

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

MAITÊ NUNES DE MIRANDA

**ESTADO NUTRICIONAL, PERÍODO DE ALEITAMENTO MATERNO E
TEMPO DE INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE
HOSPITALAR**

Porto Alegre

2012

MAITÊ NUNES DE MIRANDA

**ESTADO NUTRICIONAL, PERÍODO DE ALEITAMENTO MATERNO E
TEMPO DE INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Dr^a Márcia Koja Breigeiron

Porto Alegre

2012

“A glória de uma obra reside em abrir caminho a coisas melhores e, assim, rapidamente levar a seu eclipse. O objetivo da pesquisa é o progresso... do conhecimento.”

Alexander Fleming

AGRADECIMENTOS

Foi um longo e difícil caminho que tracei até aqui, e por ele passou diversas pessoas que me ajudaram das mais diversas formas.

Pai, mãe e mano é lógico que, sem vocês, esse sonho nunca teria começado. Obrigado por me apoiarem, por entenderem minha ausência, por cuidarem de mim mesmo de longe, me incentivar e mostrar que eu tenho que acreditar em mim. Vocês me deram tudo e são meu tudo, amo muito vocês!

Tinica, Sofia e bebês sempre presentes e me incentivando nos momentos em que me entristecia, ou cansava de tudo. Uma simples lambida ou aquele olhar de “estou aqui com você” já serviam para esquecer os problemas e seguir em frente.

Gustavo, te devo muitas coisas, mas muitas mesmo! Sempre me incentivando a buscar meus sonhos e me dizendo que sim, que eu era capaz de estar lá! Sempre me fazendo parar quando estava errada e pegar o caminho certo. Sempre contornando meu mal-humor e minha irritação com bom humor. Sendo meu amigo, meu companheiro, meu “amendobobo”, namorado... enfim, o cara que eu amo!

Liana, minha loira maravilhosa! Tu foste algo inesperado na minha vida que me trouxe grandes alegrias! Tu me mostraste o verdadeiro significado da amizade! Sempre foi sincera comigo, e me mostrou o quanto devemos ser verdadeiras e batalhar pelo que queremos. Fizemos tantas coisas juntas, e sempre cuidando uma da outra! Parte de tudo isso aqui, deve-se a você!

Minhas “Stoli girls” (Priscila Nakata e Bruna Rocha) e meu “jeguezinho cabeçudo” (Rafael Frigotto), estar ao lado de vocês durante toda a graduação foi algo muito divertido! Vocês sempre tornaram tudo melhor! Engraçado como as coisas acontecem, a Pri foi a primeira pessoa com que falei na UFRGS, a Bruh veio logo em seguida e o Frigoletto chegou depois, com aquele jeito meio lento dele. Criamos a “Groselha’s Night”, com o intuito de estudar para as disciplinas da graduação, e o que aconteceu foi que esse nosso evento tornou-se alimento para a alma. Foi um grande suporte para podermos passar por todas as dificuldades que a vida e a faculdade nos deram. Sim, somos amigos, e, sim, para a vida toda! Tudo que passamos juntos nos fez pessoas melhores e mais felizes! Nem preciso dizer que amo vocês!

Ivana de Souza Karl, nunca conheci uma professora que nem você! Louca, mas uma louca do bem! Sincera, amiga, divertida, preocupada com os alunos... Me ajudou muito durante essa minha caminhada. Mostrou-me que tenho potencial e que posso ir longe! Uma excelente enfermeira! Quero ter um pouco de você quando for enfermeira!

Maria Buratto, minha querida, te conhecer foi um presente de Deus! Fiquei maravilhada contigo em todos os aspectos, muito humana, carinhosa, compenetrada, preocupada... Foi uma mãezona pra mim! Se eu puder ser 1/3 da enfermeira e da pessoa que você é, já vai ser um grande começo!

Márcia Koja Breigeiron, minha poderosa, você meu deu força e inspiração para estar aqui agora! Nunca me esqueço do primeiro dia que te vi, tu deste um aulão, que nossa, fez com que todos alunos compreendessem a matéria e sentissem prazer em estar na sala de aula. Os estágios foram maravilhosos, conseguimos compreender como deve ser o pensamento crítico do enfermeiro na criação do cuidado de enfermagem, e que a enfermeira é a peça chave para desenvolver o melhor cuidado do paciente. Em nossos encontros estava sempre cheia de energia e com muito bom humor. És uma pessoa muito sábia e sagaz, humilde, com um bom caráter, otimista, corajosa, enfim, tu tens muitas qualidades! Quero ser como você quando eu crescer!!! Juntas, começamos o nosso querido grupo de pesquisa, o qual também devo muito, valeu por tudo!

RESUMO

Um estado nutricional alterado predis põe agravos na saúde infantil, sendo o desmame precoce um dos fatores preditivos. Desvios nutricionais em crianças podem suscitar na piora do quadro clínico, aumentando o tempo de internação e morbimortalidade. O objetivo do estudo é verificar a associação entre estado nutricional, período de aleitamento materno exclusivo e tempo de internação de crianças admitidas em unidade hospitalar. Estudo transversal, quantitativo. Amostra por conveniência, com 146 crianças de 1-48 meses completos e seus responsáveis. Os dados foram coletados em unidades pediátricas de um hospital universitário, de janeiro/agosto de 2012, por meio de instrumento estruturado. A análise dos dados foi por estatística descritiva, Coeficiente Linear de *Pearson* e Correlação Linear de *Spearman*. Os dados mostraram uma maior prevalência do sexo masculino (56,16%) e raça branca (73,97%), estando sob os cuidados do responsável (77,40%). Conforme o índice Peso (Kg)/Estatura (cm), 71,92% foram classificados em eutrófico; 13,01% em risco para sobrepeso; 6,17% em obeso, 4,11% em magreza; 2,74% em sobrepeso; e 2,05% em magreza acentuada. Fatores de risco para as alterações nutricionais foram pesquisados: saneamento básico (inadequado para 8,22%); nível de escolaridade do responsável (ensino básico incompleto para 67,12%); cadastramento em serviço de atenção básica (negado em 34,97%); renda familiar (menor nível socioeconômico para magreza acentuada e magreza, 100% e 83,33%, respectivamente); calendário vacinal (não atualizado em 25,17%); e aleitamento materno (negado em 11,64% e não exclusivo em 95,83%). Quanto ao tempo de aleitamento materno exclusivo (meses), o menor tempo registrado foi para magreza acentuada ($2,00 \pm 0,58$) e magreza ($1,33 \pm 0,44$), sendo o maior período para eutrófico ($4,98 \pm 0,31$). As crianças que foram amamentadas tiveram introdução de outros alimentos na dieta em torno dos quatro meses de idade. Estar amamentando é fator de proteção para magreza acentuada ($P=0,029$); estar amamentando ($P=0,024$) ou ter amamentado ($P=0,000$) é fator de proteção para sobrepeso, risco para sobrepeso e obeso. Menos de seis consultas no primeiro ano de vida foi para magreza acentuada, sendo mais de seis consultas para sobrepeso, com um percentual de 100%, respectivamente. Para a presença de intercorrências clínicas prévias, 37,67% já apresentaram uma ou mais internações hospitalares. O tempo de internação hospitalar teve média de $3,29 \pm 0,18$ dias. Sendo assim, há uma maior prevalência de

sobrepeso/obesidade em relação à magreza acentuada/magreza. Fatores tais como: nível de escolaridade do responsável, renda familiar, atualização do calendário vacinal, tempo de aleitamento materno exclusivo e inserção precoce de outros alimentos na dieta sugerem relação com desvios nutricionais na amostra estudada. Ressalta-se que na idade recomendada para aleitamento materno exclusivo (até seis meses), ocorrem graus diferenciados de desvios nutricionais. O número de consultas no primeiro ano de vida não mostrou influência sobre o tempo de internação hospitalar, o que deve ser melhor investigado. Os resultados apontam que estratégias de intervenção de forma precoce devem ser consideradas conforme o problema específico, possibilitando a criação de ações que direcionam para o bem-estar e qualidade de vida da população infantil.

Descritores: Estado nutricional. Desmame precoce. Tempo de internação.

ABSTRACT

An altered nutritional status predisposes injuries in child health, and early weaning is one of the predictive factors. Nutritional problems in children can raise the worsening of symptoms, the length of stay, and contribute with the increasing of the mortality. The objective of the study is to verify the association between nutritional status, exclusive breastfeeding period and the duration of hospitalization in children admitted to hospital. It's a quantitative cross-sectional study. The convenience sample had 146 children aged 1-48 months complete and their caregivers. Data were collected in pediatric units of a university hospital from January / August 2012, through structured instrument. Data analysis was done by descriptive statistics, Pearson Coefficient of Linear and Spearman Linear Correlation. The data showed a higher prevalence of males (56.16%) and Caucasian (73.97%), being under the care of responsible (77.40%). As the index weight (kg) / height (cm), 71.92% were classified as eutrophic; 13.01% at risk for overweight, obese at 6.17%, 4.11% in thinness, 2.74% in overweight, and 2.05% in thin sharp. Risk factors for nutritional changes were researched: sanitation (inappropriate to 8.22%), education level of the head (primary incomplete to 67.12%); registration service in primary care (denied at 34.97%), household income (lower socioeconomic status for thinness and severe thinness, 100% and 83.33%, respectively); immunization schedule (not updated on 25.17%) and breastfeeding (denied at 11.64% and non-exclusive at 95.83%). Regarding time of exclusive breastfeeding (months), accentuated thinness had the lowest time recorded (2.00 ± 0.58) and thinness (1.33 ± 0.44), being the longest period for eutrophic (4.98 ± 0.31). Children that has been breastfed , had the introduction of other foods in diet around four months of age. Breastfeeding is a protective factor for severe thinness ($P = 0.029$); being breastfeeding ($P = 0.024$) or have breastfed ($P = 0.000$) is a protective factor for overweight, at risk of overweight and obese. Less than six visits in the first year of life for accentuated thinness, more than six visits to overweight, with a percentage of 100%, respectively. In the presence of previous pathologies , 37.67% have had one or more hospitalizations. The hospital stay averaged on 3.29 ± 0.18 days. Thus, there was a higher prevalence of overweight / obesity in relation to severe thinness / leanness. Factors such as level of responsible education, family income, updated schedule immunization, exclusive breastfeeding period and early food introduction on diet suggest a relationship with nutritional

problems in the sample studied. It is noteworthy that the recommend in age for exclusive breastfeeding (within six months),has differents degrees of nutritional disorders. The number of medical visits in the first year of life showed no influence on the duration of hospital stay, which should be better investigated. The results indicate that intervention strategies at an early stage should be considered for a specific problem, enabling the creation of actions that drive to the well-being and quality of life of the child population.

Descriptors: Nutritional status. Weaning. Length of stay.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 CONTEXTO TEORICO	14
3.1 Estado nutricional	14
3.2 Desvios nutricionais na infância.....	15
3.3 Aleitamento materno.....	16
4 MÉTODO	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Cenário do estudo	19
4.3 Amostra	21
4.4 Tamanho amostral.....	21
4.5 Instrumentos de coleta dos dados	22
4.6 Coleta dos dados	22
4.7 Análise dos dados.....	23
4.8 Aspectos bioéticos	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÕES.....	42
REFERÊNCIAS	44
ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (projeto maior)	52
ANEXO B – Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	54
ANEXO C – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (presente projeto)	55
ANEXO D – Instrumento de Coleta dos Dados	56
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
ANEXO F – Termo de Consentimento para Utilização de Dados Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	60

1 INTRODUÇÃO

A infância é uma etapa do desenvolvimento humano no qual a criança necessita de proteção e cuidados específicos inerentes a essa faixa etária. Dentre esses cuidados, destaca-se a alimentação, por ser um fator precursor dos processos fisiológicos do organismo (metabolismo, desenvolvimento dos órgãos e demais estruturas, produção e manutenção da proteção imunológica, entre outros) imprescindíveis para que se tenha um adequado crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2003; JOBIM, 2008). Para tanto, conhecer o estado nutricional da criança torna-se de suma importância para que o crescimento e o desenvolvimento ocorram de forma adequada.

A alimentação da criança deve ser ajustada para sua idade e conforme suas necessidades, pois uma nutrição inadequada pode ocasionar atraso no desenvolvimento intelectual, físico e deixar o organismo suscetível a processos patológicos (WHO, 2000). Para tanto, o aleitamento materno exclusivo até seis meses é o indicado para uma alimentação plena e nutritiva (BRASIL, 2002).

O aleitamento materno, quando efetivo, influencia positivamente no estado imunológico, prevenindo morbidades. Segundo Escuder e colaboradores (2003), estima-se que o aleitamento materno poderia prevenir cerca de 13 a 15% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos de idade e em todo mundo, e cerca de 50% das mortes por doença respiratória (JONES *et al.*, 2003). Neste contexto, o desmame precoce é apontado como importante fator no desenvolvimento de um estado nutricional alterado, como a desnutrição e a obesidade. Por isso, as crianças precocemente desmamadas estão predispostas às várias doenças dentre elas as doenças respiratórias agudas, bastante prevalentes nas crianças com menos de cinco anos, sendo responsáveis por grande número de internações hospitalares (BRASIL, 2003; BALABAN, 2004). Assim sendo, o estado nutricional pode ser fator preditivo para uma evolução clínica negativa de pacientes hospitalizados, aumentando o tempo de permanência hospitalar, a incidência de infecções e complicações, e a mortalidade (PÉREZ *et al.*, 2002; CORREIA; WAITZBERG, 2003).

Avaliar o estado nutricional tem como objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou nas comunidades de forma que se possa elaborar intervenções (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000). O estado nutricional é considerado um dos principais indicadores da qualidade de vida e traduz o

modelo de desenvolvimento de uma sociedade (RICCO *et al.*, 2010). A avaliação do crescimento é a melhor forma de definir o estado nutricional das crianças, já que distúrbios na saúde e na nutrição afetam o crescimento e desenvolvimento infantil (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Os distúrbios nutricionais na infância contribuem para a piora da saúde e repercute negativamente sobre a criança (ANSELMO, 1991). A importância da avaliação do estado nutricional decorre da influência decisiva que esse exerce sobre os riscos de morbimortalidade e sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa forma, a promoção e proteção do estado nutricional tornam-se importantes para a realização do cuidado à criança, sendo o diagnóstico nutricional uma forma de intervenção para a redução das situações de risco (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

O tempo de internação infantil pode estar relacionado com desnutrição e obesidade. O conhecimento de alterações do estado nutricional na admissão hospitalar de crianças pode apontar para possíveis riscos a efeitos adversos da hospitalização (OZTURK *et al.*, 2003; VILLARES *et al.*, 2005), como no caso o aumento do tempo de internação (SERMET-GAUDELUS *et al.*, 2000).

Considerando a dimensão desses conceitos, fica evidente a importância da compreensão dos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, da magnitude dos efeitos que a alimentação exerce sobre o desenvolvimento da criança. Esse profissional deve estar preparado para orientar devidamente os pais, principalmente sobre o aleitamento materno, uma vez que esta é a primeira alimentação do infante, de modo que estes consigam se apropriar e aplicar os conhecimentos. Garantir que os responsáveis pela criança compreendam a essencialidade desse ato, e executem-no adequadamente, possibilitará o desenvolvimento e crescimento da criança de modo mais saudável.

Minha participação, durante a graduação, em um grupo de pesquisa, que tem como temática o estado nutricional de crianças, despertou o interesse em aprofundar o conhecimento nessa área, pois acredito que a alimentação infantil ainda é uma área pouco explorada durante a internação hospitalar na pediatria. Neste sentido, a hipótese do presente projeto é que o desmame precoce pode ser um fator preditivo para um estado nutricional alterado em crianças, o que pode influenciar de forma negativa no tempo de internação hospitalar destas. Para tanto, entender qual a associação do estado

nutricional com o período de internação da criança e o período de aleitamento materno poderá contribuir com uma assistência de enfermagem mais efetiva, no que se refere aos cuidados com a alimentação da criança.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar a associação entre o estado nutricional, tempo de aleitamento materno e tempo de internação de crianças admitidas em unidade hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Mensurar o estado nutricional, o tempo de aleitamento materno e o tempo de internação das crianças;
- Conhecer o perfil demográfico e socioeconômico da criança/família.

3 CONTEXTO TEORICO

3.1 Estado nutricional

O processo de desenvolvimento e crescimento é de suma importância nas etapas iniciais da vida. A nutrição adequada é a base fundamental para que se possa evitar falhas nestas etapas, pois, se esse processo for deficiente, sua repercussão na infância poderá acarretar *déficit* físico, cognitivo e de morbimortalidade (MOTTA *et al.*, 2005).

O estado nutricional infantil representa o consumo alimentar e o estado de saúde da criança. Dessa forma, o monitoramento do estado nutricional favorece a definição dos grupos de idade mais afetados por diferentes problemas de má nutrição. A identificação dos problemas nutricionais mais predominantes, conforme a fase da vida e o sexo, permitem a avaliação de tendência de alterações do estado nutricional ao longo do desenvolvimento e do crescimento (RASLAN *et al.*, 2008). Portanto, avaliar o estado nutricional torna-se importante devido a sua influência decisiva sobre os riscos de morbimortalidade e de crescimento e desenvolvimento infantil (MONTEIRO *et al.*, 2000).

A falta de oferta de uma alimentação adequada, capaz de suprir as necessidades da criança, pode fazer com que ela apresente alterações no seu estado nutricional, o que pode evoluir tanto para a desnutrição quanto para a obesidade. Tais patologias podem prejudicar substancialmente o desenvolvimento infantil e requerem uma abordagem multidisciplinar (WHO, 2000).

Uma nutrição adequada contribui para a redução da prevalência e da magnitude de patologias como a desnutrição, melhora o prognóstico clínico e reduz os custos de uma internação hospital (GALLEGHER-ALLRED *et al.*, 1996).

Sendo o estado nutricional um importante tradutor de problemas nutricionais a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006, disponibilizou aos profissionais de saúde escalas que facilitam a caracterização do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos de idade. Essas escalas estão de acordo com a idade e o sexo, de peso, comprimento, estatura, índice de massa corpórea (IMC) e outros parâmetros, sendo denominadas “Curvas de Crescimento da OMS” (LEONE; BERTOLI; SCHOEPS, 2007).

A antropometria é um dos métodos mais utilizados para realizar a avaliação nutricional e consiste na análise das dimensões físicas e da composição orgânica. É o método isolado mais utilizado para estimar o estado nutricional das populações, especialmente a população infantil devido à facilidade de execução e por ser de baixo custo (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Podemos obter a avaliação do estado nutricional dos infantes por meio dos índices antropométricos preconizados pela OMS: estatura/idade (E/I), peso/estatura (P/E) e peso/idade (P/I). O déficit do índice E/I indica que a criança tem o crescimento comprometido em processo de longa duração, que se interpreta como *stunting*, desnutrição crônica ou nanismo. O déficit no índice P/E reflete um comprometimento mais recente do crescimento com reflexo mais pronunciado no peso, interpretado como *wasting*, desnutrição aguda ou magreza. A baixa relação P/I expressa um destes comprometimentos ou ambos, não sendo possível distingui-los (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Para se estabelecer uma comparação de um conjunto de medidas antropométricas com um padrão de referência, várias escalas podem ser utilizadas, sendo as mais comuns as de percentil e de escore Z.

O escore Z significa, em termos práticos, o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência. Os percentis são derivados da distribuição em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observados para uma determinada idade e sexo. A classificação de uma criança em um determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores ou menores em relação ao parâmetro avaliado (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

3.2 Desvios nutricionais na infância

A má-nutrição é causada por diversos fatores, e falando na realidade infantil, pode ser representado nas suas formas mais extremas, o sobrepeso/obesidade e a desnutrição. Para tanto, a má-nutrição é responsável por debilitar a saúde, crescimento e o desenvolvimento infantil (BATISTA FILHO *et al.*, 2003; *STANDING COMMITTEE ON NUTRITION*, 2006).

A desnutrição infantil é, ainda, uma preocupação mundial, pois ela responsável por aproximadamente metade das mortes em crianças menores de cinco anos de idade,

ocorrendo por carência de nutrientes essenciais para o adequado desenvolvimento fisiológico do organismo (HOCKENBERRY *et al.*, 2011; LISSAUER *et al.*, 2008). Neste contexto, a desnutrição tem a carência calórica e protéica como suas principais etiologias, podendo ser desencadeada por processos patológicos no organismo (como diarreias e infecções do aparelho respiratório). Além, disso, a desnutrição apresenta um quadro clínico diverso que afeta todos os órgãos e sistemas fazendo com que o organismo entre em processo adaptativo (MONTE, 2000).

O processo adaptativo, secundário à desnutrição, dificulta a recuperação do adequado estado nutricional infantil e pode ainda, tornar-se crônico. Em casos mais graves, o organismo torna-se mais suscetível a infecções, o que contribui para o aumento da incidência das doenças infecciosas, para o aumento da taxa de mortalidade infantil, para o atraso no desenvolvimento psicomotor e diminuição da produtividade na vida adulta (MONTE, 2000; MONTEIRO, CONDE, 2000).

Não tão diferente da desnutrição, o sobrepeso/obesidade também interferem profundamente no processo fisiológico da criança de modo que interfira na sua vida adulta. O acúmulo de gordura corporal prejudica a saúde potencializando o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas de alta letalidade, em especial na vida adulta (MONTE, 2000; MONTEIRO, CONDE, 2000; WHO, 1998). Na infância, o sobrepeso/obesidade pode ocasionar distúrbios ortopédicos, respiratórios, como também o desenvolvimento de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias e problemas psicossociais (SILVA; BALABAN; MOTTA, 2005).

Tanto a desnutrição quanto o sobrepeso/obesidade são distúrbios nutricionais com etiologia multifatorial. O Brasil vem passando por um período de transição nutricional caracterizado pela má-nutrição (BATISTA FILHO *et al.*, 2003), pois ao mesmo tempo em que trabalha em favor da redução da desnutrição infantil, convive com o crescente excesso de peso na população (*STANDING COMMITTEE ON NUTRITION*, 2006). Fatores biológicos, genéticos, socioeconômicos, culturais, estilo de vida entre outros, influenciam fortemente no desenvolvimento destes desvios nutricionais. Com isto, torna-se complexo realizar a análise de como esses fatores ocasionam um distúrbio e outro, necessitando de uma crítica cautelosa para realizar intervenções definitivas.

3.3 Aleitamento materno

O aleitamento materno é o melhor alimento oferecido para a criança nos seus primeiros seis meses de vida, pois, esse alimento assegura o crescimento e o desenvolvimento saudável. Tem uma importante influencia sobre a saúde da criança devido aos seus fatores anti-infecciosos, protegendo as crianças contra doenças (OMS, 2009). Esta proteção ocorre, principalmente, para patologias que atingem o sistema respiratório e digestivo, portas importantes para infecções sistêmicas em lactente (GONÇALVES, 1993).

A amamentação tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança, pois além de nutrir, envolve o desenvolvimento de afeto e o fortalecimento de vínculo entre mãe/bebê, influenciando também a maturação emocional, cognitiva e fisiológica da criança. O leite materno contém todos os nutrientes necessários para as fases iniciais da vida, pois contém um aporte de anticorpos maternos importante como defesa imunológica para a proteção de doenças infecciosas, principalmente as do aparelho digestivo (diarréias) e do aparelho respiratório (BRASIL, 2009).

A partir de estudos feitos em países da América Latina sobre aleitamento infantil e mortalidade infantil, foi constatado que aproximadamente 55% das mortes são evitáveis pela amamentação exclusiva até os três meses de idade e pela amamentação parcial até o segundo ano de vida (BETRAN *et al.*, 2001). O aleitamento materno é principal fator para a redução de morbidades. A incidência de doenças respiratórias é significativamente mais baixa nas crianças amamentadas. E ainda, o aleitamento materno parece diminuir a gravidade dos episódios das mesmas (BACHRACH *et al.*, 2003).

Atualmente tem-se discutido sobre quais os efeitos que o aleitamento materno tem sobre o estado nutricional infantil. Estudos mostram que o aleitamento materno teria um efeito protetor na “programação” da obesidade e de outras doenças crônicas na vida adulta (LOURENÇO *et al.*, 2009; MARIA-MENGEL *et al.*, 2007). Mas há necessidade de serem realizados mais estudos para comprovarem essa influencia do aleitamento materno e o estado nutricional.

Em um cenário onde o estado nutricional de crianças admitidas em unidades hospitalares seleciona aquelas que necessitam de cuidados precoces, o conhecimento da prevalência dos desvios nutricionais, com o levantamento das características

socioeconômicas e demográficas tanto das crianças quanto de seus responsáveis, favorece uma abordagem individualizada para assistência destas crianças por parte da equipe multiprofissional. Além disso, a preocupação quanto à influência do estado nutricional em relação às complicações intra-hospitalares decorrentes, pode favorecer as ações dos profissionais envolvidos na prevenção de tais complicações, na escolha do tratamento, na melhora da abordagem clínica como um todo e na contenção de custos advindos de preditores de morbimortalidade.

4 MÉTODO

Esta proposta faz parte de um estudo maior intitulado: “Estado Nutricional e Situação Clínica e de Saúde de Crianças Admitidas em Unidade Hospitalar”, cujos autores são docentes pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS), pertencentes a um grupo de pesquisa em pediatria, do qual sou membro ativo.

O projeto supracitado tem a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO B). Seguindo o protocolo de pesquisa, o presente projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO C).

Dentre as diferentes nuances do projeto maior, o presente estudo abrange um de seus objetivos específicos, tendo a aprovação gerencial do grupo de pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Estudo de delineamento transversal, de caráter quantitativo.

Klein e Bloch (2006, p. 125) descrevem que o estudo transversal é uma “estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”. Landim et al. (2006) relatam que o modelo quantitativo é especialmente projetado para “gerar medidas precisas e confiáveis, que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências como comportamentos”.

O presente estudo está vinculado ao *baseline* de outro estudo intitulado “*Estado Nutricional e Situação Clínica e de Saúde de Crianças Admitidas em Unidade Hospitalar*”, o qual se encontra em fase conclusiva.

4.2 Cenário do estudo

Essa investigação foi realizada nas Unidades de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no município de Porto Alegre/RS. O HCPA é uma instituição pública, geral e universitária, responsável por serviços de

relevância social e qualidade reconhecida, que oferece assistência integral à saúde para uma clientela formada, prioritariamente, por pacientes do SUS. Academicamente, o HCPA está vinculado à UFRGS para as atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação e contribui fortemente para o desenvolvimento de pesquisa e disseminação de conhecimentos em diversas áreas.

O Serviço de Enfermagem Pediátrica deste hospital caracteriza-se por concentrar sua atenção no desenvolvimento da metodologia do cuidado, centrada na criança hospitalizada e sua família. O Serviço é constituído por unidades de internação pediátrica, com enfoque para assistência de enfermagem, ensino e pesquisa, as quais atendem as modalidades clínica e cirúrgica e intensivismo pediátrico (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2011).

As pesquisadoras realizaram a coleta de dados em duas das quatro unidades de internação pediátricas, estas com característica clínico-cirúrgica: Unidade de Internação Pediátrica Norte - 10º Norte e Unidade de Internação Pediátrica Sul - 10º Sul. A coleta dos dados foi realizada somente após a aprovação do termo de autorização para realização do estudo nas Unidades Pediátricas, solicitado à Chefia do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA.

A Unidade de Internação Pediátrica Norte - 10º Norte consta de 37 leitos, distribuídos em sete enfermarias e dois quartos de isolamento. Nesta unidade internam crianças de 30 dias a seis anos incompletos e pacientes com idade até quatorze anos incompletos que necessitam de isolamento ou com estatura menor que 110 cm. Predominantemente, internam pacientes com doenças respiratórias e gastrintestinais, distúrbios hidroeletrólíticos e nutricionais, imunológicos e neurológicos, problemas ortopédicos e cirúrgicos.

A Unidade de Internação Pediátrica Sul - 10º Sul possui 34 leitos, distribuídos em onze quartos semi-privativos, uma enfermaria, três leitos de isolamento, dois leitos destinados a outros convênios e privativos e uma enfermaria com sete leitos para crianças pequenas. Nesta unidade internam pacientes de dois meses a quatorze anos incompletos, dependendo de particularidades inerentes à faixa etária. Preferencialmente internam pacientes das especialidades de Clínica Pediátrica, Gastropediatria, Ortopedia, Psiquiatria Infantil, Pneumologia Infantil e Cirurgia Pediátrica.

A escolha das Unidades Internação Pediátrica do HCPA, 10° Sul e 10° Norte, para aplicação dessa investigação, decorreu do fato das mesmas admitirem crianças em situações de estado nutricional alterado, porém não dispõem de dados de pesquisa que relacionem estas situações com perfil demográfico e socioeconômico das crianças e sua família, o que vem a favor dos objetivos deste estudo.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída por 146 crianças de 30 dias a 48 meses completos, admitidas em unidade hospitalar, e pelos seus responsáveis, na proporção de um responsável/criança.

Para tanto, a amostra neste estudo se deu por conveniência, ou seja, por demanda espontânea de internações hospitalares de crianças com diagnóstico principal de Doença Respiratória Aguda (DRA). A escolha do diagnóstico médico de DRA justifica-se pelo fato de que a doença respiratória é prevalente tanto no estado nutricional de desnutrição ou obesidade infantil. O intuito de selecionar as crianças pelo mesmo diagnóstico principal é uma tentativa de reduzir, neste estudo, a interferência dos diferentes tipos de protocolos assistências.

Os dados coletados foram armazenados de janeiro a agosto de 2012, prazo de coleta de dados estimada para o projeto do qual esse deriva.

Para essa investigação foram utilizados os seguintes critérios de inclusão da criança: ter diagnóstico médico principal de DRA no momento da admissão hospitalar; ter indicação de internação em unidade com característica clínico-cirúrgica; ter tempo de internação hospitalar superior a seis horas (tempo considerado como apropriado para a acomodação da criança e de seu responsável na unidade de internação); ter como acompanhante o seu responsável de reconhecimento familiar.

Os critérios de exclusão foram: internação hospitalar para realização somente de procedimento eletivo; admissão na unidade por falta de vaga em outra, ou seja, com ausência de critérios de admissão em unidade clínico-cirúrgica; impedimento para verificação de medidas antropométricas e idade do responsável <18 anos.

4.4 Tamanho amostral

Para o projeto maior, considerou-se uma prevalência de 23,9% de desnutrição infantil e 33,7% de sobrepeso/obesidade (PNDS, 2006) em crianças menores de cinco anos, na população brasileira, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em uma amostra de 146 crianças, e seus respectivos prontuários.

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta dos dados foi utilizado instrumento estruturado, preenchido por meio de entrevista com o responsável pela criança.

Referente à entrevista realizada, o instrumento de coleta de dados (ANEXO D) contempla questões estruturadas que abordam as seguintes dimensões: aspectos demográficos e socioeconômicos da criança (A), composta por um questionário com doze questões fechadas; situação de saúde da criança (B); e aspectos demográficos e socioeconômicos do responsável/família da criança (C), composta por treze questões fechadas.

Para tanto, foi realizado um estudo piloto para avaliar o instrumento, permitindo uma adequação às questões pertinentes desta investigação. O instrumento foi aplicado com três responsáveis por crianças admitidas em unidade hospitalar que quiseram, voluntariamente, participar desta etapa do estudo. Dessa forma, puderam ser identificadas questões que não estavam claras, e que podem comprometer a fidedignidade dos dados, interferindo posteriormente na análise, criando confusão na interpretação dos resultados (BARROS; LEHFELD, 2005). Assim, o estudo piloto permitiu antever os possíveis erros e adequar as variáveis no sentido de não comprometer os resultados finais da investigação. Salienta-se que os dados coletados no piloto não foram utilizados para fins científicos e tampouco neste estudo.

4.6 Coleta dos dados

Os docentes pesquisadores do grupo de estudos do qual sou membro, participaram ativamente de todas as etapas desta investigação, desde o monitoramento do estudo junto mim, acompanhando-me diretamente nas fases iniciais de coletas dos

dados, e indiretamente após a certeza de que os dados estarão sendo coletados com segurança plena. Somente iniciei a coleta dos dados após estar habilitada à aplicação dos instrumentos de coleta, que ocorreu por meio de treinamento realizado pelas docentes pesquisadoras. Assumi o compromisso de responsabilidade com os dados, sempre me reportando às docentes pesquisadoras.

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2012 a junho de 2012, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos nessa investigação.

Para o primeiro momento da coleta de dados, foi solicitada às enfermeiras responsáveis pelas unidades de cenário do estudo a relação nominal das crianças internadas, por no mínimo seis horas, à coleta dos dados. Em posse desta relação nominal, em espaço da própria unidade de internação, o responsável foi abordado para participar do estudo, e, quando aceito, foi encaminhado para uma sala com privacidade e sem fluxo de profissionais e demais pessoas, onde, nesse primeiro momento, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E), em duas vias, o qual indicou a aceitação da participação. Em tal termo estão descritos os objetivos e a justificativa da pesquisa a ser realizada, bem como os riscos e benefícios do estudo. Esse termo autoriza a análise das informações obtidas de forma anônima e sigilosa para a elaboração e apresentação dos resultados do estudo. Após o consentimento do responsável, foi realizada uma entrevista.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do “*Statistical Package for Social Science*” (SPSS), versão 18.0.

A variável de desfecho “tempo de internação hospitalar” e demais variáveis: período de aleitamento materno exclusivo e Escore Z - relação entre IMC (Peso/Altura²) e idade foram analisadas de acordo com o padrão de distribuição de normalidade e não normalidade. Deste modo, para variáveis paramétricas foi utilizado o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. Para a situação de variáveis não paramétricas, foi utilizado o teste de Coeficiente de Correlação Linear de *Spearman*. Para todos esses testes estatísticos foi considerado o intervalo de confiança (IC) de 95%, ou seja, um $p < 0,05$ para que o resultado encontrado seja significativo para associação (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

Demais dados foram analisados pela estatística descritiva, em que as variáveis discretas são apresentadas por meio de média e desvio padrão da média. As variáveis categóricas são apresentadas por frequência absoluta e relativa.

4.8 Aspectos bioéticos

As considerações bioéticas respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O responsável pela criança foi esclarecido oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, recebeu o TCLE para confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura do documento. Uma cópia do TCLE ficou de posse do responsável pela criança e outra com o pesquisador responsável pelo estudo. Foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de ser assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa. A criança, participante do estudo, não foi sujeita a nenhum tipo de risco, de forma que a participação na pesquisa não lhe trouxe nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Devido à especificidade do estudo, foi utilizado o Termo de Utilização de Dados de Prontuário, conforme Resolução Normativa 01/97 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1997), assinado pelas pesquisadoras do estudo maior (ANEXO F).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender a magnitude da relação entre o estado nutricional com tempo de internação e de aleitamento materno, foram obtidos, a partir dos instrumentos aplicados, dados de 156 crianças. Destas, houve baixo percentual de perdas, em torno de 6,4% ($n=10$), resultando em 146 instrumentos analisados.

Os dados demográficos, abaixo descritos, estão demonstrados, tabulados, por sua frequência relativa e absoluta (TABELA 1).

Da total da amostra, 56,16% ($n=82$) eram do sexo masculino. A faixa etária foi entre um e 48 meses completos. O diagnóstico principal de indicação para internação hospitalar variou, uniformemente, entre bronquiolite viral aguda, bronquite aguda e pneumonia viral (primeira internação) para todas as crianças.

Quanto à raça, a identificada como branca foi a mais prevalente (73,97%; $n=108$), seguida por parda (15,07%; $n=22$) e negra (10,96%; $n=16$).

Segundo relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), a mortalidade de crianças negras de até cinco anos de idade apresenta uma proporção de 36:1000, contra 28:1000 para crianças brancas. Para Cruz (2009), o risco para morte por desnutrição é de 90%, e de morte antes dos cinco anos de idade, de 60%, para crianças negras quando comparado às crianças brancas. Para o autor, tais dados se devem à desigualdade racial e à dificuldade da população negra ao acesso aos serviços de saúde. Ainda neste contexto, o relatório da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2010) mostra que 64,5% da população negra, em contraste de 49,4% para a população branca, utilizam os serviços de saúde de nível primário, como unidades básicas ou centros de saúde, para realizar consultas médicas. No presente estudo, foi encontrado um percentual de apenas 10,96% de crianças de raça negra, o que pode ser consequência de uma maior busca pelo serviço de atenção primária pela população negra.

Além do exposto acima, características étnicas da população do sul do Brasil demonstram um perfil diferente associado a estado nutricional e cor de pele, relacionado ao aspecto demográfico de colonização europeia em grande escala (SEYFERTH, 2002), fato que pode explicar a alta prevalência de cor branca desta amostra.

Em relação ao estado nutricional, conforme o índice Peso (Kg)/Estatura (cm), os dados revelaram uma prevalência de 71,92% ($n=105$) de eutrófico, 13,01% ($n=19$) de

risco para sobrepeso, 6,17% ($n=9$) de obeso, 4,11% ($n=6$) de magreza, 2,74% ($n=4$) de sobrepeso e 2,05% ($n=3$) de magreza acentuada. Quando a idade das crianças foi estratificada, os dados indicaram que na faixa etária de um e três meses completos houve maior prevalência de magreza (83,33%; $n=5/6$), entre três e seis meses completos, de risco de sobrepeso (31,58%; $n=6/19$), entre seis a doze meses completos, de obeso (55,56%; $n=5/9$), e, entre doze a 48 meses completos, de magreza acentuada (66,67%; $n=2/3$) com, ainda, menor prevalência de risco para sobrepeso (26,32%; $n=5/19$). Do total da amostra, 28,08% ($n=41$) mostrou algum tipo alteração do estado nutricional, sendo que a distribuição percentual dos desvios nutricionais foi uniforme para ambos os sexos.

Atualmente, no Brasil, considerando os cuidados metodológicos adotados na sua confecção, os referenciais da OMS para estado nutricional vêm sendo referendados por diversas sociedades científicas e estão sendo utilizados para diferentes populações em instituições de saúde públicas e privadas (LEONE; BERTOLI; SCHOEPS, 2009).

A prevalência de risco para sobrepeso, sobrepeso e obesidade em crianças encontrada neste estudo corrobora com os resultados de outros estudos desenvolvidos no país (NEUTZLING *et al.*, 2000) e na América do Sul (AGRELO, 1988), evidenciando a gravidade do problema e a necessidade de órgãos governamentais de repensarem políticas públicas que evidenciem medidas eficazes para a identificação de grupos de risco, sendo que obesidade na infância é hoje considerado um grave problema de saúde pública (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008). Neste contexto, o meio ambiente condiciona a ingestão excessiva de alimento e o baixo gasto energético, portanto, a conduta alimentar da criança obesa é influenciada pelo contexto familiar no qual está inserida, onde os fatores psicossociais têm papel decisivo no excesso de peso e, particularmente, na manutenção da obesidade. Deste modo, a criança passa a encontrar no alimento a compreensão de seus anseios e estresses, fatos que ressaltam a importância da família em situações de prevenção da obesidade para a criança, mediante ações com enfoque familiar (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009; DAL BOSCO, 2010). Dados prévios também revelam não haver diferença significativa entre a massa corporal e o sexo das crianças (BISCEGLI *et al.*, 2007).

Quanto à pergunta sobre diagnóstico nutricional prévio, a resposta foi negativa em 89,52% ($n=94/105$) para eutrófico, 77,78% para obeso ($n=7/9$), 73,68% ($n=14/19$)

para risco para sobrepeso, 66,67% ($n=2/3$) para magreza acentuada, e 50,00% tanto em magreza ($n=3/6$) quanto em sobrepeso ($n=2/4$).

Neste aspecto, a alta prevalência de resposta negativa na situação de desvio nutricional sugere que o responsável apresenta dificuldade para reconhecer o excesso ou déficit de peso corporal, podendo, muitas vezes, realizar ações de cuidado de forma errônea o que mantém ou agrava a situação de desvio nutricional.

Para tanto, os pais definem quais serão as práticas alimentares a serem adotadas na infância. Na prática, são as mães que apresentam a maior influência sobre a alimentação da criança, sendo que todo o contexto que se refere à mãe, como seu comportamento e sua percepção, está envolvido no seu processo decisório na alimentação da criança (KROKE *et al.*, 2006). Deste modo, o desempenho das mães repercute no desenvolvimento, no comportamento quanto à preferência alimentar, na regulação da ingestão energética e nos padrões de atividade física das suas crianças (GENOVESI *et al.*, 2005; MAY *et al.*, 2007).

Em estudo realizado por Tiggemann (2002), o qual demonstrou que o sexo da criança poderia influenciar a percepção materna referente ao peso corporal do(a) filho(a), e outro, por Maynard e colaboradores (2003), que objetivou quantificar a classificação materna errônea do *status* de peso infantil e sua associação com percepção materna do real estado de peso da criança, demonstraram que a percepção das mães em identificar risco em relação ao peso corporal em meninas é três vezes maior do que a percepção das mesmas para o peso corporal de meninos. Além disso, as mães monitoram mais a ingestão alimentar e se preocupam mais com ganho excessivo do peso corporal da filha em relação ao filho (MAYNARD *et al.*, 2003).

Importante, também, ressaltar a existência de uma correlação positiva do IMC materno com o IMC da sua criança, onde dados mostram uma maior probabilidade da mãe com sobrepeso ou obesidade apresentarem crianças com excesso de peso (MAYNARD *et al.*, 2003; DÍAZ, 2000). Dados mostram que uma família que tem um dos pais obesos, apresenta uma chance de 40% de ter uma criança que desenvolva obesidade. Ainda em relação ao IMC, outros estudos indicam que mães com educação de alto nível apresentam uma menor porcentagem de serem obesas, o que reflete em suas crianças (GENOVESI *et al.*, 2005; BAUGHUM *et al.*, 2003; JAIN *et al.*, 2001).

A influência cultural, também, afeta na forma como os pais percebem o estado nutricional dos seus filhos. Neste contexto, em algumas culturas, a criança obesa é

considerada saudável, e ainda reflete um cuidado adequado dos pais (BOA-SORTE *et al.*, 2007). Cabe mencionar que as mães com renda familiar baixa podem entender o excesso de peso como saudável, uma vez que as atividades sociais e físicas da criança não estejam afetadas (JAIN *et al.*, 2001).

Sobre o tipo de moradia, 68,49% ($n=100$) das crianças residem em casa de alvenaria, 23,29% ($n=34$) em madeira e 8,22% ($n=12$) em construção mista. Para a variável de saneamento básico, 91,78% ($n=134$) da amostra apresentava adequado encanamento de água e rede de esgoto domiciliar, com coleta de lixo rotineira; o restante, 8,22% ($n=12$), informaram alguma falta de adequação para este item.

As condições socioeconômicas de uma população interferem de maneira direta nas suas condições de vida, e especificamente, na sua saúde, sendo que o tipo de moradia e a estrutura que ela apresenta refletem essas condições em uma família.

Segundo o relatório do PNDS (2006), houve uma melhora das condições de vida da população brasileira relacionada à infraestrutura domiciliar, sendo que a grande maioria dos domicílios apresenta luz elétrica, as casas são constituídas, em maior parte (65%), de material de boa qualidade e são abastecidas por uma rede geral de água (90,9%). Esse relatório, também informa que houve uma pequena redução no escoamento dos dejetos, significando que a maioria dos domicílios apresenta, ainda, uma forma incorreta de escuradouro.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), 88% das mortes por diarreia em crianças são ocasionadas pela falta de saneamento básico adequado, ou seja, doenças infecciosas, como a diarreia, podem ser causadas pelo fornecimento de água não potável, pelo saneamento inadequado e por higiene precária (WHO, 2009). Neste sentido, dados do presente estudo mostram que 8,22% ($n=12$) da amostra informaram alguma falta de adequação para saneamento básico, sendo notório que as boas condições para tal representam uma segurança para qualidade de vida e saúde.

Paz e colaboradores (2012), em um estudo que buscou verificar a associação entre a ocorrência de diarreia em crianças menores de dois anos com as condições de saneamento básico e tipo de moradia, mostraram que o risco de ocorrência de diarreia é 15 vezes maior em crianças que vivem em condições precárias de moradia do que crianças que vivem em habitações adequadas e com boas condições de saneamento. Dessa forma, torna-se imprescindível conhecer a situação domiciliar das crianças, de

modo que se possa entender a situação e criar medidas de proteção para a mesma e sua família.

Do total da amostra, 26,03% ($n=38$) residem com pai e mãe, e 76,71% ($n=112$) não frequentam creche, estando aos cuidados do responsável. Quanto ao responsável pela criança, 77,40% ($n=113$) declarou-se mãe biológica, seguido por 11,64% ($n=17$) como pai biológico. Para o nível de escolaridade dos responsáveis, observou-se a prevalência do ensino básico (fundamental e médio) incompleto em 67,12% ($n=98$). Salienta-se, também, que 100% dos responsáveis apresentavam idade igual ou superior a 18 anos.

Segundo Maria-Mengel e Linhares (2007), em estudo que objetivou identificar os recursos protetores no ambiente familiar, um bom mecanismo de proteção das adversidades sociais pode estar relacionado ao fato das crianças serem cuidadas por seus pais biológicos com união estável e, com isto, contar com estímulos positivos no lar. Ainda para estes mesmos autores, um pai com maior nível de escolaridade apresenta uma maior possibilidade de ter um bom emprego, o que pode promover condições financeiras melhores que favoreçam o desenvolvimento da criança, como, também, uma maior escolaridade tanto do pai como da mãe age como fator de proteção para o desenvolvimento da criança.

Para tanto, apresentar um baixo nível de escolaridade, ter uma profissão semiquificada ou não qualificada, pertencer à classe socioeconômica baixa, ter renda familiar de um salário mínimo são alguns dos fatores que podem tornar o ambiente familiar de risco. Compreende-se que pais com as características supracitadas apresentam maiores chances de terem dificuldades para ofertar à criança condições básicas essenciais, como provimento de alimento, boas condições de higiene e um ambiente seguro (BRONFENBRENNER, 1996).

As crianças participantes do estudo estiveram aos cuidados de seus responsáveis em turno integral podendo tal fato favorecer hábitos alimentares influenciados pelo comportamento alimentar familiar. Neste contexto, um estudo, realizado para determinar se experiências alimentares nos primeiros dois anos de vida poderiam influenciar na variedade de consumo alimentar por crianças em idade escolar, mostrou que a educação nutricional passada pelas mães enfatiza a importância da experiência da alimentação nos primeiros dois anos de vida, favorecendo a aceitação de alimentação variável na idade escolar (SKINNER *et al*, 2002).

Torna-se essencial conhecer os pais quanto aos seus condicionantes de vida, pois eles são os atores principais do ambiente familiar da criança, influenciando o seu desenvolvimento como um todo.

Classificando-se a amostra quanto ao nível socioeconômico D e E, este determinado pela renda familiar, 100% ($n=3/3$) situaram-se no estado nutricional magreza acentuada, 83,33% ($n=5/6$) em magreza, 79,95% ($n=15/19$) em risco para sobrepeso, 66,67% ($n=70/105$) em eutrófico e 55,56% ($n=5/9$) em obeso. Em relação ao estado nutricional sobrepeso, 25,00% ($n=1/4$) foram classificados no nível socioeconômico D, inexistindo o nível E. Os níveis A e B apareceram apenas para eutrofia (1,90%; $n=2/105$). Quanto perguntado se a renda familiar comportava as necessidades básicas da família, a resposta negativa foi encontrada em 100% ($n=3/3$) para o estado nutricional magreza acentuada, seguida por 50,00% ($n=3/6$) para magreza. Neste aspecto, o número médio de moradores por residência foi cinco, sendo que 27,40% ($n=40$) das famílias possuíam número de moradores na residência superior a este número, com prevalência para o estado nutricional magreza acentuada.

Segundo Leão e Araújo (2003), as razões para uma maior prevalência de obesidade em crianças de nível socioeconômico mais alto poderiam estar associadas ao fácil acesso ao consumo de alimentos ricos em calorias vazias, à diminuição da atividade física, ao modismo ou ao processo de industrialização. No entanto, segundo Barreto, Brasil e Maranhão (2007), em países desenvolvidos como Estados Unidos, Inglaterra e Canadá, o excesso de massa corporal vem atingindo gradativa e frequentemente o indivíduo de menor poder aquisitivo. Para a obesidade, fatores como educação e nível socioeconômico baixo estão diretamente relacionados ao ganho de peso, pois tais fatores geram padrões comportamentais específicos que afetam a ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo nos indivíduos (EBBELING *et al.*, 2002; DIETZ, 2001).

Para quaisquer desvios nutricionais, o baixo poder aquisitivo pode inviabilizar a compra de alimentos de melhor qualidade e em quantidade suficiente, podendo gerar assim uma situação de insegurança alimentar e de maior risco de deficiências nutricionais (SOUTO *et al.* 2007). Além do aspecto financeiro, o baixo acesso à educação e à informação, também, são considerados fatores de grande risco para a situação de insegurança alimentar (ARGULHO; MAURICIO, 2007).

Importante ressaltar que, de acordo com Monteiro e colaboradores (2009), a melhoria no poder aquisitivo das famílias teve uma participação de 21,7% na redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos, na última década (OLIVEIRA, 2011). Esta informação pode justificar o reduzido número de crianças, no presente estudo, com estado nutricional magreza acentuada e magreza em relação aos demais estados nutricionais.

Descrevendo o índice Peso (Kg)/Comprimento (cm) de nascimento e de admissão, os dados indicaram eutrofia para todas as crianças da amostra, quando as medidas foram realizadas ao nascimento. Entretanto, quando as medidas foram realizadas na admissão hospitalar, estas mesmas crianças passaram a configurar os diferentes grupos para estado nutricional.

Podemos entender que a criança sofre uma forte influência do meio na qual ela está inserida, e que a partir disso, o seu estado nutricional pode ser definido. No estudo realizado por Silveira e colaboradores (2010), que identificou a associação de desnutrição em crianças que residem em assentamentos subnormais com o estado nutricional materno e as condições socioambientais determinantes, mostrou que as variáveis socioeconômicas se associam ao déficit nutricional. Para os mesmos autores, a escolaridade materna foi fortemente correlacionada à desnutrição, quando comparada a outras variáveis socioeconômicas. Deste modo, a chance de uma mãe com tempo de escolaridade menor que quatro anos de ter um filho com desnutrição é três vezes maior do que mães com escolaridade superior (BRASIL, 2008; SAWAYA *et al.*, 2003). A baixa escolaridade aumenta as chances de uma família apresentar um nível socioeconômico baixo, onde a associação desses fatores pode resultar em uma maior demanda de trabalho para o sustento da família fazendo com que a mãe que apresenta um emprego que exija mais dela, faça que ela seja menos atenta às necessidades básicas de sua família, como uma alimentação saudável e uma higiene adequada, o que influencia negativamente no desenvolvimento da criança (FLORÊNCIO *et al.*, 2003; GAGE, 1997; FRANÇA *et al.*, 2001).

Em relação à obesidade, além dos fatores como educação e nível socioeconômico baixo, os quais estão relacionados diretamente ao ganho de peso, como descritos anteriormente, a mudança de estilo de vida e na alimentação deve ser considerada. Nesse sentido, a mídia e a facilidade no preparo de alimentos tem favorecido a ingestão de uma dieta mais rica em carboidratos, que associada a

brincadeiras infantis voltadas para o videogame e o computador, tem propiciado o desenvolvimento da obesidade (WANG *et al.*, 2002).

O Brasil tem apresentado mudanças relevantes na prevalência de obesidade entre crianças menores de cinco anos de idade, com aumento nas regiões menos desenvolvidas e redução em regiões mais desenvolvidas (TADDEI *et al.*, 2002). Além disso, os mesmos autores mostraram que tanto o aumento quanto a redução da prevalência da obesidade ocorreu mais intensamente entre filhos de mães com maior grau de escolaridade e entre crianças menores de dois anos de idade das respectivas regiões. Para tanto, isto se deve à situação econômica do país, que denota a denominada “transição nutricional”. Esta mudança nutricional deriva de uma associação de escolaridade com fatores socioeconômicos, que podem resultar de forma decisiva para a carência de alimentos ou para uma escolha inadequada dos mesmos, determinando os agravos nutricionais observados nas crianças (TADDEI *et al.*, 2002).

Portanto, o nível socioeconômico mais baixo, associado a um baixo nível de escolaridade, pode justificar os desvios nutricionais encontrados na amostra estudada. Também é percebido o fenômeno da “transição nutricional” nesta amostra, onde o número de crianças com estado nutricional de risco para sobrepeso, sobrepeso e obesidade superou a número de crianças com estado nutricional de magreza e magreza acentuada.

Em relação ao cadastramento em serviço de atenção básica, 34,97% ($n=50/143$) negaram estar cadastrados em serviço pertencente a sua região. Das crianças cadastradas em um serviço de atenção básica (65,03%; $n=93/143$), 34,41% ($n=32$) recebiam o benefício Bolsa Família, e apenas 10,75% ($n=10$) apresentavam vínculo ativo no programa Pré-nenê, considerando que 87,10% ($n=81/93$) estava na faixa etária de até doze meses completos.

A promoção da saúde busca a melhoria dos determinantes desta em prol da qualidade de vida. A atenção primária à saúde visa à promoção à saúde e à proteção, ao tratamento e à reabilitação de agravos no indivíduo e na sua coletividade (PNDS, 2006). Os profissionais que atuam na atenção primária à saúde têm um papel fundamental em relação à criança, onde a identificação das alterações mais prementes do estado nutricional infantil e outros agravos pode ocorrer, primariamente, em um atendimento da rede básica de saúde.

O Ministério da Saúde preconiza que o programa Prá-Nenê é um dos que buscam desenvolver ações de vigilância em saúde em prol das crianças (BRASIL, 2009). Mas, a atenção à saúde da criança é uma questão que exige um manejo mais aprofundado, onde os cuidadores desta precisam ter uma atuação essencial na proteção e na manutenção da saúde. Para que a atuação dos profissionais da assistência de primeira linha seja efetiva, estes devem considerar o fato de que a mãe e/ou cuidador apresentam grande influencia na saúde da criança. O fato do profissional utilizar as particularidades e os elementos culturais das famílias contribui para uma organização da assistência a criança de forma que possa aprimorar as práticas de saúde.

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada - Porto Alegre, 2012.

Variáveis	n(n total)	%
Sexo		
Feminino	64(146)	43,84
Masculino	82(146)	56,16
Faixa etária (meses)		
1a 3 meses	55(146)	37,67
3,1 a 6 meses	38(146)	26,03
6,1 a 12 meses	35(146)	23,97
12,1 a 48 meses	18(146)	12,33
Raça		
Branca	108(146)	73,97
Parda	22(146)	15,07
Negra	16(146)	10,96
Estado nutricional		
Magreza acentuada	3(146)	2,05
Magreza	6(146)	4,11
Eutrófico	105(146)	71,92
Risco para sobrepeso	19(146)	13,01
Sobrepeso	4(146)	2,74
Obesidade	9(146)	6,17
Tipo de moradia		
Alvenaria	100(146)	68,49
Madeira	34(146)	23,29
Mista	12(146)	8,22
Saneamento básico		
Adequado	134(146)	91,78
Inadequado	12(146)	8,22
Estabelecimento educativo (creche)		
Frequenta	112(146)	76,71
Não freqüenta	34(146)	26,29
Parentesco do responsável pela criança		
Mãe biológica	113(146)	77,40
Pai biológico	17(146)	11,64
Mãe não biológica	2(146)	1,37
Pai não biológico	2(146)	1,37
Familiar	12(146)	8,22

Escolaridade do responsável		
Ensino fundamental incompleto	59(146)	40,41
Ensino fundamental completo	20(146)	13,70
Ensino médio incompleto	39(146)	26,71
Ensino médio completo	27(146)	18,50
Ensino superior incompleto	1(146)	0,68
Renda familiar mensal		
Classe AB (acima de 4806 reais)	2(146)	1,37
Classe C (de 1115 a 4806 reais)	45(146)	30,82
Classe D (de 804 a 1114 reais)	56(146)	38,36
Classe E (até 803 reais)	43(146)	29,45
Serviço de Atenção Básica		
Cadastrado	93(143)	65,03
Não cadastrado	50(143)	34,97

Fonte: pesquisa em campo, 2012.

Os dados referentes ao estado nutricional e situação de saúde, abaixo descritos, estão demonstrados, tabulados, por sua frequência relativa e absoluta (TABELA 2).

Estratificando o cadastro em UBS por estado nutricional, os dados mostraram um maior percentual, por grupo, para obeso (77,78%; $n=7/9$) e menor percentual para magreza acentuada (33,33%; $n=1/3$). Também, observa-se que 25,17% ($n=36/143$) não apresentaram carteira de vacinação atualizada. Ressalta-se que para estes dois itens (cadastramento em UBS e carteira de vacinação atualizada) houve perda de dados para três participantes da amostra por inadequação de informações.

A importância do vínculo em serviço de atenção básica ocorre pelas várias estratégias que este serviço oferece em relação à prevenção de complicações clínicas e à promoção da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a equipe de atenção básica tem como funções, para o atendimento à criança, realizar ações de prevenção e combate à desnutrição, com orientação para alimentação saudável, incentivo e preparo ao aleitamento; avaliar o cartão da criança em todas as oportunidades, e providenciar a pesagem e medida da criança para registrar na curva de crescimento; e providenciar as vacinas necessárias. Também, cabe aos profissionais dos serviços de atenção básica, realizar avaliação nutricional anual de todas as crianças de zero a seis anos da área de abrangência da unidade e identificar os fatores de risco nutricionais. Além disso, as equipes de saúde devem realizar a orientação alimentar, acompanhamento pré-natal, suplementação alimentar para gestante desnutrida, nutriz e criança de risco nutricional, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação da anemia e hipovitaminose A com tratamento adequado; uso do ferro

profilático e polivitamínicos para o recém-nascido prematuro e de baixo peso, orientação para o desmame (BRASIL, 2004).

Deste modo, a atenção à criança deve ser oferecida a toda a população e os serviços de saúde devem responsabilizar-se pelos moradores de seu território, embora nem todos utilizem os serviços públicos. É fundamental que cada serviço conheça os grupos populacionais e seus perfis de saúde-doença, possibilitando o planejamento de ações, o gerenciamento e a organização do serviço e a construção do modelo de atenção da Vigilância da Saúde (GRISI; OKAY; SPEROTTO, 2005).

O número de consultas realizadas no primeiro ano de vida, por profissional médico ou enfermeiro, em serviço de atenção básica ou não, apresentou maior prevalência para “menos de seis consultas” em magreza acentuada (100%; $n=3/3$) e “mais de seis consultas” em sobrepeso (100%; $n=4/4$).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é o eixo central do atendimento à criança por acompanhá-la no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Tal atividade garante a qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social, possibilitando uma visão global da criança inserida no contexto em que vive, proporcionando humanização do atendimento na medida em que a conhece mais e melhor, inclusive em suas relações com o ambiente familiar. Neste sentido, o Cartão da Criança é o instrumento básico para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas, utilizado pelos profissionais de saúde, e deve sempre ficar com a família (GRISI; OKAY; SPEROTTO, 2005). Quanto ao número de consultas no primeiro ano de vida, o Ministério da Saúde recomenda um total de sete consultas, incluindo uma consulta até os quinze dias e outra no primeiro mês (BRASIL, 2004).

Segundo Aerts e Giugliani (2004), a vigilância nutricional ou o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança, e quando necessário, por meio de diagnóstico ou tratamento precoce evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e qualidade de vida futura. O contato com a criança e sua família, com a unidade de saúde, pode ser feito por meio de visitas domiciliares, ou de procura espontânea dos usuários. Além disso, para facilitar e assegurar o acesso do recém nascido à unidade de saúde, o agendamento da primeira consulta deverá ser feito pela maternidade onde a criança nasceu, sendo indicado à mãe, no momento da alta, qual a unidade a que deverá se dirigir.

A imunização é uma ação preventiva, dentre as ações de focadas para a saúde integral a crianças de zero a cinco anos de idade. Neste aspecto, a efetividade da cobertura vacinal de uma população está condicionada a três fatores específicos: sistema de saúde, programa de imunização e características da população (MORAES *et al.*, 2012).

O Inquérito da Cobertura Vacinal das Capitais, publicado em 2007, informa que a cobertura nacional de vacinação encontra-se em torno de 90%. Neste relatório, é mostrado que o grau de escolaridade da mãe e a situação socioeconômica da família não interferem no acesso a vacinação, contemplando essa atividade ao princípio da universalidade (BRASIL, 2012). É comum a associação de menor cobertura vacinal com populações de nível socioeconômico mais baixo. No entanto, esta relação não é linear, cabendo ao sistema de saúde e ao “programa de vacinação” abranger esta complexidade (MORAES *et al.*, 2012).

A relação entre uma condição econômica desfavorável e uma menor cobertura vacinal pode ser compreendida, sob a perspectiva da intervenção, como um aspecto da condição de vida que dificulta o acesso a ela. Isto é, piores condições econômicas podem significar uma menor oferta de serviços e/ou uma maior dificuldade de acesso à intervenção (TRAVASSOS *et al.*, 2004). Uma alta e homogênea cobertura vacinal constituiria um bom indicador da capacidade de superação das disparidades sociais pelos sistemas de saúde.

Tabela 2 – Estado nutricional e situação de saúde - Porto Alegre, 2012.

Fator de risco/Estado nutricional*	MA		M		E		RS		S		O	
	n (n total)	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Serviço de Atenção Básica												
Cadastrado	1(3)	33,33	4(6)	66,67	66(103)	64,08	13(18)	72,22	2(4)	50,00	7(9)	77,78
Não cadastrado	2(3)	66,67	2(6)	33,33	37(103)	35,92	5(18)	27,78	2(4)	50,00	2(9)	22,22
Nº de consultas primeiro anos de vida												
Menos de 6 consultas	3(3)	100	3(4)	75,00	16(105)	15,24	5(19)	26,32	0(4)	0,0	1(9)	11,11
Mais de 6 consultas	0(3)	0,0	1(4)	25,00	89(105)	84,76	14(19)	73,68	4(4)	100	8(9)	88,89

Cobertura vacinal												
Completo	2(3)	66,67	6(6)	100	76(103)	73,79	12(18)	66,67	4(4)	100	7(9)	77,78
Incompleto	1(3)	33,33	0(6)	0,0	27(103)	26,21	6(18)	33,33	0(4)	0,0	2(9)	22,22

*MA= magreza acentuada; M=magreza; E= Eutrófico; RS= Risco de Sobrepeso; S=Sobrepeso; O=Obeso.

Fonte: pesquisa em campo, 2012.

Os dados referentes ao estado nutricional e aleitamento materno (abaixo descritos) estão demonstrados, tabulados, por sua frequência relativa e absoluta (TABELA 3).

Sobre o aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida, verificou-se que 11,64% ($n=17/146$) nunca foram amamentados. Entre os que foram (55,81%; $n=72/129$) e as que continuavam a ser amamentadas no período de coleta de dados (44,19%; $n=57/129$), o tempo médio de aleitamento materno exclusivo foi de $4,50\pm 0,23$ meses ($n=129$). Estratificando por estado nutricional, a média de dias de aleitamento materno exclusivo das crianças que foram e as que continuavam ser amamentadas foi de $4,98\pm 0,31$ meses em eutrófico (94,29%; $n=99/105$), $3,97\pm 0,74$ meses em risco para sobrepeso (63,16%, $n=12/19$), $3,54\pm 0,82$ meses em obeso (88,89%; $n=8/9$), $3,00\pm 1,53$ meses em sobrepeso (75%; $n=3/4$), $2,00\pm 0,58$ meses em magreza acentuada (100%; $n=3/3$) e $1,33\pm 0,44$ meses em magreza (66,7%; $n=4/6$). As crianças que continuavam ser amamentadas encontram-se dentro da faixa etária de um a sete meses. Das crianças que foram amamentadas, para 95,83% ($n=69/72$) o aleitamento materno foi efetivado até os seis meses de idade, porém de forma não exclusiva, pois tiveram introdução de outros alimentos na dieta em torno dos quatro meses de idade.

O Ministério da Saúde publicou, em 2001, que a média de aleitamento materno exclusivo, em Porto Alegre, era de 29,5 dias, passando para uma média de 38,2 dias em 2007, com probabilidade de ser efetivado em apenas 8,2% da população de zero a seis meses de idade (BRASIL, 2009). Deste modo, a amamentação exclusiva e complementada vem sendo amplamente divulgada por órgãos nacionais e internacionais com a finalidade de promover, especialmente, a saúde da criança. A prática do aleitamento materno, se realizada da forma como é preconizada, apresenta um impacto positivo na saúde e no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2009; WHO, 2003).

A grande importância do aleitamento materno pode ser justificada por ele ser um fator de prevenção de morte em crianças no segundo ano de vida e por ser um fator de proteção em casos de sobrepeso/obesidade em crianças em idade pré-escolar, se

realizado por dois anos ou mais (SIMON *et al.*, 2009; WHO, 2000). Além disso, uma maior duração do seu período pode estar relacionada com um melhor desempenho cognitivo na criança (KRAMER *et al.*, 2008).

Ainda em relação ao aleitamento materno, quando os desvios nutricionais foram comparados com eutrofia, os dados mostraram que estar amamentando ($P=0,029$) é fator de proteção para magreza e magreza acentuada. Neste mesmo contexto, estar amamentando ($P=0,024$) ou ter amamentado ($P=0,000$) é fator de proteção para sobrepeso, risco para sobrepeso e obeso.

O aleitamento é imprescindível para a saúde da criança, pois o leite materno apresenta propriedades nutricionais e imunológicas que são essenciais para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, funcionando, também, como um protetor de morbidades na infância. Dentre essas morbidades, estão a obesidade e a desnutrição infantil, que se não forem tratadas, podem acarretar problemas de saúde até a vida adulta (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Owen e colaboradores (2005), em um estudo que procurou verificar a influência da introdução de alimentos na primeira infância sobre obesidade ao longo da vida, mostraram que o aleitamento materno produz um efeito protetor contra a obesidade. Para estes autores, a amamentação interfere na ingestão de calorias, de proteínas, na secreção de insulina, na modulação da gordura e no desenvolvimento e depósito dos adipócitos. Neste mesmo sentido, Shields e colaboradores (2006) mostraram que o comportamento da mãe quanto à ingestão alimentar, a composição do leite materno, os efeitos da amamentação sobre o metabolismo do lactente e o fato do leite materno ser um alimento que independe das diferenças sociais são mecanismos relacionados com o efeito protetor do aleitamento materno sobre o sobrepeso/obesidade na adolescência. Entretanto, é unânime, para os referidos autores, a não existência de estudos que comprovem qual o mecanismo de ação relacionado ao aleitamento materno que previne a obesidade.

Deste modo, a amamentação é uma das estratégias mais rentáveis da saúde pública para a prevenção de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas nas crianças. Sabe-se que o leite humano é amplamente aceito como alimento ideal para crianças pequenas, e também por sua qualidade em ser um “transmissor imunológico” e de outros benefícios de saúde (LE PENDU, 2004; MARROW *et al.*, 2004; BLACK *et al.*, 2003). Assim, a composição do leite materno garante que a criança receba

vitaminas, proteínas, água, lipídios, e imunidade (enzimas, anticorpos, inibidores do metabolismo microbiano, leucócitos e promotores do crescimento do *Lactobacilo bífido*) na quantidade suficiente para garantir uma boa alimentação e uma imunidade adequada para o desenvolvimento infantil (MACHADO, 2002). Quanto à imunidade disponibilizada pelo leite materno às crianças, podemos exemplificá-la tomando conhecimento das diversas patologias que se tornam evitáveis por meio da amamentação, que seriam: doenças diarreicas, infecções do trato respiratório, enterocolite necrotizante, bacteremia e meningite (LE PENDU, 2004; MARROW *et al.*, 2004; BLACK *et al.*, 2003). Além disso, o ato de amamentar reduz a exposição da criança a líquidos e alimentos contaminados, assegurando dessa forma, uma adequada nutrição.

A prevenção da desnutrição e das patologias que podem originá-la pode ser prevenida pelo simples ato de amamentar corretamente. Isso se deve, também, ao fato dele ser um alimento de baixo custo financeiro e por apresentar uma composição extremamente adequada para a criança.

Para tanto, a amamentação é complexa, exigindo a avaliação de diversos fatores que a influenciam, como: o que a mãe entende de aleitamento materno, o meio social no qual ela vive, as suas condições financeiras, o seu relacionamento com a criança, entre outros.

Tabela 3 – Estado nutricional e aleitamento materno – Porto Alegre, 2012

Estado Nutricional da Admissão (Escore Z)	n=146	%
Magreza acentuada		
Já parou de amamentar	3	100
Total	3	100
Magreza		
Já parou de amamentar	3	50,00
Continua amamentando	1	16,67
Nunca amamentou	2	33,33
Total	6	100
Eutrófico		
Já parou de amamentar	44	41,90
Continua amamentando	55	52,39
Nunca amamentou	6	5,71
Total	105	100
Risco de sobrepeso		
Já parou de amamentar	11	57,90
Continua amamentando	1	5,26
Nunca amamentou	7	36,84
Total	19	100

Sobrepeso		
Já parou de amamentar	3	75,00
Nunca amamentou	1	25,00
Total	4	100
Obesidade		
Já parou de amamentar	8	88,89
Nunca amamentou	1	11,11
Total	9	100

Fonte: pesquisa em campo, 2012.

Outro aspecto avaliado sobre as crianças foi a presença de intercorrências clínicas prévias, onde 37,67% ($n=55$) já apresentaram uma ou mais internações hospitalares. Estratificando a presença de intercorrências prévias por estado nutricional, os dados mostraram um maior percentual, por grupo, para sobrepeso ($n=3/4$; 75,00%), seguido por obeso ($n=5/9$; 55,55%), magreza ($n=3/3$, 50,00%), eutrófico ($n=37/105$, 35,24%), magreza acentuada ($n=1/3$; 33,33%) e risco para sobrepeso ($n=6/19$; 31,58%).

Sabemos que a criança com desnutrição apresenta maior suscetibilidade para desenvolver doenças infecciosas, principalmente as do aparelho respiratório e diarreias, devido a sua condição fisiopatológica (RICE *et al.*, 2005). O fato de 44,4% das crianças da amostra, que foram classificadas como magreza acentuada e magreza, apresentarem internações prévias, pode inferir que criança que permanece com essa alteração nutricional pode estar condicionada a apresentar infecções de repetição, aumentando o número de internações e contribuindo para um maior risco de mortalidade infantil.

A obesidade na infância apresenta uma série de complicações que podem gerar desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e ainda, esse estado nutricional pode permanecer durante a vida adulta (OLIVEIRA *et al.*, 2004). As mudanças que são provocadas no organismo da criança são diversas, devendo ter destaque as alterações do sistema respiratório. Uma criança obesa pode apresentar tendência a hipóxia, esforço respiratório, apnéia do sono, e, ainda, risco ao desenvolvimento de asma e infecções respiratórias (MELLO *et al.*, 2004).

Estudos que buscam conhecer o estado nutricional de crianças internadas em hospitais mostram um número significativo de crianças que apresentam o estado nutricional alterado. Neste sentido, Simões e colaboradores (2010), em um estudo que buscou avaliar o estado nutricional de crianças e adolescentes com o tempo de internação, encontraram dentro de sua amostra, 31% de obesos/sobrepeso, 25% de desnutridos e risco para desnutrição. Já Cruz e colaboradores (2009) em estudo que teve

como objetivo classificar o estado nutricional de crianças e adolescentes e seus fatores de risco para desnutrição na admissão hospitalar apresentaram uma amostra de 6% para sobrepeso e de 4% para obesidade, 27% de desnutridos e 15% classificados como risco nutricional. Compreende-se que a criança com sobrepeso e/ou obesidade e com magreza/magreza acentuada apresentam uma maior suscetibilidade do seu estado imunológico podendo contribuir para um maior número de internações hospitalares quando relacionada a crianças consideradas eutróficas.

Para o total da amostra, o tempo de internação hospitalar foi de $3,29 \pm 0,18$ dias. Estratificando por estado nutricional, o tempo de internação hospitalar foi de $3,98 \pm 0,73$ dias em risco para sobrepeso, $3,54 \pm 0,82$ em obeso, $3,31 \pm 0,19$ em eutrófico, $3,00 \pm 1,53$ em sobrepeso, $2,33 \pm 0,77$ em magreza acentuada e $1,08 \pm 0,35$ em magreza.

Diferente dos resultados encontrados, Simões e colaboradores (2009), em um estudo que buscou avaliar o estado nutricional de crianças e adolescentes com o tempo de internação, obtiveram uma média de dias de internação de $7,2 \pm 19,8$ para pacientes com desnutrição e risco para desnutrição, $5 \pm 9,3$ para eutróficos e $4,1 \pm 8,2$ para obesidade e sobrepeso.

Sabe-se que tanto a desnutrição como a obesidade são patologias que contribuem para uma maior vulnerabilidade no desenvolvimento de doenças e problemas de saúde para seus portadores. A desnutrição além de condicionar um crescimento e um desenvolvimento deficiente, torna o organismo mais suscetível a doenças infecciosas. A obesidade associa-se a diversas patologias como a hipertensão arterial, DM, doenças cardiovasculares, algumas formas de câncer e doenças respiratórias.

Segundo Pereira e colaboradores (1999), em um estudo que visou conhecer a frequência da avaliação do estado nutricional de crianças em um hospital universitário, apenas 59% das crianças admitidas apresentavam avaliação nutricional. Conhecer o estado nutricional de crianças que estão internadas em um serviço hospitalar é importante para que se possa estabelecer uma abordagem adequada da terapêutica necessária para realizar a manutenção e/ou a recuperação da saúde da mesma durante a permanência da internação hospitalar (ROCHA *et al*, 2006). Não avaliar o estado nutricional pode contribuir para um aumento do tempo de internação hospitalar.

Ao final desta análise, constatou-se que a preocupação com a prevalência das alterações nutricionais na infância e seus fatores de risco, além de uma visão ampliada do tema pelos profissionais e acadêmicos em saúde, fornece uma oportunidade de

estimulem os pacientes e seus responsáveis no seu autocuidado e adoção de práticas alimentares saudáveis que visem o desenvolvimento e crescimento ponderal adequado para cada faixa etária.

Portanto, que ainda são inúmeros os desafios que apresentam ao desenvolvimento, implementação, e cumprimento de ações e programas que assegurem o estado nutricional infantil nos primeiros anos de vida, mas é preciso identificá-los e enfrentá-los, a fim de garantir subsídios científicos que direcionem o cuidado a esta população de risco.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo, que buscou verificar qual a associação do estado nutricional, com o tempo de aleitamento materno e com o tempo de internação hospitalar de crianças trouxe dados relevantes da realidade das crianças que internam em um hospital universitário.

Os resultados mostraram a existência de uma relação entre os estados nutricionais magreza acentuada/magreza e obeso tendo, ambos, menor período de aleitamento materno exclusivo e maior tempo de internação hospitalar.

Além disso, uma maior prevalência de sobrepeso/obesidade em relação à magreza acentuada/magreza condiz com a fase de transição nutricional da atualidade. Fatores tais como: nível de escolaridade do responsável, renda familiar, atualização do calendário vacinal, tempo de aleitamento materno exclusivo e inserção precoce de outros alimentos na dieta sugerem a existência de uma relação com desvios nutricionais na amostra estudada. Ressalta-se que na idade recomendada para aleitamento materno exclusivo, ou seja, até seis meses de idade, ocorrem graus diferenciados de desvios nutricionais. Um programa de orientação e monitoramento individualizado para efetivação do aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de idade, favorece um ganho de peso corporal mais fisiológico, o que pode evitar o prolongamento da internação e o aparecimento de complicações clínicas da criança no hospital, com repercussão no seu bem-estar e qualidade de vida.

Não menos importante, o número de consultas no primeiro ano de vida não mostrou influência sobre o tempo de internação hospitalar, o que deve ser melhor investigado.

Os resultados apontam que estratégias de intervenção de forma precoce devem ser consideradas conforme o problema específico, possibilitando a criação de ações que direcionam para o bem-estar e qualidade de vida da população infantil.

As consequências clínicas advindas de extremos nutricionais podem modificar a resposta fisiológica ao tratamento e, com isso, o curso da doença, com maior exposição da criança ao risco para complicações secundárias.

Podemos ver que crianças precocemente desmamadas são imunologicamente mais suscetíveis a agravos à saúde. O monitoramento do estado nutricional favorece a

definição dos grupos de idade mais afetados por diferentes problemas de má nutrição, além da identificação dos problemas nutricionais mais predominantes conforme a fase da vida.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.R.; GIUGLIANI, E.R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; p. 180-189, 2004.
- ALSELMO MAC. Antropometria: aspectos históricos e visão crítica. **Cadernos de Nutrição SBAN**. 1991; 3: 11 – 25.
- ARGULHO, F. G.; MAURÍCIO, A. A. Elaboração de cardápio para cantina de colégio particular com sugestões de kits balanceados e custo para aquisição. **Nutr Brasil**, v. 6, n. 2, p. 80-86, 2007.
- BACHRACH V, Schwarz E, Bachrach L. Breastfeeding and the Risk of Hospitalization for Respiratory Disease in Infancy: A Meta-analysis. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 2003;157(3):237-243.
- BALABAN, Geni, *et al.* O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 4, n. 3, Set. 2004.
- BARRETO, A. C. N. G.; BRASIL, L. M. P.; MARANHÃO, H. S. Sobrepeso: uma nova realidade no estado nutricional de pré-escolares de Natal, RN. **Rev Ass Med Bras**, v. 53, n. 4, p. 311-316, 2007.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. 181-91, 2003.
- BAUGHUM, A. E.; CHAMBERLIN, L. A.; DEEKS, C. M.; POWER, S. W.; WHITAKER, R. C. Maternal perceptions of overweight preschool children. **Pediatrics**, v. 106, n. 6, p. 1380-6, 2000.
- BETRÁN AP, ONÍS M, LAUER JÁ, VILLAR, J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. **BMJ**, 2001; v .323: p.1-5.
- BISCEGLI, T. S.; *et al.* Avaliação do estado nutricional do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 25, n. 4, p. 337-342, 2007.
- BLACK, R. E.; MORRIS, S. S.; BRYCE, J. Where and why are 10million children dying every year?. **The Lancet**, v. 361, p. 2226–34, 2003.
- BOA-SORTE, N.; NERI, A. L.; LEITE, M. E. Q.; BRITO, S. M.; MEIRELLES, A. R.; LUDUVICE, F. B. S., *et al.* Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **J Pediatr**, v. 83, n. 4, p. 349-56, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 10 out. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Prevalência do aleitamento maternos nas capitais brasileiras e no distrito federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, 2002b.

_____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução a mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**, PNDS, 2006. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança. **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009, 112p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, 108 p.

_____. **Ministério da Saúde [website]**. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=50298, acesso em 22 out 2012.

_____. **Portal Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7901/162/brasil-mantem-95-de-cobertura-nos-ultimos-10-anos.html>, acesso em 18 nov 2012.

ALSELMO MAC. Antropometria: aspectos históricos e visão crítica. Cadernos de Nutrição SBAN. 1991; 3: 11 – 25.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996.

- CORREIA, M. I. T. D.; WAITZBERG, D. L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition**. v. 22, n. 3, p. 235-39, 2003.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, s. 2, p. s332-40, 2008.
- CRUZ, Luciane B.; RODRIGUES, F. O.; MAKSUD, M.; ZAMBRANO, M.; RAIMUNDO, F.; DORNELLES, C. T. L. Estado nutricional e fatores de risco para desnutrição no atendimento nutricional pediátrico da admissão hospitalar. **Rev. HCPA**, v. 29, n. 3, 2009.
- CRUZ, M. A. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010. Desigualdade racial dificulta o acesso da população negra aos serviços de saúde. **Jornal da UNICAMP**, dez, 2009.
- DAL BOSCO, S.M. **Terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- DANADIAN K, L. V; JANOSKY, J. J.; ARSLANIAN S. Lipolysis in African-American children: is it a metabolic risk factor predisposing to obesity? *J Clin Endocrinol Metab*, v. 86, n. 7, p. 3022-6, jul. 2001.
- DIAZ M. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. **Rev Chil Pediatr**, v. 71, n. 4, p. 316-20, 2000.
- DIETZ, W. H. The obesity epidemic in young children. **BMJ**, v. 322, n. 7282, p. 313-42, 2001.
- EBBELING, C. B.; PAWLAK, D. B.; LUDWIG, D. S. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. **Lancet**, v. 360, n. 9331, p. 473-82, 2002.
- ESCUDE, M.; VENÂNCIO, R.; PEREIRA, J. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.
- FLORÊNCIO, T. T.; FERREIRA, H. S.; CAVALCANTE, J. C.; LUCIANO, S. M.; SAWAYA, A. L. Food consumed does not account for the higher prevalence of obesity among stunted adults in a very-low-income population in the Northeast of Brazil (Maceió, Alagoas). **Eur J Clin Nutr**, v. 57, p. 1437-46, 2003.
- FRANÇA, E.; SOUZA, J. M.; CROSLAND, M. D.; GOULART, E. M.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C. M. Associação entre fatores sócioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo de caso-controle. **Cad Saúde Publica**, v. 17, p. 1437-47, 2001.

GAGE, A. J. Familial and socioeconomic influences on children's well-being: an examination of preschool children in Kenya. **Soc Sci Med**, v. 45, p. 1811-28, 1997.

GALLEGHER-ALLRED, C.R, Voss AC, Finn SC, Mccamish SA. Malnutrition and clinical outcomes: The case for medical nutrition therapy. **J Am Diet Assoc**. 1996; 96: 361 – 6.

GENOVESI, S.; GIUSSANI, M.; FAINI, A.; VIGORITA, F.; PIERUZZI, F.; STREPPARAVA, M. G, *et al.* Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. **Acta Paediatr**, v. 94, n. 6, p. 747-52, 2005.

GONÇALVES, M.B. Leite Materno. Editorial Especial. **J. Pediatr** (Rio) 1993;55:181.

GRISI, S.; OKAY, Y.; SPEROTTO, G. **Estratégia Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância - AIDPI**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005.

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David. **Wong: Fundamento de Enfermagem Pediátrica**. 8ª Rio de Janeiro: Mosby-Elsiever, 2011, 1320 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/blogsection/5/927/>>. Acessado em: 23 out. 2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Termo de Utilização de Dados de Prontuário. Resolução Normativa 01/97 Disponível em: <<http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/52157832/Aux%C3%ADlio%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20consentimento%20informado.pdf>>. Acessado em: 23 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

JAIN, A.; SHERMAN S. N.; CHAMBERLIN, L. A.; CARTER, Y.; POWER, S. W.; WHITAKER, R. C. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? **Pediatrics**, v. 107, n.5, p. 1138-46, 2001.

JOBIM, Rita; AERTS, Denise. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008 .

JONES M, Delfim M, Kallfelz M, Vitola L, Pitrez P, R. S. Pulmonary Function In Infants Post-Infectious Bronchiolitis Obliterans. In: **ATS International Conference 2002**. Atlanta; 2002.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A.; et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 125-50.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 21. ed. São Paulo: Vozes, 2003.

KRAMER, M. S.; ABOUD, F.; MIRONOVA, E.; VANILOVICH, I.; PLATT, R. W.; MATUSH, L., *et al.* Breastfeeding and cognitive development: new evidence from a large randomized trial. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, p. 578-84, 2008.

KROKE, A.; STRATHMANN, S.; GÜNTHER, A. L. B. Maternal perceptions of her child's body weight in infancy and early childhood and their relation to bodyweight status at age 7. **Eur J Pediatr**, v. 165, p. 875-83, 2006.

LE PENDU, J. Histo-blood group antigen and human milk oligosaccharides: genetic polymorphism and risk of infectious diseases. **Adv Exp Med Biol**, v. 554, p. 135-143, 2004.

LEÃO, L. S. C. S.; ARAÚJO, L. M. B. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 2, p. 151-157, 2003.

LEONE, C.; BERTOLI, C.J.; SCHOEPS, D.O. Novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde: comparação com valores de crescimento de crianças pré-escolares das cidades de Taubaté e Santo André, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.27, n.1, p.40-7, 2009.

LISSAUER, Tom; CLAYDEN, Graham. **Manual Ilustrado de Pediatria**. 3ª Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, 544 p.

LOURENCO, Barbara Hatzlhoffer; CARDOSO, Marly Augusto. Infant feeding practices, childhood growth and obesity in adult life. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, July, 2009.

MACHADO, Marcia Maria Tavares. Fatores de proteção do leite humano. **Revista de Pediatria do Ceará**. 3 (2), 2002: 59-63.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Risk factors for infant developmental problems. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, out, 2007.

MAY, A. L.; DONOHUE, M.; SCANLON, K. S.; SHERRY, B.; DALENIUS, K.; FAULKNER, P. *et al.* Childfeeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. **J Am Diet Assoc**, v. 107, n. 7, p. 1167-74, 2007.

MAYNARD, L. M.; GALUSKA, D. A.; BLANCK, H. M.; SERDULA, M. K. Maternal perceptions of weight status of children. **Pediatrics**, v. 111, n. 5, p. 1226-31, 2003.

MELLO ED. O que significa avaliação do estado nutricional. *Jornal de Pediatria* 2002; 78: 357 – 58.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-82, 2004.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, Dec. 2000.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto contexto enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-67, jun, 2011.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev bras epidemiol*, São Paulo, 2012.

MORROW, A. L.; RANGEL, J. M. Human milk protection against infectious diarrhea: implications for prevention and clinical care. *Semin. Pediatr Infect*, v. 15, p. 221–8, 2004.

MOTTA, M.E, da Silva, G.A, Araújo,O.C, Lira,P.I, Lima, M.C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:377-82.

NEUTZLING, M.B.; TADDEI, J.A.A.C.; RODRIGUES, E.M.; SIGULEM, D.M. Overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Intern J of Obesity*, London, v.24, p.869-74, 2000.

OLIVEIRA, F.C.C. Estado nutricional de crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. *Epidemiol Serv Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 7-18, jan-mar. 2011.

OWEN, C.G, Martin, R.M, Whincup, P.H., Smith, G. D and. Cook, D. G. Effect of Infant Feeding on the Risk of Obesity Across the Life Course: A Quantitative Review of Published Evidence. *Pediatrics*, 2005;115;1367

OZTURK Y, Buyukgebiz B, Arslan N, Ellidokuz H. Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children. *J Trop. Pediatr*. 2003; 49: 189-90.

PALHARES, D. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. *J Pediatr (Rio J)*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos SP. *Rev bras epidemiol*, v. 15, n. 1, p. 188-97, mar, 2012.

PEREIRA, A. L.; CARMO, A. M.; MOURA, M. C.; REGADAS, R. P.; LIMA, NL. Eficácia na avaliação nutricional em crianças admitidas no Hospital Universitário de Fortaleza. *Rev Ped Ceara*, v. 1, Supl, p. 320, 2000.

PÉREZ, J. I. U.; et al. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. **Nutrición Hospitalaria**. Madrid, v. 27, n. 4, p. 179-88, 2002.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4. ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

RASLAN, M.; et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 21, n. 5, p. 553- 61, set./out. 2008.

RICCO, R. C.; et al. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade. **Revista Paulista de Pediatria**. Ribeirão Preto, v. 28, n. 4, p. 320-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n4/a06v28n4.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2012.

RICE, A. L.; SACCO, L.; HYDER, A.; BLACK, R. E. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. **Bull World Health Organ**, v. 78, p. 1207-21, 2005.

ROCHA, G. A; ROCHA, E. J; MARTINS, C. V. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. **J Pediatr**, Rio J, v. 82, p. 70-4, 2006.

RUTTER, M; QUINTON, D. Psychiatric disorder - ecological factors and concepts of causation. In: McGurk M, editor. Ecological factors in human development. Amsterdam: **North Holland**, 1977.

SAWAYA, A. L; ROBERTS, S. Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. **Cad Saude Publica**, v. 19, Suppl 1, p. 21-8, 2003.

SERMET-GAUDELUS I, POISSOM-SALOMON, A. S.; COLOMB V.; BRUSSET, M. V.; MOSSER, F.; BERRIER, F.; RICOUR, C. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. **Am J Clin Nutr**, v. 72, p. 64-70, 2000.

SEYFERTH, Giralda. A dimensão cultural da imigração. **Rev bras Ci Soc**, São Paulo, v. 26, n. 77, Out, 2011.

SHIELDS, L, O'Callaghan, Gail, M.W, Jake, M.N, Bor, W. Breastfeeding and obesity at 14 years: A cohort study. **Journal of Pediatrics and Child Health** 42 (2006) 289–296

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 76, s. 3, p. S275-84, 2000.

SILVEIRA, K. B; ALVES, J. F; FERREIRA, H. S; SAWAYA, A. L; FLORÊNCIO, T. M. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. **J Pediatr**, Rio J., v. 86, n. 3, p. 215-220, 2010.

SIMOES, A.P., *et al.* Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia pediátrica. **Rev paul pediatr**, São Paulo, v. 28, n. 1, Mar. 2010.

SIMON, V. G; SOUZA, J. M; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev Saude Publica**, v. 43, p. 60-9, 2009.

SIQUEIRA,R.S, Monteiro, C.A. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(1):5-12.

SKINNER, J. D.; *et al.* Do food- related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? **J Nutr Educ Behav**, v. 34, n.6, p.310-5, 2002. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 14 set. 2012.

SOUTO, T.S.; *et al.* Anemia e renda per capita familiar de crianças frequentadoras da creche do Centro Educacional Unificado Cidade Dutra, no Município de São Paulo. **Rev Paul Pediatria**, v. 25, n. 2, p.161-6, 2007.

STANDING COMMITTEE ON NUTRITION. **Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa**. London: United Nations System, 2006.

TADDEI, J. A. A. C.; COLUGNATI, F. A. B, RODRIGUES, E. M; SIGULEM, D. M, LOPEZ, F. A. **Desvios nutricionais em menores de cinco anos**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2002.

TIGGEMANN, M; LOWES, J. Predictors of maternal control over children's eating behaviour. **Appetite**, v. 39, n. 1, p. 1-7, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Pública**, v. 20, n.2,p. 190-8, 2004.

VILLARES, J. M. N.; LEAL, L. O.; GINER, G. P. Disnutrición hospitalaria en niños. **Act Pediat Esp**, v. 63, p. 63-9, 2005.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **Am J Clin Nutr**, v. 75, n. 6, p. 971-7, 2002.

WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em Pediatria: da neologia à adolescência**. São Paulo: Manole, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries, **Lancet**, v. 355, p. 451-5, 2000.

ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (projeto maior)

08/10/12

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron**Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 22291**Título:** ESTADO NUTRICIONAL E SITUAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR**Área do Conhecimento:** Saúde Materno-Infantil**Início:** 27/12/2011**Previsão de conclusão:** 15/08/2013**Situação:** projeto em andamento

Projeto Nº 23592 - ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, TEMPO DE INTERNAÇÃO E PERÍODO DE ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR é subprojeto deste projeto

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado

Local de Realização: Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Projeto envolve aspectos éticos da categoria:** Outro Tipo De Projeto**Objetivo:** Não informado: dados projeto provenientes do HCPA.**Equipe UFRGS****Nome:** Maria Da Graca Corso Da Motta**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/12/2011**Nome:** Adriana Aparecida Paz**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/12/2011**Nome:** Marcia Koja Breigeiron**Participação:** Coordenador**Início:** 27/12/2011**Equipe Externa****Nome:** Ana Olívia Winiemko Souza**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/12/2011**Nome:** Kelen Cristina Ramos Dos Santos**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 21/01/2012**Nome:** Maitê Nunes De Miranda**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/12/2011**Nome:** Maria Carolina Witkowski**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/12/2011**Nome:** Melissa Tumelero Valente**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 24/01/2012**Nome:** Tatiana Schnorr Silva**Instituição:** Hospital De Clínicas De Porto Alegre**Participação:** Pesquisador**Início:** 23/01/2012https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms/form_index.php

1/2

08/10/12

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Anexos**Projeto Completo****Data de Envio:** 02/05/2012**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Data de Envio:** 02/05/2012**Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa****Data de Envio:** 02/05/2012**Instrumento de Coleta de Dados****Data de Envio:** 02/05/2012**Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos****Data de Envio:** 02/05/2012**Avaliações**

Comite de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Aprovado em 27/12/2011

Bolsas**Projeto associado à bolsa Iniciação Científica Voluntária no período 24/04/2012 a 23/04/2013****Bolsista** MELISSA TUMELERO VALENTE no período de 24/04/2012 até 23/04/2013**Projeto associado à bolsa Iniciação Científica Voluntária no período 05/05/2012 a 31/12/2012****Bolsista** Ana Olívia Winiemko Silva e Souza no período de 05/05/2012 até 31/12/2012**Projeto associado à bolsa Iniciação Científica Voluntária no período 04/06/2012 a 31/12/2012****Bolsista** KELEN CRISTINA RAMOS DOS SANTOS no período de 04/06/2012 até 31/12/2012**Processos - Colaborador Convidado****Projeto associado ao processo de colaborador do tipo Aluno Externo em Atividades de Pesquisa de MELISSA TUMELERO VALENTE no período de 24/04/2012 a 23/04/2013****Projeto associado ao processo de colaborador do tipo Aluno Externo em Atividades de Pesquisa de Ana Olívia Winiemko Silva e Souza no período de 05/05/2012 a 31/12/2012**

ANEXO B – Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110516**Data da Versão do Projeto:** 19/12/2011**Data da Versão do TCLE:** 19/12/2011**Pesquisadores:**

MARIA DA GRACA CORSO DA MOTTA
ADRIANA APARECIDA PAZ
MARIA CAROLINA WITKOWSKI
MAITÊ NUNES DE MIRANDA
ANA OLÍVIA WINIEMKO SOUZA
MARCIA KOJA BREIGEIRON

Título: ESTADO NUTRICIONAL E SITUAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 27 de dezembro de 2011.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO C – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (presente projeto)

Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 23592

Título: ASSOCIACAO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, TEMPO DE INTERNACAO E PERIODO DE ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANCAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR

Área do Conhecimento: Enfermagem Pediátrica

Início: 01/02/2012

Previsão de conclusão: 01/12/2012

Situação: projeto em andamento

É subprojeto do projeto Nº 22291 - ESTADO NUTRICIONAL E SITUAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE DE CRIANCAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto da linha de pesquisa Estado nutricional em crianças e adolescentes

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto Em Seres Humanos

Objetivo: Verificar a associação entre o estado nutricional, tempo de aleitamento materno e tempo de internação de crianças admitidas em unidade hospitalar.

Palavras-Chave

Aleitamento Materno

Enfermagem

Estado Nutricional

Tempo De Internação

Equipe UFRGS

Nome: Marcia Koja Breigeiron

Participação: Coordenador

Início: 01/02/2012

Nome: Maitê Nunes De Miranda

Participação: Pesquisador

Início: 01/02/2012

Anexos

Relatório de Andamento

Data de Envio: 13/07/2012

Período: 01/02/2012 a 01/07/2012

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Envio: 13/07/2012

Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Data de Envio: 13/07/2012

Documento de Aprovação

Data de Envio: 13/07/2012

Concordância de Instituição

Data de Envio: 13/07/2012

Projeto Completo

Data de Envio: 13/07/2012

Instrumento de Coleta de Dados

Data de Envio: 13/07/2012

Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa com Animais

Data de Envio: 13/07/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 18/07/2012

Fecha

Trata-se de um projeto já avaliado no CEP/HCPA. Aprovado

[Retorna](#) [Imprimir](#)

ANEXO D – Instrumento de Coleta dos Dados

IDENTIFICAÇÃO	
Número do Questionário:	Data:
QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: se alguma resposta for NÃO, encerre a entrevista.	
a) Tem diagnóstico médico principal de Doença Respiratória Aguda? (0) não (1) sim	
b) Tem tempo de internação hospitalar superior a 6 horas? (0) não (1) sim	
c) Está acompanhada por seu responsável de reconhecimento familiar? (0) não (1) sim	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: se alguma resposta for NÃO, encerre a entrevista.	
a) A internação hospitalar foi por motivos alheios a procedimentos eletivos? (0) não (1) sim	
b) Há possibilidade de aferição das medidas antropométricas? (0) não (1) sim	
A – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DA CRIANÇA	CODIFICAÇÃO
A.1 – Qual é o sexo da criança? (0) masculino (1) feminino	
A.2 – Qual é a idade da criança? _____ anos _____ meses	
A.3 – Qual é a cor da criança? (1) negra (2) parda (3) branca	
A.4 – A criança já frequentou a escola / creche? (0) não (1) sim	
Caso a resposta seja não, pule para a questão A.6	
A.5 – Quantos anos completos a criança já estudou? _____ anos	
A.6 – Qual é o tipo de moradia da criança? (1) alvenaria (2) madeira (3) mista	
A.7 – Existe encanamento com água potável na moradia da criança? (0) não (1) sim	
A.8 – Existe rede de esgoto na moradia da criança? (0) não (1) sim	
A.9 – Existe de coleta de lixo na rua onde a criança mora? (0) não (1) sim	
A.10 – O serviço de saúde (US) com profissionais da área de pediatria é acessível? (0) não (1) sim	
A.11 – A criança mora com quem? (1) pai (4) parentes (2) mãe (5) outras pessoas (3) irmãos	
A.12 – Quantas pessoas moram na mesma moradia que a criança? _____ pessoas	
B – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA	CODIFICAÇÃO
B.1 – Qual o peso corporal de nascimento? _____ Kg _____ grs	
B.2 – Qual o comprimento/estatura de nascimento? _____ cm	
B.3 – Qual o número de consultas realizadas no 1º ano de vida? (ver escala) _____ consultas	
B.4 – A criança já apresentou diagnóstico prévio de alteração do estado nutricional? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.6 (0) não (1) sim	
B.5 – Qual foi o diagnóstico de alteração do estado nutricional? (1) desnutrição (2) obesidade (3) sobrepeso	
B.6 – A carteira de vacinação da criança está atualizada? (Solicite a carteira de vacinação e confira) (0) não (1) sim	

B.7 – A criança está inserida em algum dos Programas e/ou projetos de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS)? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.9	(0) não (1) sim	
B.8 – Qual (is) o(s) programa(s) e/ou projeto(s) que a criança está inserida?	(1) Pré-nenê (2) Asma (3) De volta para casa (4) outro. Qual? _____	
B.9 – A criança foi amamentada com leite materno exclusivo? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.11	(0) não (1) sim	
B.10 – Qual o tempo que a criança foi amamentada com leite materno exclusivo?	_____ anos _____ meses	
B.11 – Houve interrupção do aleitamento materno exclusivo? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.13	(0) não (1) sim	
B.12 – Qual a idade da criança quando houve a interrupção do aleitamento materno exclusivo?	_____ anos _____ meses	
B.13 – A criança já aceitou a inserção de outros alimentos na dieta? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.15	(0) não (1) sim	
B.14 – Qual a idade que a criança aceitou a inserção de outros alimentos na dieta?	_____ anos _____ meses	
B.15 – A criança faz atividade física regular? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.18	(0) não (1) sim	
B.16 – Qual o tipo de atividade física regular? Múltiplas respostas	Tipo de atividade: _____	
B.17 – Qual a frequência da atividade física regular?	_____ vezes/semana	
B.18 – A criança já apresentou ou apresenta perda de peso? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.20	(0) não (1) sim	
B.19 – Há quanto tempo a criança vem perdendo peso?	(1) nos últimos dias. (2) nos últimos meses. (3) no último ano (4) há mais de um ano.	
B.20 – A criança já apresentou ou apresenta ganho de peso? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.22	(0) não (1) sim	
B.21 – Há quanto tempo a criança vem ganhando peso?	(1) nos últimos dias. (2) nos últimos meses. (3) no último ano (4) há mais de um ano.	
B.22 – A criança já teve internações hospitalares anteriores? Caso a resposta seja não, pule para a questão C.1	(0) não (1) sim. Quantas? _____	
B.23 – Qual o motivo das internações hospitalares anteriores? Múltiplas respostas	Motivo: _____	
QUESTIONÁRIO DO RESPONSÁVEL		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: se alguma resposta for NÃO, encerre a entrevista.		
a) Tem idade \geq 18 anos?	(0) não (1) sim	
b) É reconhecido como responsável pela criança junto à família?	(0) não (1) sim	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: se alguma resposta for NÃO, encerre a entrevista.		
a) Aceitou participar do estudo?	(0) não (1) sim	
b) Assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)?	(0) não (1) sim	

C – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DO RESPONSÁVEL/FAMÍLIA	CODIFICAÇÃO
C.1 – Qual é o seu sexo?	(0) masculino (1) feminino
C.2 – Qual é a sua idade?	_____ anos
C.3 – Qual é a sua situação conjugal?	(1) casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) solteiro(a) (3) viúvo(a) (4) divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)
C.4 – Você tem filhos? Caso a resposta seja não, pule para a questão C.7	(0) não (1) sim
C.5 – Quantos filhos?	_____ filhos
C.6 – A criança hospitalizada é seu (sua) filho(a)?	(0) não (1) sim
C.7 – Qual é o seu grau de parentesco com a criança?	(1) mãe biológica (2) pai biológico (3) mãe não-biológica (4) pai não- biológico (5) familiar (6) nega grau de parentesco com a criança
C.8 – Qual a sua escolaridade?	(1) não alfabetizado (2) alfabetizado (3) 1º grau incompleto (4) 1º grau completo (5) 2º grau completo (6) ensino superior completo
C.9 – Qual a sua ocupação atual? Múltiplas respostas	Ocupação: _____
C. 10 - Qual a renda familiar mensal?	(1) menos de 1 salário (2) 1 a 3 salários (3) 3 a 5 salários (4) mais de 5 salários
C.11- Quantas pessoas partilham da renda mensal?	_____ pessoas
C.12 – A renda mensal comporta as necessidades básicas diárias da família?	(0) não (1) sim
C.13 – Como você considera sua interação / vínculo com a criança?	(1) ótima (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e seu filho(a) estão sendo convidados a participar da pesquisa: “Estado nutricional e situação clínica e de saúde de crianças admitidas em unidade hospitalar”.

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS: O objetivo da pesquisa é verificar a associação entre o estado nutricional e situação clínica e de saúde de crianças admitidas em unidade hospitalar. A pesquisa será realizada em dois momentos. No primeiro momento será realizada uma entrevista, bem como a verificação do peso corporal e do comprimento/estatura da criança. Neste momento, a sua participação consiste em: responder a entrevista, constituída de questões abertas e fechadas, a qual será gravada em áudio, tendo duração máxima de 30 minutos. As fitas de áudio serão armazenadas pelo prazo máximo de cinco anos após o término do estudo, em um armário chaveado localizado em ambiente privativo do pesquisador responsável. Solicita-se, também, sua autorização para a verificação do peso corporal e do comprimento/estatura da criança sob a sua responsabilidade. Em um segundo momento, dados do prontuário da criança serão coletados pelos pesquisadores em data próxima a alta hospitalar (este momento não contará com a sua participação).

RISCOS E BENEFÍCIOS: A sua participação e de seu filho(a) na pesquisa apresenta potencial mínimo de risco, este podendo ser relacionado ao desconforto gerado ao responder algumas questões. Como benefício, você estará contribuindo para o avanço dos estudos e do tratamento das alterações nutricionais de crianças.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar (você e seu filho(a)), retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não irá acarretar qualquer prejuízo no tratamento do seu filho(a). Os pesquisadores asseguram o sigilo de sua identidade. Os resultados da pesquisa serão publicados de forma anônima e permanecerão confidenciais. Seu nome ou material que identifique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Uma cópia deste documento lhe será entregue.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____, responsável por _____,

fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar a minha participação e de meu filho(a), se assim o desejar. Também fui certificado(a) de que todos os dados desta pesquisa serão mantidos em sigilo. Em caso de dúvida quanto ao projeto, poderei entrar em contato telefônico com as pesquisadoras: Enfª Maria da Graça Corso da Motta (05199874136), Enfª Márcia Koja Breigeiron (05198247009) e Enfª Adriana Aparecida Paz (05199475553). Em caso de dúvidas éticas referentes ao projeto, poderei entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – CEP/HCPA (05133597640). Declaro que concordo com a minha participação e de meu filho(a) nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido em me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante

Nome e assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27 / 12 / 2011

110516 TAV

ANEXO F – Termo de Consentimento para Utilização de Dados Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Título do projeto

ESTADO NUTRICIONAL E SITUAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE DE CRIANÇAS ADMITIDAS EM UNIDADE HOSPITALAR	Cadastro
---	----------


As pesquisadoras se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estando de pleno acordo de que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

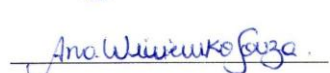
Porto Alegre, ____ de ____ de 2011.


 Enfª Drª Márcia Koja Breigeiron


 Enfª Drª Maria da Graça Corso da Motta


 Enfª Ms. Adriana Aparecida Paz


 Enfª Ms. Maria Carolina Witkowski


 Acad. Enf. Ana Olívia Winiemko Souza


 Acad. Enf. Maitê Nunes de Miranda