

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**CÂNDIDA ISABEL DE FIGUEIREDO**

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE,  
RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO  
PARAIBANO.**

Cuité/PB

2014

CÂNDIDA ISABEL DE FIGUEIREDO

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE  
DOIS ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO  
PARAIBANO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Pública.

Orientador (a): Prof. Msc. (a) Poliana de Araújo Palmeira

Cuité/PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F475s Figueiredo, Cândida Isabel de.

Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de idade, residentes em um município do semiárido paraibano. / Cândida Isabel de Figueiredo – Cuité: CES, 2014.

75 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Poliana de Araújo Palmeira.

1. Segurança alimentar e nutricional. 2. Vulnerabilidade social. 3. Políticas públicas I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 641.5

CÂNDIDA ISABEL DE FIGUEIREDO

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO PARAIBANO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Pública.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Msc (a) Poliana de Araújo Palmeira  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientador

---

Prof. Msc (a) Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinador

---

Mestranda em Saúde Pública Leyla Helenna Gouveia Ribeiro  
Universidade Estadual da Paraíba  
Examinador

Cuité/PB

2014

**Aos meus dois pais, às minhas duas mães e à meu noivo, Thiago Henrique.**

**Minha base familiar que não mediu esforços  
para que este sonho fosse realizado.**

**Dedico.**

## AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar por ter me permitido viver e realizar este sonho e por toda a proteção nesta caminhada;

À minha família, em especial ao meu pai, *in memoriam*, e a minha querida mãe por terem incentivado este sonho desde de criança, me educando para que este dia chegasse e me dando forças para que os obstáculos encontrados no meio do caminho fossem ultrapassados. Os senhores são meus exemplos de vida;

Ao meu noivo Thiago Henrique e a sua família por terem me acolhido de uma forma tão carinhosa e por toda ajuda neste tempo de convivência. Amor muito obrigada por toda dedicação e paciência;

Aos mestres...

À minha mais que orientadora professora Poliana de Araújo Palmeira, que nesta caminhada foi peça fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal, me proporcionando oportunidades que considero essenciais para a minha atuação profissional as quais me despertaram para o caminho da pesquisa. Muito obrigada pela a confiança e por todo o tempo dedicado aos meus sonhos durante estes 4 anos de convivência, a senhora é meu grande exemplo;

À professora Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso por todos os ensinamentos e por sua vontade enorme de plantar a semente da humanização nos seus alunos, a senhora conseguiu. Meus sinceros agradecimentos pelas histórias de vida compartilhadas, elas sempre serão grandes incentivos para exercer a profissão com respeito ao próximo;

Aos demais professores que durante estes cinco anos participaram da minha graduação, meu muito obrigada pelos ensinamentos e por todo o carinho e amizade;

À minha querida família PENSO por ter cumprido o seu papel de incentivadora e de máquina dos sonhos de uma forma exemplar, tenho vocês como mães, pais e irmãos, os quais tenho um carinho enorme e levarei todos para o resto da minha vida;

Aos meus amigos fiéis que sempre compartilharam deste sonho comigo e sempre me incentivaram a não desistir, meus sinceros agradecimentos.

Ao Ministério de Desenvolvimento Social e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo o financiamento que proporcionou a realização desta pesquisa.

**“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”**

**(Albert Einstein)**

## RESUMO

FIGUEIREDO, C. I. **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE, RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DO SEMI-ÁRIDO PARAIBANO. 2014** 75 f Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

A situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é alcançada quando o indivíduo tem acesso regular e permanente a alimentos adequados em qualidade e quantidade, sem comprometer os acessos aos outros direitos. A situação de SAN é vista como a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, à qual as crianças menores de dois anos de idade são consideradas como um grupo vulnerável. O presente estudo objetivou analisar a SAN de crianças menores de dois anos de idade atendidos nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Cuité, Paraíba. Tratou-se de um estudo transversal de base populacional, no qual foram utilizados dados oriundos de uma pesquisa realizada em Cuité no ano de 2011. Para a análise da SAN utilizou-se de uma matriz de indicadores, formulada a partir de um conceito-guia de SAN em crianças nesta faixa etária, esta matriz é subdividida em subgrupos etários e em quatro dimensões de análise que mostram ligações diretas com a SAN destas crianças, sendo que cada dimensão é composta por indicadores específicos que apresentam critérios de sucesso pré-estabelecidos. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado. Os resultados deste estudo apontaram que a situação de SAN encontrada é insatisfatória para todos os subgrupos e que a situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN) revelou-se em níveis altos nos mesmos, porém, a distribuição da gravidade da ISAN foi diferente entre os subgrupos, pois para as crianças menores de 1 ano verificou-se níveis consideráveis de ISAN moderada, classificando-as como as mais expostas a ISAN. Os resultados indicaram também que situação de ISAN encontrada estar relacionada com 3 fatores de risco como a prática alimentar inadequada, o estado de saúde comprometido e com a descontinuidade e a ineficaz do cuidado dispensado pelos serviços de saúde, sendo estes agravados pelas condições de vida desfavoráveis. Desta forma, conclui-se que a população estudada convive em sua grande maioria com a situação de ISAN e que os 3 fatores de risco para esta situação se relacionam em um processo de causa e consequência, no qual o estado de saúde das crianças mostrou-se ser resultado direto das condições de vida desfavoráveis, da prática de cuidado inadequada dispensada pelos responsáveis e da prática da alimentação errônea, sendo que a fragilidade dos serviços de saúde mostrou-se dificultar a proteção da criança para instalação destes fatores de riscos, formando um ciclo vicioso, pois entende-se que a utilização dos serviços de saúde de forma eficaz e contínua tem o papel de proteger a criança da ISAN em condições adversas. Assim, considera-se que o enfrentamento da situação de ISAN de crianças nesta faixa etária deve ser baseado em uma agenda de políticas públicas que promovam a intersetorialidade entre os diversos setores que desenvolvem ações ligadas as dimensões do fenômeno da SAN.

**Palavras-chaves:** Segurança Alimentar e Nutricional. Vulnerabilidade Social. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

**FIGUEIREDO, C. I. FOOD AND NUTRITION SECURITY OF CHILDREN UNDER TWO YEARS OF AGE, RESIDENTS IN A MUNICIPALITY IN THE SEMI-ARID OF PARAÍBA.** 2014. 75 p. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - University Federal of Campina Grande, Cuité, 2014.

The Food Security and Nutrition situation (FSN) is achieved when the individual has regular and permanent access to adequate food in quality and quantity, without compromising access to other rights. The FSN situation is seen as the assurance of the human right to adequate food, which children under two years of age are considered as a vulnerable group. This study aimed to analyze the FSN of the children under two years of age attended in the Family Health Units in the urban area of Cuité, Paraíba. This is a transversal population-based study in which were used data derived from research conducted in Cuité during 2011. For the analysis of FSN was used a matrix of indicators, formulated from a concept guide FSN to children in this age group, is matrix is divided into age subgroups and within four dimensions of analysis that show direct connections with to the FSN of these children, where each dimension is composed of specific indicators that have pre-established criteria of success. For data collection was used a semi-structured questionnaire. The results of this study indicate that FSN situation is found unsatisfactory for all subgroups and the food and nutrition insecurity (IFSN) situation proved to be at high levels in the same, however, the distribution of the severity of IFSN was different among between the groups, as for younger children 1 year was verified considerable levels of moderate IFSN, classifying them as the most exposed to IFSN. The results also indicated that IFSN situation found to be related with 3 risk factors such as inadequate feeding practices, compromised health status and the discontinuity and ineffective care provided by health services, which are aggravated by unfavorable living conditions. This way is concluded that the studied population lives in their great majority with the situation of IFSN and the 3 risk factors for this situation are related in a process of cause and effect, in which the health status of children was shown to be a direct result of unfavorable living conditions, inadequate care practice dispensed by those responsible and practice of erroneous feeding, and the fragility of the health services showed make it difficult child protection for installation of these risk factors, forming a vicious cycle because it is understood that the utilization of health services effective and continuous has the role of protecting children from IFSN in adverse conditions. Thus, it is considered that facing children IFSN situation in this age group should be based on a public policy agenda that promote intersectionality among the various sectors that develop actions related to dimensions of the FSN phenomenon.

**Keywords:** Food and Nutrition Security. Social Vulnerability. Public Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos: síntese da matriz de indicadores segundo dimensões de análise e subgrupos etários, Salvador, 2008.....	28
<b>Quadro 2:</b> Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade: critérios de sucessos dos indicadores que compõem a matriz, Salvador, 2008.....	29
<b>Figura 1-</b> Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos: escala de pontuação e classificação, Salvador, 2008.....	31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de Segurança Alimentar e Nutricional em crianças menores de dois anos, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2011.....	32
<b>Tabela 2</b> - Resultados das dimensões de análise da Segurança Alimentar e Nutricionais de crianças menores de dois anos, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.....	33
<b>Tabela 3</b> - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças menores de seis meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.....	35
<b>Tabela 4</b> - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças com idade entre 6 e 11,9 meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.....	37
<b>Tabela 5</b> - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças com idade entre 12 e 24 meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.....	39

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AME – Aleitamento Materno Exclusivo  
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada  
EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar  
FBA - Folha de Balanço de Alimentos  
FAO – Food and Agriculture Organization  
ISAN - Segurança Alimentar e Nutricional  
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional  
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social  
PB – Paraíba  
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
POF - Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares  
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional  
SISVAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – BREVE HISTÓRICO.....	17
3.2 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) EM CRIANÇAS.....	20
3.3 MÉTODOS DE MENSURAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2 MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E COLETA DE DADOS.....	27
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	30
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é um direito fundamental ao ser humano, inerente à dignidade do indivíduo e indispensável à realização dos outros direitos presentes na Constituição Federal, sendo dever do poder público adotar políticas e ações com a finalidade de promover e garantir da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, levando em consideração as dimensões ambientais, econômicas, culturais, regionais e sociais da mesma (BRASIL, 2004a).

O DHAA tem respaldo na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) sancionada em setembro de 2006, a qual define o conceito de SAN como:

Art. 3º. A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Segundo o relatório final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2007), assim como os grupos em vulnerabilidade socioeconômica, os povos negros e indígenas e os indivíduos acometidos por patologias associadas à alimentação e nutrição, a fase de vida como a infância e a terceira idade expõem uma quantidade elevada de pessoas à situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN).

Considerando as crianças menores de dois anos de idade, pode-se entender que este período da vida é caracterizado como um dos períodos mais críticos para assegurar a SAN de uma população, tendo em vista que as crianças nesta faixa etária apresentam um organismo imaturo e um ritmo de crescimento e desenvolvimento acelerado, representando um período de vulnerabilidade aos agravos sociais, econômicos e ambientais (OLIVEIRA et al., 2006; PALMEIRA; SANTOS; VIANNA, 2011).

Partindo desta concepção de vulnerabilidade, entende-se que a SAN de crianças nesta faixa etária é definida como:

A SAN de crianças menores de dois anos de idade é modulada pela exposição desta ao consumo de alimentos adequados para a faixa etária e que contribuam para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, sendo estas práticas proporcionadas pelo o convívio, desde sua vida intra-uterina, em um ambiente intrafamiliar e comunitário saudável, no qual esta

desfrute, dentre outros benefícios, do afeto e de cuidados adequados para o seu pleno crescimento e desenvolvimento (PALMEIRA, 2008, p.34).

Desta forma, alguns estudos estão sendo desenvolvidos com a finalidade de conhecer os fatores que estão relacionados com a situação de SAN de domicílios que apresentam crianças em sua conjuntura. Estes estudos apontam a influência da aglomeração e da composição familiar, do estado de salubridade do domicílio, como também do consumo alimentar das crianças sobre este fenômeno. Porém os mesmos não avaliam a complexidade do fenômeno e sim os fatores relacionados de forma isolada (ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; SOUZA; PEDRAZA; MENEZES, 2012; VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010).

Diante disto o presente estudo objetiva analisar a SAN de crianças menores de dois anos de idade residentes no município de Cuité, Paraíba (PB), com base em uma metodologia específica para este público, que consta de um conjunto de indicadores que refletem a complexidade da situação de SAN vivenciada por crianças nesta faixa etária, tendo em vista que diagnósticos desse tipo faz-se necessário para uma melhor compreensão da dimensão do problema na hora de planejar e ou implementar políticas públicas direcionadas a superação do mesmo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

- Analisar a Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade do município de Cuité-PB.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Mensurar a Segurança Alimentar e Nutricional das crianças pesquisadas;
- Identificar os fatores que determinam o estado de Insegurança Alimentar e Nutricional nas crianças pesquisadas.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO E POLÍTICAS PÚBLICAS:**

O termo segurança alimentar surge no período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) com um enfoque de segurança nacional e de capacidade suficiente de produção de alimentos por cada país, ou seja, de autonomia na produção de alimentos. Após a Segunda Guerra Mundial esse termo ganha forças, nesse período entendia-se que a insegurança alimentar era resultado da produção insuficiente de alimentos, a partir dessa visão ocorreu então a chamada Revolução Verde, que foi tida como a possível superação do momento de insegurança alimentar vivenciado, pois a mesma teve a finalidade de aumentar a produção de alimentos. No entanto observou-se que o aumento da produtividade não acompanhou o declínio da fome (BURITY, et al., 2010).

A produção em grande escala e a persistência da fome levaram ao entendimento, na década de 80, que uma das principais causas da insegurança alimentar se dava pela instabilidade no acesso aos alimentos e pela iniquidade na distribuição dos mesmos, sendo incorporado no conceito a ideia de que o estado de segurança alimentar era determinado pelo acesso permanente dos indivíduos aos alimentos (PEREIRA; SANTOS, 2008).

Com os passar dos anos o conceito de segurança alimentar foi sendo discutido e aprimorado, quando no final da década de 80 e início da década de 90 se acrescenta ao conceito as ideias de que o alimento deveria ser seguro, do ponto de vista químico e biológico, e de qualidade nutricional, produzidos com base na sustentabilidade e respeitando a cultura existente (VALENTE, 2011).

A década de 90 foi marcada por discussões/movimentos sobre o combate à fome, nesse período surge a luta pela reafirmação do DHAA, que já estava sendo discutido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), desta forma em 1996, na cidade de Roma, na Cúpula Mundial da Alimentação a discussão do DHAA com a SAN se aproximou, o que resultou no entendimento que a SAN é uma estratégia para a garantia do DHAA (BURITY, et al., 2010).

No Brasil, a visão do estado de fome enquanto violação do DHAA se deu a partir dos debates trazidos por Josué de Castro na década de 40, ele trouxe para a discussão nacional que

os determinantes da fome eram muito mais do que biológicos, estando relacionados também com fatores políticos, econômicos e sociais. A partir deste momento surgiram as políticas públicas voltadas para alimentação em âmbito nacional. Porém, nas décadas de 70 e 80, as políticas públicas com enfoque na alimentação eram meramente caracterizadas pelo assistencialismo, onde basicamente visavam a compra e a distribuição de alimentos para grupos em estado de vulnerabilidade (LEÃO; RECINE, 2011).

Na década de 90, o Brasil vivenciava um retrocesso nas políticas sociais nacionais, e assim a sociedade civil organizada articula a campanha contra a fome e a miséria e pela a vida coordenada pelo sociólogo Herbert de Sousa. Como resultado deste movimento houve a mobilização da sociedade civil e do governo pelo combate à fome e a miséria. (LEÃO; TECINE, 2011; MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996).

No ano de 1993, uma proposta de política nacional de SAN foi apresentada ao Governo Federal como “Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria”. A partir desta proposta, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), e como atuação do mesmo foi realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, na qual o relatório final refletiu a preocupação da população brasileira com a concentração de renda e da terra, vista como um dos principais determinantes da fome e da miséria no país, que resultou mais tarde na criação do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional, em 1998. Porém o governo nesse momento passava por uma mudança estrutural, impedindo a continuidade do debate e do trabalho iniciado por este conselho, sendo assim extinto o CONSEA no ano de 1994 (CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR - JUIZ DE FORA, 2011).

O debate sobre a SAN volta à agenda política nacional em 1999 com a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (PANELLI-MARTINS, 2007). No ano 2003 ocorreu a recriação do CONSEA e o lançamento da Estratégia Fome Zero, resultado do entendimento do governo federal como prioridade o combate à fome e à pobreza (CÂMERA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011; LEÃO; TECINE, 2011).

No ano de 2006, foi sancionada a LOSAN, como forma de respaldo legal para o DHAA, a qual define que a situação de SAN é alcançada quando o indivíduo tem acesso regular e permanente a alimentos adequados em qualidade e quantidade, sem comprometer o acesso aos outros direitos essenciais à vida, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde e que respeitem a diversidade cultural e que sejam sustentáveis do ponto de vista ambiental, cultural, econômica e social.

Outro marco legal acerca do tema foi realizado em 2010, quando no Congresso Nacional foi aprovado o Projeto da Emenda Constitucional Nº 047/2003 que inclui entre os direitos sociais o DHHA (NASCIMENTO et al., 2009).

No conceito de SAN, citado acima, pode-se considerar duas dimensões, a alimentar e a nutricional. A dimensão alimentar refere-se à produção e disponibilidade de alimentos, que deve ser suficiente e adequada para atender as necessidades da população, estável e continuada para garantir a oferta permanente, autônoma para que se alcance a autossuficiência nacional em alimentos básicos, equitativa para garantir o acesso universal ao alimento e sustentável do ponto de vista agroecológico, social, econômico e cultural (BURITY et al., 2010).

Na dimensão nutricional se incorpora as relações entre o indivíduo e o alimento, no tocante ao preparo dos alimentos com técnicas que preservem o valor nutricional e sanitário, consumo alimentar adequado e saudável para cada fase de vida, condições de promoção de saúde, da higiene e de uma vida saudável para melhorar e garantir a adequada utilização biológica dos alimentos consumidos, dentro outros fatores (BURITY et al., 2010).

A partir destas dimensões entende-se que as situações de ISAN podem estar relacionadas a distintos fatores sendo estas situações identificadas por problemas distintos como por exemplo, a fome, desnutrição, obesidade, doenças geradas pela alimentação inadequada e consumo de alimentos prejudiciais à saúde.

No Brasil, uma das principais ações que visam a promoção da SAN foi a criação Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), onde este sistema contempla a atuação das três esferas de governo e da sociedade civil e tem o objetivo de formular e implementar políticas de SAN, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da segurança alimentar e nutricional da população (BURITY et al., 2010).

Atualmente existem vários programas e ações que integram o SISVAN, como o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, que tem como objetivo o estímulo à agricultura familiar; o Programa de Aquisição de Alimentos que promove aquisição dos alimentos de pequenos agricultores estimulando também a agricultura familiar; o Programa Bolsa Família, que realiza transferência condicionada de renda; o Programa de Alimentação do Trabalhador, que juntamente com os Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Bancos de Alimentos e o Programa Nacional de Alimentação Escolar, disponibilizam alimentos a estudantes, trabalhadores e pessoas em

vulnerabilidade à ISAN (CÂMERA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011).

Desta forma o governo brasileiro tem reconhecido a importância de formular políticas públicas com a finalidade de superação do estado de ISAN vivenciado pela a população.

### 3.2 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E CRIANÇAS:

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2009), dos domicílios particulares pesquisados 69,8% estavam em situação de SAN. No tocante a situação de ISAN verifica-se em nível nacional uma prevalência considerável de domicílios nesta situação (31,2%), sendo que a prevalência de domicílios com pessoas em situação de ISAN do tipo leve foi estimada em 18,7%, já em situação de ISAN do tipo moderada foi de 6,5% e 5,0% dos domicílios foram classificados em situação de ISAN do tipo grave.

Ainda segundo esta pesquisa a condição de SAN ou ISAN nos domicílios é afetada pela presença ou não de crianças. Sendo observado que à medida que aumentava a idade dos integrantes do domicílio, aumenta também, as proporções de domicílios em SAN (IBGE, 2010). Para Rose (1999), quando uma criança se encontra em estado de privação alimentar, pode-se entender que no domicílio os adultos estejam se alimentando de maneira insuficiente há algum tempo.

Considerando a importância de analisar a situação de crianças em domicílios que estão em situação de ISAN e os respectivos reflexos desta situação sobre as crianças, estudos estão sendo desenvolvidos com a finalidade de conhecer os fatores relacionados a situação de ISAN de domicílios com crianças em sua conjuntura familiar.

No estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, ao pesquisarem apenas domicílios em situação de ISAN verificou-se que a prevalência de obesidade em crianças foi alta (15%), sendo observado também que 21% das crianças menores de 5 anos apresentavam déficit de crescimento. Em relação ao aglomerado de pessoas no domicílio o autor dessa pesquisa relata que prevalências de ISAN são consideravelmente mais elevadas entre as famílias com cinco ou mais membros (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES,2010).

Em outro estudo desenvolvido com 250 crianças em idade pré-escolar assistidas por creches localizadas na cidade de João Pessoa, observou-se que nas crianças com estatura e peso normal encontrou-se uma proporção maior de SAN, já nas crianças com

déficit de estatura, como também com excesso de peso a proporção mais expressiva encontrada foi a de ISAN leve, sendo de 42,0% e 43,8%, respectivamente. Os dados deste estudo revelam também que o esquema vacinal incompleto mostrou-se mais associado à baixa estatura infantil (SOUZA; PEDRAZA; MENEZES, 2012).

Uma pesquisa realizada durante os anos de 2005 e 2006 no Distrito do Butantã, zona oeste do Município de São Paulo, sendo esta considerada uma área de alta vulnerabilidade social, teve como objetivo analisar a situação de ISAN e o vínculo inadequado mãe-filho como determinantes da desnutrição em crianças de quatro a seis anos de idade. Após análise dos dados foi observado que tanto a ISAN familiar (*odds ratio*= 3,6) como o vínculo mãe-filho inadequado (*odds ratio*= 9,4) mostraram-se fatores determinantes da ocorrência da desnutrição na população estudada (VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO 2010, p.202).

Ao desenvolverem um estudo Antunes; Sichieri; Salles-Costa (2010), com 384 domicílios que continham crianças de 6 a 30 meses, realizado no Distrito de Campos Elíseos, município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, verificou-se que ao comparar o percentual de inadequação do consumo de energia e nutrientes de acordo com a presença de ISAN, a proporção de crianças que residem em domicílios em situação de ISAN do tipo moderada e grave e que não atingiram as recomendações de consumo de proteínas foi significativamente maior quando comparadas aquelas em SAN, o mesmo observa-se quanto ao consumo de ferro. No tocante ao consumo alimentar das crianças nos domicílio em ISAN, foi verificado que entre as crianças com ISAN leve houve o consumo maior das porções dos grupos das hortaliças, doces e açúcares, e o um consumo menor para os cereais quando comparadas com as crianças pertencentes a domicílios em situação de SAN, já entre as crianças de domicílios com ISAN moderada e grave o consumo médio de porções foi significativamente reduzido para cereais, hortaliças, frutas, carnes e ovos e gorduras. Vale relatar que no estudo o consumo de café foi mais elevado entre crianças com família que apresentaram as formas mais severas de ISAN.

Nos estudos expostos aqui verificou-se a influência de fatores sociais, ambientais e das características alimentares sobre a situação de SAN em domicílio com crianças. Tendo em vista a vasta complexidade do conceito SAN e que as metodologias utilizadas não mensuram propriamente a SAN e ISAN de crianças torna-se importante e necessário a produção de mais estudos com esse público alvo, para um melhor entendimento deste fenômeno.

### 3.3 MÉTODOS DE MENSURAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:

Considerando as políticas atuais de SAN é de suma importância a utilização de metodologias para a mensuração e monitoramento da ISAN na população.

Assim, segundo Peres–Escamilla e Segall-Corrêa (2008), há pelo menos cinco métodos bastante utilizados em inquéritos nacionais para avaliação da ISAN, sendo estes: Indicador de Prevalência de Subalimentação proposto pela Food and Agriculture Organization (FAO), Indicador de Proporção do Orçamento Domiciliar total gasto em Alimentos por Quintil de Renda da População, sendo que no Brasil esse dado é disponibilizado periodicamente por meio da Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares (POF), Avaliação do Consumo Dietético Individual, Antropometria e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A autora relata que todos os métodos possuem limitações na mensuração da ISAN.

1. Indicador de Prevalência de Subalimentação: este indicador é calculado através da Folha de Balanço de Alimentos (FBA) do país. Este método consiste na comparação do consumo usual de alimentos, em calorias, com as necessidades energéticas da população, a inadequação deste, ou seja, consumo abaixo do preconizado, é considerada subnutrida. Uma das principais vantagens de sua utilização se dá pelo fato dos dados estarem disponíveis para quase todos os países, viabilizando assim a comparação entre eles e suas regiões, como também a observação de tendências temporais. Porém, o método apresenta limitações que devem ser previamente conhecidas como, o fato deste indicador não contemplar a dimensão de qualidade dos alimentos, as carências nutricionais específicas e a presença de sobrepeso entre indivíduos em estado de vulnerabilidade, que são causados pelo consumo excessivo de energia e alimentos de baixa qualidade nutricional (KEPPLE; GUBERT; SEGALL-CORRÊA, 2011); Este indicador não se aplica para a mensuração da SAN de crianças menores de dois anos, devido não ser o objetivo deste método calcular o consumo de um indivíduo isolado e sim da população;

2. Indicador de Proporção do Orçamento Domiciliar total gasto em Alimentos por Quintil de Renda da População: através deste indicador pode-se conhecer o quanto da renda familiar é destinada para a compra dos alimentos, o que pode permitir não apenas o conhecimento da quantidade de alimentos consumidos pela a família, como também o aspecto qualitativo da alimentação. Como limitação desse indicador observa-se que ele se

detêm na análise da disponibilidade de alimentos no nível domiciliar e não necessariamente o consumo dos alimentos, nem a distribuição desse consumo entre os membros das famílias, a exemplo das crianças (SEGALL-CORRÊA, 2007);

3. Avaliação do Consumo Dietético Individual: o consumo alimentar individual pode ser mensurado através de vários métodos, sendo que estes devem fazer referência a um determinado período de tempo, exemplos destes são: os recordatórios de 24 horas, os questionários de frequência alimentar e os registros alimentares mantidos por indivíduos ou por um observador. Entre as vantagens da utilização destes métodos pode-se observar que eles permitem a análise atual do consumo alimentar, a avaliação da ingestão tanto a curto, médio e longo prazo, contempla aspectos de quantidade e a qualidade da alimentação, assim identifica os domicílios e indivíduos em risco. No entanto apresentam desvantagens como, dependência da memória do entrevistado, alta variabilidade intrapessoal na ingestão de nutrientes, dificuldade para estimar o tamanho das porções, incerteza dos requerimentos humanos acerca de alguns nutrientes, necessidade de tabelas de composição de alimentos, entre outros (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008). Com a utilização destes métodos é possível mensurar a dimensão alimentar da SAN de crianças, porém é insuficiente para discutir a complexidade deste fenômeno;

4. Antropometria: trata-se de um indicador indireto das condições de SAN e reflete os impactos das carências nutricionais. Levando-se em consideração que pode-se observar em indivíduos que vivenciam a situação de ISAN tanto o quadro de desnutrição, quanto de obesidade. Entretanto o uso da antropometria é limitado para se estimar a ISAN, pois não contempla todas as dimensões desta situação, inclusive em crianças menores de dois anos (KEPPLE; GUBERT; SEGALL-CORRÊA, 2011). No entanto, Peres–Escamilla e Segall-Corrêa (2008) cita como vantagens o custo relativamente baixo, sendo possível o mapeamento da SAN do nível local ao nacional para compreensão de tendências, determinantes e consequências da má nutrição no nível individual, além de ser apropriada para o controle e a avaliação de intervenções quando utilizando em conjunto com outros indicadores;

5. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA): No Brasil, a utilização da escala de medida direta da ISAN partiu do estudo de validação, com utilização de recursos de pesquisa qualitativa e quantitativa. Trata-se de um indicador direto de SAN em nível domiciliar, assim não é utilizado para a mensuração deste fenômeno em indivíduos isolados, como no caso de crianças, e conta na sua estrutura com 15 perguntas, cuja as perguntas

constituem agrupamentos conceituais que permitem estimar as prevalências de SAN e classificar os domicílios em três níveis de ISAN: ISAN do tipo Leve, Moderada ou Grave. Segundo a escala entende-se ISAN leve quando existe a preocupação ou o medo de se vivenciar situação de fome e a presença de problemas na qualidade dos alimentos consumidos pela família, por ISAN moderada entende-se que a família vivencia uma situação de restrição na quantidade de alimentos consumidos, já a ISAN grave (severa) é determinada pela a situação de fome entre adultos e/ou crianças que fazem parte da família. (SEGAL-CORRÊA et al., 2003). Segundo Kepple e Segall-Corrêa (2011) a EBIA apresenta uma alta validade, para o diagnóstico desta condição, bem como para o monitoramento e avaliação das ações de combate à fome no país, para as autoras um argumento forte em favor deste indicador é exatamente a sua capacidade de contemplar não apenas a mensuração da dificuldade de acesso familiar aos alimentos, mas também as dimensões psicológicas e sociais desta situação, além do baixo custo e a fácil aplicabilidade. Como desvantagem na sua utilização pode-se observar que seus limites são dados pelo caráter “subjetivo” da ISAN, que dificulta comparações entre países, além de que ela não aborda a qualidade sanitária dos alimentos consumidos pela a família (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

Levando em consideração as crianças menores de dois anos de idade, foco desse estudo, observa-se que as metodologias utilizadas para a mensuração da SAN não são específicas para esse público alvo e de que todos os métodos citados possuem limitações na mensuração da ISAN.

Desta forma, no ano de 2008, foi proposto um método de mensuração da SAN específico para crianças menores de dois anos de idade, que consta de uma matriz de indicadores e que foi elaborada em cima de um conceito-guia de SAN para esse público, para autora esse conceito foi definido como:

A SAN da criança menor de dois anos de idade é modulada pela exposição desta ao consumo de alimentos inócuos e de qualidade nutricional, adaptados às necessidades de cada idade, que contribuam para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, sendo estas práticas proporcionadas pelo o convívio, desde sua vida intra-uterina, em um ambiente intrafamiliar e comunitário saudável, no qual esta desfrute, dentre outros benefícios, do afeto e de cuidados adequados para o seu pleno crescimento e desenvolvimento (PALMEIRA, 2008, p.34).

Com base neste método entende-se que o estado de SAN de crianças menores de dois anos de idade, a nível de indivíduo, se relaciona com 4 dimensões de análises, que compõem a

matriz dos indicadores, sendo estas: Condições de vida na família e na comunidade, Prática de cuidado e atenção à saúde, Estado de saúde e Prática Alimentar (PALMEIRA, 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 POPULAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO:

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados dados oriundos de uma pesquisa que foi realizada no município de Cuité-PB (2011), intitulada “Segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte”, e desenvolvida por uma equipe de pesquisadores pertencentes ao curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, sendo esta financiada pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) juntamente com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Nesta pesquisa foi realizado um estudo transversal de base populacional, onde foram desenvolvidos três diagnósticos, sendo um destes com crianças menores de dois anos de idade atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Cuité, foco deste trabalho. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Campina Grande (CAAE N: 0102.0.133.000-11).

O cálculo da amostra se deu pela técnica de Amostragem Aleatória Estratificada por USF existente na zona urbana. As amostras dos estratos foram calculadas a partir do critério de partilha proporcional, com o valor do erro de amostragem igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se um valor antecipado para P de 0,5, o que determinou uma maior aproximação para o valor da variância da característica na população, determinando-se, deste modo, maior tamanho da amostra para a precisão fixada.

O cálculo da amostra se deu através de dados disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde de Cuité, que informou a quantidade de crianças menores de dois anos acompanhadas nas 5 USF da zona urbana do município (314 crianças), o que originou uma amostra representativa de 127 crianças. Para a realização da pesquisa de campo dividiu-se o número de crianças a serem pesquisadas em cada USF pela quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) existentes em cada unidade. Sendo assim, os ACS foram orientados a indicar o endereço das crianças menores de dois anos de forma a distribuí-las de acordo com a localização do domicílio, proporcionando assim, a pesquisa com crianças de diferentes microáreas.

## 4.2 MÉTODO PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E COLETA DE DADOS:

Com o objetivo de avaliar a SAN neste público adotou-se o método proposto por Palmeira (2008), que consta de uma matriz de indicadores (Anexo A, B e C), formulada a partir de um conceito-guia de SAN em crianças menores de dois anos, citado anteriormente. Esta matriz é subdividida em quatro dimensões de análise, sendo estas: Condições de vida na família e na comunidade, Prática de cuidado e atenção à saúde, Estado de saúde e Prática Alimentar, onde cada dimensão é composta por um conjunto de indicadores específicos.

Levando em consideração a heterogeneidade do grupo de crianças menores de dois anos, a referida metodologia apresenta indicadores para subgrupos etários: Subgrupo 1 (crianças com faixa etária menor que seis meses), Subgrupo 2 (crianças com idade entre 6 e 11,9 meses), e Subgrupo 3 (crianças com idade entre 12 e 23,9).

A metodologia apresenta um conjunto de 22 indicadores que se distribuem nas 4 dimensões de análise citadas. Alguns destes são comuns para todos os subgrupos etários enquanto outros específicos (Quadro 1). Cada indicador apresentado é avaliado considerando um critério de sucesso pré-estabelecido, que assim, permite classificar a situação da criança em adequada ou inadequada, ou seja, informa se no indicador avaliado a criança atingiu o critério de sucesso. O Quadro 2 apresenta os critérios de sucesso para cada indicador.

Considerando os indicadores adotados nesta metodologia, utilizou-se um questionário semiestruturado (Anexo D) abordando as informações necessárias para a avaliação de cada indicador, sendo elas: socioeconômicas da família da criança, informações sobre gestação, prática do aleitamento materno e alimentação complementar, estado nutricional e morbidade da criança, além de informações sobre acesso aos serviços de saúde.

Para fins de coleta de dados sobre a alimentação da criança foi aplicado um recordatório de 24 horas, para aferição de peso e de altura seguiu as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) e foram utilizadas balanças digitais portáteis da marca Wiso Ultra Slim e fita métrica não elástica. Na aferição do peso da criança, a mãe foi pesada inicialmente sozinha e posteriormente com a criança, ao final foi calculado o peso da criança.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2011, por 15 alunos bolsistas, previamente treinados. A entrevista foi realizada com a mãe ou responsável pela criança após o conhecimento sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E).

Ao término do trabalho de campo amostra final foi de 96 crianças, tendo uma perda de 24,4 % da amostra total da pesquisa, devido à falta de dados necessário para a utilização da matriz nestes casos.

**Quadro 1** - Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos: síntese da matriz de indicadores segundo dimensões de análise e subgrupos etários, Salvador, 2008.

<b>DIMENSÃO DE ANÁLISE</b>				
	<b>CONDIÇÕES DE VIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE</b>	<b>PRÁTICA DE CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>ESTADO DE SAÚDE</b>	<b>PRÁTICA ALIMENTAR</b>
<b>SUBGRUPO 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de salubridade ambiental;</li> <li>- Renda familiar mensal per capta;</li> <li>- Habitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anos de estudo da mãe;</li> <li>- Idade precoce materna;</li> <li>- Utilização dos serviços básicos de saúde;</li> <li>- Atenção pré-natal;</li> <li>- Atenção no parto;</li> <li>-Licença maternidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocorrência de diarreia;</li> <li>- Anemia referenciada;</li> <li>- Peso ao nascer;</li> <li>- Estado nutricional antropométrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de chupeta/mamadeira;</li> <li>- Aleitamento Materno Exclusivo;</li> </ul>
<b>SUBGRUPO 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de salubridade ambiental;</li> <li>- Renda familiar mensal per capta;</li> <li>- Habitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anos de estudo da mãe;</li> <li>- Idade precoce materna;</li> <li>- Utilização dos serviços básicos de saúde;</li> <li>-Atenção pré-natal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocorrência de diarreia;</li> <li>- Anemia referenciada;</li> <li>- Peso ao nascer;</li> <li>- Estado nutricional antropométrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de chupeta/mamadeira;</li> <li>- Aleitamento Materno Complementar;</li> <li>- Consumo de alimentos de ferro;</li> <li>- Frequência alimentar;</li> <li>- Consumo de alimentos industrializados;</li> <li>- Variedade;</li> <li>- Consistência;</li> <li>- Consumo de frutas.</li> </ul>
<b>SUBGRUPO 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de salubridade ambiental;</li> <li>- Renda familiar mensal per capta;</li> <li>- Habitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anos de estudo da mãe;</li> <li>- Idade precoce materna;</li> <li>- Utilização dos serviços básicos de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocorrência de diarreia;</li> <li>- Anemia referenciada;</li> <li>- Peso ao nascer;</li> <li>- Estado nutricional antropométrico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de chupeta/mamadeira;</li> <li>- Aleitamento Materno Complementar;</li> <li>- Consumo de alimentos de ferro;</li> <li>- Frequência alimentar;</li> <li>- Consumo de alimentos industrializados;</li> <li>- Variedade;</li> <li>- Consistência;</li> <li>- Consumo de frutas.</li> </ul>

Fonte: Baseada em: PALMEIRA, P.A.; Análise da Segurança Alimentar e Nutricional: Uma contribuição na Perspectiva da Criança; Salvador, 2008.

**Quadro 2:** Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade: critérios de sucessos dos indicadores que compõem a matriz, Salvador, 2008.

<b>Indicador</b>	<b>Critério de sucesso adotados na avaliação de cada indicador</b>
Índice de salubridade ambiental	- Ambiente salubre: até 2 moradores por cômodos de dormir, existência de sanitário com descarga, água encanada e coleta de lixo no domicílio
Renda familiar mensal per capita	- Acima 140 reais por morador do domicílio
Habitação	- Alvenaria com acabamento completo
Anos de estudos da mãe ou responsável	- 4 anos de estudos ou mais
Idade precoce materna	- 20 anos ou mais
Utilização dos serviços de saúde	- Contato com os serviços de atenção básica à saúde: criança tem o cartão da criança, a vacinação e suplementação de vitamina A em dia, peso avaliado pelo o sistema de saúde
Atenção ao pré-natal	- Atenção pré-natal durante a gestação: 6 ou mais consultas realizadas, início do pré-natal no primeiro trimestre e mãe recebeu informação sobre o aleitamento materno por algum profissional de saúde
Atenção ao parto	- Atenção ao parto: parto realizado por médico ou enfermeiro e bebê colocado junto da mãe na sala de parto
Licença maternidade	- Mãe beneficiária da licença maternidade
Ocorrência de diarreia	- Mãe/cuidador afirma que a criança não teve diarreia nas duas últimas semanas
Anemia referenciada	- Mãe/cuidador afirma que nos últimos 3 meses não foi relatado pelo médico a existência do quadro de anemia na criança
Peso ao nascer	- Peso ao nascer maior que 2.500 kg
Estado nutricional antropométrico	- Peso adequado para idade
Uso de chupeta e/ou mamadeira	- Criança não usa chupeta e/ou mamadeira
Aleitamento Materno Exclusivo	- Amamentação exclusiva
Aleitamento Materno Complementado	- Consumo de leite materno e de alimentos complementares
Consumo de alimentos fontes de ferro	- Consumo de alimentos fontes de ferro pelo menos 1 vez ao dia*
Frequência alimentar	- Consumo entre 5 e 6 refeições por dia
Consumo de alimentos industrializados	- Consumiu alimentos industrializados**
Variedade	- Subgrupo 2: criança consome 4 – 5 tipos de alimentos ao dia** - Subgrupo 3: criança consome 5 – 6 tipos de alimentos ao dia ***
Consistência	- Subgrupo 2: consumo de alimentos de consistência pastosa/semi-sólida de sal - Subgrupo 3: consumo alimentos de consistência sólida
Consumo de frutas	- Subgrupo 2: consumo de frutas, no mínimo 1 vez ao dia - Subgrupo 3: A criança consome frutas no mínimo 2 vezes ao dia.

Fonte: Baseada em: PALMEIRA, P.A.; Análise da Segurança Alimentar e Nutricional: Uma contribuição na Perspectiva da Criança; Salvador, 2008.

\* Consumo de sopa ou refeições com carne e/ou feijão

\*\* Refrigerantes, salgadinhos, guloseimas, condimentos, dentre outros;

\*\*\* Considera-se os seguinte grupos de alimentos: Leite materno; Cereais/pães/tubérculos; Leite e derivados; Leguminosas; Verduras e frutas; Carnes e ovos.

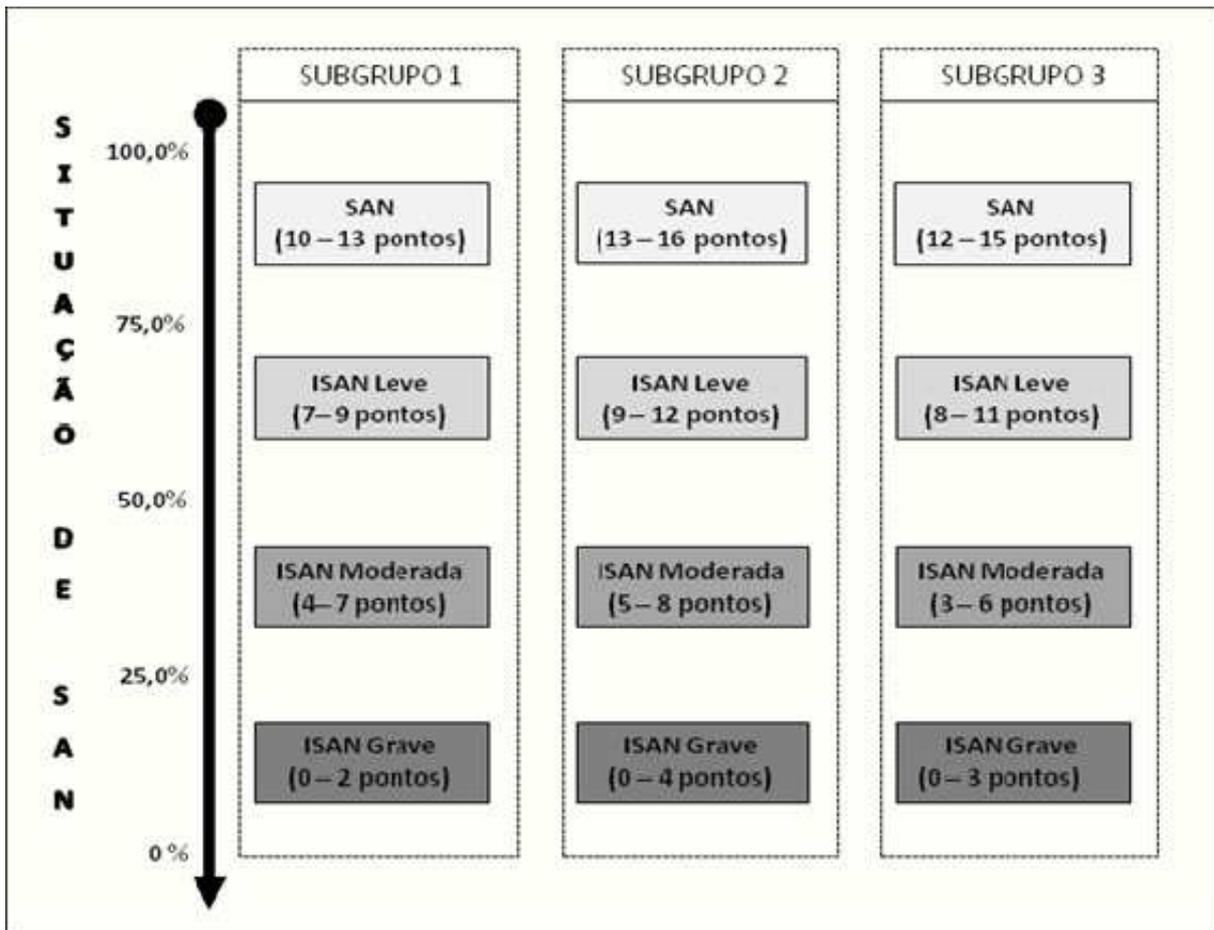
### 4.3 ANÁLISE DE DADOS:

A análise de dados consistiu primeiramente da avaliação dos indicadores individualmente e posteriormente da análise agregada do conjunto de indicadores de cada dimensão, caracterizando assim, cada uma delas.

Para a análise da situação de SAN da criança o método propõe avaliar o conjunto de indicadores por meio de uma escala de pontuação. Assim é atribuído o valor de 1 ponto quando a criança é avaliada de maneira adequada, ou seja, alcança o critério de sucesso estabelecido para o indicador. Para o indicador de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi atribuído o valor de 7 pontos no caso de cumprimento do critério de sucesso, esse valor maior foi definido a prática do AME devido se entender que outros aspectos da alimentação saudável, abordado nos indicadores dos demais subgrupos, estão ligados à realização do AME.

Assim, a classificação do estado de SAN e dos níveis de ISAN das crianças, foi realizada após a soma dos pontos obtidos no conjunto de indicadores, sendo que quanto maior a pontuação melhor o nível de SAN da criança.

Para classificar os níveis de ISAN foi calculado o percentual de desempenho na matriz de indicadores para cada criança. Foram classificadas em situação de SAN as crianças que alcançaram um percentual igual ou superior a 75% da pontuação máxima; em ISAN do tipo leve aquelas que apresentaram desempenho entre 74% e 50%; o desempenho entre 49% e 25% classificou a situação de ISAN moderada; e as crianças que obtiveram desempenho entre 0 e 24% foram classificadas em situação de ISAN grave, conforme apresenta a Figura 1. O pacote estatístico SPSS for Windows (versão 11.0) foi utilizado para a realização das análises estatísticas, que constou de estatísticas descritivas e de frequências univariadas.



**Figura 1-** Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos: escala de pontuação e classificação, Salvador, 2008.

Fonte: PALMEIRA, P.A.; Análise da Segurança Alimentar e Nutricional: Uma contribuição na Perspectiva da Criança; Salvador, 2008, p. 63.

## 4 RESULTADOS

Neste estudo será analisada e caracterizada a situação de SAN de crianças menores de dois anos residentes no município de Cuité-PB segundo faixa etária. Para análise considerou-se as crianças com idade menor do que 6 meses como subgrupo 1, o que corresponde a 29,6% da amostra, as crianças com idade entre 6 e 11,9 meses como subgrupo 2, que representam 26,5% das crianças pesquisadas, e as crianças com idade entre 12 e 24 meses como o subgrupo 3, compondo 43,9% da amostra. Em relação ao sexo a maioria das crianças são do sexo feminino, o que não se diferencia nos subgrupos, visto que 55,2% das crianças do subgrupo 1 são do sexo feminino, assim como 53,8% do subgrupo 2 e 62,8% do subgrupo 3. Com relação à média da idade verificou-se que entre as crianças que compõem o subgrupo 1 a média de idade é de 2,8 meses, de 8,38 meses e de 16,30 meses entre as crianças dos subgrupos 2 e 3, respectivamente.

Na tabela 1 estão expostos os resultados da situação de SAN e ISAN destas crianças, onde pode-se observar através dos dados uma baixa prevalência de SAN em todos os subgrupos. No tocante a ISAN verifica-se que apesar de em todos os subgrupos o percentual de ISAN revelar-se acima de 85%, a distribuição da gravidade desta situação se mostrou diferente entre os mesmos. Destaca-se a inexistência de casos de ISAN na sua forma grave.

**Tabela 1** - Prevalência de Segurança Alimentar e Nutricional em crianças menores de dois anos, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2011.

Variável	Subgrupo 1		Subgrupo 2		Subgrupo 3	
	N	%	N	%	N	%
<b>Segurança Alimentar e Nutricional</b>	<b>04</b>	<b>13,8</b>	<b>02</b>	<b>7,7</b>	<b>03</b>	<b>7,0</b>
<b>Insegurança alimentar e Nutricional</b>	<b>25</b>	<b>86,2</b>	<b>24</b>	<b>92,4</b>	<b>40</b>	<b>93,0</b>
ISAN Leve	12	41,4	12	46,2	32	74,4
ISAN Moderada	13	44,8	12	46,2	08	18,6
ISAN Grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Considerando a SAN, pode-se observar que o subgrupo 1 apresenta a melhor situação quando comparado aos demais, porém, ainda insatisfatória, visto que este percentual é de apenas 13,8%. Sobre a situação de ISAN observa-se uma prevalência considerável de ISAN do tipo leve em todos os subgrupos, sendo esta prevalência maior nas crianças com idade entre 12 e 24 meses. No tocante aos níveis de ISAN do tipo moderada pode-se destacar uma alta prevalência nos subgrupos 1 (44,8%) e 2 (46,2%)

quando comparado ao 3 (18,6%), caracterizando as crianças menores de 1 ano como o grupo mais exposto a ISAN.

Este resultado indica que as crianças dos subgrupos 1 e 2 não obtiveram o critério de sucesso pré-estabelecido na metodologia adotada para a maioria dos indicadores, pois quanto maior o número de indicadores para os quais foram alcançados os critérios de sucesso, menor a gravidade da ISAN.

Na tabela 2 estão apresentados os resultados obtidos segundo faixa etária para cada dimensão de análise da SAN considerada neste estudo. Pode-se observar um grau elevado de inadequação em todas as dimensões para todos os subgrupos.

**Tabela 2** - Resultados das dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.

<b>Dimensões de análise da Segurança Alimentar e Nutricional</b>	<b>Subgrupo 1</b>		<b>Subgrupo 2</b>		<b>Subgrupo 3</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Condições de vida na família e na comunidade</b>						
Adequado	06	20,7	07	26,9	16	37,2
Inadequado	23	79,3	19	73,1	43	62,8
<b>Prática de cuidado e atenção à saúde</b>						
Adequado	03	10,3	06	23,1	20	46,5
Inadequado	26	89,7	20	76,9	23	53,5
<b>Estado de Saúde</b>						
Adequado	12	41,4	11	42,3	27	62,8
Inadequado	17	58,6	15	57,7	16	37,2
<b>Prática Alimentar</b>						
Adequado	01	3,4	0	0,0	0	0,0
Inadequado	28	96,6	26	100	43	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Ao analisar o desempenho segundo faixa etária observa-se que o subgrupo 1 e 2 apresentam resultados semelhantes para a dimensão Condições de vida da criança na família e na comunidade, 79,3% e 73,1%, respectivamente, e para a dimensão Estado de saúde, pois 58,6% das crianças do subgrupo 1 e 57,7% das crianças do subgrupo 2 estão expostas a pelo menos um dos fatores de riscos para à ISAN considerados nos indicadores desta dimensão. Segundo a metodologia adotada espera-se que na dimensão que reflete as Condições de vida da criança na família e na comunidade, as famílias das crianças apresentem boas condições de acesso à água, de saneamento básico, de moradia e uma condição financeira que possibilite o acesso a bens e serviços essenciais para a manutenção da vida, e que na dimensão de Estado de saúde das crianças, as mesmas não

tenham apresentado ou não apresentem quadros das principais morbidades que caracterizam situações de ISAN como estado nutricional inadequado, carências nutricionais e episódios de diarreia.

Diante disto considera-se, neste estudo, as crianças menores de 1 ano como o grupo mais exposto para as dimensões de Condições de vida na família e na comunidade e para o Estado de saúde.

Ainda sobre o subgrupo 1 verifica-se que esta faixa etária apresenta o pior resultado para a dimensão de Prática de cuidado e atenção à saúde das crianças (89,7%), sendo que nesta dimensão espera-se que os responsáveis pelas crianças detenham dos atributos necessários para a execução adequada do cuidado e que os mesmos, como também a criança, utilizem de forma contínua e satisfatória os serviços básicos de saúde.

No tocante aos resultados obtidos pelo subgrupo 3 percebe-se que esta faixa etária é mais protegida quando comparada as outras crianças em relação às ações de cuidado e prática de atenção à saúde, como também apresentam um melhor estado de saúde. Porém, assim como observado para os demais subgrupos, estas crianças apresentam uma prática alimentar inadequada, visto que 100,0% das mesmas não apresentam em sua alimentação características de uma alimentação complementar adequada, uma vez que espera-se que esta prática alimentar seja adequada segundo faixa etária e que apresente boas condições em termo de qualidade nutricional e microbiológica.

Com a finalidade de analisar os fatores que determinam a situação de ISAN nestas crianças, serão discutidos a seguir os resultados dos indicadores de cada uma das dimensões de análise, segundo os subgrupos de idade.

- Subgrupo 1: crianças menores de 6 meses de idade:

Como citado anteriormente esta faixa etária faz parte do grupo mais exposto à ISAN segundo os resultados, visto os resultados insatisfatórios em todas as dimensões de análise.

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos pelas crianças deste subgrupo em todos os indicadores que se aplica a esta faixa etária e que compõem as dimensões de análise.

**Tabela 3** - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças menores de seis meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.

	Indicadores		Subgrupo 1	
			N	%
Dimensão Condições de vida na família e na comunidade	Indicador de Salubridade Ambiental	Adequado	11	37,9
		Inadequado	18	62,1
	Indicador de Renda Familiar Per Capita	Adequado	17	58,6
		Inadequado	12	41,4
	Indicador de Condições de Habitação	Adequado	27	93,1
		Inadequado	2	6,9
	Indicador de Escolaridade Materna	Adequado	19	65,5
		Inadequado	10	34,5
	Indicador de Idade Materna	Adequado	22	75,9
		Inadequado	07	24,1
	Indicador de Utilização dos Serviços Básicos de Saúde	Adequado	26	89,7
		Inadequado	03	10,3
	Indicador de Atenção ao Pré-Natal	Adequado	24	82,8
		Inadequado	05	17,2
	Indicador de Atenção no Parto	Adequado	11	37,9
		Inadequado	18	62,1
	Indicador de Licença Maternidade	Adequado	27	93,1
		Inadequado	02	6,9
	Indicador de Ocorrência de Diarreia	Adequado	24	82,8
		Inadequado	05	17,2
	Indicador de Anemia Referenciada	Adequado	29	100,
		Inadequado	0	0,0
	Indicador de Peso ao nascer	Adequado	28	96,6
		Inadequado	01	3,4
	Indicador de Estado Antropométrico	Adequado	15	51,7
		Inadequado	14	48,3
Dimensão Prática Alimentar	Indicador de Uso de Chupeta e/ou Mamadeira	Adequado	13	44,8
		Inadequado	16	55,2
	Indicador de Aleitamento Materno Exclusivo	Adequado	08	27,6
		Inadequado	21	72,4

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Com relação ao conjunto dos indicadores da dimensão Condições de vida na família e na comunidade, apresentado na tabela acima, observa-se um pior resultado no indicador que reflete a salubridade do ambiente em que a criança está inserida (62,1%), seguido do indicador relativo à renda familiar per capita, visto que, 41,4% destas famílias apresentam renda per capita familiar inferior a R\$ 140,00. Este contexto de risco social é reforçado ao analisar os indicadores da dimensão relacionada com a prática de cuidado, pois 24,1% dos mães/responsáveis pelas crianças menores de 6 meses estudadas apresentam idade inferior a 20 anos e 34,4% apresentam baixa escolaridade. Ainda sobre o cuidado, agora dispensado pelos serviços de saúde, vale ressaltar que este subgrupo

apresenta um bom resultado em relação a utilização de serviços básicos de saúde (89,7%) e de pré-natal (82,8%).

No tocante à saúde destas crianças observa-se que o indicador com o pior resultado nesta dimensão é o que reflete o estado antropométrico da criança a partir do indicador de peso/idade, visto que, 48,3% destas encontram-se com peso inadequado para a idade, com destaque para o excesso de peso (27,6%). Esta situação pode estar relacionada com a baixa prevalência da prática de aleitamento materno exclusivo (27,6%) observada, considerando o indicador que representa a dimensão Prática alimentar.

A realidade em que as crianças convivem mostrada através do conjunto destes indicadores e suas inter-relações caracterizam a situação de ISAN moderada verificada nesta faixa etária, sendo esta realidade baseada em uma exposição destas crianças à vulnerabilidade social e econômica, que resultam em um estado de saúde comprometido e a uma prática alimentar inadequada.

- Subgrupo 2: crianças com idade entre 6 e 11,9 meses:

Assim como observado no Subgrupo 1 as crianças com idade entre 6 e 11,9 meses também se caracteriza por uma grande exposição a ISAN neste estudo, pois observa-se um elevado número de indicadores com resultados não satisfatórios em todas as dimensões (Tabela 4), desempenho este que caracteriza a situação de ISAN do tipo moderada.

Em relação as Condições de vida destas crianças na família e na comunidade observa-se que a vulnerabilidade em termos destas condições apresentadas pelas crianças deste subgrupo é caracterizada por uma renda familiar per capita inferior a R\$ 140,00 (57,7%) e por condições ruins de salubridade (57,7%), como pode-se observar na tabela abaixo, o que reflete uma condição de vulnerabilidade socioeconômica, semelhante as crianças do subgrupo 1. Esta situação é agravada pelo o grau de escolaridade materna, visto que as mães/responsáveis das crianças avaliadas apresentam baixa escolaridade, pois 42,3% possuem menos de 4 anos de estudo. No que diz respeito a Atenção à saúde, verifica-se que 46,2% das crianças apresentaram resultados não satisfatórios para o indicador que reflete a utilização dos serviços básicos de saúde. Sobre o estado de saúde verifica-se que 23,1% das crianças apresentaram algum episódio de diarreia nas duas semanas que antecederam a entrevista e que 34,6% encontra-se com o estado nutricional inadequado, com destaque também para o excesso de peso (19,2%).

**Tabela 4** - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças com idade entre 6 e 11,9 meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.

		Indicadores	Subgrupo 2	
			N	%
Dimensão Condições de vida na família e na comunidade	Indicador de Salubridade Ambiental	Adequado	11	42,3
		Inadequado	15	57,7
	Indicador de Renda Familiar Per Capita	Adequado	11	42,3
		Inadequado	15	57,7
Indicador de Condições de Habitação	Adequado	23	88,5	
	Inadequado	03	11,5	
Dimensão -Prática de cuidado e atenção à saúde	Indicador de Escolaridade Materna	Adequado	15	57,7
		Inadequado	11	42,3
	Indicador de Idade Materna	Adequado	24	92,3
		Inadequado	02	7,7
	Indicador de Utilização dos Serviços Básicos de Saúde	Adequado	14	53,8
		Inadequado	12	46,2
	Indicador de Atenção ao Pré-Natal	Adequado	17	65,4
		Inadequado	09	34,6
	Indicador de Ocorrência de Diarreia	Adequado	20	76,9
		Inadequado	06	23,1
Dimensão -Estado de saúde	Indicador de Anemia Referenciada	Adequado	24	92,3
		Inadequado	02	7,7
	Indicador de Peso ao nascer	Adequado	25	96,2
		Inadequado	01	3,8
Dimensão -Prática Alimentar	Indicador de Estado Antropométrico	Adequado	17	65,4
		Inadequado	09	34,6
	Indicador de Uso de Chupeta e/ou Mamadeira	Adequado	06	23,1
		Inadequado	20	76,9
	Indicador de Aleitamento Materno Complementado	Adequado	10	38,5
		Inadequado	16	61,5
	Indicador de Consumo de Alimentos Fontes de Ferro	Adequado	13	50,
		Inadequado	13	50,
	Indicador de Frequência Alimentar	Adequado	19	73,1
		Inadequado	07	26,9
	Indicador de Consumo de Alimentos Industrializados	Adequado	04	15,4
		Inadequado	22	84,6
Indicador de Variedade do Consumo	Adequado	08	30,8	
	Inadequado	18	69,2	
Indicador de Consistência dos Alimentos	Adequado	12	46,2	
	Inadequado	14	53,8	
Indicador de Consumo de Frutas	Adequado	12	46,2	
	Inadequado	14	53,8	

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

No que corresponde a prática alimentar adotada este subgrupo apresenta piores resultados nos indicadores de consumo de alimentos industrializados (84,6%), de variedade de consumo (69,2%), e no indicador de aleitamento materno complementado

(61,5%). Nesta faixa etária também é observada a elevada prática do uso de mamadeiras e/ou chupetas pelas crianças (76,9%).

- Subgrupo 3: crianças com idade entre 12 e 24 meses:

Na Tabela 5 estão expostos os resultados obtidos pelas crianças com idade entre 12 e 24 meses em todos os indicadores que se aplica a esta faixa etária e que compõem as dimensões de análise.

As crianças que compõem este subgrupo apresentam melhores resultados nos indicadores que medem as condições da habitação (97,7%) e de salubridade (72,1%) em que as crianças convivem, sendo a renda per capita o fator que caracteriza o estado de vulnerabilidade das condições de vida enfrentadas pelas famílias destas crianças, visto que 41,9% destas apresentam renda per capita familiar inferior a R\$ 140,00. Semelhantemente aos outros subgrupos esta situação de vulnerabilidade se associa à baixa escolaridade apresentada pelos mãe/responsáveis (39,5%). Em relação ao contato com os serviços básicos de saúde verifica-se que 76,7% das crianças tem o contato necessário com estes serviços, de acordo com os critérios de sucesso citados anteriormente.

No tocante ao estado de saúde destas crianças, observa-se um pior resultado no indicador que reflete o estado nutricional da criança (23,3%), com maior prevalência de excesso de peso (18,6%), e no indicador que diz respeito ao médico ter relatado alguma vez a presença do quadro de anemia na criança, onde 18,6% das mães afirmaram a ocorrência desta situação.

Entre as características da prática alimentar adotada por estas crianças, destaca-se resultados insatisfatórios referentes ao consumo de aleitamento materno (76,7%), a variedade dos alimentos oferecidos (86,0%), a frequência do consumo alimentar diário (34,9%) e o consumo de frutas (79,1%). Caracteriza ainda a prática alimentar destas crianças o consumo de alimentos inadequados para a idade, pois destaca-se a alta prevalência do consumo de alimentos industrializados (83,7%) pelas mesmas, além de ser observado a prática de uso de mamadeiras e/ou chupetas (76,7%).

Considerando os dados citados observa-se que a situação de ISAN do tipo leve nesta faixa etária é determinada principalmente pela a prática alimentar incorreta.

**Tabela 5** - Resultados obtidos nos indicadores que compõem a matriz de análise da Segurança Alimentar e Nutricional pelas crianças com idade entre 12 e 24 meses, atendidas pelas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana do município de Cuité-PB, 2014.

	Indicadores	Subgrupo 3		
		N	%	
Dimensão - Condições de vida na família e na comunidade	Indicador de Salubridade Ambiental	Adequado	31	72,1
		Inadequado	12	27,9
	Indicador de Renda Familiar Per Capita	Adequado	25	58,1
		Inadequado	18	41,9
	Indicador de Condições de Habitação	Adequado	42	97,7
		Inadequado	01	2,3
Dimensão - Prática de cuidado e atenção à saúde	Indicador de Escolaridade Materna	Adequado	26	60,5
		Inadequado	15	39,5
	Indicador de Idade Materna	Adequado	42	97,7
		Inadequado	01	2,3
	Indicador de Utilização dos Serviços Básicos de Saúde	Adequado	33	76,7
		Inadequado	10	23,3
Dimensão - Estado de saúde	Indicador de Ocorrência de Diarreia	Adequado	41	95,3
		Inadequado	02	4,7
	Indicador de Anemia Referenciada	Adequado	35	81,4
		Inadequado	08	18,6
	Indicador de Peso ao nascer	Adequado	42	97,7
		Inadequado	01	2,3
Dimensão - Prática Alimentar	Indicador de Estado Antropométrico	Adequado	33	76,7
		Inadequado	10	23,3
	Indicador de Uso de Chupeta e/ou Mamadeira	Adequado	10	23,3
		Inadequado	33	76,7
	Indicador de Aleitamento Materno Complementado	Adequado	10	23,3
		Inadequado	33	76,7
	Indicador de Consumo de Alimentos Fontes de Ferro	Adequado	34	79,1
		Inadequado	09	20,9
	Indicador de Frequência Alimentar	Adequado	28	65,1
		Inadequado	15	34,9
	Indicador de Consumo de Alimentos Industrializados	Adequado	07	16,3
		Inadequado	38	83,7
Indicador de Variedade do Consumo	Adequado	06	14	
	Inadequado	37	86	
Indicador de Consistência dos Alimentos	Adequado	31	72,1	
	Inadequado	12	27,9	
Indicador de Consumo de Frutas	Adequado	09	20,9	
	Inadequado	34	79,1	

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Ao compararmos os 3 subgrupos de crianças, observa-se que assim como há diferenças nos níveis de ISAN, há também diferenças no desempenho dos indicadores que determinam a situação de ISAN em cada faixa etária. Com relação a estes determinantes conclui-se, ao analisar as 4 dimensões e o seu conjunto de indicadores, que para os três subgrupos há condições sociais desfavoráveis, bem como todas as crianças estão expostas a ter uma prática alimentar inadequada. Assim, a partir da análise dos

indicadores, o que essencialmente diferencia estes subgrupos é a prática de cuidado e atenção à saúde, e o estado de saúde, caracterizado pela presença de doenças agudas, como diarreia entre as crianças menores de um ano e pela presença de anemia entre as maiores de um ano, doença de natureza aguda e crônica, respectivamente, além da presença do estado nutricional inadequado, com maior prevalência de excesso de peso.

Na prática de cuidados e atenção à saúde cabe destacar essencialmente o indicador de utilização dos serviços de saúde considerado neste estudo como um indicador fundamental para a SAN das crianças, tendo em vista a potencialidade do acesso aos serviços de saúde ser um fator protetor para as crianças em situações adversas. A análise deste indicador destaca uma melhor assistência dispensada para crianças menores de 6 meses e uma descontinuidade do cuidado dispensado pelos serviços para crianças a partir desta idade.

No tocante ao estado de saúde das crianças entende-se que o mesmo é resultado direto das condições de vida desfavoráveis em que estas crianças estão expostas e da prática de cuidado executada pelos responsáveis, além de que a alimentação inadequada existente é um fator que agrega um maior risco à esta situação.

## **6 DISCUSSÃO**

Este estudo apontou níveis elevados de ISAN entre as crianças menores de dois de idade. Outros estudo também tem discutido a situação de SAN de crianças nesta faixa etária, como podemos observar abaixo.

Ao pesquisar famílias com crianças menores de dois anos utilizando a EBIA, Gomes e Gubert (2012), verificaram que 47,2% das famílias das crianças vivenciavam a situação de ISAN, resultado semelhante encontrado por Vega, Taddei e Poblacion (2014), ao analisarem os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada no ano 2006, onde os autores observaram que mais de 50,0% das famílias que continham crianças menores de dois anos na sua conjuntura se encontravam em situação de ISAN, sendo a ISAN do tipo leve a mais predominante.

Os resultados de SAN encontrados neste estudo são inferiores aos dados citados acima. Importa destacar que as metodologias utilizadas são diferentes, visto que este estudo utilizou uma matriz de indicadores específica para crianças menores de dois anos e que, assim, aborda a SAN em sua complexibilidade, enquanto que os estudos citados adotam como metodologia a EBIA, capaz de mensurar a SAN em domicílios e o conjunto

de seus componentes. Assim, reforça-se a importância de metodologias específicas para mensurar a SAN em indivíduos, como as crianças menores de dois anos, visto que a exposição à ISAN pode apresentar-se subestimada quando não medida adequadamente.

A partir dos resultados apresentados neste estudo observa-se que a situação de ISAN das crianças menores de dois anos está relacionada com alguns fatores de risco, como a prática alimentar inadequada, o estado de saúde comprometido e a descontinuidade do cuidado dispensado a estas crianças nos serviços de saúde, bem como a sua ineficiência, fatores estes que são agravados pelas condições de vida desfavoráveis verificadas, que serão discutidos abaixo.

Com relação a prática alimentar entende-se que a alimentação deste grupo deve ser adequada em termos de nutrientes e consistências ao processo de crescimento e desenvolvimento e ao sistema digestório imaturo nos primeiros seis meses de vida (MAHAN et. al, 2013).

Desta forma, preconiza-se que o aleitamento materno deve ser a única fonte de alimento adotada para as crianças com idade até 6 meses de vida, devido os seus inúmeros benefícios como a proteção da criança à instalação de patologias e a garantia de um aporte de nutrientes adequado. Após os 6 meses de vida o leite materno sozinho não supri as necessidades nutricionais das crianças por isso, deve ser ofertado, além do leite materno, alimentos que sejam capazes de suprir as necessidades nutricionais de macro e micronutrientes. Esta alimentação complementar deve ser composta de alimentos variados em quantidade, frequência e consistência, variando inicialmente da consistência pastosa até a consistência da alimentação da família de forma lenta e gradual, e estimulando o consumo diário de frutas, verduras, cereais, leguminosas e tubérculos (BRASIL, 2013a)

Considerando assim, que o aleitamento materno é uma prática crucial, para a proteção da criança, principalmente em territórios de vulnerabilidade social, entende-se dentro da perspectiva da SAN que o DHAA de uma criança menor de 6 meses perpassa necessariamente pelo direito humano da mãe e da criança de praticar o aleitamento materno exclusivo (BURITY et al., 2010; GOMES; GUBERT, 2012). De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em municípios brasileiros (2010) a nível de país apenas 41,0% das mães asseguram o DHAA na perspectiva do aleitamento materno exclusivo, sendo que na capital da Paraíba este percentual é de 39,10%, vale destacar que em Picuí, cidade que faz divisa com o município de Cuité, o percentual de

aleitamento materno exclusivo é de 32,8% o que retrata que o oferecimento do leite materno de forma exclusivo é baixa na região

Sendo assim, a violação deste direito em crianças menores de 6 meses, evidenciado pela introdução inoportuna de alimentos, representa um fator de risco para o crescimento e desenvolvimento das crianças, devido expor a criança a riscos maiores de desenvolvimento de morbimortalidade, especialmente em condições de vida precárias. Segundo Silveira e Lamounier (2004), outro fator negativo da introdução inoportuna em famílias pertencentes a bolsões de pobreza, é que, certamente, estas famílias já não têm condições necessárias para obter alimentos adequados, e assim a introdução desnecessária e precoce de alimentos complementares só aumenta as despesas familiares.

Após os 6 meses de vida entende-se que a continuidade da garantia do DHAA até os dois anos de vida se dá com a complementação do leite materno com outros alimentos de forma oportuna e adequada. Uma questão a ser retratada aqui é que a alimentação complementar pode ser influenciada principalmente pelos fatores socioeconômicos, fatores estes, que em situações de pobreza podem retratar riscos ainda maiores, aos quais as crianças estão expostas. Este argumento foi retratado em um estudo realizado por Corrêa et al. (2009) com crianças menores de dois anos de idade, em que o autor ressalta que as mães que residem em domicílios com mais de quatro pessoas, com escolaridade inferior a oito anos de estudo e que exercem atividade fora do lar apresentam mais chances de oferecer alimentos do grupo gorduras, doces, amido e panificação antes dos sete meses de vida da criança.

No tocante a influência exercida pela economia familiar sobre a alimentação complementar, deve-se levar em consideração que quanto menor o rendimento mensal domiciliar per capita maior a proporção de domicílios em situação de ISAN do tipo moderada ou grave, segundo a EBIA, fato que revela a restrição qualitativa e quantitativa de alimentos ou o fenômeno da fome nesses domicílios (SALLES-COSTA et al., 2008). Esta vulnerabilidade pode afetar a alimentação das crianças principalmente a partir do momento em que a alimentação destas deve assemelhar-se a da família. Fato este que é discutido por Silveira e Lamounier (2004), ao afirmarem que antes de 1 ano de idade, as práticas alimentares inadequadas podem estar relacionadas a crenças, e nas crianças maiores e com idade até 2 anos, estas práticas alimentares inadequadas estão relacionadas com dificuldades de acesso a alguns alimentos pelas famílias em situação de vulnerabilidade econômica, o que pode resultar além de outros problemas na monotonia alimentar, problema verificado neste estudo.

Outro ponto a ser discutido é que com o processo de transição nutricional os alimentos industrializados e pré processados fazem parte cada vez mais das refeições diárias da população o que pode alcançar a alimentação das crianças e resultar na exposição destas à uma alimentação inadequada e na formação errônea dos hábitos alimentares, o que já é retratado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em municípios brasileiros (2010), pois na mesma verificou-se que 71,7% das crianças consumiam bolachas e/ou salgadinhos, 11,6% refrigerantes e 8,7% café (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Considerando as recomendações citadas acima e o que foi discutido, entende-se que a prática do aleitamento materno e a introdução de alimentos de forma oportuna são vistas, como fatores protetores para a SAN de crianças, principalmente, em ambientes de alto risco social (BRASIL, 2013a; GOMES E GUBERT, 2012).

No que diz respeito ao estado de saúde em que as crianças pesquisadas se encontram, a prática alimentar inadequada e a exposição destas a ambientes de vulnerabilidade social parecem resultar no quadro de saúde observado, que se caracteriza pela presença de patologias que tem suas bases em fatores sociais, como o quadro de diarreia aguda e anemia, e o estado nutricional.

Sendo assim, a prática alimentar inadequada aliada com a imaturidade fisiológica e imunológica apresentada pelas crianças, e a vulnerabilidade existente aos fatores do meio em que a criança convive, podem influenciar no quadro de diarreia aguda e de anemia (MAHAN et. al, 2013; OLIVEIRA et al., 2006; BRASIL, 2005; SILVA, L. S. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R. G. C., 2001).

No tocante ao estado nutricional das crianças menores de dois anos, os estudos apontam para o controle da desnutrição energético-protéica em âmbito nacional. Entretanto, é verificada uma tendência do aumento do excesso de peso associado a carências específicas de nutrientes, sendo este quadro resultado do processo de transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Nas crianças pesquisadas neste estudo a inadequação do estado nutricional foi registrado especialmente para o excesso de peso

Cocetti et al. (2012) em um estudo que analisou o excesso de peso em crianças menores de dois anos de idade, com dados oriundos da PNAD (2006) verificou que a prevalência de excesso de peso nesta faixa etária em nível nacional é de 6,5%.

Vale discutir que ao passo que a desnutrição infantil é controlada em território nacional e a prática do aleitamento materno sofre aumentos em suas prevalências, contrapondo a isto o número de casos de obesidade infantil vem aumentando com o

passar dos anos, o que nos remete que a alimentação destas crianças é caracterizada pelo consumo de alimentos industrializados e com alto teor calórico, além do uso frequente de massas e espessantes, e de açúcares, características verificadas neste estudo (VENANCIO, et al., 2010).

No que se refere ao terceiro fator de risco para a situação de ISAN, a descontinuidade do cuidado dispensado a estas crianças nos serviços de saúde, bem como a sua ineficiência, é retratada neste estudo principalmente pelo o indicador que reflete a utilização dos serviços de saúde pela família e pela criança. Desta forma, considera-se que o contato da família e da criança com estes serviços é essencial, o que o torna uma questão central para a garantia da SAN da criança menores de dois anos

O modelo assistencial à saúde deve visar a proteção e o desenvolvimento pleno da criança, visto que esta é dependente do cuidado dispensado pelo serviço de saúde para a promoção, prevenção e reabilitação da sua saúde. Portanto, para que serviços de saúde sejam eficazes é necessário que haja o acesso das famílias e das crianças as ações de forma contínua e ininterrupta, com o reconhecimento das particularidades do grupo na condução das ações, tendo em vista que, o acesso os serviços de saúde é um potencial fator protetor para as crianças, pois representa o alcance dos indivíduos a recursos que influenciarão na tomada de decisão, nas possibilidades de enfrentar os fatores socioculturais adversos e nas condições de cuidar de sua saúde, o que influenciará diretamente no cuidado das famílias com a criança, uma vez que a família deve proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012; SILVA et.al, 2013; AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2011)

Como forma de garantir o acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente um estado de saúde adequado, surge a implantação e implementação da Política de Atenção à Saúde da Criança, onde são propostos modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, que interrelacionam-se visando à atenção integral da saúde da criança. Dentre as estratégias pode-se citar a criação e utilização da Caderneta de Saúde da Criança, como incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das estratégias que visam a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno como Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011b).

Outras estratégias também são desenvolvidas para assegurar o estado de saúde das crianças, como a Saúde de Ferro, que objetiva combater a anemia na mulher durante a

gestação e pós-parto e nas crianças com idade entre 6 e 24 meses de vida, através da suplementação medicamentosa de ferro (BRASIL, 2013b). Além da execução do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A que consiste na suplementação medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto (BRASIL, 2013c).

Vale ressaltar que como forma de estruturar e organizar este conjunto de ações e programas materno-infantil e objetivando um cuidado integral, o Ministério da Saúde lança mão da implantação da estratégia Rede Cegonha, na qual esta rede propõe acesso, acolhimento e resolubilidade dos casos, além da redução da mortalidade materna e neonatal, trazendo um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2011c).

As estratégias citadas acima, bem como as demais que compõem a Política de Atenção à Saúde da Criança, enfatizam a importância do cuidado intersetorial e da corresponsabilidade entre os envolvidos. Portanto, este cuidado deve ser coordenado pela atenção básica à saúde, tendo em vista que a mesma é considerada a porta de entrada para os serviços de saúde e tem dentre outras funções, acompanhar o cuidado dispensado para crianças menores de dois anos de idade em todos os níveis de atendimento, o que implica em um cuidado continuado. Além disso as ações planejadas e executadas para o enfrentamento dos problemas devem ser implementadas em formatos de redes intersetoriais entre o sistema de saúde e as demais políticas sociais existentes em cada território, tendo em vista que a atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional e regionalizada dos serviços de saúde e se interliga com as demais ações existentes (BRASIL, 2010).

Assim, os serviços de saúde disponibilizados para a população em formato de redes integrais e intersetoriais de saúde tem potencial de garantir o DHAA das crianças, tendo em vista que a garantia deste direito, como citado anteriormente, perpassa pela garantia de todos os outros direitos básicos, o que implica que a situação de SAN não deve ser limitada ao acesso aos alimentos em quantidade e qualidade, e sim, deve ser avaliada na perspectiva da indivisibilidade dos direitos o que expande, para além da alimentação, a discussão sobre a SAN de crianças menores de dois anos.

Sendo assim, a fragilidade destes serviços que dificultam a proteção da criança de forma integral e intersetorial, principalmente em ambientes de vulnerabilidade, pode resultar na descontinuidade do serviço e na sua ineficácia, tendo como consequência a prática alimentar inadequada e o estado de saúde comprometido, ou seja, nestes casos há o contato da

criança com o serviço de saúde porém o mesmo não é suficiente para protegê-la da situação de ISAN, o que é verificado neste estudo.

## CONCLUSÃO

Este estudo apresenta os resultados da situação de SAN e ISAN de crianças menores de dois anos de idade residentes em um município de pequeno porte, utilizando como método uma matriz de indicadores que engloba quatro dimensões da SAN. Estas dimensões refletem as condições de vida das crianças na família e na comunidade, o seu estado de saúde, a prática de cuidado e de atenção à saúde dispensada para as mesmas, bem como a prática alimentar adotada. Através da análise dos resultados entende-se que o método utilizado se mostrou adequado e eficaz para a mensuração da SAN nesta faixa etária, tendo em vista que foi possível a mensuração da situação de SAN e ISAN em seus diferentes níveis e a compreensão deste fenômeno de uma forma mais ampla, visto que as demais metodologias disponíveis para a mensuração da situação de SAN tratam os fatores relacionados a esta situação de maneira isolada e não de forma integrada como prevê a SAN e o DHAA.

Os resultados deste estudo apontam que mesmo as crianças menores de 6 meses de idade apresentem a melhor situação de SAN, a situação observada ainda é insatisfatória. Este subgrupo juntamente com as crianças com idade entre 6 e 11,9 meses estão mais expostas a ISAN, devido apresentarem os maior níveis de ISAN do tipo moderada da amostra. Vale ressaltar que a ISAN do tipo leve foi mais predominante nas crianças com idade entre 12 e 24 meses de vida, e a inexistência de casos de ISAN do tipo grave.

Estes resultados indicam também que situação de ISAN das crianças pesquisadas está relacionada com 3 fatores determinantes em especial, como a prática alimentar inadequada, o estado de saúde comprometido, a descontinuidade do cuidado dispensado a estas crianças nos serviços de saúde e a sua ineficiência, agravados pela vulnerabilidade socioeconômica verificada entre as crianças.

No tocante a estes 3 fatores de risco entende-se que eles se relacionam em um processo de causa e consequência, ou seja o estado de saúde das crianças pesquisadas é resultado direto das condições de vida desfavoráveis em que estas crianças estão expostas, da prática de cuidado executada pelos responsáveis e da prática da alimentação inadequada existente, onde a fragilidade dos serviços de saúde dificultam a proteção da criança de forma integral e intersetorial, resultando na descontinuidade do serviço e na sua ineficácia, e na instalação dos fatores de riscos citados acima, o que torna estes fatores componentes de um ciclo vicioso.

Desta forma, entende-se que a utilização dos serviços de saúde de forma eficaz e contínua tem o papel de proteger a criança das condições adversas, sendo assim este contato entre os serviços de saúde, família e criança é um fator essencial para a garantia da SAN.

Diante disto, considera-se que o enfrentamento da situação de ISAN de crianças menores de dois anos de idade deve ser baseado em políticas públicas que visem o acesso pelos os usuários de forma integral as ações, e que levem em consideração na hora da formulação e da implementação das mesmas a complexibilidade deste fenômeno, bem como as suas diversas dimensões. Se fazendo necessário assim, um processo contínuo de avaliação das ações para que possa evitar a descontinuidade dos serviços dispensados e o conhecimento dos principais problemas existentes que resultam na ineficácia dos mesmos.

Portanto, se mostra importante a realização de mais estudos que busquem o conhecimento dos fatores envolvidos no fenômeno da SAN de crianças menores de dois anos e dos determinantes desta situação, tendo em vista a escassez destes estudos, para que assim o planejamento e a implementação das políticas públicas possam ser embasados na realidade da população e assim se mostrarem mais eficientes no enfrentamento desta situação.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. M. L.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1642-1650, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n8/17.pdf>>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA, J. I. From natural history of disease to vulnerability. **In: Parker R, Sommer M. Routledge handbook in global public health.** New York: Routledge; 2011. p. 98-107.

BATISTA-FILHO M, RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p.181-191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 20 outubro 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a construção da política nacional de segurança alimentar e nutricional: relatório final.** Olinda, PE, 2004a.

\_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional: relatório final.** Fortaleza, CE, 2007.

\_\_\_\_\_. Lei de Segurança Alimentar e Nutricional: conceitos, lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros: situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, FIOCRUZ. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica/**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 ANOS DE HISTÓRIA**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, p. 01 - 80, 2011b. (Série I. História da Saúde).

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, p; 01 – 34, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, p. 01 – 24, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Norma Técnica de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2011a (Série G. Estatística e Informação em saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, p.01 – 104, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BURITY, V. et al. Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): Evolução histórica do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional(SAN) em âmbito internacional e no Brasil. In: BURITY, V. et al. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. Módulo 1, p. 11-32.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015**. Brasília, DF: CAISAN, 2011. 132p.

COCETTI, M., et al. Prevalence and factors associated with overweight among Brazilian children younger than 2 years. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.88, n.6, p. 503-508, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n6/v88n06a10.pdf>>. Acesso em: 02 novembro 2014.

CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Juiz de Fora). **O que é segurança alimentar e nutricional sustentável: história no Brasil e em Minas Gerais**. Juiz de Fora, 2011. Disponível em:<<http://www.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/2011/segualimentar.pdf>>. Acesso em: 04 fevereiro 2014.

CORRÊA, E. N., et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 258-64, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em: 26 outubro 2014.

CORSO, A. C. T., et al. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 21-28, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a02v16n1.pdf>>. Acesso em: 04 novembro 2014.

GOMES, G.P; GUBERT, M. B. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 279 – 282, 2012. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n3/v88n03a16.pdf>>>. Acesso em: 22 setembro 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca\\_alimentar\\_2004\\_2009/pnadalimentar.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf)>. Acesso em: 20 setembro 2014.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.187-199, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n1/v16n1a22.pdf>>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

KEPPLE, A. W.; GUBERT, M. B.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Instrumentos de avaliação de segurança alimentar e nutricional. In: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; SILVA, G. L.; TOLONI, M. H. A. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, Edição 1. 2011, p. 73 – 97.

LEÃO, M. M.; TECINE, E. O direito humano à alimentação adequada. In: TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; SILVA, G. L.; TOLONI, M. H. A. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, Edição 1. 2011, p. 471-488.

MALUF, R. S., MENEZES, F.; VALENTE, F. L. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, São Paulo, v. 4, p. 66-88, 1996.

Disponível em:

<[http://www.unicamp.br/nepa/arquivo\\_san/Contribuicao\\_ao\\_Tema\\_da\\_Seguranca\\_Alimentar\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/Contribuicao_ao_Tema_da_Seguranca_Alimentar_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: 22 janeiro 2014.

MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, Edição 13, 2010.

NASCIMENTO, R. C.; et al. **Avanços e Desafios da Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil**. Relatório Técnico. Brasília, Rio de Janeiro: ABRANDH; CERESAN; FAO-RLC/ALCSH, 2009. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/alimentacao-adequada/Avancos\\_Desafios\\_Implementacao.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/alimentacao-adequada/Avancos_Desafios_Implementacao.pdf)>. Acesso em: 04 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, J. S. et al. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 413-423, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/10.pdf>>. Acesso em: 30 janeiro 2014.

OLIVEIRA, V. A. et al. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 884-882, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/ao-4858.pdf>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

PALMEIRA, P. A. **Análise da segurança alimentar e nutricional: uma contribuição na perspectiva da criança**. 2008. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. Disponível em: <[https://twiki.ufba.br/twiki/pub/PGNUT/DissertacoesDefendidas2008/Disserta%E7%E3o\\_Poliana\\_Palmeira.pdf](https://twiki.ufba.br/twiki/pub/PGNUT/DissertacoesDefendidas2008/Disserta%E7%E3o_Poliana_Palmeira.pdf)>. Acesso em: 29 janeiro 2014.

PALMEIRA, P. A.; SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semi-árido do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 553-563, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n4/v24n4a04.pdf>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

PANELLI-MARTINS, B. E. **Análise de método de avaliação da segurança alimentar e nutricional: uma contribuição à política municipal de SAN**. 2007. Dissertação (Mestrado

em Alimentos, Nutrição e Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <[http://twiki.ufba.br/twiki/pub/PGNUT/DissertacoesDefendidas2006-2007/Disserta%E7%E3o\\_B%E1rbara\\_Panelli\\_2005.pdf](http://twiki.ufba.br/twiki/pub/PGNUT/DissertacoesDefendidas2006-2007/Disserta%E7%E3o_B%E1rbara_Panelli_2005.pdf)>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

PEREIRA, R. A.; SANTOS, L. M. P. A dimensão da insegurança alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21(Suplemento), p. 7-13, julho/agosto, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/02.pdf>>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Food insecurity measurement indicators. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21(Suplemento), p. 15-26, julho/agosto, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/03.pdf>>. Acesso em: 30 janeiro 2014.

ROSE, D. Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. **Journal of Nutrition**, [S.l.]: v. 129, p. 517-520, 1999.

SANTOS, J. V.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 41-49, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

SALLES-COSTA, R., et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21(Suplemento), p. 99-109, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/09.pdf>>. Acesso em: 2 novembro 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M. **Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas**. Estudos Avançados, v.21, n.60, p. 143-154, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n60/a12v2160.pdf>>. Acesso em: 30 janeiro 2014.

SEGALL CORRÊA A. M., et al. **(IN) Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. 2003; Relatório Técnico**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao\\_brasil1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao_brasil1.pdf)>. Acesso em 30 de janeiro 2014.

SILVA, D. I., et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1397-1402, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01397.pdf>>. Acesso em: 04 novembro 2014.

SILVA, L. S. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R. G. C. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-73, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4138.pdf>>. Acesso em: 10 novembro 2014.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 17, n. 4, p. 437-447, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n4/22892.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2014.

SOUZA, M. M.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in) segurança alimentar de suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3425-3436, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n12/27.pdf>>. Acesso em: 31 janeiro 2014.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 117- 124, 2006. Disponível em: <<[http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade\\_Curso\\_Capitacao\\_Ambulatorial/Material\\_Consulta/Material\\_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20E7%20na%20transi%20nutricional%20e%20obesidade.pdf](http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20E7%20na%20transi%20nutricional%20e%20obesidade.pdf)>> Acesso em: 02 novembro 2014.

VALENTE, F. L. S. Segurança Alimentar e Nutricional: transformando natureza em gente. **Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, Juiz de Fora**, 2011. Disponível em: <[http://www.sisdengue.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/2011/natureza\\_gente.pdf](http://www.sisdengue.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/2011/natureza_gente.pdf)>. Acesso em: 05 fevereiro 2014.

VEGA, J. B.; TADDEI, J. A. A. C.; POBLACION, A. P. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.931-942, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00931.pdf>>. Acesso em: 10 outubro 2014.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, J. M. P.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 199-207, abril / junho, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a07v10n2.pdf>>. Acesso em: 31 janeiro 2014.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

Quadro - Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade:  
matriz de indicadores referente a dimensão Condições de vida na família e na comunidade, e  
Estado de Saúde, Salvador, 2008.

Quadro 2: Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade: matriz de indicadores referente a dimensão Condições de vida na família e Estado de saúde, Salvador, 2008..

DIMENSÃO: CONDIÇÕES DE VIDA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE				
PREMISSA	PERGUNTA	INDICADOR	FORMULA / CRITÉRIO DE SUCESSO	PARÂMETRO/ PONTUAÇÃO
<b>TODOS OS SUBGRUPOS</b>				
A condição de salubridade ambiental potencializa os riscos para as doenças infecto-parasitárias, o que repercute nos indicadores nutricionais e no crescimento e desenvolvimento da criança, comprometendo a sua SAN.	A criança está vivendo sob condição de salubridade ambiental adequada?	Índice de salubridade ambiental	Critério: Criança convive em um ambiente salubre (preenche os requisitos abaixo).	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
Critérios para caracterização do ambiente salubre				
Número de moradores por cômodos para dormir	Fórmula: Número de moradores do domicílio/ por número de cômodos para dormir			
Sanitário com descarga	Critério de sucesso: A criança dorme com até 2 moradores por cômodos para dormir			
Abastecimento de água	Critério: Existência de sanitário com descarga no domicílio			
Coleta de lixo	Critério: Existência de água encanada no domicílio.			
	Critério: Existência de serviço de coleta de lixo na comunidade.			
A renda familiar per capita está associada com a possibilidade de aquisição e utilização de bens e serviços essenciais para a manutenção da saúde da criança, sendo assim fundamental para a garantia da SAN desta.	A renda mensal per capita da família da criança é satisfatória?	Renda familiar mensal per capita (RFPC)	Critério: A RFPC ultrapassa 120 reais por morador do domicílio. Fórmula: Renda total do domicílio/ nº moradores	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
As condições de habitação não são apenas indicadores socioeconômicos, mas também se relacionam causalmente com a morbidade infantil, sendo assim um importante preditor da SAN da criança.	A criança reside em uma casa com alvenaria com acabamento completo?	Habitação	Critério: A habitação que a criança reside possui alvenaria com acabamento completo.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
DIMENSÃO: ESTADO DE SAÚDE				
PREMISSA	PERGUNTA	INDICADOR	FORMULA / CRITÉRIO DE SUCESSO	PARÂMETRO/ PONTUAÇÃO
<b>TODOS OS SUBGRUPOS</b>				
A ocorrência da diarreia reflete o convívio da criança com fatores de risco, como a inadequada prática alimentar, que comprometem sua SAN.	A criança teve algum episódio de diarreia nas últimas duas semanas?	Ocorrência de diarreia	Critério: Mãe/cuidador afirma que o filho não teve diarreia nas duas últimas semanas	Sim (Inadequado)..... 0p Não (Adequado)..... 1p
A anemia por deficiência de ferro é uma morbidade característica de populações menos desenvolvidas e em insegurança alimentar; assim como está associada a outras doenças como desnutrição e infecções, sendo assim um reflexo do convívio da criança com fatores de risco para a ISAN.	A criança tem ou teve anemia nos últimos três meses?	Anemia referenciada	Critério: Mãe/cuidador afirma que o filho não tem ou nunca teve anemia.	Sim (Inadequado)..... 0p Não (Adequado)..... 1p
O deficiente crescimento intra-uterino se relaciona com fatores socioeconômicos e com o acesso aos serviços de saúde e atenção pré-natal de qualidade, ambos atributos necessários para a SAN da criança, sendo assim o baixo peso ao nascer é um reflexo da falta desses recursos, como também um risco ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança.	O peso ao nascer da criança foi adequado?	Peso ao nascer	Critério: Peso ao nascer maior que 2.500g.	Sim (Inadequado)..... 0p Não (Adequado)..... 1p
O estado nutricional antropométrico quando adequado indica que a criança dispõe de recursos ambientais e sociais favoráveis ao seu pleno crescimento e desenvolvimento, associado a uma prática alimentar adequada, sendo assim um importante indicador da SAN da criança.	O estado nutricional da criança esta adequado?	Estado nutricional antropométrico	Critério: A criança tem peso adequado (percentil entre 10 e 97) para a idade, segundo o indicador peso/idade.	Sim (Inadequado)..... 0p Não (Adequado)..... 1p

## ANEXO B

Quadro - Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade:  
matriz de indicadores referente a dimensão Prática de cuidado e atenção à saúde, Salvador,  
2008.

Quadro 3: Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade matriz de indicadores referente a dimensão Prática de cuidado e atenção à saúde, Salvador, 2008.

DIMENSÃO : PRÁTICA DE CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE					
PREMISSA	PERGUNTA	INDICADOR	FORMULA / CRITÉRIO DE SUCESSO	PARÂMETRO / PONTUAÇÃO	
<b>TODOS OS SUBGRUPOS</b>					
A aptidão da mãe para leitura e escrita e a formação escolar influem diretamente na melhor compreensão das recomendações para a prática do cuidado infantil e na sua adequada execução, contribuindo assim com a prevenção, promoção e manutenção da saúde da criança, e conseqüentemente para a garantia da sua SAN.	A mãe da criança soma quantos anos de estudo?	Anos de estudo da mãe	Critério: A mãe possui quatro anos de estudo ou mais.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p	
A imaturidade e insegurança características expressadas por mães jovens podem comprometer a prestação de cuidados adequados à criança, e assim expor este grupo a situações que comprometam a sua SAN.	Qual a idade da mãe da criança?	Idade precoce materna	Critério: Mãe da criança com 20 anos ou mais.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p	
Cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, pressupõe uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutive, de promoção da saúde, com forte caráter educativo, sendo assim um meio para assegurar a SAN da criança.	A criança tem sido exposta às ações de atenção básica à saúde?	Utilização dos serviços básicos de saúde	Critério: A criança tem contato com os serviços de atenção básica à saúde (preenche os requisitos abaixo).	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p	
Critérios para avaliação do contato da criança /mãe com os serviços básicos de saúde					
Cartão da criança	Critério de sucesso: Criança tem o cartão da criança				
Vacinação	Critério de sucesso: A vacinação da criança está em dia				
Avaliação do peso	Critério de sucesso: O peso da criança foi avaliado pelo sistema de saúde pelo menos uma vez nos últimos 3 meses.				
Suplementação de vitamina A	Critério de sucesso: Recebe suplementação de vitamina A (exceto para as crianças do subgrupo 1)				
<b>SUBGRUPOS 1 E 2</b>					
A utilização dos serviços de pré-natal - PN destaca-se como uma importante medida de prevenção das intercorrências gestacionais e conseqüentemente para a garantia da saúde intra-uterina da criança, sendo assim um requisito básico para assegurar a SAN da criança durante os primeiros anos de vida.	A mãe da criança recebeu a atenção pré-natal necessária?	Atenção pré-natal	Critério: A mãe recebeu a atenção pré-natal necessária durante a gestação (preenche os requisitos abaixo).	Sim (Adequado) ..... 1p Não (Inadequado) ..... 0p	
Critérios para avaliação de atenção pré-natal recebida durante a gestação					
Número de consultas	Critério de sucesso: Mãe refere ter realizado 6 ou mais consultas				
Início do pré-natal	Critério de sucesso: Mãe refere ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre				
Orientação sobre aleitamento materno	Critério de sucesso: Recebeu informação sobre o aleitamento materno por algum profissional de saúde				
<b>SUBGRUPO 1</b>					
A atenção à saúde adequada e humanizada no parto, o acesso ao protocolo preventivo de avaliação da saúde da criança após o nascimento, assim como o estímulo ao aleitamento materno no pós parto, são fatores que previnem a exposição da criança à determinados riscos e assim contribuem para a garantia da SAN da criança.	A mãe e a criança receberam atenção no parto adequada?	Atenção no parto	Critério: Recebeu atenção adequada durante o parto (preenche os requisitos abaixo).	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p	
Critérios para avaliação da atenção recebida no parto					
Quem realizou o parto	Critério de sucesso: Parto realizado por médico ou enfermeiro				
Bebê junto da mãe na sala de parto	Critério de sucesso: Bebê foi colocado junto da mãe na sala de parto				
O benefício da licença do trabalho remunerado logo após a maternidade é um importante recurso que disponibiliza à mãe o tempo necessário para o cuidado, assim como, é uma medida fundamental de incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo e conseqüentemente à promoção da SAN da criança.	A mãe é beneficiária da licença maternidade?	Licença maternidade	Critério: Mãe beneficiária da licença maternidade.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p	

## ANEXO C

Quadro - Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade:  
matriz de indicadores referente a dimensão Prática alimentar, Salvador, 2008.

Quadro 4: Segurança Alimentar e Nutricional de crianças menores de dois anos de idade matriz de indicadores referente a dimensão Prática alimentar, Salvador, 2008.

PREMISSA	DIMENSÃO : PRÁTICA ALIMENTAR PERGUNTA	INDICADOR	FORMULA/ CRITÉRIO DE SUCESSO	PARÂMETRO / PONTUAÇÃO
<b>TODOS OS SUBGRUPOS</b>				
Mamadeiras e chupetas são algumas das principais vias de transmissão de doenças diarreicas para a criança, além de desestimularem o aleitamento materno, sendo assim um risco para a manutenção da SAN da criança.	A criança usa chupeta e/ou mamadeira?	Uso de chupeta e/ou mamadeira	Critério: Criança não usa chupeta e / ou mamadeira.	Sim (Adequado) ..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
<b>SUBGRUPO 1: CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 0 E 5,9 MESES</b>				
O leite materno exclusivamente nos 6 primeiros meses de vida e complementado até os dois anos é de fundamental importância para garantir a saúde da criança a curto e longo prazo, sendo assim um componente essencial para a SAN desta.	A criança está em Aleitamento Materno Exclusivo –AME?	AME	Critério: A criança amamenta exclusivamente.	Sim (Adequado)..... 7p Não (Inadequado)..... 0p
<b>SUBGRUPOS 2, 3 e 4</b>				
A complementação do leite materno com o consumo de alimentos de transição e da família a partir dos seis meses de idade garante o aporte calórico necessário ao crescimento da criança, e assim um importante componente da SAN desta.	A criança está em Aleitamento materno complementar- AMC?	AMC	Critério: A criança se alimenta do leite materno e alimentos complementares.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
O consumo de alimentos fontes de ferro previne a anemia favorecendo a SAN da criança.	A criança consome alimentos fontes de ferro pelo menos uma vez ao dia?	Consumo de alimentos fontes de ferro	Critério: A criança consome alimentos fontes de ferro pelo menos uma vez ao dia.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
A frequência com que a criança é alimentada, um aspecto da prática alimentar, depende da disponibilidade do alimento no domicílio e do tempo dispensado pela mãe para preparar e oferecer refeições, refletindo a SAN da criança.	Quantas vezes ao dia a criança é alimentada?	Frequência alimentar	Critério: A criança realiza entre 5 e 6 refeições por dia	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
A opção por alimentos do tipo industrializado pode prejudicar a formação de hábitos alimentares saudáveis, além de, competir com alimentos mais nutritivos e agregar na dieta nutrientes, como sódio, que elevam o risco da ISAN na criança.	A criança consome alimentos industrializados no período de um dia?	Consumo de alimentos industrializados	Critério: A criança não consumiu alimentos industrializados .	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado)..... 0p
*Refrigerantes, salgadinhos, guloseimas, condimentos, dentre outros.				
<b>SUBGRUPOS 2, 3 E 4: COM DIFERENCIAÇÃO DE PARÂMETROS</b>				
O consumo variado dos grupos de alimentos, em quantidades adequadas, promove a manutenção da saúde e previne doenças somando para o crescimento e SAN da criança.	A alimentação da criança é variada?	Variedade	Critério: <u>Subgrupo 2 e 3:</u> Criança consome 4 - 5 tipos de alimentos* ao dia. <u>Subgrupo 4:</u> Criança consome 5 - 6 tipos de alimentos ao dia	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado) .....0p
** Para este estudo considerou-se os seguintes grupos de alimentos: Leite materno; Cereais/ pães/tubérculos; Leite e derivados; Leguminosas; Verduras e frutas; e Carnes e ovos.				
O consumo de alimentos de consistência sólida pressupõe preparações com maior densidade energética, proporcionando o alcance do aporte calórico necessário ao crescimento e desenvolvimento adequado da criança e SAN.	A criança consome alimentos de consistência sólida no mínimo uma vez ao dia?	Consistência	Critério: <u>Subgrupo 2:</u> Criança consome alimentos de consistência pastosa ou semi-sólida de sal, no mínimo uma vez ao dia. <u>Subgrupo 3 e 4:</u> Criança consome alimentos de consistência sólida, no mínimo uma vez ao dia.	Sim (Adequado).....1p Não (Inadequado) .....0p
As frutas são uma das principais fontes de vitaminas, minerais e fibras, assim o consumo destes alimentos contribui com a prevenção de doenças em crianças, contribuindo com a SAN neste grupo.	A criança consome uma quantidade satisfatória de frutas no período de um dia?	Consumo de frutas	Critério: <u>Subgrupo 2 e 3:</u> Criança consome frutas, no mínimo uma vez ao dia. <u>Subgrupo 4:</u> Criança consome frutas no mínimo duas vezes ao dia.	Sim (Adequado)..... 1p Não (Inadequado).....0p

## ANEXO D

Questionário utilizado para a realização do diagnóstico da situação de vida, alimentação e nutrição de crianças menores de dois anos, adotado na coleta de dados realizada na primeira etapa da pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte”.

## ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e esclarecido usado na pesquisa de campo sobre situação de vida, alimentação e nutrição de crianças menores de dois anos de idade, Cuité-PB, 2011.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é \_\_\_\_\_ e gostaria de conversar com a senhora sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UFCG. Esta pesquisa é sobre a segurança alimentar e nutricional no município de Cuité. Um dos objetivos desta pesquisa é conhecer melhor a situação de alimentação e nutrição de crianças menores de dois anos de idade desta cidade.

A segurança alimentar é um direito de toda a população e para a criança menor de dois anos de idade significa o consumo de alimentos inócuos e de qualidade nutricional, que contribuam com a promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, sendo estas práticas proporcionadas pelo convívio, desde sua vida intra-uterina, em um ambiente intrafamiliar e comunitário saudável, no qual, esta desfrute, dentre outros benefícios, do afeto e de cuidados adequados para o seu pleno crescimento e desenvolvimento.

Caso concorde em participar da pesquisa, será realizada uma entrevista com a senhora, onde serão perguntadas questões para se obter informações sobre a sua gestação, o parto desta criança, prática de aleitamento materno, alimentação e saúde.

Este trabalho está sendo realizado pela Universidade e não tem nenhuma relação com governo ou outra instituição. Nossa finalidade única é obter informações sobre as condições de saúde e alimentação das crianças e a participação da senhora não implica em nenhum benefício material como o recebimento de doações de alimentos ou a inclusão em programas governamentais.

A senhora não é obrigada a participar da pesquisa e se não participar isto não vai lhe trazer prejuízos. A senhora poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo. Porém, se a senhora aceitar ser entrevistada, o resultado dessa pesquisa vai ser muito importante para que se conheça mais sobre a situação de alimentação e saúde das crianças de Cuité. Assim sua participação poderá ajudar na orientação de políticas de cuidado com a criança.

Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que o(a) senhor(a) nos der. Os resultados deste trabalho deverão ser divulgados em revistas científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados poderão vir a ser identificados.

Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o(a) senhor(a) como participante da pesquisa. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa Ms. Poliana de Araújo Palmeira

Responsável pela Pesquisa

.....  
**AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa "Segurança Alimentar e Nutricional: formação de uma política local em município de pequeno porte".

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) entrevistada(o)

