

RELAÇÃO ENTRE SAÚDE DA CRIANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS COM RECÉM-NASCIDOS DE JOÃO PESSOA – PB

Aline Maria Melo da Silva (1); Andreia Marinho Barbosa (2)

Universidade Federal da Paraíba

(1) *allyne.melo@hotmail.com*; (2) *amb_yeshua@yahoo.com.br*

RESUMO: A Insegurança Alimentar – IA está vinculada ao agravamento das doenças infecciosas e carenciais em algumas regiões e grupos populacionais de risco. O grupo infantil destaca-se pela grande vulnerabilidade nutricional a que estão sujeitos, bem como por demandas que requerem prioridade na assistência. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre saúde da criança e a situação da Insegurança Alimentar em famílias com recém-nascidos residentes na cidade de João Pessoa/Paraíba, através da aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA. Trata-se de um estudo de coorte, iniciado em duas maternidades públicas localizadas no município de João Pessoa. A população foi constituída de puérperas e seus respectivos recém-nascidos acompanhados no pós-parto e após o segundo mês pós-gestacional, onde se pode localizar 222 mães-filhos. Os resultados mostraram que 59% das famílias encontravam-se em IA. Não houve relação entre o sexo da criança e a situação de IA ($p= 0,082$), assim como não houve relação entre anemia ($p= 0,429$), febre ($p= 0,406$) e tosse ($p= 0,540$), porém foi visto uma tendência das crianças em famílias sob situação de IA, apresentarem mais diarreia (17,1%) e dor de ouvido (8,6%) ($p= 0,051$). Percebe-se que a Insegurança Alimentar ainda é um fator condicionante na saúde da população, principalmente em grupos vulneráveis como puérperas e crianças. De modo que, estudos como este são necessários para avaliar a situação de IA da população em diversas localidades do país e detectar diferentes realidades nutricionais.

Palavras-chave: Insegurança Alimentar; Criança; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição se apresentam como elementos indispensáveis à promoção e proteção da saúde, proporcionando crescimento e desenvolvimento do ser humano em sua plenitude, com cidadania e qualidade de vida. Estão presente na legislação do Estado Brasileiro, com ênfase para a lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator determinante e condicionante da saúde e prevê que o sistema de saúde deve formular, avaliar, coordenar,

apoiar e executar as políticas de alimentação e nutrição. Em 2010, fruto da luta da sociedade civil, a Emenda Constitucional nº 64 entrou em vigor, introduzindo, no artigo 6º, a alimentação como direito social na Constituição Federal (BRASIL, 2010).

Marcando historicamente o perfil alimentar e nutricional da população brasileira, a Insegurança Alimentar (IA) está vinculada tanto ao agravamento das doenças infecciosas e carenciais em algumas regiões e grupos populacionais de risco, como crianças, gestantes e idosos, como também ao crescimento de doenças crônicas não

transmissíveis, caracterizando, assim, um dado contraditório e paradoxal da situação nutricional que afeta o Brasil (LANG; ALMEIDA; TADDEI, 2011).

O grupo materno-infantil destaca-se pela grande vulnerabilidade nutricional a que estão sujeitos, bem como por demandas que requerem prioridade na assistência. Visto isso, as políticas públicas de saúde na área materno-infantil têm como foco principal a atenção integral às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e à criança no primeiro ano de vida, visando garantir a saúde da gestante e da criança, além de prevenir a morte materna e infantil (BRASIL, 2011).

A população infantil constitui o grupo mais vulnerável a IA, pois as consequências nutricionais são mais imediatas e graves, e também porque, quando uma criança apresenta problemas no estado nutricional por insuficiência alimentar, pode-se inferir que no domicílio os adultos estejam se alimentando de maneira insuficiente há algum tempo (OLIVEIRA et al., 2009).

Ao longo dos anos foram estabelecidos métodos para avaliar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), de modo que a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) constitui uma medida direta de avaliação da IA, seu emprego permite que os resultados das avaliações sejam relacionados com outros dados

tornando este instrumento indispensável na geração de informações relativas à situação de (in) segurança alimentar que permitem comparações entre diferentes localidades e ao longo do tempo (VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008; IBGE, 2010).

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre saúde da criança e insegurança alimentar em famílias com recém-nascidos residentes na cidade de João Pessoa, Paraíba, utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar para avaliar a situação de segurança alimentar das famílias.

METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde - UFPB de acordo com o parecer n° 287.898, de 20/05/2013. Trata-se de um estudo de coorte, iniciado em duas maternidades públicas localizadas no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população de estudo foi constituída de puérperas e seus respectivos recém-nascidos, residentes em João Pessoa, acompanhados no pós-parto e após o segundo mês pós-gestacional, durante os meses de junho a agosto de 2013.

Para o cálculo do tamanho da amostra estimou-se uma distribuição de dois casos expostos para cada caso não exposto, sendo o

critério de exposição à família ser classificada nos níveis de Insegurança Alimentar moderada ou grave, e a não exposição, as famílias em Segurança Alimentar ou Insegurança Alimentar leve. Para nível de significância de 95% e poder do teste de 80%, e uma frequência observada de desfecho em torno de 20% entre os não expostos, permitindo observar riscos relativos maiores ou igual a 2, considerando dois casos expostos para cada não exposto, foram necessários pelo menos 200 (20% a mais = 240) recém nascidos e suas respectivas mães.

Quanto aos critérios de elegibilidade, os recém-nascidos foram selecionados para a pesquisa de acordo com fluxo normal de internação de suas mães, entre a faixa etária de 19 a 35 anos, as quais deveriam ser residentes em João Pessoa e não apresentarem problemas neurológicos, psiquiátricos, metabólicos ou dificuldades de comunicação. Foram considerados como critérios de exclusão, crianças com nascimento prematuro, malformações congênitas, partos gemelares e recém-nascidos que apresentassem doenças metabólicas graves.

Os dados coletados na primeira etapa (maternidades) foram: endereço; telefone; peso ao nascer; comprimento do RN e sexo da criança. De modo que todas as informações foram colhidas através de um questionário semi-estruturado, totalizando nessa etapa 380

mães e filhos. Na segunda etapa (após dois meses – visita domiciliar), foram coletados os seguintes dados: peso e comprimento da criança (seguiu-se a recomendação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (BRASIL, 2004)); morbidades referidas da criança (anemia, febre, tosse, diarreia, dor no ouvido) e aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Utilizou-se balança pediátrica eletrônica *Balma* para a medição do peso das crianças, e para a aferição do comprimento foi utilizado o estadiômetro de madeira medindo de zero a 99 cm. Todas as informações foram colhidas através de um questionário semi-estruturado, de modo que nessa etapa foi possível localizar, nos seus respectivos domicílios, 222 mães e filhos, havendo uma perda de 158 participantes da primeira etapa.

Todos os dados foram transcritos para meio digital, onde foi construído um banco de dados no Microsoft Excel 2010 para armazenamento de todas as informações utilizando o registro de cada recém-nascido como variável de relacionamento entre os diferentes campos: informações de nascimento, informações antropométricas, etc. Foi feita a análise exploratória das variáveis e as inconsistências foram corrigidas retornando no questionário original ou, quando possível, buscando a informação junto à própria mãe entrevistada.

Os recém-nascidos foram divididos em dois grupos de acordo com o critério de exposição, sendo o primeiro grupo aqueles pertencentes a famílias com Segurança ou Insegurança Alimentar leve (classificados em SAN/Não expostos) e o segundo grupo os pertencentes a famílias com Insegurança Alimentar moderada ou grave (classificados em INSAN/Expostos). O diagnóstico de Segurança Alimentar (SA) foi feito utilizando a EBIA.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 21. As relações entre as variáveis foram observadas pelos testes de associação qui-quadrado e exato de Fisher, no caso das medidas categóricas. Os testes consideraram a probabilidade menor ou igual a 5% como significativos.

Todas as mães que participaram do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, seguindo as resoluções sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EBIA é composta por 14 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não) referentes aos últimos três meses, que reflete desde a preocupação de a comida acabar antes

de se poder comprar mais, até a ausência total podendo afetar todos ou algum membro da família. Das 14 questões, seis dizem respeito a membros da família menores de 18 anos. Cada resposta afirmativa do questionário de IA corresponde a “um ponto”, sendo o somatório final da pontuação classificado nas categorias: insegurança leve (1-5 pontos); insegurança moderada (6-10 pontos); e insegurança grave (11-14 pontos) (MARÍN-LEÓN et al., 2005).

De acordo com a aplicação da EBIA, foi visto que a maior parte das famílias se encontrava em insegurança alimentar leve (43,2%), seguida de segurança alimentar (41%). Logo, 9% estavam em insegurança alimentar moderada e 6,8% em insegurança alimentar grave, totalizando 41% de mães e famílias em Segurança Alimentar e 59% em Insegurança Alimentar. Com relação ao grupo exposto (IA moderada + IA grave) e não exposto (SA + IA leve), 15,8% das famílias foram classificadas como expostas e 84,2% como não expostas (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da situação de Segurança Alimentar de famílias com recém-nascidos de uma coorte de nascimentos, João Pessoa – PB.

Situação nutricional	n	%
Segurança Alimentar	91	41
Insegurança Alimentar leve	96	43,2
Insegurança Alimentar moderada	20	9
Insegurança Alimentar grave	15	6,8
Não exposto (SA + IA leve)	187	84,2
Exposto (IA moderada + IA grave)	35	15,8

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

Uma pesquisa realizada por Vieira et al. (2010) demonstrou a IA como um dos fatores determinantes para ocorrência de desnutrição infantil. Da mesma maneira, em um estudo realizado por Oliveira et al. (2010), contendo crianças menores de cinco anos, foi encontrado quase 90% de IA, sendo a forma grave mais prevalente.

Considerando os resultados da PNAD 2004-2009, 21% das famílias brasileiras encontravam-se em Insegurança Alimentar Leve, 6,9% em Insegurança Alimentar Moderada e 5% em Insegurança Alimentar Grave (BRASIL, 2010). Sendo possível perceber níveis ainda maiores de insegurança alimentar no presente estudo.

Além disto, os resultados deste estudo também se mostraram superiores aos relatados por Vianna e Segall-Corrêa (2008), ao analisarem a insegurança alimentar das famílias residentes em 14 municípios do interior do estado da Paraíba, observaram que 52,5% estavam em situação de IA.

Em relação aos dados dos recém-nascidos, houve uma maior frequência de crianças do sexo masculino (52,8%) (n=114),

em relação ao sexo feminino (47,2%) (n=102). Não foi observada relação entre o sexo e a situação de segurança e insegurança alimentar ($p=0,082$), entretanto as crianças do sexo masculino apresentaram uma tendência à insegurança alimentar (65,6%) (Tabela 4), sendo distinto ao identificado por Lopes, Santander e Marcon (2010) e Maia e Souza (2010), onde mais da metade dos bebês em risco nutricional eram do sexo feminino (68,75%).

As médias de peso, comprimento e idade da criança na visita domiciliar foram 3,390g ($\pm 0,47$ DP), 48,6cm ($\pm 5,26$ DP) e 3,9 meses ($\pm 1,00$ DP), respectivamente (Tabela 2). O peso ao nascer é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, onde o baixo peso ao nascer (< 2.500 g) é associado a maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida (TOURINHO; REIS, 2013). Em relação às características dos recém-nascidos estudados, o peso médio (3,390g) pode ser comparado

com o mencionado por Lima e Sampaio (2004), sendo de 3.315g.

Tabela 2. Caracterização antropométrica das crianças de uma coorte de nascimentos, João Pessoa – PB.

Variável	n	Média	Mínimo	Máximo
Peso do recém-nascido	222	3,390	2,2	4,52
Comprimento do recém-nascido	222	48,6	34,0	55,0
Idade da criança na 1ª visita(meses)	220	3,9	2,0	6,9

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

Quanto às informações sobre a saúde das crianças, os resultados mostraram que a maioria não apresentou anemia (95,9%), febre (74,3%), diarreia (88,7%), tosse (53,6%) ou

dor de ouvido (97,3%) nos 15 dias anteriores à visita domiciliar. Entretanto, houve maior frequência de tosse (46,4%) e febre (25,7%) entre elas (Tabela 3).

Tabela 3. Informações sobre a saúde de crianças de uma coorte de nascimentos, João Pessoa– PB.

Variável	n	%
Anemia		
Sim	9	4,1
Não	213	95,9
Febre		
Sim	57	25,7
Não	165	74,3
Diarreia		
Sim	25	11,3
Não	197	88,7
Tosse		
Sim	103	46,4
Não	119	53,6
Dor de ouvido		
Sim	6	2,7
Não	216	97,3

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

Fazendo a relação entre essas variáveis e os grupos de famílias em situação de insegurança alimentar, observou-se que não houve relação entre anemia ($p= 0,429$), febre ($p= 0,406$) e tosse ($p= 0,540$), porém foi visto uma tendência das crianças em famílias sob situação de IA, apresentarem mais diarreia (17,1%) e dor de ouvido (8,6%) ($p= 0,051$),

que as crianças em SA (10,2%), (1,6%), respectivamente (Tabela 4).

Silva et al. (2001), relata em sua pesquisa que 47,8% de crianças sob situação de IA apresentaram anemia, fato não observado no presente estudo. Porém, a tendência das crianças apresentarem dor de

ouvido também é descrito por Oliveira, Karolkiewicz e Gomes (2009).

A causa das crianças sob situação de IA apresentarem mais probabilidade a ter diarreia, pode está correlacionada a

amamentação exclusiva ou não. Segundo Silva et al. (2008) o aleitamento materno exerce efeito protetor contra muitas doenças, tais como diarreia, anemia, otite, doença celíaca, alergias, diabetes, entre outras.

Tabela 4. Relação entre as variáveis referentes às crianças e a situação de Segurança e Insegurança Alimentar em uma coorte de nascimentos, João Pessoa – PB.

Variáveis	Exposto (n=35)		Não exposto (n=187)		Valor de p*
	N	%	n	%	
Sexo da criança**					0,082
Feminino	11	34,4	91	49,5	
Masculino	21	65,6	93	50,5	
Anemia					0,429
Sim	2	5,7	7	3,7	
Não	33	94,3	180	96,3	
Febre					0,406
Sim	10	28,6	47	25,1	
Não	25	71,4	140	74,9	
Diarreia					0,179
Sim	6	17,1	19	10,2	
Não	29	82,9	168	89,8	
Tosse					0,540
Sim	16	45,7	87	46,5	
Não	19	54,3	100	53,5	
Dor de ouvido					0,051
Sim	3	8,6	3	1,6	
Não	32	91,4	184	98,4	

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

* Teste Exato de Fisher.

** n=32; n=184.

CONCLUSÕES

As famílias as quais os recém-nascidos estudados estão inseridos apresentaram alta prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional. Não houve relação estatisticamente significativa entre os fatores infantis e a Insegurança Alimentar, entretanto, as crianças do sexo masculino apresentaram uma tendência maior a IA, bem como

propensão das crianças em famílias sob situação de IA apresentarem mais diarreia.

Portanto, percebe-se que a Insegurança Alimentar é um fator condicionante a saúde da população, principalmente em grupos vulneráveis como puérperas e crianças. De modo que, estudos como este são necessários para avaliar a situação de (in) segurança alimentar da população em diversas

localidades do país, detectar diferentes realidades nutricionais e planejar ações de intervenção para reverter esta situação desfavorável e suas consequências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Emenda Constitucional nº. 64, de 04 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União, Brasília, 2010.**

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília, 1990.**

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, 2010.

BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Saúde Materno-Infantil – Uso de Serviços de Saúde para Morbidade de 15 dias.** São Paulo, n.6, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004/2009.** Rio de Janeiro, 2010.

LANG, R. M. F.; ALMEIDA, C. C. B.; TADDEI, J. A. A. C. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de famílias de trabalhadores rurais Sem Terra. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3111-3118, 2011.

LIMA, G. S.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, jul. / set., 2004.

LOPES, M. C. L.; SANTANDER, C. A.; MARCON. Acompanhamento dos recém nascidos de risco de uma unidade básica de saúde de Maringá-PR. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 114-124, jan./mar., 2010.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do norte do Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v. 20 n. 3 São Paulo, 2010.

MARÍN – LEÓN, L.; SEGALL – CORRÊA, A. M.; PANIGASSI, G.; Et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1440, set-out, 2005.

OLIVEIRA, F. F.; KAROLKIEVICZ, R. C. T.; GOMES, C. F. A amamentação pode prevenir a otite em lactentes? **EPCC**, 2009.

OLIVEIRA, J. S. et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de Gameleira, zona da mata do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, jun. 2010.

OLIVEIRA, J. S.; LIRA, P. I. C.; ANDRADE, S. L. L. S.; Et al. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. **Rev. Bras Epidemiol.** v. 12, n. 3, p. 413 – 423, 2009.

SILVA, D. D. F.; LIMA, D. L.; ROSITO, D. B. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto, 2008.

SILVA, L. S. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; AERTS, D. R. G. C. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto

Alegre, RS, Brasil. **Rev Saúde Pública.**, v. 35, n. 1, p. 66-73, 2001.

TOURINHO, A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde.**, v. 22, n. 4, p. 19-30, 2013.

VIANNA, R. P. de T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21(supl.), p.111s-122s, jul./ago. 2008.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, M. P.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, jun. 2010.