

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Perfil nutricional de crianças atendidas pelo Centro
de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza no
município de São Paulo**

Natalia Koenig Favero

Trabalho de Conclusão Curso II –
0060029, como requisito parcial para a
graduação no Curso de Nutrição da
FSP/USP.

Orientadora: Dra. Viviane Laudelino Vieira

SÃO PAULO
2023

Perfil nutricional de crianças atendidas pelo Centro de Saúde Escola Geraldo De Paula Souza no município de São Paulo

Natalia Koenig Favero

Trabalho de Conclusão Curso II –
0060029, como requisito parcial para a
graduação no Curso de Nutrição da
FSP/USP.

Orientadora: Dra. Viviane Laudelino Vieira



SÃO PAULO

2023

O conteúdo deste trabalho é publicado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0
Internacional- CC BY 4.0



A Deus, o único que verdadeiramente sabe dos meus desejos, sonhos, dificuldades e frustrações. Obrigada por me permitir viver muito além daquilo que um dia eu tive a capacidade de sonhar para mim, que o fruto do meu trabalho seja para sua honra e glória.

A todas as mulheres da minha família, especialmente à minha mãe, que sempre foram exemplos de liderança e foco. Suas vozes poderosas me permitiram escutar e validar o poder da minha voz como mulher.

“A história das mulheres é a história do mundo. Elas têm sido as pioneiras, líderes e visionárias que moldaram nosso presente e inspiraram nosso futuro.”

-Helen LaKelly Hunt

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos, que foram por inúmeras vezes minha família aqui em São Paulo.

À minha orientadora, que foi fundamental para a realização do trabalho fornecendo suporte em toda essa jornada e acompanhando cada angústia e conquista deste ano intenso.

Às minhas supervisoras de estágio, que me fizeram enxergar propósito dentro da atuação do Nutricionista.

Às pessoas do meu trabalho, que sempre foram carinhosas e compreensivas com esse período tão desafiador.

Favero NK. Perfil nutricional de crianças atendidas pelo Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza no município de São Paulo [Trabalho de Conclusão de Curso-Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2023.

RESUMO

Introdução: O acompanhamento sistemático do estado nutricional nos primeiros mil dias é de grande relevância, visto a vulnerabilidade biológica a fatores extrínsecos que impactam no crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse cenário destaca-se o papel da Atenção Primária como possibilitador desse acompanhamento permitindo a identificação, monitorização e correção de possíveis desvios. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional de crianças menores de dois anos atendidas na pediatria do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo, descritivo e analítico. A população foi caracterizada por sexo, tipo de parto, instituição de nascimento segundo via de financiamento e segundo grau de complexidade do atendimento, peso e comprimento ao nascer, problemas de saúde associados à mãe e à criança, frequência em consultas de puericultura, acompanhamento do estado nutricional, aleitamento materno e introdução alimentar. As análises das variáveis foram realizadas através do software excel. Para a análise do estado nutricional, foi utilizado o software Who Anthro da OMS. **Resultados:** Foram analisadas 72 crianças; destas, não houve diferença em números absolutos entre os sexos feminino e masculino, 63,9% da população era branca. 31,9% nasceram por cesárea, 62,5% em hospitais por via de financiamento público e 40,3% com baixo nível de complexidade de atendimento. Verificou-se que 44,4% nasceram com peso adequado. O problema de saúde mais frequente foi a DMG. Observou-se que 6,6% das crianças frequentaram a consulta de primeira semana na unidade. Durante o período do acompanhamento, 48,6% das crianças foram identificadas em algum risco nutricional, sendo os mais frequentes o baixo peso para idade, baixa ou muito baixa estatura, risco de sobrepeso e excesso de peso. Quanto à alimentação, 86,2% das crianças foram alguma vez amamentadas, 20,8% identificadas em aleitamento materno predominante, 8,3% em aleitamento materno continuado, 31,9% em aleitamento misto e 29,19% em artificial. Não foi identificada nenhuma criança que iniciou a introdução alimentar antes dos seis meses. **Conclusões:** Notou-se número significativo de crianças que apresentaram risco nutricional durante os primeiros mil dias de vida. Destaca-se a expressiva

prevalência de crianças que foram alguma vez amamentadas, porém essa taxa cai quando analisados o aleitamento materno predominante e continuado. Por fim, não foi possível analisar detalhadamente a introdução alimentar dessas crianças devido a inconsistência e não padronização dos dados.

Descritores: crianças, estado nutricional, aleitamento materno, introdução alimentar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	11
2.1. OBJETIVO GERAL	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. MÉTODOS	12
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	12
3.2. LOCAL DO ESTUDO	12
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	13
a) Critérios de Exclusão	13
3.4. PERÍODO DE ANÁLISE DE DADOS	14
3.5. VARIÁVEIS	14
a) Caracterização Sociodemográfica	14
b) Caracterização do Nascimento	14
I. Tipo de Parto	15
II. Caráter da Instituição de Nascimento Segundo Via de Financiamento	15
III. Caráter da Instituição de Nascimento Segundo Complexidade	16
IV. Peso ao Nascer	17
V. Comprimento ao Nascer	17
VI. Problemas de Saúde Maternas e Associados às Crianças	18
C) Frequência Em Consultas	18
D) Estado Nutricional e Risco Nutricional	19
I) Risco Nutricional Pontual	21
II) Risco Nutricional Persistente	21
E) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas, em Aleitamento Materno Predominante, Misto ou Artificial	21
I) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas.	22
II) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Predominante	22
III) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Continuado	22
III) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Misto	23
IV) Caracterização de crianças em Aleitamento Artificial	23
F) Caracterização de Introdução Alimentar	23
3.1 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	24
4. RESULTADOS	24
A) Caracterização Sociodemográfica	24
B) Caracterização do Nascimento	25
C) Caracterização da Frequência em Consultas	26
D) Caracterização do Estado e Risco Nutricional	28
E) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas, em Aleitamento Materno Predominante, Misto ou Artificial	29
F) Caracterização da Introdução Alimentar	31
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÕES	38

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO	39
7. REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros mil dias de vida de uma criança compreendem um período que se inicia com a concepção e se estende até os dois anos de vida (MOZETIC et al, 2016). Essa janela de tempo vivenciada na primeira infância é fundamental para o desenvolvimento mental e físico a curto, médio e longo prazo, sendo considerada um período de vulnerabilidade biológica, no qual o crescimento é mais influenciado pelos fatores extrínsecos do que pelos intrínsecos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dessa forma, as condições de saúde, alimentação e cuidado que permeiam a mãe e a criança possuem maior preponderância do que os genéticos. Assim, quando submetida a situações de privação, essa criança pode apresentar diminuição ou até mesmo interrupção do crescimento. No entanto, nessa fase, o fenômeno do crescimento compensatório mostra-se efetivo para a recuperação total e reversibilidade do caso desde que as causas de privação sejam corrigidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Como promotora do processo de acompanhamento sistemático ao longo dos primeiros mil dias, destaca-se a organização da Rede de Atenção do SUS, que possui como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A APS configura-se como um nível de atenção primário à saúde fornecendo ações nos âmbitos individuais e coletivos que visam promover, diagnosticar, monitorar e quando necessário encaminhar essa criança para o serviço especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Ademais, as unidades responsáveis pela APS localizam-se em regiões próximas a moradias, facilitando o acesso a esse serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Em relação às ferramentas utilizadas na puericultura, salienta-se a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) cuja função é ser um material orientativo para a rede de apoio da criança e um instrumento de registro de dados para os profissionais de saúde possibilitando a comparação, a cada nova consulta, de indicadores importantes para a fase da vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Dentre as recomendações de puericultura para a criança menor de dois anos, ressalta-se aquelas que podem pertencer ao escopo do Nutricionista, como: avaliar e monitorar o estado nutricional, acompanhar e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até no mínimo os dois anos e orientar a respeito da

introdução de alimentos complementares adequados e saudáveis que estejam em consonância com: a demanda calórica para a criança crescer e desenvolver, as condições de saúde e que respeitem a cultura alimentar local e a realidade socioeconômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A importância do acompanhamento do estado nutricional nessa fase de vida reside no fornecimento de dados que sinalizam, para o profissional, se a criança está atingindo seu potencial de crescimento físico para a idade e se a mesma se encontra em risco a curto e longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dados nacionais do estado nutricional de crianças acompanhadas pela APS mostram que, em 2020, 15,5% das crianças menores de dois anos apresentaram sobrepeso e obesidade, representando o risco de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Ademais, os dados publicados também apontaram para 12,8% em situação de desnutrição por déficit de estatura muito baixa ou baixa para idade, um indicador sensível para o impacto das influências externas no desenvolvimento dessa criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Frente a isso, reconhece-se a importância de acesso ao Nutricionista para que este possa contribuir com o monitoramento do estado nutricional e intervir, de maneira precoce, quando houver necessidade, minimizando os danos à saúde.

Dentre os fatores associados ao estado nutricional, destaca-se a alimentação. O Ministério da Saúde recomenda que até os seis meses seja realizado o aleitamento materno exclusivo por entender que este é o alimento mais completo e seguro que o bebê pode receber, fornecendo a quantidade de calorias e nutrientes necessários para essa fase de crescimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), publicados em 2019, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses foi de 45,8% no Brasil, sendo que a região Sudeste ocupa o segundo lugar entre as maiores prevalências, com 49,1%. Pensando nisso, as consultas realizadas durante os primeiros mil dias configuram-se como um momento importante para o incentivo da prática do aleitamento materno, durante o período de pré-natal, e de apoio à continuidade da prática após o nascimento da criança.

A partir dos seis meses de idade, recomenda-se a introdução alimentar (IA). O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos orienta que a

base da alimentação seja feita a partir de alimentos *in natura* ou minimamente processados, sendo os ultraprocessados não recomendados devido aos prejuízos gerados à saúde a longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20919). A introdução alimentar precoce pode estar associada com diversos desfechos negativos a longo prazo como: alergias alimentares, desnutrição, asma e cárie (SILVA e MELLO, 2021). Os principais fatores que levam à IA precoce são as crenças limitantes maternas e da rede de apoio da criança e a falta de acesso a informações (SILVA e MELLO, 2021). Por esse motivo, é importante que o nutricionista atue em conjunto com outros profissionais de saúde, como a fonoaudiologia e a fisioterapia, de forma a reconhecer os sinais de apetência e instruir a rede de apoio a reconhecer os sinais de saciedade da criança, as consistências e quantidades recomendadas, a necessidade de hidratação e a importância da continuidade do aleitamento materno.

Tendo em vista a relevância da puericultura para os menores de dois anos e a importância da APS como possibilitadora desse acompanhamento, o presente estudo visou caracterizar o perfil nutricional dessas crianças acompanhadas pela pediatria da Unidade Básica de Saúde (UBS) - Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS), localizada na região de Pinheiros em São Paulo. Entender o perfil nutricional desse público mostra-se como uma importante ferramenta norteadora para a elaboração de estratégias assertivas para a realidade local, impactando no direcionamento adequado de recursos, ações e esforço da equipe de modo a possibilitar a melhoria dos indicadores de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil nutricional de crianças menores de dois anos atendidas na pediatria do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a população segundo as variáveis sociodemográficas ao nascimento;
- b) Caracterizar a idade da primeira consulta na unidade e a frequência nas consultas;
- c) Caracterizar o estado nutricional infantil;
- d) Analisar o perfil de aleitamento materno e de introdução de alimentos.

3. MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza (CSEGPS) está localizado nas dependências da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), desde 1925. Trata-se de uma UBS tradicional responsável por atendimentos, em nível de Atenção Primária, aos moradores e trabalhadores dos bairros Jardim Paulista, Jardim América e Pinheiros na Zona Oeste do município de São Paulo. A unidade de saúde também beneficia os estudantes da USP em sua formação teórico-prática, sendo um local de pesquisa e ensino.

A unidade está vinculada à coordenadoria regional de saúde centro-oeste, supervisão Lapa/Pinheiros. A região em questão possui um IDH de 0,942, superior ao valor médio de São Paulo de 0,805. Como recorte de renda, 2% são considerados pobres e 8,9% não possuem renda. Em relação ao nível de escolaridade, 0,4% desta população é analfabeto. Quanto ao acesso aos serviços

de saúde, 21,9% não possuem plano de saúde, número inferior aos dados de São Paulo de 55,6%.

Em relação ao número de pessoas na área de cobertura, cerca de 90 mil indivíduos podem usufruir dos serviços de saúde ofertados pelo CSEGPS; destes 22,1% são idosos e 14,2% menores de 20 anos. Destaca-se também o público majoritariamente do sexo feminino, sendo 55,6% de mulheres e destas 25% são idosas.

O atendimento ao público-alvo do presente trabalho, crianças menores de dois anos, é estruturado através do trabalho multiprofissional que envolve pediatria, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e odontologia. O fluxo de atendimento inicia-se a partir do atendimento da pediatra da unidade, que ocorre em três períodos por semana. A primeira consulta do recém-nascido, em geral, é agendada pela maternidade de nascimento, mas também pode ser solicitada pela família. Segundo protocolo da unidade, as consultas, no primeiro semestre de vida, são mensais; no segundo semestre, bimensais; enquanto que no segundo ano de vida são trimestrais. O intervalo entre as consultas pode ser menor, dependendo da avaliação médica. A partir da avaliação médica, outros profissionais da equipe são envolvidos no acompanhamento da criança. Esses profissionais realizam semanalmente reuniões nas quais são discutidos casos necessários a serem compartilhados entre a equipe e os fluxos de atendimento.

Nesse cenário, a atuação da Nutricionista está centrada em realizar monitoramento mensal das crianças menores de dois anos, via informações disponibilizadas em prontuário, intervindo quando há necessidade. Além disso, há a avaliação do desenvolvimento, em conjunto com a fisioterapia e a orientação, em grupo, quando a criança está no período de iniciar a introdução alimentar.

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população estudada são crianças menores de dois anos matriculadas no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza e atendidas pela pediatra da

unidade. As informações analisadas são provenientes de um banco de dados secundários pertencentes ao CRNutri.

a) Critérios de Exclusão

Com o objetivo de garantir a integridade e validade dos resultados, foram excluídas da análise as crianças que constavam como prematuras no campo “observações” do banco de dados. Como o mesmo é resultado do compilado das consultas pediátricas, há a possibilidade de que outras crianças tenham nascido pré-termo e essa informação não tenha sido registrada. Um outro fator adicional a essa exclusão é a ausência de dados sobre a idade gestacional, impossibilitando o cálculo da idade corrigida dessas crianças.

3.4. PERÍODO DE ANÁLISE DE DADOS

O período selecionado para análise de dados foi de agosto de 2022 a julho de 2023.

3.5. VARIÁVEIS

a) Caracterização Sociodemográfica

Para a caracterização sociodemográfica, utilizou-se os critérios de sexo (masculino e feminino) e de cor/raça definidos pelo IBGE (branca, preta, parda, indígena e amarela).

Em relação a essas variáveis, o banco de dados continha o descritivo de sexo e cor/raça de cada criança. As crianças que não apresentaram informações sobre cor/raça foram categorizadas como “não declarada”.

b) Caracterização do Nascimento

I. Tipo de Parto

Os tipos de parto considerados na análise foram: via vaginal e via cesárea. Crianças que não apresentaram essas informações foram consideradas como “sem dados” para esse critério.

II. Caráter da Instituição de Nascimento Segundo Via de Financiamento

Para caracterizar a via de financiamento da instituição, utilizou-se a distinção entre público e essencialmente privado.

Foram considerados públicos os seguintes hospitais identificados no banco de dados:

- Hospital das Clínicas;
- Hospital Universitário;
- Hospital Maternidade Amparo Maternal;
- Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouveia;
- Hospital Municipal Infantil Menino de Jesus;
- Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mario Degni;
- Hospital de Guaianases “Jesus Teixeira da Costa”;
- Hospital Estadual de Sapopemba;
- Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista;
- Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha - Campo Limpo;
- Hospital Ipiranga;
- Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

Foram considerados instituições de caráter essencialmente privado:

- Hospital Pro Matre e
- Hospital Samaritano.

Crianças que não apresentaram essas informações foram consideradas como “sem dados” para esse critério.

III. Caráter da Instituição de Nascimento Segundo Complexidade de Pré-Natal

Os hospitais foram categorizados segundo a complexidade de atendimento do pré-natal de gestantes com baixo risco ou alto risco

Os hospitais considerados de baixo risco foram:

- Hospital Universitário;
- Hospital Maternidade Amparo Maternal;
- Hospital Municipal Ignácio Proença de Gouveia;
- Hospital Municipal Infantil Menino de Jesus;
- Hospital de Guaianases “Jesus Teixeira da Costa”;
- Hospital Estadual de Sapopemba;
- Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista;
- Hospital Municipal Doutor Fernando Mauro Pires da Rocha- Campo Limpo;
- Hospital Ipiranga;
- Hospital Pro Matre;
- Hospital Samaritano;

Os hospitais considerados de alto risco foram:

- Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia;
- Hospital das Clínicas;
- Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mario Degni.

Crianças que não apresentaram essas informações foram consideradas como “sem dados” para esse critério.

IV. Peso ao Nascer

A classificação do peso ao nascer utilizada no presente estudo foi aquela estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), descrita no quadro 1:

Quadro 1- Classificação de peso ao nascer.

PESO AO NASCER (g)	CLASSIFICAÇÃO
< 2.500	Baixo peso
2.500-2.999	Peso insuficiente
3.000-3.999	Peso adequado
> 4.000	Excesso de peso

Fonte: WHO,1995

V. Comprimento ao Nascer

O comprimento ao nascer foi analisado de acordo com os pontos de corte estabelecidos para a estatura para a idade presentes no quadro 2:

Quadro 2- Pontos de corte estatura-para-idade para crianças de (0 a 10 anos)

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

Fonte: SISVAN, 2011 (pág.16)

VI. Problemas de Saúde Maternos e Associados às Crianças

O banco de dados continha informações sobre problemas de saúde relacionados à mãe e à criança. Dessa forma, esses problemas foram descritos no presente trabalho.

C) Frequência Em Consultas

A caracterização da quantidade de consultas seguiu as recomendações presentes na Caderneta de Saúde da Criança:

- Consulta de 1 semana;
- Consulta de 1 mês;
- Consulta de 2 meses;
- Consulta de 4 meses;
- Consulta de 6 meses;
- Consulta de 9 meses;
- Consulta de 12 meses;
- Consulta de 18 meses;
- Consulta de 24 meses;

A partir disso, foi estabelecido um critério de inclusão da criança em determinada consulta. Para a consulta da primeira semana, foi seguida a recomendação estabelecida pela Sociedade Brasileira de Pediatria de que ocorra até o décimo dia de vida. Para as outras consultas, a lógica utilizada está explicitada no quadro 3:

Quadro 3- Frequência de consultas mínimas recomendadas pela Caderneta de Saúde da Criança e período de idade (dias) na qual a criança pode ter frequentado a consulta

CONSULTA	PERÍODO DA IDADE (DIAS)
1 semana	0-10
1 mês	11-45
2 meses	46-105
4 meses	106-165
6 meses	166-225
9 meses	226-305
12 meses	306-385
18 meses	386-555

Fonte: Caderneta de Saúde da criança (pág.68)

Como o público-alvo do estudo são crianças menores de dois anos, optou-se por não analisar a consulta de 24 meses.

D) Estado Nutricional e Risco Nutricional

Os índices selecionados para a avaliação do estado nutricional foram aqueles presentes na Caderneta de Saúde da Criança: peso-para-idade, estatura-para-idade, Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade.

Como termo estatístico, optou-se por utilizar o escore-z, sendo que os pontos de corte utilizados são aqueles estabelecidos pelo referencial da OMS como mostra os quadros 4, 5:

Quadro 4- Pontos de corte de peso para idade para crianças (0 a 10 anos).

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Escore-z -2 e < Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Escore-z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: SISVAN, 2011 (pág.16)

Quadro 5- Pontos de corte de IMC-para-idade para crianças menores de 5 anos

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Sobrepeso
> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: SISVAN, 2011.

A estatura-para-idade segue os pontos de corte apresentados no quadro 2.

Crianças que apresentaram diagnóstico diferente de peso adequado para idade e/ou estatura adequada para idade e/ou eutrofia foram classificadas em risco nutricional.

I) Risco Nutricional Pontual

Foi considerado como risco nutricional pontual a criança que apresentou em uma única consulta um ou mais dos diagnósticos:

- Magreza acentuada;

- Magreza;
- Risco de sobrepeso;
- Sobre peso;
- Obesidade;
- Muito baixa estatura para idade;
- Baixa estatura para idade;
- Muito baixo peso para idade;
- Baixo peso para idade;
- Peso elevado para idade.

II) Risco Nutricional Persistente

Crianças que apresentaram em mais de uma consulta um ou mais dos diagnósticos citados acima.

E) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas, em Aleitamento Materno Predominante, Misto ou Artificial

A cada consulta, a mãe ou outro responsável era questionado a respeito do aleitamento. As respostas no banco de dados apresentava-se da seguinte forma:

- Leite materno;
- Leite materno + fórmula;
- Fórmula

Não foi possível classificar as crianças em aleitamento materno exclusivo, uma vez que o banco de dados não fornecia informações a respeito do consumo de outros líquidos, como: água, sucos e chás.

Dessa forma, foram utilizados os seguintes critérios:

I) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas.

Foram classificadas nessa variável crianças que apresentaram registro em pelo menos uma consulta de leite materno.

II) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Predominante

Foram classificadas nessa variável crianças menores de seis meses que não recebiam outro alimento além de: leite materno, chás, sucos e água (OMS, 2008).

III) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Continuado

Foram classificadas nesse critério crianças entre 12 e 23 meses que recebiam leite materno (OMS, 2021).

III) Caracterização de Crianças em Aleitamento Materno Misto

Foram classificadas nessa variável, crianças que apresentaram registro em pelo menos uma consulta de leite materno concomitante ao uso de fórmula infantil.

IV) Caracterização de crianças em Aleitamento Artificial

Foram classificadas nessa variável, crianças que apresentaram registro em pelo menos uma consulta de estarem consumindo apenas fórmula infantil, excluindo a presença de leite materno.

F) Caracterização de Introdução Alimentar

A cada consulta, o responsável era questionado a respeito do início da introdução alimentar. As possíveis respostas foram:

- Sim ou
- Não

Para a caracterização dessa variável foram consideradas: as crianças que não tinham completado seis meses até o encerramento da pesquisa, crianças que não possuíam dados para essa variável, crianças que não possuíam frequência regular na unidade não sendo possível identificar o momento em que a criança iniciou a introdução alimentar.

3.1 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

As análises das variáveis foram realizadas através do *software excel*. Para a análise do estado nutricional, foi utilizado o *software Who Anthro* da OMS. A caracterização da amostra foi analisada sob a perspectiva de frequência e porcentagem.

4. RESULTADOS

A) Caracterização Sociodemográfica

Analisaram-se os dados de 72 crianças. De acordo com a tabela 1, nota-se que, em relação ao sexo, não há diferença entre números absolutos e frequência. Ademais, a maior parte das crianças (91,7%) é da cor/raça branca ou parda.

Tabela 1-Caracterização sociodemográfica segundo sexo e cor/raça de crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	36	50,0
Masculino	36	50,0
Cor/raça		
Branca	46	63,9
Preta	3	4,1
Parda	20	27,8
Amarela	1	1,4
Indígena	0	0,0
Sem declarar	2	2,8

Fonte:dados da pesquisa.

B) Caracterização do Nascimento

Conforme os dados presentes na tabela 2, o tipo de parto mais frequente foi por via cesárea, representando 31,9% dos partos. No que tange ao caráter da instituição de nascimento, nota-se maior número de partos realizados em instituição pública (62,5%). No que se refere ao nível de complexidade de atendimento, a maior proporção nasceu em instituição com baixo nível de complexidade (40,3%). Por fim,

a maior parte das crianças apresentaram peso e comprimento adequados ao nascimento, representando 44,4% e 58,3%, respectivamente.

Em relação aos problemas de saúde maternos, o mais frequente foi a diabetes mellitus gestacional e a sífilis. Em relação aos problemas de saúde relacionados às crianças, 94,4% não possuíam ou o mesmo não estava declarado no banco de dados

Tabela 2 - Caracterização do nascimento segundo tipo de parto, caráter da instituição e peso ao nascer de crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023.

Variável	N	%
Caráter da instituição de nascimento segundo via de financiamento		
Cesárea	23	31,9
Vaginal	19	26,4
Sem dados	30	41,7
Caráter da instituição de nascimento segundo nível de complexidade de atendimento de pré-natal		
Baixo	29	40,3
Alto	19	26,4
Sem dados	25	34,7
Peso ao nascer		
Baixo peso	1	1,4
Peso insuficiente	13	18,1
Peso adequado	32	44,4
Excesso de peso	4	5,6
Sem dados	22	30,6
Comprimento ao nascer		
Menor do que o esperado	1	1,4

Adequado	42	58,3
Maior do que o esperado	0	0,0
Sem dados	29	40,3
Aspectos relativos à saúde materna		
Problemas não declarados ou ausentes	61	84,6
Diabetes Mellitus gestacional	3	4,2
Depressão	1	1,4
Anemia	1	1,4
Hipertensão arterial sistêmica	1	1,4
Doença Hipertensiva Específica da Gravidez	1	1,4
Rim multicístico	1	1,4
Sífilis	2	2,8
HIV	1	1,4
Aspectos relativos à saúde infantil		
Problemas não declarados ou ausentes	68	94,4
Hipotireoidismo congênito	1	1,4
Catarata congênita	1	1,4
Restrição de crescimento intrauterino	1	1,4
Icterícia	1	1,4

Fonte:dados da pesquisa

C) Caracterização da Frequência em Consultas

De acordo com a tabela 3, a idade mais frequente que a criança inicia o atendimento na unidade é a inferior a seis meses. O público mais frequente nas consultas de pediatria está situado na faixa de idade de um a nove meses representando 76,5% das consultas realizadas no período determinado pelo estudo. Em relação a consulta menos frequentada destaca-se a de primeira semana, na qual somente 6,6% do público frequentou.

Tabela 3-Caracterização da frequência em consultas segundo recomendação, da Caderneta de Saúde para crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023

Variáveis	N	%
Idade da primeira consulta na unidade		
< 6 meses	52	72,2
6-12 meses	9	12,5
13-24 meses	4	5,6
Não há registros de consulta na unidade	7	9,7
Frequência de crianças em consultas recomendadas pela Caderneta da Saúde da Criança		
1 semana	14	6,6
1 mês	34	16,0
2 meses	38	17,8
4 meses	34	16,0
6 meses	25	11,7
9 meses	32	15,0
12 meses	20	9,4
18 meses	16	7,5

Fonte:dados da pesquisa.

D) Caracterização do Estado e Risco Nutricional

De acordo com a tabela 4, das 72 crianças analisadas, 48,6% apresentaram em algum momento risco nutricional, sendo que 16 delas apresentaram risco nutricional persistente.

Ademais, a faixa de idade que mais apresentou risco nutricional, seja persistente ou pontual, foi abaixo dos 6 meses.

Tabela 4-Caracterização do risco nutricional em crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023.

Variável	N	%
Risco nutricional		
Risco nutricional pontual	19	26,4
Risco nutricional persistente	16	22,2
Sem risco nutricional	30	41,7
Sem dados	7	9,7
Risco nutricional pontual		
<6 meses	9	12,5
6-12 meses	7	9,7
13-24 meses	3	4,2
Sem risco nutricional pontual	53	73,6
Risco nutricional persistente		
<6 meses	13	18,0
6-12 meses	11	15,3
13-24 meses	0	0,0
Sem risco nutricional persistente	48	66,7

Fonte:dados da pesquisa

De acordo com a tabela 5, a maior parte das crianças (73,6%) apresentou peso adequado para a idade em todas as consultas que frequentou. O mesmo ocorreu para estatura-para-idade, na qual o índice de adequação de estatura adequada chega a 77,8% das crianças. Por fim, em relação ao IMC-para-idade, a maior parte das crianças (41,7%), foi classificada como eutrófica; no entanto, vale destacar que, 40,3% das crianças apresentaram risco de sobre peso, sobre peso ou obesidade.

Tabela 5-Caracterização do estado nutricional em crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023.

Variável	N	%
Peso para idade		
Muito baixo peso	1	1,4
Baixo peso	7	9,7
Peso adequado	53	73,6
Peso elevado	4	5,6
Sem dados	7	9,7
Estatura para idade		
Muito baixa estatura	6	8,3
Baixa estatura	3	4,2
Estatura adequada	56	77,8
Sem dados	7	9,7
IMC para idade		
Magreza acentuada	0	0,0
Magreza	6	8,3
Eutrofia	30	41,7
Risco de sobrepeso	19	26,4
Sobrepeso	9	12,5
Obesidade	1	1,4
Sem dados	7	9,7

Fonte:dados da pesquisa

E) Caracterização de Crianças Alguma Vez Amamentadas, em Aleitamento Materno Predominante, Misto ou Artificial

De acordo com a tabela 6, mais da metade (77,8%) das crianças receberam, em algum momento, leite materno. No entanto, quando analisado o aleitamento materno predominante, esse número reduziu de 56 para 15 crianças. Vale salientar também que, a maior parte das crianças não apresentou dados ou não tinha completado doze meses ou mais para a caracterização do aleitamento materno continuado.

Em relação ao aleitamento materno misto, 23 crianças apresentaram esse tipo de aleitamento, sendo a frequência maior nas menores de seis meses. Já em

relação ao aleitamento artificial, 21 crianças tomavam apenas fórmula, sendo a frequência de introdução maior na faixa etária entre 6 a 12 meses.

Tabela 6-Caracterização do tipo de aleitamento em crianças menores de dois anos que frequentaram o CSEGPS durante o período de agosto de 2022 a julho de 2023.

Variável	N	%
Prevalência de crianças alguma vez em aleitamento materno		
Sim	56	77,8
Não	9	12,5
Sem dados	7	9,7
Prevalência de crianças em aleitamento materno predominante		
Sim	15	20,8
Não	29	40,3
Iniciou o acompanhamento com mais de seis meses	12	16,7
Sem dados	16	22,2
Prevalência de crianças em aleitamento materno continuado		
Sim	6	8,4
Não	17	23,6
Não completou doze meses ou mais até a data final do estudo	24	33,3
Sem dados	25	34,7
Prevalência de crianças alguma vez em aleitamento misto		
<6 meses	17	23,6
6-12 meses	6	8,3
>12 meses	0	0,0
Ausência de aleitamento misto	49	68,1
Prevalência de crianças alguma vez em aleitamento artificial		
< 6 meses	8	11,1
6-12 meses	11	15,3
>12 meses	2	2,8
Ausência de aleitamento artificial	51	70,8

Fonte:dados da pesquisa

F) Caracterização da Introdução Alimentar

Das 72 crianças analisadas, 32 não apresentaram dados para essa variável, 33 crianças não apresentaram dados consistentes para essa variável devido a irregularidade nas consultas, 6 não tinham completado seis meses até o momento de encerramento da pesquisa e 7 não haviam iniciado a introdução alimentar até os 6 meses.

5. DISCUSSÃO

Segundo os resultados apresentados, verificou-se que 62,5% das crianças nasceram em instituições segundo via de financiamento público. Esses dados indicam que mais da metade das crianças analisadas foram acompanhadas pelo SUS desde o parto até a puericultura, demonstrando a importância da existência de uma linha de cuidado que articule a maternidade e a atenção básica de saúde a fim de promover a continuidade do cuidado da mãe e da criança. Nesse sentido, destaca-se a importância da Rede Cegonha, um pacote de ações nacionais que visam a garantia do acesso seguro, de qualidade e humanizado para todas as mulheres dentro do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), durante os primeiros mil dias de vida de uma criança. Pensando em ações específicas para a realidade local, a cidade de São Paulo criou, em 2006, a Rede de Proteção Mãe Paulistana (PMSP), que possui como uma das estratégias o direito a vale transporte para a mãe, facilitando o acesso à unidade de saúde para a realização do pré-natal e de exames; nos últimos seis anos mais de 500 mil mulheres foram atendidas pelo programa (PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2023). Por fim, destaca-se que o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza está inserido no PMSP, sendo um dos potencializadores desta unidade para o cuidado da população materno-infantil.

Em relação ao tipo de parto, o identificado com maior frequência na UBS foi a cesárea (31,9%), número inferior ao apresentado pelo Brasil de 55%, que ocupa o segundo lugar no ranking dos países com maiores taxas de cesárea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Os dados também sinalizam sobre a diferença entre as taxas de cesárea observadas em hospitais segundo via de financiamento público de 44% e privado de 86% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022); em relação a esse recorte, no estudo foram identificados dois partos realizado no setor privado, sendo um por via vaginal e o outro por cesárea. No entanto, vale ressaltar que ambas as taxas se afastam da recomendação da OMS de que sejam realizados de 10% a 15% de cesáreas, sendo essas somente para casos em que existam riscos para a mãe e/ou criança (OMS, 1996). Isso se deve ao fato de que a cesariana, por ser um procedimento cirúrgico e invasivo, pode acarretar em: aumento da taxa de mortalidade materna e infantil, prolongamento do tempo de recuperação da mãe e demora para o início da amamentação (MANDARINO NR e col., 2009). Em relação a possíveis justificativas médicas que motivaram a decisão do parto, identificou-se que das 23 mães que realizaram cesárea, apenas oito ocorreram em instituições com nível de complexidade alto e apenas três eram de mães que apresentavam alguma doença.

Vale salientar que o presente estudo limitou-se a analisar fatores que levaram à escolha do tipo de parto frente à ausência de dados. Em 2021, o Projeto de Lei 768/21 passou a garantir à gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde que não haja impedimentos médicos, o direito de optar pelo parto por cesariana ou em caso de parto normal, de receber anestesia (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021). Com isso, destaca-se a importância de fornecer a essa mãe informações sobre seus direitos, sobre os riscos da cesariana e sobre os benefícios do parto normal, embasando a sua decisão final, pois a opção pela cesárea pode ser justificada por diversos fatores que incluem a falta de informação durante a gestação a respeito dos benefícios para si e para criança, bem como o medo da dor e de incisuras vaginais (SILVA e col., 2020). Além disso, durante o trabalho de parto, é essencial profissionais com conduta de encorajamento dessa mãe e que forneçam suporte da escolha do tipo de parto, evitando que ela mude de opção durante o processo por medo (HADDAD e col., 2011). Assim, frente à taxa de cesáreas identificadas no estudo, a UBS pode pensar em ações estratégicas para se aproximar ao recomendado pela OMS, como rodas de conversas com relatos de

mães que passaram por parto vaginal, cartazes informativos sobre o benefícios desse tipo de parto distribuídos na unidade e um momento na consulta de pré-natal direcionado a esse assunto abrindo espaço para as mães sanarem suas dúvidas, dentre outros.

Em relação aos aspectos de saúde relacionados à mãe, o mais frequente foi a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) que acometeu três das oito mães identificadas com problemas de saúde. A DMG é o distúrbio metabólico mais corriqueiramente encontrado durante a gestação, sendo a prevalência no Brasil de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos (MORAIS e col., 2019). Na população estudada, a prevalência encontrada foi inferior (4,2%), no entanto, o número de mães com dados para essa variável é pequeno, não sendo possível realizar uma comparação real. É importante ressaltar que a recomendação do Ministério da Saúde é de que o rastreio da DMG seja realizado na primeira consulta de pré-natal de modo a evitar as possíveis complicações geradas pela doença e de preservar a saúde do binômio materno-fetal (MORAIS e col., 2019). Dentre as complicações constatadas pelo estudo, foram identificadas duas mães com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHGE), responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (MORAIS e col., 2019).

No que se refere à saúde fetal, o trabalho identificou que todas as crianças cujas mães eram portadoras de DMG nasceram com baixo peso ao nascer. Apesar dos dados da literatura demonstrarem que gestantes que apresentam diabetes possuem tendência dos filhos nascerem macrossônicos (BRAZ e col., 2013), outros elucidam que gestantes portadoras de Diabetes Mellitus mal controladas que apresentam alterações vasculares podem apresentar desvios do crescimento fetal, pois a placenta dessas gestantes possui um tamanho maior que o normal apresentando alterações estruturais que dificultam a passagem dos nutrientes necessários para o feto (PEREIRA e col., 2014). Tendo em vista esse cenário, ressalta-se a importância da adesão ao pré-natal juntamente ao acompanhamento nutricional, uma vez que tanto a DMG quanto a DHGE podem ser controladas por intermédio de uma alimentação equilibrada. Nesse sentido destaca-se mais uma vez o PMSP como um facilitador do acompanhamento dessas mães, uma vez que fornece o vale transporte para a realização dos

exames de rastreio precoce evitando possíveis complicações e para o posterior, acompanhamento quando identificada a presença de alguma doença.

Ao analisar a frequência do acompanhamento nutricional das crianças, o estudo verificou baixa adesão à consulta de primeira semana, sendo que somente quatorze das setenta e duas crianças frequentaram essa consulta na unidade. Vale reforçar que a Caderneta da Saúde da Criança recomenda que o recém-nascido seja examinado na primeira semana pós-alta hospitalar, tendo em vista a redução das taxas de mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Em 2021, a taxa de mortalidade infantil, no Brasil, foi de 11,9 para cada 1.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Os óbitos neonatais geralmente estão associados a uma falha na assistência prestada às mães e aos RN durante o pré e pós-parto, sendo estes considerados evitáveis quando os agravos são detectados precocemente (LUCENA e col., 2018). Visto a importância, a PMSP prevê que a criança, em ocasião da alta da maternidade, tenha essa consulta já marcada na unidade de referência. Tendo em vista a baixa adesão vivenciada na unidade, salienta-se o papel da equipe de saúde reforçar a relevância da consulta de primeira semana durante o pré-natal e, se possível, a UBS manter contato com a família para entender o motivo da falta da consulta ou do responsável não tê-la marcado.

No que tange aos aspectos relacionados ao acompanhamento do estado nutricional, o estudo identificou treze crianças com peso insuficiente ao nascer e uma com baixo peso ao nascer, que quando somadas representam 19,5% da amostra. O baixo peso ao nascer é um marcador da nutrição fetal deficiente, sendo que os fatores de risco do déficit no crescimento fetal relacionado a patologias maternas são: a idade, o estado nutricional, diabetes, anemia, uso de drogas ilícitas, tabaco, filho anterior nascido com restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e exposição a tóxicos (CORDOBA e col., 2011). Ademais, crianças que sofreram desnutrição intra-uterina podem apresentar problemas a longo prazo, como obesidade e intolerância à glicose (CORDOBA e col., 2011). Na população estudada, onze das quatorze crianças que nasceram com baixo peso ou peso insuficiente apresentaram, em algum momento, algum risco nutricional, representando 31,4% das crianças identificadas com risco.

O presente estudo distinguiu o risco nutricional pontual de persistente, entendendo que variações pontuais na curva podem ser resultados de um pico

de crescimento, doenças infecciosas, dentre outros fatores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002); dezenove crianças foram classificadas com desvios pontuais. Nesses casos, cabe à equipe de saúde aumentar a atenção com essa criança bem como identificar, junto com a rede de apoio dessa criança, as possíveis causas que levaram a esse desvio para serem corrigidos e monitorados. Por outra via, a identificação do risco persistente é um indicador mais sensível às situações recorrentes de privação que essa criança pode estar inserida, como: insegurança alimentar, condições de moradia e saneamento básico, dentre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002); dezesseis crianças foram identificadas com esse risco. Nesses casos, é indicado que o profissional investigue, junto a família, as possíveis causas do risco nutricional, açãoando, em casos de privação por condições socioeconômicas, o serviço nutricional. Outras ações pertinentes são a redução do intervalo entre as consultas para um acompanhamento mais próximo e, em alguns casos, o encaminhamento para serviços de recuperação nutricional.

A faixa etária com maior risco nutricional pontual e persistente foi a de menores de seis meses; sendo os riscos relacionados ao baixo peso e ou baixa estatura (13 crianças) mais frequentes do que os relacionados ao risco de sobrepeso ou excesso de peso (11 crianças). É importante ressaltar que esse é o período de maior vulnerabilidade biológica na qual o estado nutricional ainda está atrelado às condições intra-uterinas e de nascimento. Adicionalmente a isso, outros aspectos que podem influenciar o estado nutricional são: a imaturidade do sistema imunológico tornando ao bebê mais suscetível aos agentes infecciosos (DINIZ e col.,2014), a introdução e adaptação, seja por aleitamento materno ou por fórmulas lácteas, dentre outros. Em relação a fonte de nutrição, SANTOS e col.,2016 ressaltam que crianças sob aleitamento materno exclusivo podem apresentar resultados de estado nutricional, segundo o IMC, melhores em relação às de aleitamento materno misto durante os seis primeiros meses.

Já na faixa etária acima de seis meses, o risco mais identificado foi de excesso de peso, sendo constatadas dezessete crianças. Esse risco pode estar relacionado a fatores como: a introdução alimentar realizada de maneira inadequada, a duração do aleitamento materno. No que concerne ao aleitamento

materno, dados apontam que a amamentação e a duração da mesma impactam na probabilidade da criança apresentar sobre peso ou obesidade no futuro, aumentando sua chance quanto menor a duração da amamentação (Von KRIES e col., 1999).

No que tange ao peso-pará-idade, o estudo identificou 11,1% de crianças com muito baixo ou baixo peso para idade, número superior às taxas encontradas no Brasil para crianças menores de cinco anos, que é de 2,9% (ENANI, 2019). Já no tocante à estatura por idade, 12,5% das crianças apresentaram estatura muito baixa ou baixa estatura para idade, número semelhante ao apresentado para crianças menores de 2 anos acompanhadas na Atenção Primária à Saúde de 12,8% (SISVAN, 2022). O déficit estatural é o indicador mais sensível de má nutrição, sinalizando a presença de influências ambientais negativas sobre a saúde da criança (VITOLO e col., 2008) e correspondendo a um ótimo sinalizador de desigualdade nas populações (COUTINHO e col., 2008). Apesar do presente estudo se limitar a entender o nível socioeconômico, salienta-se o impacto da pandemia de Covid-19 no aumento nos níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional, fazendo com que o Brasil retornasse ao mapa da fome em 2022 (OMS, 2022); esse fato pode contribuir para o aumento das taxas de todas as formas de má nutrição entre as crianças brasileiras (SISVAN, 2022). Sabendo disso, algumas estratégias que a unidade pode adotar perante a taxa elevada de desnutrição por déficit por estatura e por baixo peso é: o incentivo à prática de aleitamento materno exclusivo, destaca-se que um dos potencializadores da UBS é a presença do Banco de Leite Humano dos Hospitais das Clínicas sendo um dos locais de apoio à amamentação. Destaca-se também a importância dos programas de suplementação de micronutrientes, de transferência de renda e do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) beneficiando as creches e garantindo o acesso de pelo menos uma alimentação de qualidade nutricional para essas crianças.

Em relação ao IMC-por-idade, destaca-se o número alarmante de crianças com risco de sobre peso representando 26,4% da população, esse valor apresenta níveis superiores aos de crianças menores de 2 anos acompanhadas

na Atenção Primária à Saúde de 20,3% (SISVAN, 2022). Já o excesso de peso, resultado da soma do sobrepeso e obesidade, atingiu 13,9% das crianças analisadas, sendo inferior à taxa apresentada nacional de 15,5% (SISVAN, 2022). A obesidade infantil é um problema de saúde pública, podendo acarretar em problemas de saúde que podem acometer a criança até a vida adulta, como: doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão. Considerando o número alarmante do risco de sobrepeso e excesso de peso observado na UBS, destaca-se novamente a promoção do aleitamento materno e a orientação sobre a introdução alimentar realizada no momento e de forma adequada; nesse sentido, salienta-se a importância da análise do ambiente alimentar em torno da comunidade, mapeando quais os obstáculos impostos na localidade para a adoção de uma alimentação saudável. Outras ações que valem destacar são as de educação alimentar e nutricional para os pais se pautando nas orientações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos sobre o nível de processamento dos alimentos, a publicidade infantil dos ultraprocessados e a leitura de rótulos fornecendo a autonomia para escolhas mais saudáveis e conscientes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Em relação à variável de aleitamento, foram identificadas que 86,2% do total de crianças analisadas estiveram em aleitamento materno em algum momento. Esse dado é inferior à prevalência do Brasil de 96,2% e da região sudeste de 94,8% (ENANI, 2019). Das nove crianças que nunca foram amamentadas, apenas uma foi identificada com motivos médicos que impediam a amamentação, sendo filha de mãe positiva para HIV. Ademais, destaca-se que quinze crianças (20,8%) foram identificadas em aleitamento materno predominante, dado superior ao observado nacionalmente de 13,2% e da região Sudeste de 13,9% (ENANI, 2019). Nesse sentido, tendo em vista a baixa taxa de crianças alguma vez amamentadas, é de grande relevância que a UBS pense em ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento; uma vez que o mesmo é considerado a estratégia isolada que mais previne mortes infantis para os menores de cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Destaca-se que são inúmeros os obstáculos da amamentação, como: crenças sobre o leite ser insuficiente, cansaço, pega errada, mastite, influência de marketing das fórmulas,

ausência de rede de apoio, retorno ao mercado de trabalho, privação de sono, uso de mamadeiras, chuquinhas e chupeta e produção insuficiente de leite. Tendo em vista esses obstáculos, a UBS pode pensar em estratégias que visem o acolhimento dessas mães respeitando a realidade e vontade das mesmas; outro ponto relevante é a conscientização da rede de apoio para que essa se faça presente nesse momento tão importante e delicado. Destaca-se também a importância da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil, como forma de promover a amamentação para os menores de dois anos no contexto da APS através da qualificação dos profissionais de saúde.

No que concerne ao aleitamento materno misto entre crianças menores de 6 meses, o estudo identificou 23,6% de crianças, número superior à prevalência do Brasil de 19,8% e da região sudeste 14,7% (ENANI, 2019). Destaca-se também, o número de crianças que, a partir dos seis meses, consumiam apenas fórmulas; representando 15,3% do total de crianças. Salienta-se que as fórmulas infantis podem aumentar a chance da criança desenvolver: alterações gastrointestinais devido à contaminação na hora do preparo, alergias alimentares devido à proteína do leite de vaca e alterações respiratórias (OLIVEIRA, 2019). Além disso, diferentemente das fórmulas lácteas, que não apresentam variações de sabor, o leite materno auxilia a criança na aceitação de alimentos variados a partir dos seis meses, uma vez que seu gosto varia de acordo com a alimentação da mãe (SCHWARTZ e col.,2009), propiciando a adoção de hábitos alimentares saudáveis na vida adulta.

Por fim, o presente estudo se limita a caracterizar a introdução alimentar nessa população frente a ausência de uma pergunta específica no momento da consulta sobre a idade, em meses, de início da introdução alimentar. Dessa forma, devido ao acompanhamento irregular das crianças, não foi possível entender o momento exato da introdução alimentar de grande parte das crianças.

Outra limitação do estudo reside na caracterização materna e ao contexto que essa criança está inserida uma vez que o banco de dados não apresentava informações importantes para essa análise, como: como idade gestacional, IMC materno, adesão ao pré-natal, ocupação da mãe, número de filhos, renda média familiar, dentre outras. Destaca-se também a ausência expressiva de

dados para o tipo de parto, instituição de nascimento, aleitamento materno e introdução alimentar; sendo um obstáculo na compreensão do perfil dessas crianças. No entanto, entende-se que esses dados são reflexos de uma consulta realizada pela pediatria na qual existem outros fatores que podem atravessar a consulta, como: problemas de saúde agudo da criança que incentivou a família a buscar o atendimento, dúvidas dos responsáveis, problemas sociais, tempo de consulta, dentre outros fatores que podem limitar a oportunidade de coleta de informações.

Como potências, evidencia-se um estudo que permitiu, pela primeira vez, caracterizar a população menor de dois anos da UBS. Esses dados favorecem o aprofundamento das variáveis analisadas através de outros estudos, de modo a desenhar estratégias eficientes para a realidade local visando a melhoria dos indicadores que mais necessitam de atenção na unidade, como: incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno, baixo peso para a idade e risco de sobrepeso e excesso de peso.

6.CONCLUSÕES

Com base nos principais resultados encontrados, conclui-se que foi identificado um número importante de crianças em risco nutricional persistente, principalmente no que tange ao baixo peso-para-idade entre os menores de seis meses e ao risco de sobrepeso e ao excesso de peso nos maiores de seis meses. Vale destacar também que foi observada na UBS taxa inferior às nacionais de crianças alguma vez amamentadas. Por fim, salienta-se a baixa adesão de crianças na consulta de primeira semana recomendada pela Caderneta de Saúde da Criança.

Tendo em vista esse cenário, reforça-se a importância da UBS direcionar seus recursos para a criação de ações estratégicas que visem a melhoria dos indicadores de saúde. Dentre todas as estratégias, define-se como prioritária a promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno uma vez que a mesma é a forma mais segura e completa de nutrição, tendo impactos significativos na queda da taxa de mortalidade infantil, promovendo um bom estado nutricional a curto, médio e longo prazo, auxiliando no desenvolvimento do sistema imunológico da

criança, facilitando a introdução de uma dieta diversa após os seis meses, sendo economicamente viável e sustentável ao planeta. Pontos relevantes a serem pensados na promoção do aleitamento materno que encontram-se no alcance da UBS são: a visibilidade de locais próximos à região que possam fornecer suporte a essa mãe, como os Bancos de Leite Humanos ou Hospitais Amigos da Criança, orientação para a rede de apoio sobre seu papel fundamental nesse período e suporte técnico e emocional a essa mãe.

7.IMPlicações para a Prática no Campo de Atuação

O presente trabalho se mostra relevante para a área da Nutrição em Saúde Coletiva no contexto de Atenção Primária à Saúde, uma vez que buscou entender o perfil nutricional de crianças menores de dois anos que frequentaram a UBS Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza entre um determinado período pela perspectiva dos primeiros mil dias. Dessa forma, a caracterização se propôs entender para além dos indicadores de saúde da criança de forma isolada, buscando entender também o impacto que a saúde materna pode acarretar na saúde infantil.

Por fim, os resultados mostram-se úteis para os profissionais de saúde da unidade direcionarem seus recursos de forma assertiva levando em conta as necessidades daquela população. Ressalta-se também que as variáveis analisadas possibilitam a elaboração de outros estudos mais aprofundados sob a óptica de melhorar a assistência para aquela população.

7. REFERÊNCIAS

Brasília. Lei nº 768/21, de 22 de março de 2021. Dispõe sobre a garantia à gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de optar pelo parto por cesariana e, em caso de parto normal, de receber anestesia caso não haja impedimentos médicos. [acesso em 08 out. 2023] Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7974025&ts=1698684665695&disposition=inline&_gl=1*1614a8j*_ga*MTA4Mjg3MDgwNi4xNzAwNzYzMzc3*_ga_CW3ZH25XMK*MTcwMDc2MzM3Ny4xLjEuMTcwMDc2MzM4NC4wLjAuMA.

Braz L, Figueiredo L, Fonseca F. A influência da obesidade e ganho ponderal no peso do recém-nascido num grupo de grávidas com diabetes gestacional. 2013. Rev Port Endocrinol Diabetes Metab;8(2):70–76. [acesso em 15 out. 2023] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343913000412>

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S332-S340, 2008. [acesso em 10 nov. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HZrgfhSTVmSMbhjKFKfXVVQ/?format=pdf&lang=pt>

Diniz LMO, Figueiredo BCG. O sistema imunológico do recém-nascido. Rev. Med Minas Gerais 2014; 24(2): 227-233 [acesso em 19 out. 2023] Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1604>

FAO, IFAD, PAHO, UNICEF & WFP. 2023. Latin America and the Caribbean – Regional Overview of Food Security and Nutrition 2023: Statistics and trends. Santiago. [acesso em 8 nov. 2023] Disponível em: <https://www.fao.org/3/cc8514en/cc8514en.pdf>

Haddad SMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. Campinas (SP);2011. Rev Bras Ginecol Obstet.; 33(5):252-62 2.[acesso em 5 nov. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/tVcxRFzs6mY84vY8g36RNK/?format=pdf&lang=pt>

Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39.[acesso em 4 nov. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/VXyTrvZY5K9p8nW3JGD4ntL/?format=pdf&lang=pt>

Mandarino NR, Chein MBC, Júnior FCM, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, Mochel EG, Neto JAF. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São

Luís, Maranhão, Brasil. Rio de Janeiro (RJ). 2009; Cad. Saúde Pública; 25(7):1587-1596. [acesso em 5 nov. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KLyv7HGmTRzKYjgh8xzCqCH/?format=pdf&lang=pt>

Ministério da Saúde. Conheça a Rede Cegonha [folheto]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 5 nov. 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília (DF); 2002 [acesso em 18 mar 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília (DF); 2011 [acesso em 02 abr 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos.. Brasília (DF); 2019 [acesso em 15 mar 2023] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_criancas_2019.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para a Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF); 2022 [acesso em 15 mar 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Situação Alimentar e Nutricional de Crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília (DF); 2022 [acesso em 13 out 2023] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/situacao_nutricional_criancas_aps.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil. Caderneta da criança: Passaporte da Cidadania. 5 ed. Brasília (DF); 2022 [acesso em 16 mar 2023] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancas_meninas_5.ed.pdf

Morais AM, Rempel C, Delving LKOB, Moreschi C. Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. Santa Cruz do Sul (SP);

2019. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 9, n. 2. [acesso em 12 out. 2023] Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12082>

Mozetic RM, Silva SDC, Ganen AP. A importância da nutrição nos primeiros mil dias [internet]. Revista eletrônica acervo saúde. 2016; v.8 (2), 876-884 [acesso em 15 mar 2023]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7740/4733>

Neto ARM, Córdoba JCM, Peraçoli JC. Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). 2011. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1 [acesso em 18 out. 2023] Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/artigos/etiologia_restricao_crescimento.pdf

Oliveira, BLCT. Comparação de microbiota intestinal de crianças em aleitamento materno exclusivo e em uso de fórmulas infantis [dissertação]. Brasília; 2019. [acesso em 18 out. 2023] Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13470/1/21600456.pdf>

Pereira DDS, Magalhães ALC, Jesús NR, Trajano AJB. Restrição de crescimento intrauterino.Rio de Janeiro (RJ); 2014. Revista HUPE; 13(3):32-39

Prefeitura da cidade de São Paulo, Secretaria de Saúde. Nos últimos seis anos, Programa Mãe Paulistana já atendeu mais de 500 mil mulheres. Maio de 2023. [acesso em 18 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=347057>

Santos AJAO, Bispo AJB, Cruz LD. Padrão de aleitamento e estado nutricional de crianças até os seis meses de idade. Juiz de Fora (SP); 2016. HU Revista; v. 42, n. 2, p. 119-124 [acesso em 25 out. 2023].

Schwartz C, Issanchou S, Nicklaus S. Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life. British Journal of Nutrition 2009; 102. 1375-1385.

Silva MP, Mello APQ. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré-escolares. Revista Saúde & Ciência online. 2021; v. 9 (1); (p. 110-129.). [acesso em 21 mar 2023]. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/422>

Silva TPR, Pena ED, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV, Matozinhos FP. Fatores associados ao parto normal e cesáreas em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. Minas Gerais; Rev Bras Enferm. 2020; 73 (Suppl 4) [acesso em 30 out. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vs6cyd8rSbGFh6QSG4xZP4r/?format=pdf&language=pt>

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças menores de dois anos. Rio de

Janeiro (RJ). 2021; (pag. 108). [acesso em 23 mar 2023]. Disponível em:
<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>

Vitolo MR, Gama CM, Bortolini GA, Campagnolo PDB, Drachler ML. Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de 5 anos. Jornal de Pediatria - Vol. 84, Nº 3, 2008[acesso em 5 nov. 2023] Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jped/a/bYQ9XXLzgXrxZRPFk6P7RjS/?format=pdf&lang=pt>

Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999; 319: 147-50. [acesso em 5 nov. 2023] Disponível em:
<https://www.bmjjournals.org/content/319/7203/147.long>

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland. 1995; (n. 854). [acesso em 30 mar 2023]. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8594834/>