

Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013

Patricia Constante Jaime ¹
Paulo Germano de Frias ²
Helena Oliveira da Cruz Monteiro ³
Paulo Vicente Bonilha Almeida ⁴
Deborah Carvalho Malta ⁵

¹ Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: constant@usp.br

² Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

⁵ Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: explorar indicadores de acesso à assistência em saúde infantil e de marcadores de padrões não saudáveis de alimentação em crianças brasileiras menores de dois anos e contextualizá-los na agenda atual de atenção à saúde da criança no Sistema Único de Saúde.

Métodos: estudo transversal descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Estimaram-se as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a população total, macrorregiões brasileiras e localização urbana ou rural do domicílio.

Resultados: realização da primeira consulta médica até o sétimo dia foi referido para apenas 28,7% das crianças. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil foi realizado principalmente nas unidades básicas de saúde (57,2%; IC95%: 54,8-59,6). A frequência de realização dos testes do pezinho, orelhinha e olhinho foi de 70,8% (IC95%: 69,0-72,7), 56,0% (IC95%: 53,8-58,3) e 51,1% (IC95%: 48,9-53,3), respectivamente. Observam-se desigualdades nos cuidados preventivos em saúde, com menor acesso entre as crianças residentes em domicílios rurais e nas Regiões Norte e Nordeste. O consumo de refrigerantes foi referido para 32,3% e de biscoitos, bolacha ou bolo para 60,8% das crianças, apontando uma inoportuna introdução de alimentos não saudáveis na alimentação infantil.

Conclusões: os achados apontam desigualdades de acesso à assistência infantil, assim como alta prevalência de comportamentos alimentares não saudáveis na infância.

Palavras-chave Inquéritos epidemiológicos, Cuidado da criança, Consumo de alimentos, Criança, Brasil

Introdução

Os dois primeiros anos de vida são reconhecidos como um período crucial no crescimento e no desenvolvimento da criança e na promoção da saúde e prevenção de doenças na vida adulta¹ e, em decorrência, indicadores de saúde da criança têm sido empregados como marcadores de padrões de vida.²

A atenção à saúde da criança, no Brasil, evoluiu dos programas verticalizados materno-infantil das décadas de 1970 e 1980, especialmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), para a perspectiva de cuidado integral, voltada à garantia de direitos, superação de vulnerabilidades, redução da morbimortalidade e promoção da saúde e qualidade de vida.^{3,4}

Progressos consideráveis nas condições de vida da criança compõem uma nova realidade na saúde pública brasileira. Estima-se redução nas taxas de mortalidade infantil de 5,5% ao ano entre 1980 e 1990, de 4,4% até o ano 2000,⁵ de 4,7% entre 2000 e 2010,⁶ alcançando a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2012, e, em 2014, atinge 14,4 óbitos por mil nascidos vivos.⁷ Ademais, os diferenciais nas taxas de mortalidade infantil entre as regiões e estados foram reduzidos, em particular nos anos 2000.⁶ Igualmente, houve substancial aumento da cobertura vacinal e da prevalência de aleitamento materno e redução da desnutrição.² Esses sucessos são atribuídos à expansão e qualificação das intervenções em saúde, em particular a estratégia de saúde da família,⁸ e às mudanças econômicas e sociais, o que resultou em real enfrentamento de determinantes sociais da saúde.^{5,9}

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS),¹⁰ realizada em 2006 investigou indicadores de morbimortalidade, acesso a serviços, procedimentos de saúde e de nutrição das crianças menores de cinco anos, verificando amplo predomínio do SUS entre os serviços utilizados, 87% nos casos de diarreia e 70% naqueles de febre ou tosse. Em relação à alimentação, apontou a introdução precoce de alimentos não saudáveis, com elevado consumo de refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%) e doces (37,8%), entre uma a três vezes por semana.¹¹ Como a formação do hábito alimentar é estabelecida, em especial, nos primeiros anos de vida, o consumo de alimentos não saudáveis nesta fase influencia práticas alimentares associadas às doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida.¹²

A primeira Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 em uma parceria entre o

Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possibilita a exploração de dados atualizados relacionados à saúde infantil por ter incluído crianças menores de dois em sua amostra populacional.¹³ Os objetivos do presente artigo são explorar indicadores de acesso à assistência em saúde infantil e de marcadores de padrões não saudáveis de alimentação, em crianças brasileiras menores de dois anos, produzidos pela PNS e contextualizá-los na agenda atual de atenção à saúde da criança no Sistema Único de Saúde.

Métodos

Estudo transversal descritivo a partir de dados secundários da PNS, inquérito populacional de base domiciliar, parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, que ao utilizar a sua amostra mestra possibilita maior espalhamento geográfico e precisão para as estimativas específicas de saúde. A amostra mestra é um conjunto de unidades de área que são selecionadas para atender a diversas pesquisas domiciliares, como a PNS. Essas unidades são chamadas unidades primárias de amostragem (UPAs), tendo como referência informações provenientes do Censo Demográfico de 2010. Desta forma, a amostra da PNS é representativa do Brasil, macrorregiões, população urbana e rural e capitais e a coleta de dados ocorreu entre agosto de 2013 a fevereiro de 2014.

Utilizou-se a amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das (UPAs). Os setores censitários ou conjunto de setores foram as UPAs, os domicílios foram as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade as unidades de terceiro estágio. As crianças menores de dois anos de idade foram identificadas no segundo estágio, quando um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada UPAs foi selecionado por amostragem aleatória simples por meio do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos. Foram estudadas todas as crianças menores de dois anos residentes nos domicílios da amostra.¹³

Após o encerramento da coleta, foram obtidos registros de entrevistas em 64.348 domicílios, com taxa de perda de 20,8%. Foram definidos pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores. Detalhes metodológicos da PNS estão descritos em publicação anterior.¹³

O módulo L do questionário da PNS refere-se à saúde das crianças menores de dois anos de idade. Nele há informações sobre utilização de serviços de

saúde, cuidados preventivos relacionados a vacinas, testes de triagem neonatal para doenças metabólicas, congênitas e de alterações auditiva e visual (testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho, respectivamente), suplementação vitamínica e de minerais, aleitamento materno e consumo alimentar no último dia. As informações sobre as crianças foram dadas pela mãe ou responsável. Foram selecionados os indicadores que apresentaram coeficiente de variação menor ou igual a 10%, em cada nível de estratificação desejado, disponibilizados pelo IBGE.

As variáveis foram agrupadas em dois blocos: (1) Indicadores de acesso à assistência em saúde infantil e (2) Marcadores de padrão não saudável de alimentação. As variáveis que compõem o primeiro bloco foram: primeira consulta médica até 7º dia após alta da maternidade, teste do pezinho na primeira semana de vida do recém-nascido, teste da orelhinha e do olhinho no primeiro mês, três doses da vacina tetravalente na idade de 6 a 12 meses, suplementação medicamentosa com sulfato ferroso na idade de 6 a 23 meses e local de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

No segundo bloco utilizou-se dois marcadores de padrão não saudável de alimentação entre os menores de dois anos, consumo de refrigerante ou suco artificial e consumo de biscoito, bolacha ou bolo. Esses marcadores foram obtidos a partir de três questões no módulo L do questionário da PNS: (questão L01713) “*Você pode me dizer se [nome] comeu biscoitos ou bolachas ou bolo desde ontem de manhã até hoje de manhã?*”, (questão L01707) “*Você pode me dizer se [nome] tomou sucos artificiais desde ontem de manhã até hoje de manhã?*” ou (questão L01715): “*Você pode me dizer se [nome] comeu ou bebeu outros alimentos desde ontem de manhã até hoje de manhã?*”

Foram estimadas as prevalências dos indicadores de acesso à assistência em saúde infantil e de marcadores de alimentação, apresentadas em percentuais (%), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para o Brasil, macrorregiões (Centro-Oeste, Sul, Sudeste, Nordeste e Norte) e localização do domicílio (urbana e rural). Utilizou-se o *software* Stata versão 11.0 a partir do comando *survey* para análise de dados provenientes de amostra complexa. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, sob o Parecer no 328.159/2013.

Resultados

A Tabela 1 apresenta indicadores de acesso à

assistência em saúde infantil. A primeira consulta médica até o sétimo dia após alta da maternidade foi referido por 28,7% das crianças estudadas (IC95%: 26,6-30,9), sendo menor nas Regiões Nordeste (17,7%; IC95%: 15,1-20,4), Norte (21,8%; IC95%: 18,8-24,9) e nos domicílios rurais (20,0%; IC95%: 16,3-23,7).

A realização da triagem neonatal teve frequência nacional de 70,8% (IC95%: 69,0-72,7), 56,0% (IC95%: 53,8-58,3) e 51,1% (IC95%: 48,9-53,3) para os testes do pezinho, orelhinha e olhinho, respectivamente. Observam-se desigualdades no acesso a tais procedimentos de cuidado preventivos, sendo menor entre as crianças residentes em domicílios rurais e nas Regiões Norte e Nordeste do país. Por outro lado, destacam-se as altas coberturas para o teste do pezinho nas Regiões Sul (83,5%; IC95%: 78,7-88,4) e Sudeste (84,7%; IC95%: 81,6; 87,8) (Tabela 1).

Para crianças entre seis e doze meses de idade observou-se a realização de três doses da vacina tetravalente em 75,9% (IC95%: 73,0-78,7), variando de 70,1% (IC95%: 63,4-76,9) na Região Norte a 85,3% na Região Sul (IC95%: 79,4-91,3). Entre as crianças residentes em domicílios rurais a frequência da vacina tetravalente foi maior do que entre aquelas residentes em domicílios urbanos, 83,3% (IC95%: 78,8-87,8) *versus* 74,3% (IC95%: 71,0; 77,6), apresentado na Tabela 1.

Quanto à utilização dos serviços de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, as unidades básicas de saúde do SUS (57,2%; IC95%: 54,8-59,6) foram os locais com maior frequência de relato, seguidas pelos consultórios particulares/clínicas privadas (26,5%; IC95%: 24,2-28,8). Cerca de 7% das crianças estudadas não fazem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (6,8%; IC95%: 5,7-7,9) (Figura 1).

A suplementação com sulfato ferroso foi referida para 57,9% (IC95%: 55,3-60,5) das crianças com idade entre 6 e 23 meses variando entre 40,3% (IC95%: 35,6-45,0) na Região Norte a 69,9% (IC95%: 65,0-74,7) na Sudeste (Figura 2).

Em relação aos marcadores não saudáveis de alimentação infantil, o consumo de refrigerantes no dia anterior foi referido para cerca de uma em cada três crianças menores de dois anos estudadas (32,3%; IC95%: 30,2-34,4) e a Região Nordeste se destaca como a de menor frequência de consumo (25,5%; IC95%: 22,2-28,8). O consumo de biscoitos, bolacha ou bolo foi referido para 60,8% das crianças (IC95%: 58,6-63,0). Não se observou diferença significativa na distribuição dos marcadores de alimentação explorados, entre as crianças residentes em domicílios urbanos ou rurais (Tabela 2).

Tabela 1

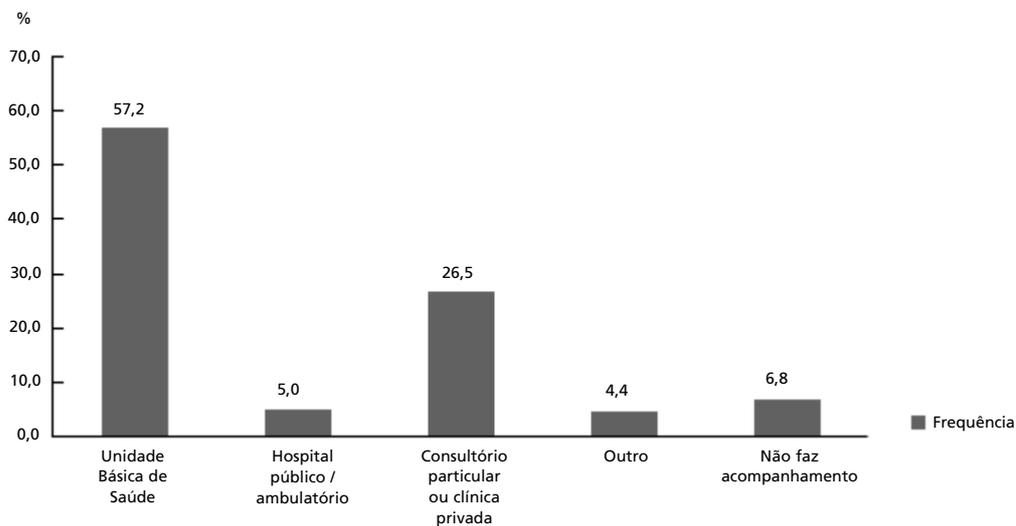
Distribuição percentual de indicadores de acesso à assistência em saúde infantil, segundo macrorregião e localização do domicílio. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil. 2013.

Variável	Indicador de acesso à assistência infantil									
	1ª consulta médica até 7º dia após alta da maternidade		Teste do pezinho na primeira semana de vida		Teste da orelhinha no primeiro mês de vida		Teste do olhinho no primeiro mês de vida		Três doses da vacina tetravalente no primeiro ano de vida	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Macrorregião										
Norte	21,8	(18,8 - 24,9)	56,4	(51,8 - 61,1)	35,3	(30,9 - 39,7)	30,4	(26,4 - 34,3)	70,1	(63,4 - 76,9)
Nordeste	17,7	(15,1 - 20,4)	53,8	(50,1 - 57,5)	37,5	(33,8 - 41,3)	28,9	(25,6 - 32,1)	80,3	(75,5 - 85,2)
Sudeste	33,5	(28,8 - 38,3)	84,7	(81,6 - 87,8)	70,3	(66,2 - 74,5)	71,1	(67,1 - 75,1)	70,5	(64,8 - 76,3)
Sul	44,0	(38,4 - 49,5)	83,5	(78,7 - 88,4)	77,6	(72,2 - 82,9)	68,5	(62,8 - 74,2)	85,3	(79,4 - 91,3)
Centro-Oeste	31,0	(26,5 - 35,4)	69,1	(64,5 - 73,7)	50,8	(46,4 - 55,3)	41,4	(36,7 - 46,0)	76,2	(70,8 - 81,6)
Localização do domicílio										
Urbano	30,4	(27,9 - 32,9)	73,2	(71,2 - 75,3)	60,6	(58,1 - 63,2)	54,9	(52,5 - 57,4)	74,3	(71,0 - 77,6)
Rural	20,0	(16,3 - 23,7)	58,4	(53,7 - 63,1)	32,2	(27,9 - 36,5)	31,3	(26,7 - 35,9)	83,3	(78,8 - 87,8)
Brasil	28,7	(26,6 - 30,9)	70,8	(69,0 - 72,7)	56,0	(53,8 - 58,3)	51,1	(48,9 - 53,3)	75,9	(73,0 - 78,7)

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Figura 1

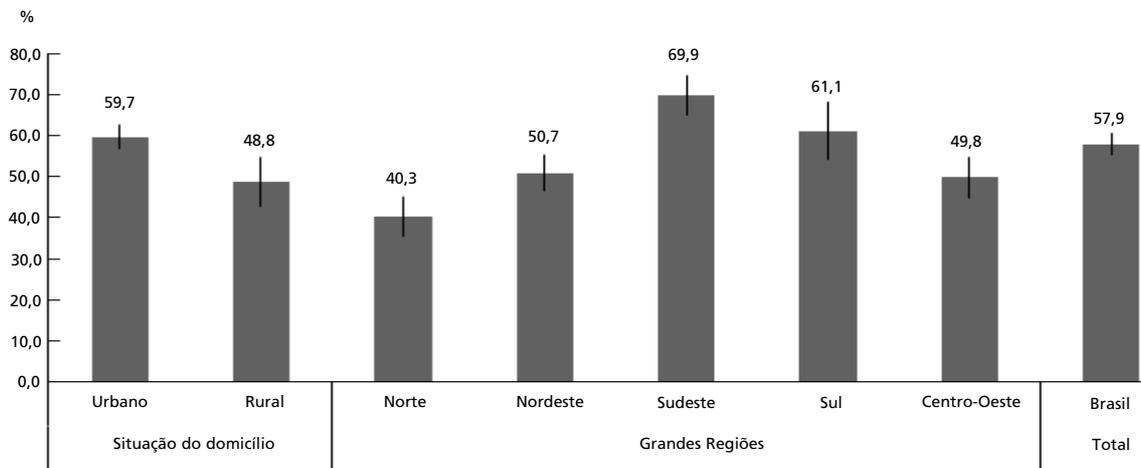
Distribuição percentual dos locais de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil. 2013.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Figura 2

Proporção de crianças com idade entre 6 e 23 meses que receberam suplementação medicamentosa com sulfato ferroso, segundo macrorregiões e localização do domicílio. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil. 2013.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Tabela 2

Distribuição percentual de marcadores de alimentação não saudável, segundo macrorregião e localização do domicílio. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil. 2013.

Variável	Marcador de alimentação não saudável			
	Consumo de refrigerante ou suco artificial por menores de 2 anos		Consumo de biscoito, bolacha ou bolo por menores de 2 anos	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Macrorregião				
Norte	32,9	(28,8 - 37,0)	51,9	(47,7 - 56,2)
Nordeste	25,5	(22,2 - 28,8)	58,8	(54,7 - 62,8)
Sudeste	34,2	(30,0 - 38,4)	64,3	(60,2 - 68,3)
Sul	38,5	(32,3 - 44,6)	60,4	(54,9 - 65,8)
Centro-Oeste	37,4	(32,8 - 41,9)	65,3	(60,6 - 69,9)
Localização do domicílio				
Urbano	32,5	(30,1 - 34,9)	61,8	(59,4 - 64,2)
Rural	31,3	(27,1 - 35,4)	55,7	(50,5 - 60,8)
Brasil	32,3	(30,2 - 34,4)	60,8	(58,6 - 63,0)

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Discussão

A partir das informações obtidas na PNS observou-se que ainda há muitos desafios a serem superados, apesar dos esforços de programas e políticas, desde a década de 1980, para qualificar a assistência em saúde infantil, com inflexão no modelo assistencial para ampliação do acesso e superação de sua fragmentação.²⁻⁴ A baixa frequência, menor de um terço, da primeira consulta do recém nascido na primeira semana de vida é uma expressão da insuficiente vinculação das maternidades com a atenção primária e que o acesso oportuno à rede de saúde favorecendo o cuidado integral à mulher, criança e família não está efetivado. Na primeira consulta são preconizadas ações de orientação e apoio ao aleitamento materno exclusivo, imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, verificação da realização das triagens neonatais, identificação de riscos e vulnerabilidades e necessidade de reforço da rede de apoio à família, dentre outras ações.¹⁴

A realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho pela maioria das crianças aponta um cenário mais promissor das triagens neonatais relacionados aos cuidados preventivos em saúde, alcançando maiores coberturas nas Regiões Sudeste e Sul. O teste do pezinho apresentou as maiores frequências, em todas as regiões brasileiras, entre os três testes avaliados, devendo ser realizado idealmente entre o 3º e o 5º dia de vida na APS ou em maternidades, caso a criança permaneça hospitalizada. Diante de resultados alterados a criança deve ser encaminhada ao serviço de referência, disponível em todos os estados da federação.¹⁴ Apesar da recomendação, o estudo *Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos Estados Brasileiros* mostra que há incipiente integração da APS com o serviço especializado, com os estados de Minas Gerais e São Paulo se constituindo exceções. Os gestores do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) nos estados, para justificar *déficits* de cobertura do teste do pezinho relatam a ausência de informação e registro dos testes realizados na saúde suplementar, pouca divulgação do PNTN e a resistência ou traços culturais que não consideram relevante a triagem neonatal, dentre outros fatores.¹⁵ Os serviços públicos cobrem 54% do total das triagens neonatais, os filantrópicos 44% e apenas 2% o setor privado.¹⁵

A cobertura do teste do olhinho poderia ser ampliada se fosse incorporado como parte do primeiro exame físico do recém-nascido na maternidade e na atenção básica, entretanto mais de 80% das equipes avaliadas por meio do Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) não dispunham de oftalmoscópios.¹⁶ Igualmente importante, o teste da orelhinha, exame para rastreamento da perda auditiva recomendada para todos os recém-nascidos, deve ser realizado em todos os hospitais e maternidades. À equipe da APS compete verificar se o teste foi realizado e encaminhar para serviço de referência quando necessário.¹⁴

Os dados da PNS 2013 apontam que permanecem desafios de acesso aos testes de triagem neonatal, em particular para as crianças residentes em domicílios rurais e nas Regiões Norte e Nordeste do país. A oferta de serviços para pessoas com deficiências é uma das lacunas assistenciais do SUS.¹⁷ Para superar esse problema, foi criada, em 2012, a rede de cuidados das pessoas com deficiência (Viver Sem Limites) que propõe a expansão e qualificação da triagem neonatal e criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), para atendimento integrado de deficientes físicos, intelectuais, auditivos e visuais.¹⁷

A vacinação é um serviço de assistência preventiva recomendado em todo o mundo, constituindo-se em componente obrigatório dos programas de saúde. Sua efetividade está condicionada a elevadas coberturas e à equidade do acesso às vacinas, propiciando tanto a proteção individual como a imunidade coletiva.¹⁸ Para avaliação dos programas nacionais de imunização a cobertura da vacina Tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* tipo b, com 3 doses em menores de 1 ano) tem sido recomendada.¹⁹ Os dados da PNS 2013 mostram que a frequência de realização de três doses da vacina tetravalente em crianças de um ano de idade atingiu cerca de 3 quartos da população até dois anos. Dados administrativos obtidos por meio do Sistema Nacional do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) mostraram que a cobertura da tetravalente foi 93,8% para o Brasil, em 2012, variando de 91,1% na Região Norte a 95,1% na Sudeste.¹⁹ Outros inquéritos populacionais também encontraram maior proporção que a observada na PNS 2013 de crianças que receberam as doses da vacina tetravalente na idade recomendada. Estudo realizado por Luhm *et al.*²⁰ estimou cobertura de 96,7% entre crianças de 12 meses no município de Curitiba. Entretanto, diferenças metodológicas podem comprometer a comparabilidade entre os resultados.

A anemia por deficiência de ferro na infância é um problema de saúde pública que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento.²¹ Segundo dados da *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*

da Criança e da Mulher, a prevalência de anemia foi de 20,9% entre crianças menores de cinco anos e 24,1% entre as de 6 e 23 meses de idade. As maiores prevalências observadas na PNDS foram para a Região Nordeste (25,5%), Sudeste (22,6%) e Sul (21,5%).¹⁰ Há relatos que a prevalência de anemia pode ser superior a 50% nas crianças em algumas regiões brasileiras ou em populações específicas.²² Em decorrência, a Organização Mundial de Saúde recomenda estratégias adicionais à promoção da alimentação saudável para garantir o suprimento adequado de ferro. A suplementação profilática com sulfato ferroso é a primeira e mais tradicional estratégia para a prevenção e o tratamento da anemia por deficiência de ferro²³ preconizada no SUS, desde 2005, para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade e gestantes por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Os achados da PNS 2013 mostram que a suplementação com sulfato ferroso foi referida para mais da metade das crianças com idade entre 6 e 23 meses, superior ao observado na PNDS 2006 (31,5%; IC95%: 29,4-33,8). Melhoras no acesso ao suplemento mineral no âmbito da APS podem explicar o aumento na frequência de crianças suplementadas. No entanto as diferenças regionais ainda são marcadas pela desigualdade no acesso aos serviços, demonstradas pela ampla diferença encontrada entre as crianças suplementadas na Região Norte (40,3%) para o Sudeste (69,9%). Dados do PMAQ-AB, de 2012, mostram que 68,0% das farmácias das unidades de saúde dispõem de sulfato ferroso, variando de 65,9% na Região Centro Oeste a 73,4% na Região Sul.²⁴ Pouco mais de 40% das crianças que não usaram sulfato ferroso para prevenção da anemia pode estar relacionado à não prescrição pelos profissionais da atenção básica, problema de acesso ao medicamento, baixa adesão ao medicamento em virtude de fatores como o gosto desagradável, escurecimento dos dentes e fezes, e desconforto abdominal.²⁵

Em relação aos indicadores de alimentação infantil, verificou-se alta frequência de consumo de marcadores de padrão não saudável entre as crianças menores de dois anos: consumo de refrigerantes em um terço das crianças e de biscoitos, bolacha ou bolo igual em mais da metade das crianças. Esses achados reforçam a situação de introdução precoce de alimentos não saudáveis na alimentação infantil apontada na *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Maternonas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* que encontrou frequência de 11,6% (IC95%: 10,5 - 12,8) para consumo de refrigerantes e de 71,7% (IC95%: 69,9-73,5) de bolachas e/ou

salgadinhos, na faixa etária de 9 a 12 meses.²⁶ Quando avaliados os marcadores não saudáveis de alimentação infantil em relação a sua distribuição geográfica (macrorregião e localização do domicílio), os achados da PNS corroboram evidência anterior, advinda da PNDS 2006, que apontou consumo mais frequente de refrigerantes e biscoitos entre as crianças de 6 a 59 meses residentes nas Regiões Sul e Sudeste e nos domicílios urbanos.¹¹

Práticas alimentares não saudáveis na infância, caracterizadas pelo consumo de alimentos ultra-processados com alto teor de açúcar, sódio e gordura, tem um impacto negativo na saúde das crianças, com inadequação do consumo de micronutrientes²⁷ e aumento do risco para excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis associadas à má-alimentação.¹² Vítolo *et al.*²⁸ consideram que a exposição a alimentos não saudáveis na primeira infância molda os hábitos e preferências alimentares ao longo da vida e recomendam que estratégias de promoção de práticas alimentares saudáveis sejam desenvolvidas na APS. Estudos de intervenção voltados à capacitação de profissionais de saúde para o aconselhamento para práticas de aleitamento materno e alimentação complementar saudável tem se mostrado eficazes.²⁸ Chama a atenção, ainda, a importância da consolidação da agenda da promoção à saúde e da alimentação saudável no cuidado em saúde na atenção básica, avançando nas práticas educativas e de aconselhamento para o aleitamento materno e a alimentação saudável ao longo do ciclo da vida e de educação permanente para os trabalhadores. Tais práticas podem ser reforçadas a partir da difusão e uso das diretrizes e conteúdos de instrumentos técnicos como guias alimentares adotados no país.²⁹

O presente estudo apresenta algumas limitações que envolvem o possível viés de aferição decorrente do método de avaliação do consumo alimentar que é passível de influência da falha de memória do informante sobre a alimentação infantil; assim como, a impossibilidade de explorar indicadores de aleitamento materno e de alimentação saudável, como consumo de frutas, hortaliças e feijão, em decorrência da opção de restringir o estudo às variáveis de consumo alimentar infantil que apresentaram coeficientes de variação menor ou igual a 10%, em cada nível de estratificação desejado. A alimentação infantil é apresentada somente pela perspectiva do consumo não saudável, não sendo contempladas práticas alimentares reconhecidas como promotoras da saúde infantil.

Outra limitação decorre da insuficiência dos indicadores explorados para descrever de forma inte-

gral a atenção à saúde da criança. A partir dos dados disponibilizados pela PNS, foram apresentados e discutidos indicadores de utilização de serviços de saúde e de cuidados preventivos relacionados às vacinas, triagem neonatal e suplementação de ferro. Tais indicadores foram aqui tomados como marcadores do padrão atual de acesso à assistência em saúde infantil, contudo são limitados para analisar as agendas específicas às quais se relacionam. Por exemplo, apesar de bem sabido que o acompanhamento dos marcos do crescimento e do desenvolvimento infantil não se dá com a mesma frequência e qualidade no âmbito da atenção básica, sendo mais comum o acompanhamento do crescimento do que do desenvolvimento,³⁰ no presente estudo, por se tratar de dados secundários, não foi possível explorar de forma independente esses dois segmentos como propostos em diretrizes técnicas.¹⁴

Por outro lado, a exploração de dados provenientes de um inquérito populacional da abrangência da PNS de 2013, possibilita uma análise mais atual e contextualizada do fenômeno que nos interessa, com produção de reflexões acerca da utilização de serviços e de hábitos alimentares que permeiam a produção do cuidado em saúde da criança.

Em conclusão, os resultados mostram a importância do monitoramento de indicadores de saúde infantil e de desempenho de serviços. Avanços

na cobertura de indicadores relacionados à assistência mais integral, com amplas ações de cuidados preventivos, foram observados. Contudo, observa-se a persistência de iniquidades no acesso a serviços e procedimentos de saúde, com menor acesso entre as crianças residentes nas Regiões Norte e Nordeste e em domicílios rurais. Comportamentos alimentares inadequados, relacionados ao consumo de alimentos associados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, foram frequentes nas crianças estudadas. Tais resultados podem subsidiar a tomada de decisão para qualificação do cuidado em saúde da criança, com vistas à promoção da saúde e da equidade e à prevenção de doenças associadas à má-alimentação ao longo da vida.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde pelo financiamento da pesquisa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas de Produtividade em Pesquisa concedidas à PCJ e DCM.

Referências

- Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R, the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child under nutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382: 427-51.
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377: 1863-76.
- Figueiredo GLA, Mello DF de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15 (6): 1171-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 6 de agosto de 2015.
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, and the Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377: 2011-53.
- Frias PG, Szwarzwald CL, Souza Jr PRB, Almeida WS, Lira PIC. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6): 1048-58.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Taxas de mortalidade infantil. *Projeção da População do Brasil – 2013*. [acesso em 22 set 2015]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99: 87-93.
- Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382: 57-64.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, DF; 2009.
- Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1759-71.

12. Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, Stein AD, Barros FC, Victora CG, COHORTS Group. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol.* 2011; 40(1): 47-62.
13. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(2): 207-16.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF; 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
15. Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico-NUPAD. Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos estados brasileiros: relatório técnico / Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico – NUPAD. Belo Horizonte: NUPAD, 2013. [acesso em 28 set 2015]. Disponível em: <http://www.nupad.medicina.ufmg.br/?p=5699>.
16. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde debate [online].* 2014; 38: 158-72.
17. Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde Debate.* 2014; 52: 15-37.
18. Delamonica E, Minujin A, Gulaid J. Monitoring equity in immunization coverage. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(5): 384-91.
19. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2012. Indicadores de cobertura. Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada - F.13 – 2012. [acesso em 28 set 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f13.def>.
20. Luhm KR, Cardoso MRA, Waldman EA. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(1): 90-8.
21. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993–2005. *Public Health Nutr.* 2009; 12(4): 444-54.
22. Vieira RCS, Ferreira HS. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. *Rev Nutr.* 2010; 23(3): 433-44.
23. World Health Organization. United Nations University, United Nations Children's Fund. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. WHO; 2001.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Retratos da Atenção Básica no Brasil – 2012. Gestão da Atenção Básica. Volume 2 - Insumos e Medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [acesso em 28 set 2015]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_2_vol_2.
25. Bortolini GA, Vitolo MR. Baixa adesão à suplementação de ferro entre lactentes usuários de serviço público de saúde. *Pediatrics (São Paulo).* 2007; 29(3): 176-82.
26. Brasil. 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, DF; 2009.
27. Brekke K, Odijki JV, Ludvigsson J. Predictors and dietary consequences of frequent intake of high-sugar, low-nutrient foods in 1-year-old children participating in the ABIS study. *Br J Nutr.* 2007; 97: 176-81.
28. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (8): 1695-707.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília, DF; 2013.
30. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, Colosimo EA, Carmo GAA do, Costa JGD da, Magalhães MEN, Mendonça ML, Beirão MMV, Moulin ZS. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25 (3), 583-95.

Recebido em 5 de janeiro de 2016

Versão final apresentada em 31 de março de 2016

Aprovado em 7 de abril de 2016