

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

CLARA SCHUMANN DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE MENORES DE
CINCO ANOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO DE
PERNAMBUCO**

Vitória de Santo Antão

2018

CLARA SCHUMANN DA SILVA

**PRÁTICAS ALIMENTARES E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE MENORES DE
CINCO ANOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO DE
PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição sob orientação da Professora Dr^a Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão

2018

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4-2005

S586p Silva, Clara Schumann da.
Práticas alimentares e perfil antropométrico de menores de cinco anos residentes em um município do sertão de Pernambuco./ Clara Schumann da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2018.
40 folhas.

Orientador: Vanessa Sá Leal.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2018.

1. Nutrição da Criança. 2. Comportamento Alimentar. 3. Pesos e Medidas Corporais. I. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Título.

613.20832 CDD (23.ed.) **BIBCAV/UFPE-242/2018**

CLARA SCHUMANN DA SILVA

PRÁTICAS ALIMENTARES E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE MENORES DE CINCO
ANOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO DE PERNAMBUCO.

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

Data de aprovação: 20/12/2018.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dra. Vanessa Sá Leal (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Prof^ª Dra. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

Ms Niedja Maria da Silva Lima (Examinador externo)

Universidade Federal de Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado força e perseverança para superar todas as dificuldades.

Aos meus pais, Carlos Antonio e Edileusa Tavares, que batalharam muito para me oferecer uma educação de qualidade e sempre me deram apoio durante todos os meus anos de luta.

Ao meu irmão, meus sobrinhos e a todos da minha família, por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

As minhas amigas de caminhada Ana Beatriz, Ana Paula Ferreira e Beatriz Santana, a graduação não seria a mesma sem vocês, levarei nossa amizade por toda minha vida.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro em um horizonte superior.

Agradeço às professoras, Catarine, Wylla, Christine, Sandra, Maria Izabel, as quais me serviram de exemplo para minha jornada e espelho para a construção do meu futuro.

À minha coorientadora, Juliana Souza pelo apoio e incentivo, mostrando-se presente e comprometida na construção deste trabalho.

A minha querida orientadora, amiga e ouvinte, Vanessa Sá Leal pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções, apoio e incentivo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Se a educação sozinha não pode mudar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda.

(Paulo Freire)

RESUMO

Modificações nos padrões dietéticos e nutricionais da população brasileira de todos os estratos sociais e faixas-etárias vêm sendo analisadas no processo da transição nutricional. O monitoramento do perfil nutricional permite a geração de uma atitude de vigilância e o direcionamento das ações de promoção de saúde. Diante disto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as práticas alimentares e o perfil antropométrico de menores de cinco anos residentes em um município do Sertão de Pernambuco. O estudo foi do tipo transversal e incluiu uma amostra de 91 crianças. Foram consideradas as seguintes fases de vida: menores de 06 meses, entre 06 meses e menores de 02 anos, e entre 02 anos e menores de 05 anos de idade. Para a avaliação do estado nutricional das crianças utilizou-se os índices Estatura para Idade (E/I) e o Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I), observou-se também o peso ao nascer. Para classificar o consumo alimentar em adequado e inadequado, foram adotadas as recomendações dos Guias Alimentares, do Ministério da Saúde. Para análise dos dados foi verificada a distribuição da frequência das variáveis. Foi possível observar que das crianças que compuseram o estudo, o sexo feminino foi o que predominou (53,8%), com idade entre 02 e menores de cinco anos (52%) e vivendo em sua maioria em área urbana (66%). Viu-se que 44% não possuem acesso à água tratada, 16,5% faz uso de fossas para destino de dejetos, e, 27,5% utilizavam a queimada como descarte de lixo; 40,7% das famílias das crianças recebiam menos que um salário mínimo mensal e a maior parte delas são beneficiários do Programa Bolsa Família (59,3%). A frequência do excesso de peso foi de 31,6%, sendo 20,7% de sobrepeso e 10,9% de obesidade, associada a um déficit estatural de 8,7%. Quanto as práticas alimentares, observou-se introdução alimentar precoce entre os menores de seis meses, como mingau (35,4%) e outro leite (64,3%). Com relação as crianças entre 06 meses e menores de cinco anos viu-se um bom consumo de alimentos básicos como feijão e a carne, no entanto quanto aos ultraprocessados foi verificado hábito diário do consumo de biscoito de pacote (9,9%) e o salgadinho de pacote (36,3%), representando assim um alerta para o desenvolvimento de futuros agravos à saúde. Nesse contexto, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que visem ações integradas que promovam práticas de alimentação adequadas e a investigação profunda dos determinantes dos desvios nutricionais em crianças.

Palavra chave: Menores de cinco anos. Práticas alimentares. Perfil antropométrico.

ABSTRACT

Changes in the dietary and nutritional patterns of the Brazilian population of all social strata and age ranges have been analyzed in the nutritional transition process. The monitoring of the nutritional profile allows the generation of a vigilance attitude and the direction of the actions of health promotion. The objective of this study was to evaluate the eating practices and the anthropometric profile of children under five residing in a municipality of Sertão de Pernambuco. The cross-sectional study included a sample of 91 children. The stages of life were created: under 6 months, between 06 months and under 02 years, and between 02 years and children under 5 years of age. For the evaluation of the nutritional status of the child, use the Stature for Age (E / I) indexes and the Body Mass Index for Age (BMI / I), also observed in birth weight. In order to classify food consumption as adequate and inadequate, the recommendations of the Food Guides of the Ministry of Health were adopted. The frequency distribution of the variables was analyzed for data analysis. It was possible to observe that of the children who composed the study, the female sex predominated (53.8%), aged between 02 and under five (52%) and living mostly in urban areas (66%). . It was seen that 44% did not have access to treated water, 16.5% used sludge to dispose of waste, and 27.5% used the waste as waste disposal; 40.7% of the children's families received less than a monthly minimum wage and most of them are beneficiaries of the Bolsa Família Program (59.3%). The frequency of overweight was 31.6%, being 20.7% overweight and 10.9% obese, associated with a stature deficit of 8.7%. Regarding feeding practices, early feeding was observed among children under six months, such as porridge (35.4%) and other milk (64.3%). In relation to children between 06 months and under five years of age, good consumption of basic foods such as beans and meat was observed. However, the daily consumption of packet biscuit (9.9%) and daily (36.3%), thus representing an alert for the development of future health problems. In this context, it is necessary to develop strategies aimed at integrated actions that promote adequate feeding practices and the deep investigation of the determinants of nutritional deviations in children.

Key-words: Food practices. Anthropometric profile. Under de age of five.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Geral	9
2.2 Específicos.....	9
3 JUSTIFICATIVA	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 Transição alimentar e nutricional	11
4.2 Práticas Alimentares na infância	11
4.3 Estado Nutricional de crianças	12
4.4 Sertão de Pernambuco	13
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
5.1 Tipo de pesquisa e causística.....	15
5.2 População e amostra	15
5.3 Coleta de dados.....	15
5.4 Avaliação Antropométrica e do estado nutricional	16
5.5 Consumo alimentar.....	16
5.6 Análises estatísticas	17
5.7 Aspectos éticos	17
6 RESULTADOS	18
7 DISCUSSÃO	23
8 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	32
ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO	33
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO E DESCRIÇÃO DO DOMICÍLIO.....	35
ANEXO D – FORMULÁRIO ANTROPOMÉTRICO	36
ANEXO E – REGISTRO DE DOMICÍLIO E RENDA	37
ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR ..	38
ANEXO G- QUESTIONÁRIO CRIANÇA	39
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (TCLE).....	40

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado por um claro processo de transição nutricional, demarcado por características e estágios distintos, em que se observa um marcante aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade nas diferentes fases do curso da vida, sem que a desnutrição, entre outras deficiências de ordem nutricional, tenha sido superada (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; NASCIMENTO *et al.*, 2016). Modificações nos padrões dietéticos e nutricionais da população brasileira de todos os estratos sociais e faixas-etárias vêm sendo analisadas no processo da transição nutricional (ESCODA, 2002; BRASIL, 2010).

Segundo o IBGE (2010), entre os anos de 1974 e 2009 a condição de excesso de peso em crianças apresentou aumento de três a quatro vezes, e, de acordo com último inquérito nacional realizado no país aproximadamente 33% das crianças em idade escolar apresentam esta condição, sendo que 14,2% destas já são obesas. De forma paradoxal, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008-2009, o percentual de crianças com retardo de crescimento no Brasil é de 6,8%, sendo importante ressaltar que o índice altura para idade é um dos principais indicadores utilizados para detectar a desnutrição infantil uma vez que revela atraso no crescimento contínuo da criança (BRASIL, 2010).

Embora a alimentação e nutrição adequadas se concretizem como direitos fundamentais da pessoa humana e requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, infelizmente ainda são pouco garantidos em nosso país, principalmente em regiões mais vulneráveis, como o sertão de Pernambuco. Promover uma alimentação saudável é considerado um eixo prioritário de ação para promoção da saúde (BRASIL, 1999; CONSEA, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a alimentação da criança deve ser iniciada exclusivamente com o leite materno exclusivo até os seis meses de idade. Passado esse período, a alimentação complementar será fundamental para o desenvolvimento infantil, visto que a criança passa a não depender apenas dos nutrientes fornecidos pela mãe através do leite materno, tendo início após o sexto mês de vida da criança, devendo-se incentivar os sentidos gustativos e a capacidade de mastigar, deglutir e digerir alimentos (OMS, 2016).

A manutenção do aleitamento materno deve fornecer suporte à criança até os dois anos de idade. Estudos ratificam essa recomendação quando comprovam que o desmame precoce e

a introdução do leite não materno tem relação direta com o desenvolvimento do excesso de peso na idade pré-escolar (NASCIMENTO *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2016).

No desenvolvimento infantil destaca-se a importância dos primeiros cinco anos de vida para a formação de uma alimentação adequada e saudável como garantia de um crescimento e desenvolvimento seguro. Condutas inadequadas nesta fase de desenvolvimento podem implicar em desvios do estado nutricional que predispõe ao desenvolvimento de morbidades, além de ser, inclusive, causa de óbitos infantis (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

O papel da mãe no sentido de incentivar uma boa alimentação é fundamental, a fim de prevenir futuros agravos. Nesta fase, além da influência familiar e do grupo social que a criança está inserida, também pode-se destacar questões emocionais, psicológicas, socioeconômicas e culturais relacionadas (OSÓRIO, 2005; LEAL, *et al.*, 2012). A distribuição desses agravos não ocorre de forma homogênea na população e pode revelar importantes iniquidades sociais, havendo influência das características socioeconômicas nos hábitos de vida, nos agravos crônicos e na expectativa de vida da população (STRINGHINI *et al.*, 2017).

O sertão é uma extensa área caracterizada pelo clima semiárido, presente em todos os nove estados da região Nordeste. Como principais características, destacam-se os longos períodos de estiagem e secas, os quais trazem consequências econômicas e sociais para região e população. A seca mais recente está sendo considerada a pior dos últimos 50 anos, com 1400 municípios afetados no nordeste em 2013 (CNM, 2013). Tal circunstância tem a capacidade de comprometer a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população e, consequentemente, seu Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Diante disto, faz-se necessário a análise das práticas alimentares e do perfil antropométrico, com enfoque nos cinco primeiros anos de vida e a partir disso, caracterizar a vulnerabilidade e as condições de alimentação e nutrição de uma determinada população do sertão de Pernambuco.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as práticas alimentares e o perfil antropométrico de menores de cinco anos residentes em um município do Sertão de Pernambuco.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico;
- Avaliar o estado nutricional e o peso ao nascer;
- Analisar o perfil alimentar das crianças considerando o dia anterior à pesquisa e a frequência de consumo alimentar.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando o crescimento e desenvolvimento infantil como determinante para a formação dos hábitos alimentares na fase adulta, o consumo alimentar de crianças representa um indicador fundamental do desenvolvimento de agravos nutricionais ao longo da vida (SANTOS, LIRA; SILVA, 2017). Além disso, reconhecer que tais problemas tem origem multifatorial pode servir de parâmetro para políticas públicas e estudos voltados para esse grupo etário com o objetivo de prevenir esse agravo nutricional e futuros danos à saúde.

Neste sentido, é imperativo entender sobre o perfil alimentar nos primeiros anos de vida, o perfil antropométrico e o contexto socioeconômico e demográfico, permitindo caracterizar a situação de vulnerabilidade e as condições de alimentação e nutrição de uma determinada população, bem como propor medidas de intervenção que estimulem práticas alimentares saudáveis.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Transição alimentar e nutricional

Nas últimas décadas, a população brasileira tem passado por grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no padrão de saúde e principalmente no padrão de consumo alimentar. Por um lado observa-se a redução da fome e da desnutrição, em contrapartida o aumento notável do excesso de peso nas diferentes classes sociais, indicando assim um novo cenário de problemas de saúde pública relacionados à alimentação e nutrição (BATISTA FILHO *et al.*, 2003; BRASIL, 2013).

Estima-se que em todo o mundo cerca de 22 milhões de crianças com até cinco anos de idade estejam com sobrepeso, fator que pode ser determinante para se tornarem adultos obesos e sofrerem de alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), este fato pode estar diretamente relacionado com as mudanças nos padrões alimentares (DUTRA *et al.*, 2016).

Esse processo também foi considerado fator condicionante para as modificações nos hábitos alimentares da população brasileira, de modo que houve uma substituição dos alimentos naturais como arroz, feijão e hortaliças por alimentos industrializados como refrigerantes, carnes processadas e biscoitos, o que levou ao aumento da obesidade na população. A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo (BRASIL, 2013). Neste sentido, se faz necessário à atualização dos estudos acerca do consumo alimentar principalmente na fase escolar, que é a fase em que sobrepeso e obesidade têm mostrado grande prevalência no Brasil (SOUZA *et al.*, 2017).

4.2 Práticas Alimentares na infância

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os cinco primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno, e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos, para atingir o padrão alimentar cultural do adulto (BRASIL, 2016). Diante disto, torna-se indispensável à importância da alimentação da criança nesta fase da vida, visto que, condutas inadequadas podem levar a futuros agravos a saúde da criança, elevando também o risco de morbimortalidade e doenças crônicas transmissíveis no futuro (BRASIL, 2010). A promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que

contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2016).

A manutenção do aleitamento materno exclusivo é recomendada até o sexto mês de vida da criança e após esse período, até os dois anos de idade junto com a alimentação complementar (TAGLIETTI *et al.*, 2014). A partir dos seis meses, deve haver uma introdução lenta e gradual de outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade. Associado a essa introdução, esses alimentos complementares devem ser oferecer uma variedade de cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e verduras. O indicado é que dos seis aos onze meses seja oferecido 03 refeições/dia com alimentos complementares. A partir dos doze meses acrescentar às três refeições, mais dois lanches ao dia, com fruta ou mingau de prato (BRASIL, 2016).

Segundo a recomendação da OMS (BRASIL, 2016), caso a criança não esteja recebendo leite materno, o ideal é que sejam oferecidas 05 refeições com alimentos complementares, desde os seis meses de vida, sendo destas, fruta duas vezes ao dia em forma de purê e papa salgada duas vezes ao dia, além de um mingau de cereal, farinha ou amido. Quando for utilizar farinhas como milho, trigo, arroz ou mandioca, preferir aquelas que são enriquecidas com ferro.

A alimentação complementar é um reflexo dos hábitos alimentares dos pais ou cuidadores, de modo que se torna um desafio à orientação e adesão de uma dieta saudável pelos responsáveis pela criança, garantindo dessa forma que a mesma também se alimente de forma adequada (TAGLIETTI *et al.*, 2014). Estudos recentes mostram que há grande associação das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com baixo consumo de frutas e verduras, excesso de peso e sedentarismo (BRASIL, 2013).

4.3 Estado Nutricional de crianças

A avaliação do estado nutricional tem como um de seus parâmetros a avaliação antropométrica, na qual se baseia em um método de análise das variações físicas e composição nutricional, podendo ser utilizado em todas as fases da vida, e permitindo a classificação dos indivíduos em grupos de acordo com seu estado nutricional. As principais vantagens do método em questão são o baixo custo e a facilidade de aplicação, além de ser minimamente invasivo (BRASIL, 2004).

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil faz-se necessário uma vez que permite o acompanhamento do perfil de saúde de populações. Em crianças, os índices antropométricos (peso/idade; altura/idade e IMC/idade) são utilizados como o principal critério desse acompanhamento, essa indicação baseia-se no fato de que a relação negativa entre as necessidades fisiológicas e a ingestão alimentar, causam alterações físicas desde a desnutrição até sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2004).

A III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PERNAMBUCO, 2006), avaliou o estado nutricional de crianças menores de cinco anos, e constatou que houve uma melhora significativa em relação à última pesquisa estadual (1997), desde que a desnutrição cumulativa, expressa pelo retardo estatural, baixou de 16% para 8% em todo o Estado, com redução equivalente de aproximadamente 50% para as três áreas geográficas. Essa redução foi semelhante à encontrada para o Brasil (50%) e inferior à observada para a Região Nordeste (67%) na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2006).

Concomitantemente, a prevalência excesso de peso apresenta-se comparativamente três a quatro vezes mais (entre 8% e 10%), evidenciando que o processo de transição nutricional vem atingindo, inclusive, a população de crianças. Esses resultados são semelhantes aos encontrados para o Brasil e Região Nordeste na PNDS 2006 (BRASIL, 2010). Comparando o estado nutricional de lactentes (menores de 24 meses) e de pré-escolares (24-59 meses), observa-se que as prevalências de déficit e de excesso foram similares.

4.4 Sertão de Pernambuco

O sertão pernambucano é tido com uma área historicamente relacionada a desastres naturais, sendo característicos os longos períodos de seca. Como grave consequência, as secas severas e frequentes resultam em fracassos cruciais da produção agropecuária e no desencadeamento de crises alimentares agudas. No ano de 2013, houve registro da pior seca dos últimos 50 anos (MORAES; HUMBERTO; FREITAS, 2011). A Região Nordeste, foi indicada pela Pesquisa de Amostra Domiciliar (PNAD) do IBGE como a região mais afetada pela fome no Brasil. Segundo as pesquisas que envolvem o Índice de Desenvolvimento Humano, observa-se uma monotonia alimentar na época da seca (TEIXEIRA, 2016), que pode ser um fator predisponente para preocupações com o estado nutricional.

Tradicionalmente, o perfil alimentar de famílias e de crianças do sertão pernambucano tem características mais saudáveis quando comparado ao perfil da região metropolitana do Recife, uma vez que produzem alimentos mais saudáveis e naturais (BRASIL, 2011). As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho (BRASIL, 2013). A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias (BRASIL, 2010).

Estudos mostram que os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Em contrapartida, na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2013). No entanto, o processo de transição nutricional associado à participação em programas sociais permitiram maior acesso e variedade de alimentos, modificando o perfil alimentar da população, de modo que os mesmos estão mais propensos ao desenvolvimento de agravos à saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de pesquisa e causística

Tratou-se de um estudo de delineamento transversal, com base domiciliar que faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco”, sendo aprovado pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, numa parceria entre o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória e o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizada no período de julho a outubro de 2015.

5.2 População e amostra

Para a pesquisa de base, o plano amostral foi do tipo probabilístico e estratificado em três estágios assim caracterizados: Unidades primárias de seleção: municípios; Unidades secundárias de seleção: setores censitários; Unidades terciárias de seleção: domicílios. Para o sorteio dos municípios e setores censitários foi utilizada a lista de números randômicos do subprograma EPITABLE, do programa EPI-INFO, versão, 6.04. A base de dados foi composta pela listagem dos setores censitários feita pelo Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010). Foram sorteados três municípios: Serra Talhada, Custódia e Belém do São Francisco. Sendo incluídos no estudo menores de cinco anos a fim de analisar as práticas alimentares e o perfil antropométrico, assim como a caracterizar as variáveis socioeconômicas e demográficas do município de Serra Talhada.

5.3 Coleta de dados

Foi realizada por uma equipe devidamente capacitada para a realização do trabalho, havendo passado por um treinamento prévio de 40 horas, com os instrumentos de coleta de dados, nas instalações do Departamento de Nutrição da UFPE, campus Recife. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com o adulto responsável pela família. Os instrumentos de coleta de dados incluíram os seguintes formulários: identificação do domicílio (urbano ou rural); registro e descrição do domicílio e aspectos socioeconômicos e demográficos maternos (renda, idade e escolaridade); registro da criança e informações sobre alimentação.

5.4 Avaliação Antropométrica e do estado nutricional

Para a avaliação do estado nutricional das crianças foram coletados dados de peso e comprimento/estatura utilizando-se os índices Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I). Quanto às medidas antropométricas, o peso corporal foi obtido através de balança digital, modelo MEA-03200/Plenna com capacidade máxima de 150 kg e precisão de até 100 gramas (g). Para a aferição da estatura/comprimento foi utilizada a fita métrica de 200 cm e o estadiômetro portátil (Altura exata, Ltda), ambos com precisão de 01 milímetro (mm) em toda a extensão. Para a análise dos dados antropométricos foi utilizado o *software Anthro*, sendo as crianças classificadas pelos índices E/I e IMC/I, expressos em escore Z (WHO, 2007).

O padrão de referência utilizado para a classificação das medidas foi o da Organização Mundial de Saúde, adotando-se os seguintes pontos de corte para IMC/Idade: Desnutrição: < -2 escores Z; Adequado: ≥ -2 a < 2 escores Z; Excesso de peso (sobrepeso e obesidade): ≥ 1 escore Z, em relação à mediana esperada para idade e sexo. Para o índice E/Idade: muito baixa estatura para idade: < -3 escores Z; baixa estatura para idade: < -3 escores Z a -2 escores Z; adequada estatura para idade: ≥ -2 escores Z (OMS, 2007).

Quanto à avaliação do peso ao nascer, este foi avaliado com base nas informações descritas no cartão da criança e utilizando-se como parâmetro de referência o recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2010), considerando o baixo peso (1500 a 2499g), o peso adequado (2500 a 3999g) e o excesso de peso (>3999 g).

5.5 Consumo alimentar

Foram coletadas com os responsáveis pelas crianças por meio do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar para menores de cinco anos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, e as informações sobre a frequência alimentar em um questionário próprio da pesquisa. Desta forma, foram consideradas as seguintes fases de vida: menores de 06 meses, entre 06 meses e menores de 02 anos, e entre 02 anos e menores de 05 anos de idade (BRASIL, 2015). O Formulário acerca do consumo alimentar foi aplicado com o responsável pela criança e sempre se refere ao consumo da criança no dia anterior ao inquérito, tendo como objetivo caracterizar as práticas alimentares da população infantil de acordo com os hábitos recomendados para cada faixa etária.

Para os menores de seis meses, as questões objetivaram caracterizar a prática do aleitamento materno e identificar os tipos dos alimentos complementares oferecidos atualmente à criança. Para as crianças entre seis meses e menos de 02 anos, as questões tiveram por objetivo caracterizar a introdução da alimentação complementar, identificar o tipo de alimentação atual e a adoção de comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento de anemia ferropriva e obesidade infantil (BRASIL, 2016).

Para classificar o consumo alimentar em adequado e inadequado, foram adotadas as recomendações dos Guias Alimentares do Ministério de Saúde, para aqueles com idade inferior a 24 meses, o Guia Alimentar para menores de dois anos (BRASIL, 2016) e para as crianças com idade entre 24 e 60 meses, utilizou-se o Guia Alimentar para população Brasileira (BRASIL, 2014).

5.6 Análises estatísticas

Foi realizada a análise descritiva das variáveis mediante ao cálculo de distribuição de frequência. A digitação dos dados foi realizada em dupla entrada com posterior utilização do módulo Validate do software Epi Info, versão 6.04. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos Epi Info versão 6.04 e SPSS versão 20.0.

5.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE sob número de parecer 897.655 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 38878814.9.0000.5208. Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os responsáveis pelas mães de crianças menores de 18 anos também precisaram autorizar a participação através da assinatura do TCLE.

6 RESULTADOS

A amostra totalizou 91 crianças menores de cinco anos, residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco. Em se tratando da caracterização socioeconômica e demográfica, observou-se que 53,8% das crianças eram do sexo feminino, 51,6% tem idade entre 02 a menor de 05 anos de idade e aproximadamente 66% residiam em área urbana. Quanto às condições de saneamento básico, 43,9% não possuem acesso à água tratada, 16,5% faz uso de fossas para destino de dejetos, e, 27,5% utilizavam a queimada como descarte de lixo. No que diz respeito à renda, 40,7% das famílias das crianças recebiam menos que um salário mínimo mensal e a maior parte delas são beneficiários do Programa Bolsa Família (59,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis demográficas e socioeconômicas de menores de cinco anos residentes do município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (91)	%
Sexo		
Feminino	49	53,8
Masculino	42	46,2
Idade		
Menor de 06 meses	15	16,5
06 meses a menor de 02 anos	29	31,9
02 anos a menor de 05 anos	47	51,6
Cor da pele		
Branco	33	36,3
Negra	02	2,2
Parda	56	61,5
Área de moradia		
Urbana	60	65,9
Rural	31	34,1
Número de Pessoas por domicílio		
3-4	59	64,9
5-6	18	19,8
7-8	14	15,3

Regime de Ocupação

Própria	47	51,7
Cedida	05	5,5
Alugada	39	42,9

Abastecimento de água

Com canalização interna	67	73,6
Com canalização até o quintal	24	26,4

Fonte de Abastecimento

Rede geral	60	65,9
Nascente/poço/cacimba	31	34,1

Tratamento de água para beber

Filtrada	18	19,8
Mineral/Fervida	33	36,3
Sem tratamento	40	43,9

Destino de dejetos

Rede geral	76	83,5
Fossa	15	16,5

Lixo

Coletado	62	68,1
Queimado	25	27,5
Terreno baldio	04	4,4

Renda familiar mensal

< 1 salário mínimo	37	40,7
1 a 3 salários mínimos	41	45,0
> 3 salários mínimos	13	14,3

Família inscrita no Programa Bolsa Família (PBF)

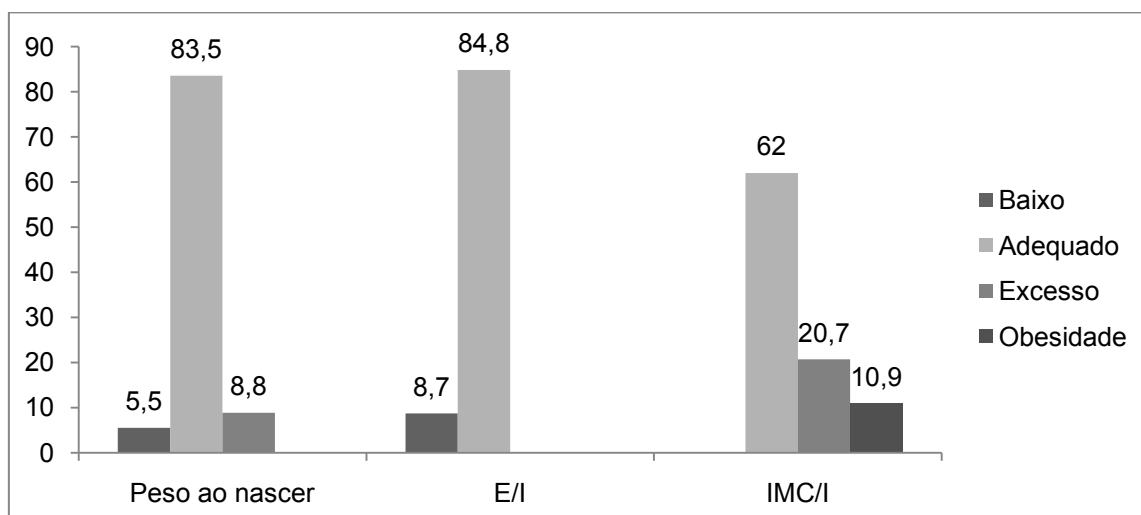
Sim	54	59,3
Não	37	40,7

Fonte: SILVA, C.S., 2018.

No que se refere ao estado nutricional, pôde-se observar que, 8,7% das crianças apresentaram baixa estatura para idade e 31,6% estavam com excesso de peso, sendo destas

20,7% com sobrepeso e 10,9% obesas. Com relação ao peso ao nascer, 8,8% e 5,5% das crianças nasceram com excesso de peso e com baixo peso, respectivamente (Tabela 2).

Gráfico 01 - Estado nutricional e peso ao nascer de menores de cinco anos residentes do município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.



Fonte: SILVA, C.S., 2018.

Quanto ao consumo alimentar, considerando o grupo de crianças menores de seis meses, 71,4% consumiu leite materno e 85,7% consumiu água no dia anterior a pesquisa. Ainda neste grupo, 64,3% das crianças, incluindo algumas em aleitamento materno, ingeriu algum tipo de fórmula infantil, que não foi especificada, e, ainda 35,7% destas já estavam fazendo uso de mingau como substituto/complemento do leite materno. Os demais dados podem ser visualizados na tabela 03.

Tabela 2 - Consumo alimentar de menores de seis meses residentes do município de Serra Talhada, sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (14)	%
Leite materno	10	71,4
Água	12	85,7
Outro Leite	09	64,3
Mingau	05	35,7
Suco	02	14,3
Chá/outro	01	7,1

Fonte: SILVA, C.S., 2018.

Sendo considerado o consumo no dia anterior a pesquisa, entre as crianças de seis a 23 meses (N=29), os alimentos mais ofertados foram carne (86,2%), feijão (79,3%) e frutas (72,4%). Em paralelo, 41,4% das crianças receberam mingau e 62% não receberam papa salgada. O consumo de legumes e vegetais foi citado por 55,2% dos responsáveis pelas crianças. Outro dado importante foi com relação à introdução do açúcar na alimentação dessas crianças (62,1%).

Com relação ao consumo de ultraprocessados deste grupo, observou-se que os percentuais de ingestão foram bastante significativos, onde no último mês, 34,5% consumiu refrigerante, e quando tinham idade anterior aos seis meses de idade, 62,1% já haviam consumido mel/açúcar/rapadura e 6,9% ingeriram suco industrializado (Tabela 4).

Tabela 3 - Consumo alimentar de crianças de seis a 23 meses de idade residentes do município de Serra Talhada, sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (29)	%
Verduras/Legumes	16	55,2
Frutas	21	72,4
Carne	25	86,2
Feijão	23	79,3
Comeu assistindo TV?	07	24,1
Comeu comida de panela no jantar?	19	65,5
Mel, açúcar, rapadura ou melaço com outros alimentos ou para adoçar líquido antes dos 06 meses?	18	62,1
Mingau com leite ou leite engrossado com farinha?	12	41,4
Papa salgada ou comida de panela no jantar antes dos 06 meses?	11	37,9
Suco industrializado/refresco em pó antes dos 06 meses?	02	6,9
Refrigerante no último mês?	10	34,5

Fonte: SILVA, C.S., 2018.

No tocante ao grupo de crianças com idade entre dois e cinco anos (N=47), viu-se que a maior prevalência de consumo alimentar no dia anterior a entrevista foi do feijão (83%), seguido da carne (78,7%) e das frutas (53,2%). O consumo em frente à TV também foi um achado relevante, onde 63,8% destas crianças tinham esse hábito (Tabela 5).

Tabela 4 - Consumo alimentar de crianças de com idade entre dois e menores de cinco anos residentes do município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (47)	%
Fruta	25	53,2
Carne	37	78,7
Feijão	39	83,0
Comeu assistindo TV?	30	63,8
Comeu comida de panela no jantar?	34	72,3

Fonte: SILVA, C.S., 2018.

Quanto a frequência do consumo alimentar, pôde-se observar que o alimento mais ofertado foi o feijão (57,1%), apesar de 18,7% das crianças nunca terem consumido. O consumo diário de frutas foi de 26,4%. Por outro lado, destaca-se o consumo diário do biscoito e salgadinho de pacote, os quais juntos equivalem a praticamente metade da amostra (46,5%).

Tabela 5 - Frequência alimentar de crianças com idade entre seis meses e menores de cinco anos residentes do município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

Alimentos	Frequência de Ingestão (N= 76)			
	Todos os dias	Dia sim, dia não	Às vezes	Nunca
Fruta/Suco de fruta	26,4	24,1	15,4	28,6
Feijão	57,1	13,2	11,0	18,7
Refrigerante	4,4	0,0	41,1	54,4
Biscoito de pacote	36,3	12,1	28,6	23,0
Salgadinho de Pacote	9,9	6,6	34,1	49,4

Fonte: SILVA, C.S., 2018.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu avaliar as práticas alimentares, os indicadores antropométricos e as condições socioeconômicas e demográficas de crianças menores de cinco anos residentes do município de Serra Talhada, localizado no Sertão de Pernambuco. Do total de 91 crianças, 16,5% tinham menos de seis meses de idade, 31,9% pertenciam ao grupo com idade de seis meses a menor que dois anos e 51,6% possuíam idade entre dois a menor que cinco anos de idade. Trata-se de um público homogêneo em relação à condição socioeconômica, uma vez que a maior parte dos entrevistados possui baixa renda e é beneficiário de um programa de transferência, o Programa Bolsa Família.

A avaliação do estado nutricional de crianças visa monitorar as condições de crescimento e desenvolvimentos de forma correta. Os achados do presente estudo expressam a condição de sobrepeso (20,7%) e obesidade (10,9%) representando um indicador de futuros agravos nutricionais. No Brasil, entre os anos de 1974 e 2009 a condição de excesso de peso em crianças apresentou aumento de três a quatro vezes, e, de acordo com último inquérito nacional realizado no País aproximadamente 33% das crianças em idade escolar apresentam esta condição, sendo que 14,2% destas já são obesas (IBGE, 2010),

No estudo, a prevalência de baixo peso encontrado foi de 5,5%. Corroborando com a III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (BRASIL, 2006) que avaliou o peso ao nascer de crianças Pernambucanas. O baixo peso ao nascer atingiu 8,8% das crianças menores de cinco anos para todo o Estado, tendo o setor urbano do Interior apresentado o maior percentual (9,8%). O peso insuficiente teve uma prevalência de 17% no setor rural e de 20% no urbano.

Considerando a fase infantil como determinante da formação dos hábitos alimentares na fase adulta, o consumo alimentar de crianças, quando inadequado, representa um indicador fundamental de desenvolvimento de agravos nutricionais ao longo da vida (SANTOS, LIRA; SILVA, 2017). Crianças sob a condição de excesso ponderal têm maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis que se prolongam ao longo da vida adulta, como as doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemias (SCHMIDT *et al.*, 2011).

O déficit estatural encontrado foi de 8,7%, podendo-se destacar que a população sertaneja mantém-se afetada pela desnutrição através do indicador de déficit estatural. A prevalência da

desnutrição na população brasileira de crianças menores de cinco anos, aferida pela proporção de crianças com déficit de crescimento, foi de 7% em 2006 (BRASIL, 2006).

A alimentação adequada e saudável é fundamental no sentido de garantir o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, além da prevenção de doenças e de deficiências nutricionais (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012). O leite materno é o alimento mais completo e mais importante para o recém-nascido, de modo que crianças menores de seis meses de idade devem ser somente alimentadas via leite materno, não havendo a introdução de outros alimentos como água, chás, mingaus ou fórmulas infantis (BRASIL, 2016).

Os dados de consumo das crianças menores de seis meses demonstraram que 85,7% das crianças já haviam consumido outros tipos de alimentos além do leite materno. A oferta de água e chá diminui o volume de leite materno ingerido, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças (BRASIL, 2016). A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 2009 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo no Brasil foi de 54,1 dias (1,8 meses) e de aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses). Na mesma pesquisa observou-se que o início do processo de desmame ocorre precocemente dentro das primeiras semanas ou meses de vida, com a introdução de chás, água, sucos e outros leites e progride de modo gradativo (BRASIL, 2009).

Com relação à faixa etária de 4 a 6 meses, o aleitamento exclusivo caiu para 11% em 2006. Apesar de 96% das crianças menores de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez, a PNDS 2006 mostra que ainda falta muito para se alcançar, no Brasil, o padrão de aleitamento materno recomendado pelos organismos de saúde internacionais e nacionais (BRASIL, 2010). Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9%, verduras/legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre crianças de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009).

O grupo que compreende as crianças entre 06 e 23 meses apresentou uma boa ingestão de frutas (72,4%), carne (86,2%) e feijão (79,3%) uma vez que, o consumo desses alimentos deve ser diário e intercalado com as mamadas, (BRASIL, 2016). Ratificando a importância de que a alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, sempre respeitando o apetite da criança (BRASIL, 2016). No entanto, foi observado um consumo de alimentos como o açúcar (62,1%), refrigerante (34,5%) e suco industrializado (6,9%). O consumo precoce de alimentos adoçados predispõe a criança a desenvolver

sobrepeso, fazendo com que as papilas gustativas do bebê fiquem viciadas. A criança acaba preferindo o doce e passa a rejeitar outros alimentos (BRASIL, 2016).

Quanto aos hábitos das crianças entre dois e cinco anos de idade, é recomendado (BRASIL, 2013) que a criança participe da alimentação familiar e que a base de sua alimentação seja constituída principalmente por alimentos in natura ou minimamente processados. Quanto ao consumo de carne (78,7%) e feijão (83,0%), os dados reforçam a importância de manter o consumo desses alimentos diariamente para o crescimento e desenvolvimento adequado.

Porém destaca-se o elevado percentual de crianças se alimentando em frente à TV (63,8%). Apesar de não ter sido investigado o número de horas em frente à TV, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o tempo de exposição à televisão, deve ser de no máximo uma hora para crianças de até cinco anos de idade (BRASIL, 2016), uma vez que, a influência da mídia pode fazer com que as crianças adotem hábitos não saudáveis de alimentação. No Brasil, pesquisas apontam que 44% das propagandas de alimentos destinados ao público infantil, são de alimentos ricos em sódio, açúcar e gordura. Especialistas sugerem que a publicidade em torno desses alimentos seja menos atrativas, o que facilitaria a escolha de alimentos saudáveis. Ressaltando que são necessárias de uma a duas propagandas apenas, com tempo de 30 segundos, para influenciar na escolha dos alimentos (PRODANOV e CIMADON 2016).

O estudo da frequência alimentar em crianças tem como um dos objetivos observar o padrão de consumo alimentar, a fim de possibilitar uma análise mais concreta acerca da oferta de alimentos e dos hábitos alimentares da família (BRASIL, 2013). Os Guias alimentares são tidos como uma ferramenta que define as diretrizes utilizadas na orientação quanto as escolhas alimentares saudáveis pela população (BRASIL, 2008). O material aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população, e também pode ser considerado um instrumento de educação alimentar e nutricional. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, os alimentos ultraprocessados incluindo biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo, são desbalanceados nutricionalmente e seu consumo deve ser desaconselhado (BRASIL, 2014).

Os alimentos ultraprocessados devem ser evitados nessa fase da vida (BRASIL, 2016), uma vez que são ricos em substâncias artificiais que fazem mal a criança e pobres em nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento adequado. Segundo a tabela

de frequência alimentar, o hábito de alimentos como biscoito de pacote (36,3%) e salgadinho de pacote (9,9%) e refrigerante foi de consumo diário para as crianças do estudo, representando um alerta para o desenvolvimento de futuros agravos à saúde. Observa-se atualmente uma rápida e progressiva substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados, por ultraprocessados. Estatísticas de venda mostram que desde a década de 90, a venda de produtos ultraprocessados vem se expandindo intensamente no Brasil, LOUZADA (2015). Este fato pode ser confirmado pelos dados de Coleone, (2017), no qual as crianças estudadas consumiram pelo menos uma vez na semana, embutidos (46%), doces (40,7%) e refrigerantes (66,4%).

Vale enfatizar que os alimentos ultraprocessados são importante fator de risco à saúde e favorecem o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer. Lembrando ainda que essa categoria de alimentos eleva o risco de carências nutricionais por serem ricos em gorduras, açúcares e sódio, com baixas quantidades de vitaminas, minerais e fibras (BRASIL, 2014).

A elaboração do presente estudo teve como base dados obtidos questionário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN, um instrumento validado e utilizado pelo Ministério da Saúde Para avaliar as práticas alimentares das crianças, porém, na prática, observou-se que o mesmo apresenta determinadas limitações para obtenção de dados de consumo, uma vez que as perguntas contidas no mesmo referem-se apenas ao consumo alimentar do dia anterior à pesquisa, sendo assim necessária a elaboração de um questionário de frequência alimentar afim de uma maior profundidade quanto ao perfil alimentar da população.

8 CONCLUSÃO

Os resultados demográficos e socioeconômicos demonstram que a população em estudo em sua maioria possui baixa renda, sendo caracterizada como um grupo de maior vulnerabilidade social e mais suscetível à linha da pobreza. Com relação ao perfil nutricional, ressalta-se a condição de excesso ponderal em paralelo ao déficit nutricional.

As práticas alimentares das crianças retratam um importante alerta para futuros agravos à saúde, uma vez que, foi possível observar considerável introdução alimentar inadequada e a prevalência de alimentos ultraprocessados nos hábitos diários das crianças, representando suscetibilidade ao desenvolvimento de agravos nutricionais que permanecem ao longo da vida.

Os resultados apontam a necessidade de estratégias de ações integradas que devem ir além de promover conhecimentos nutricionais, mas no sentido de dar maior autonomia a população quanto às escolhas nutricionais. Os Guias Alimentares são importantes instrumentos de educação alimentar e nutricional para população, sendo substancial seu uso na atenção básica como promotor de alimentação adequada e saudável. Faz-se também necessária a investigação profunda dos determinantes dos desvios nutricionais em crianças, a fim de atuar como estratégia de controle a agravos a saúde no futuro, sendo indispensável à busca da adoção de uma alimentação e um estilo de vida saudáveis desde a infância, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças associadas ao excesso de peso.

REFERÊNCIAS

- ALIMENTAÇÃO e educação nutricional nas escolas e creches. *In*: CONFERENCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2. , 2004, Olinda. **Relatório Final**. Olinda: CONSEA, 2004. p. 18-19. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_Conferencia_2versao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ALVES, M. N.; MUNIZ, L. C.; VIEIRA, M. F. A. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3369-3377, Nov. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SINDROME METABÓLICA. **Mapa da Obesidade**. São Paulo: ABESO, 2018. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>. Acesso em: 30 maio 2018.
- BATISTA FILHO M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional Sisvan. **Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão, 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição**. Recife: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Manual de Gestão do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2015.

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

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **O caso de Pernambuco**. Nashville: CNM, [201?]. Disponível em: www.cnm.org. Acesso em: 07 set. 2017.

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

DUTRA, G. F. *et al.* Sedentary lifestyle and poor eating habits in childhood: a cohort study. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1051-1059, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 219-226, 2002.

FARIAS JÚNIOR, G.; OSÓRIO, M. M. Padrão alimentar de crianças menores de 5 anos no Estado de Pernambuco. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 793-802, 2005.

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

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, Fevereiro, 2011.

GOUVÊA, E. L. C. **Nutrição: saúde e comunidade**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

GUEDES, D. P. et al. Impacto de fatores sociodemográficos e comportamentais na prevalência de sobrepeso e obesidade de escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 221–231, 2010.

LEAL, V. S. *et al.* Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1175-1182, jun. 2012.

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

MONTEIRO, P. H. N., COSTA, R. B. L. Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências. In: _____ **Qualidade de vida** – Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, v. 18., n. 32, p. 22. 2004. Disponível no site www.isaude.sp.gov.br. Acesso em: 23 set. 2017.

NASCIMENTO, V. G. *et al.* Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 454-459, jun. 2016.

OLIVEIRA, L. P. M. *et al.* Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.4, p.459-469, jul./ago. 2005.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 269-278, 2002.

PINTO-TAVARES, Fernanda C. L.; LEAL, Vanessa Sá. **Evolução da Política e dos Programas de Alimentação e Nutrição no Brasil: de Josué de Castro à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Recife: Editora Universitária da UFPB, 2012. 124p.

SANTOS, D. R.; LIRA, P. I. C.; SILVA, G. A. P. Excesso de peso em crianças pré-escolares: o papel da ingestão alimentar. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 45-56, fev 2017.

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

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

TEIXEIRA, M. N. O sertão semiárido. Uma relação de sociedade e natureza numa dinâmica de organização social do espaço. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.31, n. 3, p. 769-797, dez. 2016.

WANG, J. *et al.* Introduction of complementary feeding before 4 months of age increases the risk of childhood overweight or obesity: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Nutrition Research**, Hubei, China, v. 36, n. 8, p. 759-770, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who child growth standards:** length/height-for-age, weight-for-age, weightfor-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS AFETADOS PELA SECA NO SERTÃO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

**Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)**

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

I D E N T I F I C A Ç Ã O

1.	Nº do Questionário				
2.	Município _____				
3.	Setor Censitário				
4.	Situação: 1 Urbano 2 Rural				
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?				
	1	menos de 1 ano			
	2	1 a 5 anos			
	3	mais de 5 anos			
(SE A RESPOSTA FOI “1” OU “2”, SABER A PROCEDÊNCIA):					
6.	Procedência				
	1	do mesmo município (área urbana)			
	2	do mesmo município (área rural)			
	3	de outro município (área urbana)			
	4	de outro município (área rural)			
	8	Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)			
Endereço					
Ponto de referência					
Telefone					
Nome do					

entrevistado

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO E DESCRIÇÃO DO DOMICÍLIO

Nº de Ordem	QUESTIONÁRIO					Condição na Família	Nº de Ordem, da Mãe	Nº de Ordem, do Pai	Sexo 1 - M 2 - F	Data de Nascimento			Idade	Raça/Cor
	NOME									Dia	Mês	Ano	(em anos completos)	
(1)	XX					(2)	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	(3)
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
(1) 01 deve ser o chefe da família, mesmo que não seja o entrevistado		(2) 1- Chefe 2- cônjuge 3- Filho 4- Enteadado 5- Outro Parente 6- Agregado 7- Emp. Doméstico			(3) 1- Branca 2- Negra 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena									

ANEXO E – REGISTRO DE DOMICÍLIO E RENDA

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

1	TOTAL DE PESSOAS:					N°PES		
2	TIPO DE MORADIA:							
	1 Casa	4	Outro:					
	2 Apartamento					TIPO		
	3 Quarto/Cômodo							
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:							
	1 Própria, já paga	5	Própria, doada pelo governo					
	2 Própria, em aquisição	6	Mora de favor/empréstado			REGIME		
	3 Cédula	7	Invasão					
	4 Alugada	8	Outro:					
4	PAREDES:					PAREDE		
	1 Alvenaria/Tijolo	4	Tijolo + Outros					
	2 Taipa	5	Madeira/Lata/plástico/papelão					
	3 Tijolo + Taipa	6	Outro:					
5	PISO:					PISO		
	1 Cerâmica/Lajota/Taco	4	Terra (barro)					
	2 Madeira	5	Cimento + Cerâmica					
	3 Cimento	6	Outro:					
6	COBERTURA:					TETO		
	1 Laje de concreto	3	Telha de amianto (Tipo Brasil)					
	2 Telha de barro	4	Outro:					
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:							
1	Com canalização interna	2	Com canalização até o quintal	3	Sem canalização	ÁGUA 1		
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO							
	1 Rede geral	5	Vizinho/parteiro					
	2 Poço Artesiano/Cacimba	6	Outro:			ÁGUA 2		
	3 Chafiz							
	4 Sistema de chuva ou Múltiplo Abastecimento							
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:					TRATA		
	1 Fervida	4	Sem tratamento					
	2 Filtrada	5	Mineral					
	3 Coada	6	Outro:					
9	DESTINO DOS DEJETOS:					DEJETOS		
	1 Rede geral	6	Não Sabe					
	2 Fossa com tampa							
	3 Fossa rudimentar (sem tampa)							
	4 Curupa d'água							
	5 Outro:							
10	DESTINO DO LIXO:					LIXO		
	1 Coletado	3	Queimado	5	Cacimba			
	2 Enterrado	4	Terreno baldio	6	Outro:			

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

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

Nº CARTÃO SUS: _____				
Nome do Cidadão:*				
Data de Nascimento:*	/ /	Sexo:*	☐ Feminino ☐ Masculino	Local de Atendimento:*

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

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

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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

ANEXO G- QUESTIONÁRIO CRIANÇA

F3 - CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

1	NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (<5>):	Nº CIDDEM (criança)	Nº CIDDEM (mãe/responsável)	QUEST				
---	---------------------------------	---------------------	-----------------------------	-------	--	--	--	--

2	Quanto pesou <5> ao nascer? <5>	(g)	(9999)	Não sabe	YNAS			
---	---------------------------------	-----	--------	----------	------	--	--	--

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 6 MESES E 2 ANOS (Q11max 24 horas)							
(Se a criança for MAIOR DE 6 MESES e MENOR DE 2 ANOS, responder a it para a questão 22.)							
20	Nos últimos 24 horas, <5> comeu ou tomou:						
	Q11entem, <5> comeu verduras/legumes? (Não considerar as utilizadas como tempero, nem cará, inhame, macaxeira ou batata).	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	2. Q11entem, <5> comeu fruta?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	3. Q11entem, <5> comeu carne?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	4. Q11entem, <5> comeu feijão?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	5. Q11entem, <5> comeu assistindo TV?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	6. Q11entem, <5> comeu comida de panela no jantar?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	7. <5> recebeu mel, açúcar, rapadura ou melado com outros alimentos ou para adoçar líquidos, antes dos 6 meses	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	8. <5> tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha entem?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	9. <5> recebeu papa salgada ou comida de panela antes dos 6 meses de idade?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	10. <5> tomou suco industrializado ou refresco em pó antes dos 6 meses de idade?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	11. <5> tomou refrigerante no último mês?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 2 e 5 ANOS (Q11max 24 horas)							
21	Nos últimos 24 horas, <5> comeu ou tomou:						
	Q11entem, quantas copas ou remediadas de leite <5> tomou?						
	☐ Não tomou	☐ Até 2	☐ Mais que 2	☐ Não sabe	Q11entel		
	2. Q11entem, <5> comeu fruta?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	3. Q11entem, <5> comeu carne?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	4. Q11entem, <5> comeu feijão?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	5. Q11entem, <5> comeu assistindo TV?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		
	6. Q11entem, <5> recebeu comida de panela no jantar?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	Q11entel		

22	Com que frequência <5> ingere esses alimentos?						
	Leite, chá, suco ou outras bebidas adoçadas com mel/melado/açúcar/rapadura?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	Fruta, ou bebida suco de fruta fresco?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	Refrigerante?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	Feijão?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	Biscoito de pacote?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	Salgadinho de pacote (industrializado)?						
	☐ Todos os dias (5 a 7 vezes/semana)	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				
	☐ Às vezes	☐ De sim e de não (2 a 4 vezes/semana)	☐ Nunca				

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (TCLE)

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: "*Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados*". Que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira. Endereço: Av. Professor Moraes Rago, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP: 50670-90, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, dislipidemias), história e sequelas de infartos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais e seus fatores associados, no Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você será submetido(a) a uma avaliação do estado nutricional, com verificação de peso, altura, medidas de cintura, quadril, braço e dobras cutâneas, aferição da pressão arterial e de 10ml coleta de sangue.

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das suas medidas corporais e a coleta de sangue. Os questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inadequado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, a mesma poderá ocasionar uma possível sensação de dor e todos os cuidados serão tomados para evitar infecção no local da picada. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento.

Os benefícios imediatos que você poderá esperar com a sua participação é o esclarecimento sobre sua situação de saúde, com os resultados do peso corporal, glicemia, colesterol e triglicérides. E caso necessário, encaminhamento para o acompanhamento clínico de eventuais problemas de saúde identificados.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. A divulgação dos resultados será do conjunto dos participantes, e não dos dados individuais. Esses resultados servirão para auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador

(Nome completo do pesquisador e CPF)