem a um esquema rígido de seções, mas sugere-se que tenham uma introdução para enfatizar a importância do tema, a revisão propriamente dita, seguida por comentários e, quando pertinente, por recomendações.

Relatos de casos: divididos em Introdução (sucinta com 3 a 5 parágrafos, para ressaltar o que é

conhecido da doença ou do procedimento em questão); Descrição do caso propriamente dito (não colocar dados que possam identificar o paciente) e Discussão (na qual é feita a comparação com outros casos da literatura e a perspectiva inovadora ou relevante do caso em questão).

TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

É permitido no máximo 6 ilustrações por artigo, entre tabelas, figuras e gráficos. Deben ser submetidas no mesmo arquivo do artigo. Em caso de aprovação, serão solicitadas figuras e gráficos com melhor resolução.

Tabelas

Para evitar o uso de tabelas na horizontal, a Revista Paulista de Pediatria recomenda que os autores usem no máximo 100 caracteres em cada linha de tabela. No entanto, se a tabela tiver duas ou mais colunas, o autor deve retirar 5 caracteres por linha. Ex: Se tiver duas colunas, o autor deve usar no máximo 95, se tiver três, 90 e assim por diante. É permitido até 4 tabelas por artigo, sendo respeitado os limites de um lauda para cada uma. As explicações devem estar no rodapé da tabela e não no título. Não usar qualquer espaço do lado do símbolo $\pm$. Digitar as tabelas no processador de textos Word, usando linhas e colunas - não separar colunas como marcas de tabulação. Não importar tabelas do Excel ou do Powerpoint.

Gráficos

Numerar os gráficos de acordo com a ordem de aparecimento no texto e colocar um título abaixo do mesmo. Os gráficos devem ter duas dimensões, em branco/preto (não usar cores) e feitos em PowerPoint. Mandar em arquivo ppt separado do texto: não importar os gráficos para o texto. A Revista Paulista de Pediatria não aceita gráficos digitalizados.

Figuras

As figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento do texto. As explicações devem constar na legenda (mandar legenda junto com o arquivo de texto do manuscrito, em página separada). Figuras reproduzidas de outras fontes devem indicar esta condição na legenda e devem ter a permissão por escrita da fonte para sua reprodução. A obtenção da permissão para reprodução das imagens é de inteira responsabilidade do autor. Para fotos de pacientes, estas não devem permitir a identificação do indivíduo - caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória carta de consentimento assinada pelo indivíduo fotografado ou de seu responsável, liberando a divulgação do material. Imagens geradas em computador devem ser anexadas nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi. A Revista Paulista de Pediatria não aceita figuras digitalizadas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer de forma sucinta a pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo, mas que não são autores. Os agradecimentos devem ser colocados no envio da segunda versão do artigo, para evitar conflitos de interesse com os revisores. Não repetir nos agradecimentos a instituição que apoiou o projeto financeiramente. Apenas destacar no apoio.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Descrever qualquer ligação dos autores com empresas e companhias que possam ter qualquer interesse na divulgação do manuscrito submetido à publicação. Se não houver nenhum conflito de interesse, escrever: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Essa declaração deverá constar ao final do artigo, antes do financiamento.

FINANCIAMENTO

Sempre após a Declaração de Conflitos de Interesse. Em apoios da CAPES, CNPq e outras instituições devem conter o nome por extenso e o país. Não repetir o apoio nos agradecimentos. Se não houve, deixar: O estudo não recebeu financiamento.

REFERÊNCIAS

No corpo do texto: Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. As referências no corpo do texto devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, sem

parênteses e após a pontuação.

No final do texto (lista de referências): Devem seguir o estilo preconizado no "*International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements*" e disponível em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conforme os exemplos a seguir.

1. Artigos em Periódicos

Até 6 autores: listar todos os autores:

Jih WK, Lett SM, des Vignes FN, Garrison KM, Sipe PL, Marchant CD. The increasing incidence of pertussis in Massachusetts adolescents and adults, 1989-1998. *Infect Dis*. 2000;182:1409-16.

Mais do que 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, *et al*. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935:40-6.

Grupos de pesquisa:

a. Sem autor definido:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40:679-86.

b. Com autor definido:

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2003;169:2257-61.

Sem autores:

Autoria não referida. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325:184.

Volume com suplemento:

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado eletronicamente, antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*; Epub 5 de Julho de 2002.

Artigos aceitos para a publicação ainda no prelo:

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. No prelo 2002.

Artigos em português

Seguir o estilo acima na língua portuguesa.

2. Livros e Outras Monografias

Livros:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP. Operative obstetrics. 2^a ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Obs: se for 1ª edição, não é necessário citar a edição.

Capítulos de livros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. Em: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Obs: se for a 1ª edição, não é necessário citar a edição.

Conferência publicada em anais de Congressos:

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 3-5 abril 2002; Kinsdale, Irlanda. p. 182-91.

Resumos publicados em anais de Congressos:

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Melo JL, Eckhert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: a ten year analysis. Abstracts of the Second World Conference on Injury Control; 20-23 maio 1993 Atlanta, EUA. p. 137-8.

Teses de mestrado ou doutorado:

Afiune JY. Avaliação ecocardiográfica evolutiva de recém-nascidos pré-termo, do nascimento até o termo [tese de mestrado]. São Paulo (SP): USP; 2000.

3. Outros materiais publicados

Artigos em jornais, boletins e outros meios de divulgação escrita:

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 12 agosto 2002 .p.1.

Leis, portarias e recomendações:

Brasil - Ministério da Saúde. Recursos humanos e material mínimo para assistência ao RN na sala de parto. Portaria SAS/MS 96, 1994.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde - área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil – Presidência da República. Decreto nº 6.871, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Brasília: Diário Oficial da União; 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6871.htm

Obs: se o material for disponível na internet, colocar Disponível em: <http://www....>

4. Material Eletrônico

Artigo de periódico eletrônico:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [página na Internet]. 2002;102(6) [acessado em 12 de agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na internet ou livro eletrônico:

Foley KM, Gelband H. Improving palliative care for cancer. Washington: National Academy Press; 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Homepage/web site:

Cancer-Pain.org [página na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [acessado em 9 de Julho de 2002]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

Parte de uma homepage ou de um site:

American Medical Association [página na Internet]. AMA Office of Group Practice Liaison [acessado em 12 agosto de 2002]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Brasil - Ministério da Saúde - DATASUS [página na Internet]. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais- Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994 [acessado em 10 fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Observação: Comunicações pessoais não devem ser citadas como referências.

Submissão Online

Para submeter o seu artigo, acesse: <http://ees.elsevier.com/rpped>

Para acessar os documentos

obrigatórios: <http://www.rpped.com.br/pt/guia-autores/>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Maria Figueiredo, 595 - 10 ° andar
04002-003 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3284-0308; 3289-9809; 3284-0051**



rpp@spsp.org.br

ANEXO F – Modelo de Carta de Submissão do Artigo**MODELO DE CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO**

Aos editores da Revista Paulista de Pediatria

Através desta, vimos apresentar o artigo;

Título do artigo

Declaramos que

O artigo é original. Nunca foi publicado e uma vez publicado terá exclusividade na Revista Paulista de Pediatria.

Não foi enviado a outra revista e não o será enquanto estiver sendo apreciado pela Revista Paulista de Pediatria.

Todos os autores participaram da confecção do artigo e, leram e aprovaram a versão final.

Não foi omitida qualquer informação sobre qualquer ligação ou acordo de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo.

Todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos.

Reconhecemos que a Associação de Pediatria de São Paulo terá direitos autorais caso o artigo seja publicado.

Atenciosamente

Nome e assinatura dos autores

ANEXO G – Transferência de Direitos Autorais: Revista Paulista de Pediatria

Transferência de Direitos Autorais: Revista Paulista de Pediatria
Título **do**

artigo:

Autor(es):

Para: Associação de Pediatria de São Paulo (SPSP)

1. Em consideração ao fato da SPSP concordar em publicar o artigo acima nomeado, os autores transmitem à SPSP, a título gratuito, e em caráter definitivo, os direitos autorais do artigo acima nomeado, com licença exclusiva para publicar, reproduzir e distribuir o artigo em todas as formas e formatos disponíveis ou a serem desenvolvidos, incluindo o meio impresso, digital e eletrônico; excetuando apenas as condições descritas no item.

2. Os autores podem reproduzir o artigo ou extratos dele, desde que declarem e referenciem a sua publicação na Revista Paulista de Pediatria. Os autores mantêm os seguintes direitos:

- a) Reproduzir o artigo ou parte dele em livros ou teses de sua autoria.
- b) Reproduzir o artigo ou parte dele em aulas ou cursos de instituições de ensino.
- c) Reutilizar figuras ou tabelas criadas para o artigo acima nomeado em outros trabalhos de sua autoria, desde que haja anuência dos co-autores do artigo original.

3. Os autores garantem que:

- a) São os únicos autores e proprietários dos direitos autorais. Se o artigo contém material de outros, os autores obtiveram permissão prévia para reproduzi-lo.
- b) Tudo o que está descrito no artigo acima nomeado é acurado e verdadeiro.
- c) Nada no artigo infringe qualquer direito de propriedade intelectual ou qualquer outro direito pessoal ou institucional.

2

2

4. Em caso de infração ao item 3, os autores responderão integralmente por qualquer dano causado a terceiros, em todas as esferas administrativas e jurídicas cabíveis, nos estritos termos da Lei nº 9.610/98, que regulamenta as Cessão de Direitos Autorais.

Estando de acordo com todos os itens relatados acima, abaixo assinam todos os autores:

Data: ____/____/____

Nome dos autores Assinatura