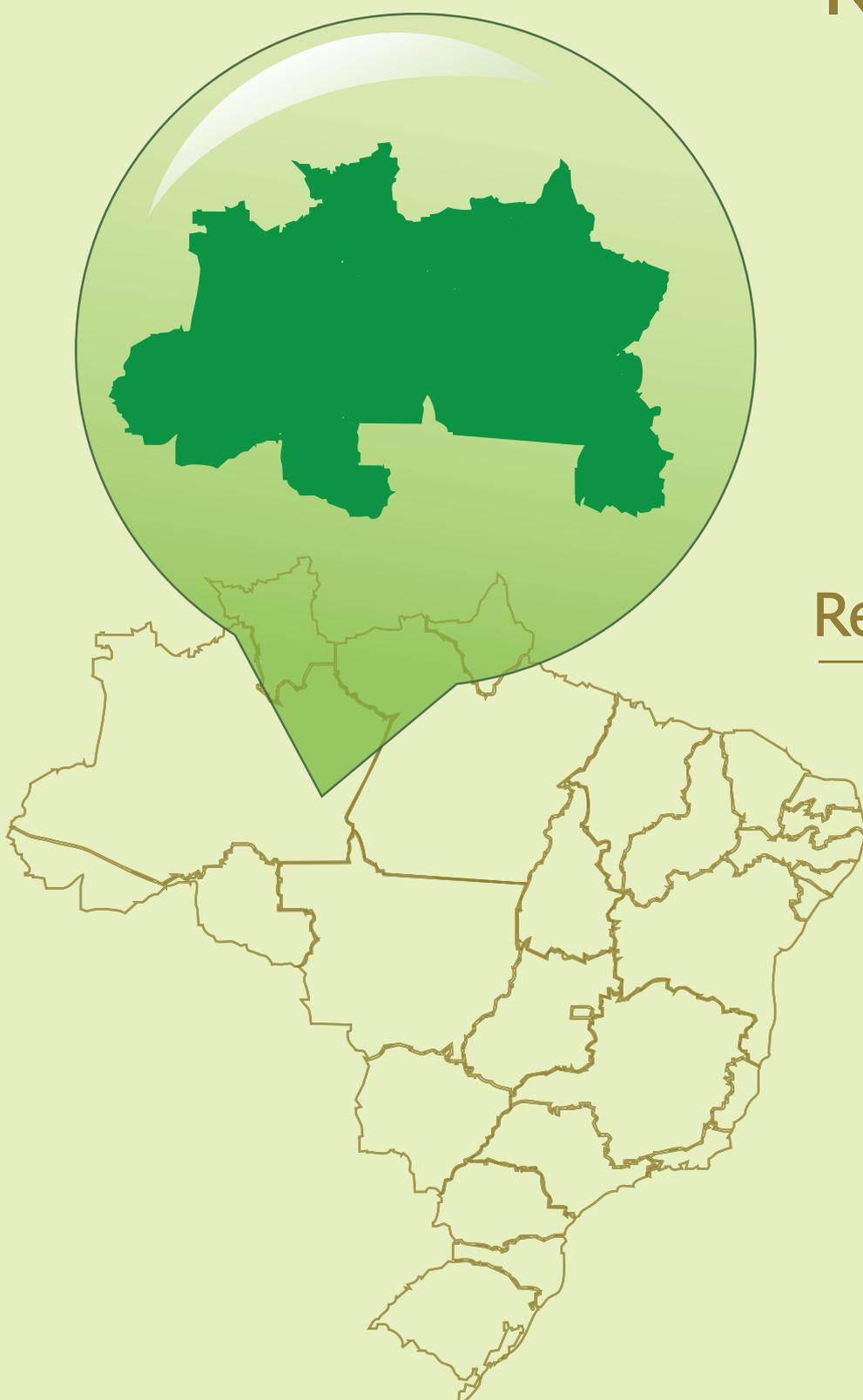


Chamada Nutricional da Região Norte 2007



Resumo Executivo

Chamada Nutricional da Região Norte - 2007

Resumo Executivo

Realização:

- Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN/DAB/SAS/MS

Parceiros:

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição
- Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da Região Norte - CECAN-Norte (Universidade Federal do Pará – UFPA)
- Programa Nacional de Imunização e Saúde da Criança (PNI-SVS/MS)
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Apresentação

A Vigilância Alimentar e Nutricional constitui atividade fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no contexto intra e intersetorial da Segurança Alimentar e Nutricional, no sentido de apoiar o planejamento, acompanhamento e avaliação de políticas e programas relacionados à alimentação e nutrição.

A chamada nutricional é uma estratégia eficaz de inquérito nutricional, dentro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), ao permitir a coleta de informações de crianças de até 5 anos durante um momento de grande mobilização da população, as Campanhas Nacionais de Imunização. Além disso, é momento importante para o fortalecimento da capacidade local de vigilância, por meio do treinamento de profissionais e auxiliares e, muitas vezes, o fornecimento de equipamentos antropométricos às unidades de saúde, bem como o envolvimento dos outros níveis de gestão do SUS em sua coleta, análise e apropriação dos dados.

A realização da Chamada Nutricional da região Norte demonstra o esforço de gestores municipais, estaduais e federais na obtenção de informações mais detalhadas das condições nutricionais da população infantil da região e, de forma inédita, em cada Estado. Além disso, consolida as parcerias institucionais com outras áreas de governo em nível federal, regional e estadual na realização de chamadas nutricionais para outras regiões do País e outras populações vulneráveis.

Espera-se que as informações desta Chamada Nutricional subsidiem as políticas, programas e ações relacionados à alimentação e nutrição em cada Estado e na região Norte, no sentido de melhorar a saúde e nutrição de suas crianças diante dos riscos de desnutrição e sobrepeso e das doenças relacionadas à alimentação e nutrição que se apresentam.

Introdução

O acompanhamento da situação nutricional das crianças de um país é uma ação essencial para a análise das condições de saúde da população infantil, sendo uma oportunidade ímpar para a obtenção de medidas objetivas da evolução das condições de vida da população em geral (Mason *et al.*, 1984). A antropometria, que corresponde à análise das medidas corporais, é uma importante ferramenta para a avaliação das condições de saúde e de nutrição de populações humanas (Waterlow *et al.*, 1977; WHO, 1986). Entre suas vantagens, incluem-se o baixo custo para sua realização, a facilidade de execução e sensibilidade e especificidade dos indicadores. Por estas razões, preconiza-se a utilização da antropometria nutricional tanto em procedimentos de rotina de vigilância nutricional como em inquéritos populacionais de grande abrangência (WHO, 1995).

As informações obtidas por meio das medidas antropométricas refletem o passado da criança, o que não pode ser avaliado com confiabilidade suficiente por outras técnicas. Por essa razão, o estado nutricional das crianças, principalmente até os cinco anos de idade, constitui-se em um excelente indicador das condições gerais e de saúde da população infantil e, portanto, de sua qualidade de vida (Duarte, 2002). A importância dessa avaliação se dá pela influência decisiva que o estado nutricional exerce sobre os riscos de morbidade e o crescimento e o desenvolvimento infantil (Marins *et al.*, 1995). Além disso, o período compreendido entre o nascimento e os cinco anos é considerado crítico com relação à mortalidade causada pela desnutrição, o que novamente reforça a necessidade de vigilância do estado nutricional para esse público.

A desnutrição de crianças menores de cinco anos pode repercutir em alterações na estatura e massa corporal, além de poder afetar, em casos mais graves, o desenvolvimento psicomotor, gerando sequelas muitas vezes irreversíveis (Victora, 1988). O déficit de peso e de estatura entre crianças é um dos principais problemas enfrentados em países em desenvolvimento, tanto pela sua magnitude quanto pelas intercorrências a eles associados. A essas condições associam-se, entre outros danos, o aumento na incidência e na severidade de enfermidades infecciosas, a elevação das taxas da mortalidade na infância, o retardo do desenvolvimento psicomotor, dificuldades no aproveitamento escolar e diminuição da altura e da capacidade produtiva na idade adulta (Marins *et al.*, 1995).

As informações mais recentes provenientes de inquéritos populacionais sobre o perfil nutricional de crianças brasileiras menores de cinco anos são provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 (Brasil, 2008). Segundo esta pesquisa, o baixo peso para altura ainda atinge cerca de 1,7% da população infantil, sendo que o maior percentual foi encontrado na Região Norte: 3,4%.

Contudo, observam-se melhorias consideráveis na situação nutricional desse público ao longo dos anos no país. Comparando-se os dados da PNDS de 2006 e da PNDS anterior, realizada em 1996, a prevalência de desnutrição (considerada a partir do índice de altura-para-idade) entre crianças menores de cinco anos no Brasil foi reduzida em cerca de 50%, passando de 13,5% para 6,8% no período avaliado. Diversos fatores têm contribuído para tal situação: o aumento da escolaridade materna, o aumento do poder aquisitivo das famílias, a expansão da assistência à saúde e as melhorias nas condições de saneamento da população (Monteiro *et al.*, 2009).

A redução da prevalência da desnutrição é acompanhada por um aumento das taxas de excesso de peso em diferentes fases da vida, o que corresponde a um fenômeno esperado no processo de transição nutricional em que se encontra a população brasileira desde meados da década de 80 (Brasil, 2004 e 2006; Monteiro *et al.*, 2002). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a prevalência de obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria os países europeus nos últimos 10 anos. A obesidade ocorre mais frequentemente no primeiro ano de vida, entre os cinco e seis anos de idade e na adolescência (Dietz, 2001; Ebbeling *et al.*, 2002). Segundo dados da PNDS 2006, cerca de 7% das crianças menores de 5 anos apresentavam excesso de peso, índice esse que permaneceu estável para essa faixa etária na última década, em comparação com os dados da PNDS 1996. Embora aparentemente estável, a prevalência de sobrepeso em crianças tende a aumentar nos próximos anos se o fenômeno observado entre os adolescentes e adultos mantiver a atual tendência de aumento (Brasil, 2008).

Destaca-se que a obesidade não é uma doença prevalente apenas nas camadas socioeconômicas mais favorecidas. As famílias de baixo poder aquisitivo também estão expostas a este problema, que também é de natureza social e pode ter relação com a desnutrição na infância (Brasil, 2004). Estudos têm mostrado que crianças com antecedentes de desnutrição, classificadas como *stunted* (déficit de estatura para idade), apresentam maior risco de desenvolver a obesidade no futuro, o que é atribuído à redução da oxidação de gorduras. Acredita-se que esse pode ser um dos mecanismos capazes de explicar o aumento da prevalência de obesidade nos países em desenvolvimento (Hoffman *et al.*, 2000).

Considerando o exposto, ressalta-se a necessidade de ações que permitam avaliar o perfil nutricional da população infantil, como a realização de Chamadas Nutricionais. Estas correspondem a inquéritos vinculados às Campanhas Nacionais de Imunização de crianças menores de cinco anos de idade, visando verificar a prevalência dos desvios nutricionais de crianças em amostras representativas da população. Em 2005, foi realizada a Chamada Nutricional no Semi-Árido, e em 2006 a Chamada Nutricional Quilombolas. O objetivo do presente resumo é apresentar, em linhas gerais, os resultados da Chamada Nutricional de crianças menores de 5 anos residentes na Região Norte, realizada em 2007.

A Região Norte

A Região Norte é composta por sete estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Corresponde à maior região em termos de superfície: são 3.853.327,23 Km², o que representa 45% da extensão territorial do Brasil. Contudo, o Norte é uma das regiões menos populosas do país. Seus cerca de 12,9 milhões de habitantes correspondem a apenas 7,6% da população brasileira segundo o Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000). A extensa área coberta pela Floresta Amazônica dificulta a ocupação humana por ser um ecossistema muito denso. Por esse motivo, a densidade demográfica da Região Norte é de somente 3,35 habitantes por Km², enquanto a média nacional é de 19,92 habitantes por Km².

A Chamada Nutricional da Região Norte

A Chamada Nutricional da Região Norte foi realizada com crianças menores de 5 anos que compareceram aos postos de vacinação durante a 1ª e 2ª etapas da Campanha Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, ocorridas em julho e agosto de 2007. Esta iniciativa foi realizada pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/DAB/SAS/MS), em parceria com diversos atores: o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, o Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da Região Norte (CECAN- Norte) - Universidade Federal do Pará (UFPA), o Programa Nacional de Imunização e Saúde da Criança (PNI-SVS/MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Metodologia

Foi estudada uma amostra probabilística de 14.416 crianças menores de cinco anos residentes nos sete estados da Região Norte. A distribuição do número de crianças segundo estado de moradia é apresentada na Tabela 1.

Em todos os estados da Região, foram realizados treinamentos para os coordenadores das equipes de cada município selecionado, ficando estes responsáveis pela replicação do treinamento para os entrevistadores de cada localidade.

Entre as crianças que compuseram a amostra, foram avaliadas características sócio-demográficas e realizou-se um levantamento de informações antropométricas de peso e altura (medida deitada - comprimento - até os 24 meses de idade e medida em pé para os maiores de 24 meses de idade). Foram adotados os procedimentos recomendados para a aferição das medidas antropométricas. A partir destas, foram avaliados os diferentes índices antropométricos para caracterização do estado nutricional da população: peso-para-idade, altura-para-idade e peso-para-altura, a partir dos parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (WHO 2006). Foram considerados casos de déficit quando os valores dos índices encontravam-se abaixo de -2 escores z; valores do índice de peso-para-altura acima de +2 escores z caracterizaram os casos de excesso de peso-para-altura.

Além disso, foi investigado o padrão alimentar da amostra por meio de entrevistas com as mães ou responsáveis que conheciam as práticas alimentares das crianças. Para menores de seis meses, as questões tinham como objetivo identificar o tipo de alimentação que a criança estava recebendo: aleitamento materno exclusivo ou predominante, alimentação complementar ou não recebia leite materno. Para crianças entre 6 meses e 24 meses, as questões visavam caracterizar a introdução de alimentos e a adoção de comportamento de risco, tanto para a ocorrência de deficiência de ferro, como para o desenvolvimento de excesso de peso. Para crianças entre 24 e 59 meses, foram avaliados novamente os comportamentos de risco e as práticas alimentares que já deveriam ter sido adotadas em função da alimentação da família.

Para a análise dos dados, foram utilizadas tabelas de frequência simples, respeitados os fatores de expansão da amostra.

Tabela 1: Distribuição de crianças entrevistadas segundo Estado e sexo (sem fator de expansão da amostra). Região Norte, Brasil, 2007.

Estado	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)	%
Acre	999	990	1.989	13,8
Amazonas	940	934	1.874	13,0

Amapá	1.148	1.129	2.277	15,8
Pará	1.057	1.051	2.108	14,6
Rondônia	999	1.007	2.006	13,9
Roraima	1.017	1.042	2.059	14,3
Tocantins	1.027	1.078	2.105	14,6
Total	7.187	7.231	14.418	100,0

Principais resultados

A Tabela 2 apresenta a caracterização sócio-demográfica da população avaliada na Chamada Nutricional da Região Norte. Observa-se que 57% dos chefes de família apresentavam menos de 9 anos de escolaridade, o que pode ser relacionado a um baixo poder aquisitivo entre a maioria das famílias da amostra. Cerca de 71% destes se auto-declararam como pardos ou mulatos. Mais de 80% das crianças tinham o pai ou a mãe como responsáveis e mais de 87% eram provenientes de domicílios de área urbana. A distribuição das crianças segundo a idade atendeu ao previsto pelo desenho amostral, contando com cerca de 20% das crianças para cada ano de vida.

Tabela 2: Caracterização sócio-demográfica das crianças avaliadas na Chamada Nutricional da Região Norte e suas famílias. Região Norte, Brasil, 2007.

Variáveis	Frequência
Escolaridade do chefe de família	
Sem escolaridade	7,5%
de 1 a 4 anos	22,8%
de 5 a 8 anos	26,7%
de 9 a 11 anos	34,2%
mais de 12 anos	8,8%
Sexo do responsável pelo domicílio	
Masculino	58,6%
Feminino	41,4%
Idade da criança (anos)	
0	21,3%
1	20,6%
2	20,1%
3	19,6%
4	18,4%
Crianças que frequentam creche	
Sim	10,4%

Não	89,6%
Caracterização do domicílio	
Rural	12,4%
Urbano	87,6%
Responsável pelo domicílio	
Pai	46,8%
Mãe	34,9%
Avô/avó	12,5%
Tio/tia	2,9%
Outro	2,9%
Cor/raça do chefe do domicílio	
Branca	20,8%
Parda/mulata	71,3%
Negra/preta	4,8%
Amarela	0,5%
Indígena	2,7%

Em relação ao estado nutricional, verifica-se que 23,1% e 5,2% das crianças avaliadas apresentavam déficit de altura-para-idade e déficit de peso-para-idade, respectivamente (Tabela 3). Os maiores percentuais dessas situações são encontrados nos Estados do Amapá (maior déficit de altura-para-idade da Região: 31,0%) e Amazonas (maior déficit de peso-para-idade da Região: 9,7%), enquanto que as menores prevalências de déficits, tanto de altura como de peso, encontram-se em Rondônia: 6,3% e 2,9%, respectivamente. Além disso, observa-se que 12,8% das crianças avaliadas apresentavam o problema oposto, isto é, o excesso de peso-para-altura, sendo este mais prevalente em Roraima (15,5%).

Tabela 3: Distribuição do estado nutricional das crianças avaliadas na Chamada Nutricional da Região Norte segundo Estados. Região Norte, Brasil, 2007.

	Déficit de altura-para-idade	Déficit de peso-para-idade	Déficit de peso-para-altura	Excesso de peso-para-altura
Acre	30,3%	6,6%	2,8%	13,8%
Amazonas	25,1%	9,7%	3,2%	8,3%
Amapá	31,0%	8,0%	4,1%	11,8%
Pará	29,5%	8,1%	3,0%	12,3%
Rondônia	6,3%	2,9%	3,4%	9,0%
Roraima	21,6%	3,0%	3,4%	15,5%
Tocantins	12,2%	3,5%	2,6%	9,5%
Região Norte	23,1%	5,2%	3,4%	12,8%

Destaca-se que a faixa etária em que ocorrem as maiores prevalências de déficits e de excesso de peso para idade corresponde ao período entre o nascimento e os dois anos de vida, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição do estado nutricional das crianças avaliadas na Chamada Nutricional da Região Norte segundo faixas etárias. Região Norte, Brasil, 2007.

Faixa etária	Déficit de altura-para-idade	Déficit de peso-para-idade	Déficit de peso-para-altura	Excesso de peso-para-altura
0 a 11 meses	19,6%	7,0%	4,8%	20,8%
12 a 23 meses	28,2%	3,7%	2,4%	15,7%
24 a 35 meses	23,5%	4,4%	2,8%	10,0%
36 a 47 meses	22,6%	5,4%	4,2%	8,4%
48 a 59 meses	21,8%	5,4%	2,5%	8,1%
Região Norte	23,1%	5,2%	3,4%	12,8%

O déficit de altura-para-idade se apresenta com maior frequência entre as crianças de 12 a 23 meses. Os outros três indicadores apresentam as frequências mais altas entre as crianças menores de 12 meses, com oscilações entre as outras faixas etárias.

Os valores de déficits observados na Chamada da Região Norte são superiores aos identificados pela PNDS (2006) para a Região Norte, que apontavam para 14,8% e 3,4% das crianças com déficits de altura e de peso, respectivamente. Da mesma forma, a prevalência observada na Chamada para o excesso de peso para altura também supera os 5,2% encontrados na Região Norte segundo a PNDS (2006). Contudo, assim como observado na Chamada, a PNDS (2006) também destacou o período dos dois primeiros anos de vida como a fase em que se encontraram os maiores percentuais de déficits de peso e de altura.

A partir dos dados da Tabela 5, é possível avaliar o estado nutricional das crianças da Chamada Nutricional da Região Norte segundo diferentes variáveis sócio-demográficas. Inicialmente, verifica-se que o sexo masculino é aquele que mais sofre com os desvios nutricionais, quando comparado com o sexo feminino, considerando o déficit de altura-para-idade, o déficit de peso-para-idade e o excesso de peso-para-altura ($p < 0,05$). Observa-se também uma associação entre a escolaridade do chefe da família e a situação nutricional da criança, sendo que, quanto menor o número de anos de estudo, maiores os percentuais de déficits de altura-para-idade e de peso-para-idade ($p = 0,00$). A cor/raça do responsável só apresenta diferenças significantes no indicador de excesso de peso-para-idade. Ser filho de pais que se auto-declaram negros ou indígenas significa maior risco para excesso de peso quando comparado às outras cores/raças.

Outra variável em que apenas o índice excesso de peso-para-idade apresentou diferença significativa foi em relação ao local de residência (urbano ou rural). Morar na zona rural, na Região Norte, significa um maior risco de a criança ter excesso de peso comparado com aqueles que residem na zona urbana.

Segundo dados da Chamada Nutricional na Região do Semi-Árido Brasileiro, realizada, em 2005, pelo MDS em parceria com o Ministério da Saúde, observou-se que 6,6% das crianças apresentavam déficit estatural. Diversas variáveis socioeconômicas foram

relacionadas à baixa estatura, sendo as maiores prevalências observadas entre crianças de um ano de idade (11,0%), de famílias nas quais eram realizadas menos de 3 refeições ao dia (16,2%) e que tinham mães sem instrução (14,8%) (Monteiro *et al.*, 2006).

Com relação aos programas de transferência de renda e benefícios, observa-se que as crianças que compõem famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família apresentam maior risco de desnutrição (déficit de altura-para-idade) e déficit de peso-para-idade do que aquelas que não recebem o benefício. O mesmo ocorre com aquelas que recebem o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) no que diz respeito aos déficits de altura-para-idade e peso-para-idade. As famílias que recebem o BPC (Benefício de Prestação continuada) só apresentam risco significativo com relação ao déficit de peso-para-idade.

A realização dos exames de pré-natal pela mãe da criança durante a sua gestação representa um fator protetor para os déficits de altura-para-idade, peso-para-idade e peso-para-idade. A realização do pré-natal é uma *Proxy* de cuidado e acesso à saúde, tanto da mãe durante a gestação, quanto da criança nos seus primeiros anos de vida.

Tabela 5: Distribuição (%) do estado nutricional das crianças avaliadas na Chamada Nutricional da Região Norte segundo variáveis sócio-demográficas e socioeconômicas. Região Norte, Brasil, 2007.

	Déficit de altura para idade		Déficit de peso para idade		Déficit de peso para altura		Excesso de peso para altura	
Sexo da criança								
Masculino	25,3%	p = 0,00	5,6%	p = 0,03	3,6%	p = 0,29	13,6%	p = 0,03
Feminino	21,0%		4,7%		3,2%		12,0%	
Escolaridade do chefe de família								
Sem escolaridade	30,0%	p = 0,00	7,3%	p = 0,00	3,6%	p = 0,83	11,5%	p = 0,10
de 1 a 4 anos	27,2%		6,4%		3,4%		11,1%	
de 5 a 8 anos	23,4%		5,1%		3,0%		13,5%	
de 9 a 11 anos	19,7%		3,9%		3,5%		13,4%	
mais de 12 anos	17,5%		2,9%		2,9%		13,5%	
Responsável pelo domicílio								
Avô/avó	24,4%	p = 0,54	5,0%	p = 0,29	3,0%	p = 0,90	14,0%	p = 0,06
Mãe	22,7%		5,1%		3,5%		11,5%	
Outro	26,7%		7,1%		3,9%		10,1%	
Pai	22,9%		5,3%		3,4%		13,5%	
Tio(a)	23,5%		3,0%		3,0%		14,0%	
Caracterização do domicílio								
Urbano	23,2%	p = 0,90	5,2%	p = 0,96	3,5%	p = 0,49	12,5%	p = 0,02
Rural	23,3%		5,2%		3,1%		15,1%	
Cor/raça do responsável								
Branca	21,8%	p = 0,24	5,2%	p = 0,18	3,3%	p = 0,55	13,6%	p = 0,07
Parda/mulata/morena	23,3%		5,3%		3,5%		12,3%	
Negra/preta	23,8%		2,9%		2,6%		16,5%	
Amarela/ocidental	23,5%		4,2%		3,7%		10,4%	
Indígena	30,5%		6,5%		1,0%		15,7%	

O responsável pelo domicílio onde a criança mora frequentou/frequenta a escola?								
Sim	22,5%	p = 0,00	4,8%	p = 0,00	3,3%	p = 0,08	12,9%	p = 0,51
Não	30,0%		8,2%		3,5%		11,5%	
Não sabe	27,0%		12,1%		8,3%		12,4%	
Na família da criança alguém recebe o benefício proveniente do Programa Bolsa Família?								
Sim	25,6%	p = 0,00	6,0%	p = 0,002	3,2%	p = 0,49	12,0%	p = 0,12
Não	21,6%		4,6%		3,5%		13,2%	
Na família da criança alguém recebe o benefício proveniente do PETI?								
Sim	28,3%	p = 0,02	5,9%	p = 0,46	5,1%	p = 0,09	12,1%	p = 0,71
Não	22,6%		4,9%		3,3%		12,9%	
Na família da criança alguém recebe o benefício proveniente do BPC?								
Sim	17,8%	p = 0,16	7,0%	p = 0,24	6,4%	p = 0,06	8,4%	p = 0,14
Não	22,6%		4,9%		3,3%		12,9%	
A mãe da criança realizou o Pré-natal durante a gestação?								
Sim	22,3%	p = 0,00	4,8%	p = 0,00	3,2%	p = 0,00	12,9%	p = 0,34
Não	34,6%		9,7%		3,8%		12,3%	
Não sabe	31,1%		8,6%		7,9%		9,2%	

Entre as crianças entrevistadas menores de 6 meses de idades, apenas um terço estava em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista. Dessas, as menores de 2 meses de idade apresentaram a frequência de aleitamento de mais de 80% (Tabela 6). Essa frequência sofre queda gradual dos 2 aos 6 meses, chegando a menos de um terço entre as crianças situadas entre 5 e 6 meses. O aleitamento materno exclusivo é recomendado pelo Ministério da Saúde para todas as crianças até os seis meses de idade. A realidade encontrada entre as crianças residentes na Região Norte é semelhante à do restante do país. Dados da PNDS 2006 apontam para cerca de 40% a frequência de aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 6 meses, índice praticamente igual ao encontrado nesta Chamada Nutricional.

Tabela 6: Distribuição (%) da prática de aleitamento materno em crianças menores de 6 meses residentes na Região Norte. Região Norte, Brasil, 2007.

	Sim	Não
Frequência de aleitamento materno exclusivo	40,7%	59,3%
Aleitamento materno exclusivo por faixa etária	Sim	Não
> 1 mês	82,0%	18,0%
1 a 2 meses	86,6%	13,4%
2 a 3 meses	76,5%	23,5%
3 a 4 meses	69,6%	30,4%
4 a 5 meses	58,7%	41,4%
5 a 6 meses	29,9%	70,1%

O consumo alimentar das crianças residentes na Região Norte está descrito nas Tabelas de 7 a 9. Entre as crianças maiores de 6 meses (Tabela 7), pouco mais de um terço

consome mais de duas mamadeiras ao dia. Segundo Levy-Costa (2004), esse consumo é um fator predisponente para o desenvolvimento da anemia, uma vez que o consumo excessivo de alimentos à base de leite nessa faixa etária perfaz o papel das refeições “de sal”, diminuindo o consumo de ferro dessa população. Mais de 80% das crianças referem ter consumido carne na véspera; frequência semelhante é encontrada para o consumo de “comida de panela” e pouco menos de dois terços da amostra afirma ter consumido verdura. Dentre essas crianças, quase 40% realiza refeições em frente a um aparelho de televisão, atividade essa que influencia na formação dos hábitos alimentares, além de representar um fator de risco para desenvolvimento da obesidade na idade adulta.

Tabela 7: Distribuição (%) do consumo alimentar de crianças maiores de 6 meses e menores de 5 anos residentes na Região Norte. Região Norte, Brasil, 2007.

Número de mamadeiras/dia	Frequência	
	Sim	Não
Não tomou	25,4%	
Até 2	38,1%	
Mais de 2	36,5%	
	Sim	Não
Ingestão de verduras na véspera	64,5%	35,5%
Ingestão de carnes na véspera	80,1%	19,9%
Comeu assistindo TV	37,1%	62,9%
Consumiu comida de panela	79,5%	20,5%

Na Tabela 8, está descrita a mediana do aleitamento materno entre as crianças menores de 24 meses, que é de 10,11 meses, menos da metade do preconizado pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, que é a prática de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e complementar entre os 6 e 24 meses de idade. O aleitamento materno exclusivo foi praticado por apenas 20% das crianças até os 6 meses. 14,1% das crianças referiram o aleitamento materno acima dos 6 meses de idade. Essa prática não é recomendada uma vez que a essa idade a criança deveria começar a receber a alimentação complementar e o leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais, passando a ser um alimento complementar à dieta dessas crianças.

Com relação às práticas alimentares, cerca de 40% das crianças menores de 24 meses consumiram açúcar, rapadura, mel ou melaço antes de completar os seis meses de idade, sendo que durante esse período essas crianças deveriam estar em aleitamento materno exclusivo. O consumo de açúcar e seus derivados antes do 6º mês de idade é uma prática desaconselhada e que interfere de maneira negativa na formação dos hábitos alimentares dessas crianças. O mesmo ocorre para consumo de comida de panela antes do 6º mês, mais de um terço dos entrevistados apresentaram esse padrão de consumo. Outro marcador utilizado foi o consumo de alimentos ricos em açúcar (gelatina, suco artificial, refresco e refrigerante): mais da metade das crianças menores de 2 anos entrevistadas consumiram ao menos um dos alimentos ricos em açúcar no mês anterior à pesquisa.

Tabela 8: Distribuição de variáveis de consumo alimentar de crianças menores de 2 anos residentes na Região Norte. Região Norte, Brasil, 2007.

Mediana de aleitamento materno	10,11 meses	
Frequência de aleitamento exclusivo (referido)	Frequência	
Idade		
Menos de 1 mês ou nunca	18,0%	
Até 1 mês	8,1%	
Até 2 meses	9,5%	
Até 3 meses	10,8%	
Até 4 meses	10,1%	
Até 5 meses	9,4%	
Até 6 meses	20,0%	
Mais de 6 meses	14,1%	
	Sim	Não
Consumo de mel/melaço/rapadura antes do 6º mês	39,9%	60,1%
Consumo de papa salgada/comida de panela antes do 6º mês	37,1%	62,9%
Consumo de gelatina/suco/refresco/refrigerante no mês anterior a pesquisa	55,4%	44,6%

Tabela 9: Distribuição de variáveis de consumo alimentar de crianças maiores de 2 anos e menores de 5 anos residentes na Região Norte. Região Norte, Brasil, 2007.

	Diariamente	Dias alternados	Às vezes/ nunca
Consumo de suco/refresco/refrigerante	55,3%	20,8%	23,9%
Consumo de salgadinho	9,9%	20,2%	69,9%
Consumo de biscoito recheado	9,4%	19,8%	70,9%
Consumo de suco/frutas in natura	34,4%	26,5%	39,1%

Entre as crianças maiores de 24 meses mais da metade consome alimentos ricos em açúcar (gelatina, suco artificial, refresco e refrigerante) diariamente e apenas um quarto dessas crianças não tem o hábito de consumir esses alimentos conforme dados apresentados na Tabela 9. O consumo de salgadinhos e de biscoito recheado ocorre em pelo menos 3 vezes por semana para aproximadamente 30% dos entrevistados. Frutas *in natura* e sucos de fruta natural, alimentos classificados como saudáveis e promotores de bons hábitos alimentares, são consumidos diariamente por pouco mais de um terço das crianças maiores de 24 meses e a frequência das crianças dessa faixa etária que não consomem frutas e sucos de frutas é de aproximadamente 40% (Tabela 9).

Os marcadores alimentares colocados nesta Chamada fornecem os primeiros subsídios para identificar as principais causas do excesso de peso entre as crianças da Região Norte, bem como evidências para reduzir a anemia ferropriva entre as crianças. Esses dados, complementados pelas informações nutricionais deste inquérito e, principalmente, das geradas cotidianamente pela vigilância alimentar e nutricional nas unidades de saúde,

subsidiar o planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções voltadas ao combate ao excesso de peso e à anemia, desde o nível regional até o nível local.

Os resultados das análises dos dados desta Chamada Nutricional são coerentes com as tendências dos inquéritos populacionais mais recentes para a Região Norte, que a colocam como a Região com maiores prevalências de déficits nutricionais no País. Os dados inéditos de representatividade estadual evidenciam a diversidade da situação nutricional das crianças dos diferentes Estados da Região e que os problemas nutricionais não se apresentam de forma homogênea entre eles. A existência de prevalências elevadas de desnutrição em grande parte dos Estados, coexistindo com prevalências preocupantes de excesso de peso e a adoção de práticas alimentares pouco recomendadas entre as crianças, demonstra que o combate à insegurança alimentar e nutricional – tanto para a desnutrição como para o excesso de peso – na Região Norte deve constituir uma prioridade dos gestores e da sociedade.

Referências bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) - relatório. Brasília-DF, 2008. Disponível em: www.saude.gov.br/pnds2006. Acessado em 20/02/2009.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002 - 2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sinopse preliminar do Censo Demográfico 2000. Vol.7. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

Dietz WH. The obesity epidemic in young children. *BMJ* 2001; 322 (7282): 313-4.

Duarte CD, Catellani FR. *Semiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: AxcelBooks, 2002.

Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: publichealth crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360 (9331): 473-82.

Hoffman DJ, Sawaya AL, Verreschi I, Tucker KL, Roberts SB. 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* 2000; 72: 702-707.

Levy-Costa RB, Monteiro CA. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no Município de São Paulo, *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6):797-803.

Marins VMRV, Coelho MASC, Matos HJ, Amaral NS, Vale J, Gismondi RC, *et al.* Perfil antropométrico de crianças de 0-5 anos do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 11(2): 246-253, Apr/Jun, 1995.

Mason JB, *et al.* *Nutritional Surveillance*. Geneva: WHO, 1984.

Monteiro CA, Benicio MHA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996, 2007. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (1): 35-43.

Monteiro CA, Conde WL, Konno SC. Análise do Inquérito Chamada Nutricional 2005. *Cadernos de Estudo: Desenvolvimento Social em Debate - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome* 2006; 4: 29-36. Disponível em: www.mds.gov.br/sagi/estudos-e-pesquisas/publicacoes/cadernos-de-estudo/caderno_4.pdf (acessado em 21/05/2008).

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nut.* 2002; 5(1A):105-12.

Victora, CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6.000 crianças Brasileiras*. São Paulo: Hucitec, 1988.

Waterlow C, Buzina R, Keller W, Lane JM, Nichaman MZ, Tanner JM. The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bulletin of the World Health Organization* 1997; 55: 489-498.

WHO (World Health Organization), 2006. WHO child growth standards : length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age : methods and development. Geneva: WHO, 2006.

WHO (World Health Organization). Physical status: the use and the interpretation of anthropometric indicators of nutritional status (Technical Report Series, 854). Geneva: WHO, 1995.

WHO (World Health Organization). Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva:WHO, 2001. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/index.html

WHO (World Health Organization). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review, Geneva:WHO, 2001. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.08/en/index.html

WHO (World Health Organization). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin of the World Health Organization 1986; 64: 929-941.

<http://nutricao.saude.gov.br>

Coordenação-Geral da Política
de Alimentação e Nutrição



Ministério do
Desenvolvimento Social e
Combate à Fome

Ministério
da Saúde

