

PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE 15 MESES ATENDIDAS EM UM NÚCLEO INTEGRADO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ, PR

Paula Ayres Ferreira

Nutricionista formada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Campus Maringá - PUCPR. E-mail: pafer@teracom.com.br

Caroline Filla Rosaneli

Coordenadora do Curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Campus Maringá - PUCPR. E-mail: caroline.rosaneli@pucpr.br

Flavia Auler

Docente do Curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Campus Maringá - PUCPR. E-mail: flavia.auler@pucpr.br

RESUMO: Esta pesquisa investigou o perfil nutricional de crianças menores de 15 meses atendidas em um Núcleo Integrado de Saúde no Município de Maringá, PR. Este estudo foi realizado a partir de 124 prontuários. Entretanto, houve uma perda de 15 prontuários, obtendo-se assim 109 crianças incluídas na pesquisa. As variáveis de estudo foram: peso, idade, aleitamento materno exclusivo (AME), incentivo ao AME, dados cadastrados nos gráficos NCHS, número de consultas e o peso ao nascer. Para o diagnóstico do estado nutricional utilizou-se as classificações de Gómez e Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizando o peso para idade (P/I) e sexo. Das 109 crianças estudadas, 55% eram do sexo masculino e 45%, feminino. O peso médio ao nascer das crianças dos prontuários analisados foi de 3.212,36 gramas. A média do número de consultas foi de 7,44 até 15 meses de idade e 81,25% das crianças não receberam AME até os 6 meses de idade. O incentivo ao AME foi mencionado em 70,79% dos prontuários. Quanto ao estado nutricional classificado de acordo com os critérios de Gómez, 52,29% classificaram-se como eutrófica, 21,10% apresentaram sobrepeso ou obesidade. A partir da classificação da OMS foi constatada que 85,32% das crianças são eutróficas e 7,34% apresentam risco nutricional. A utilização das classificações estudadas de Gómez e da OMS é desaconselhável como critério isolado para elaboração do diagnóstico nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil Nutricional; Aleitamento Materno Exclusivo; Gómez e OMS.

NUTRITIONAL PROFILE OF CHILDREN UNDER 15 MONTHS OLD ASSISTED AT AN INTEGRATED HEALTH CENTER IN MARINGÁ, PR - BRAZIL

ABSTRACT: This research investigated the nutritional profile of children under 15 months old assisted at an Integrated Health Center in Maringá, PR, Brazil. This study was carried out based in 124 medical records. However, there was a loss of 15 medical records, totalizing 109 children included in the research. The study variables were: weight, age, exclusive breastfeeding (EBF), incentives to EBF, data from NCHS graphs, number of medical appointments and weight at birth. For the diagnosis of the nutritional status, Gómez and the World Health Organization (WHO) classifications were used, as well as weight for age (W/A) and gender. From the 109 studied children, 55% were male and 45%, female. The average weight at birth from the children whose medical records were analyzed was 3,212.36 grams. The average number of medical appointments was 7.44 during the first 15 months of age and 81.25% of the children did not receive EBF until 6 months of age. The EBF incentive was mentioned in 70.79% of the medical records. As for the nutritional status classified according to Gómez criteria, 52.29% were eutrophic and 21.10% presented overweight or obesity. According to WHO classification, 85.32% of the children are eutrophic and 7.34% present nutritional risk. The utilization of the studied classifications from Gómez and

WHO is not recommended as sole criterion for the elaboration of nutritional diagnosis

KEYWORDS: Nutritional Profile; Exclusive Breastfeeding; Gómez and WHO.

INTRODUÇÃO

A alimentação estabelece um dos aspectos mais importantes para a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida (NÓBREGA, 1998; ROTENBERG; VARGAS, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1995) considera o peso ao nascer um excelente indicador do estado de saúde de uma população, considerado o mais importante determinante das chances de sobrevivência da criança, além de ser um indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida (MARTINS; SAEKI, 2005).

A preocupação quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento tem sido voltada para a infância, pois esta é fator limitante de crescimento e desenvolvimento para manutenção da qualidade de vida. Associado a isto, cabe investigar o ganho de peso nesta fase e os fatores interferentes para garantir a promoção de uma vida saudável.

O crescimento é um processo que sofre alterações rápidas durante a infância e é afetado por vários fatores como o sexo, o comprimento ao nascer e o potencial genético. A avaliação do crescimento define a saúde e o estado nutricional, porque os distúrbios e saúde, sem considerar a sua etiologia, afetam, invariavelmente, o crescimento infantil. Hereditariedade, gestação saudável, alimentação, fatores hormonais, doenças e medicamentos também fazem parte deste perfil (CTENAS; VITOLLO, 1999; UCHIMURA et al., 2003; VITOLLO, 2003).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) é que o bebê seja alimentado exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade, desde que esteja crescendo e se desenvolvendo dentro do padrão esperado. O aleitamento materno deve ser incentivado, apoiado, estimulado, divulgado e promovido tanto em nível individual quanto coletivo, comunitário, de maneira a garantir sua duração por um tempo adequado. A desnutrição representada de diferentes formas também é preocupação em destaque sobre a saúde na infância. Isso levou a certa tolerância social em relação à obesidade, e hoje mais de 30% dos brasileiros apresentam excessos de peso. O risco da obesidade na infância continuar na vida adulta está vinculado ao tempo de duração e à gravidade. Estudos apontam que aproximadamente 1/3 dos adultos obesos resultou de crianças obesas. Quando a obesidade é grave, esta proporção aumenta de 50 até 75% (CTENAS; VITOLLO, 1999).

A obesidade na infância é usualmente uma condição não favorável, apesar da crença popular de que a criança com sobrepeso é sinônimo de saúde. Quanto mais tempo a criança permanecer obesa, maior a probabilidade de se tornar um adolescente e adulto obeso (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002; ANCONA; BRASIL, 2004).

Uma avaliação completa do estado nutricional inclui a coleta de dados antropométricos para definir perfil nutricional de indivíduos ou populações. Isto abrange altura, peso, idade e sexo, os quais podem ser analisados através de percentis de crescimento da National Center for Health Statistics (CDC, 2004), entre outras curvas de referência (VICTORIA et al., 1998; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002).

O ganho de peso é o melhor indicador do estado nutricional da criança menor de um ano. Deve-se levar em consideração também o comprimento e o perímetro cefálico. Essas medidas devem ser obtidas com a maior precisão possível, considerando que nos primeiros meses de vida a velocidade de crescimento, apesar de desacelerada, é intensa. Nos primeiros seis meses de vida, o ganho de peso mensal é a medida de maior importância para a avaliação nutricional da criança, possibilitando diagnóstico rápido na vigência de problemas nutricionais (VITOLLO, 2003). O nutricionista, segundo o Código de Ética (CFN, 2004), é o profissional de saúde que, atendendo aos princípios da ciência da Nutrição, tem como função contribuir para a saúde dos indivíduos e da coletividade.

O acompanhamento da situação nutricional das crianças desde o nascimento pode torná-las indivíduos potencialmente saudáveis e isto garantirá um futuro melhor para elas.

O ser humano depende, desde a concepção, do apoio de seus pais, de sua família e da comunidade em que vive sob a forma de alimentos, carinho, cuidado, estimulação, educação e segurança, etc. Nenhum desses fatores é suficiente sem a ocorrência dos demais. Todas estas formas de apoio são fundamentais. Assim, por exemplo, alimentação sem carinho e cuidado, não alimenta. Carinho sem alimento, não nutre (VALENTE, 2006).

A infância é fator limitante de crescimento e desenvolvimento para manutenção da qualidade de vida. Associado a isto, cabe investigar o perfil nutricional nesta fase e os fatores interferentes a ele para garantir a promoção de uma vida saudável, a fim de detectar possíveis causas de doenças como obesidade e desnutrição na infância ou outros fatores de risco para a saúde da criança.

1.1 OBJETIVO

Investigar o perfil nutricional de crianças com idades entre 0 e 15 meses nascidas e atendidas num Núcleo Integrado de Saúde no Município de Maringá, PR, entre os anos de 2002 e 2006.

1.2 MÉTODOS

Segundo Pereira (1995), o estudo foi aprovado. O tipo do

estudo realizado nesta pesquisa é longitudinal e retrospectivo.

Este estudo foi realizado com crianças menores de 15 meses atendidas por um Núcleo Integrado de Saúde de Maringá, PR, selecionadas e cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) entre os anos de 2002 e 2006 e que frequentaram o setor de puericultura deste Núcleo.

A amostra foi selecionada a partir de 124 prontuários de atendimento clínico pediátrico pelo setor de registro de prontuários do Núcleo. Foram excluídos 15 prontuários: quatro prontuários não foram encontrados nos arquivos e 11 foram excluídos por não apresentarem os dados suficientes para a investigação, obtendo-se assim 109 crianças incluídas na pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob registro n.1353, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

As variáveis analisadas foram: peso, idade, perímetro cefálico, evolução alimentar, aleitamento materno exclusivo (AME), incentivo ao AME, hábitos intestinais e dados cadastrados nos gráficos NCHS (CDC, 2004), número de consultas e peso ao nascer, coletadas a partir dos prontuários.

Para a investigação e diagnóstico nutricional foi aplicada a classificação antropométrica de Gómez (1956), sendo utilizadas como curva de referência as medidas de peso para idade (P/I) e sexo disponibilizadas pela curva NCHS (CDC, 2004), uma vez que é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 1995), seguindo parâmetros de recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Os demais itens levantados nos prontuários foram classificados de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004).

Utilizou-se o índice de prevalência (em frequência e percentual) para variáveis categóricas de acordo com cada uma das tabelas de referência. Calculou-se o coeficiente de Kappa ponderado, a proporção de concordância total das duas tabelas de referência, utilizando uma tabela 3x3. Os dados foram tratados pelos pacotes computadorizado Statistica®, versão 6.0, nas análises de prevalência e MedCalc®, versão 9.2, para o coeficiente de Kappa ponderado.

2 RESULTADOS

A distribuição das 109 crianças estudadas menores de 15 meses de idade foi: 55% do sexo masculino e 45%, feminino. A média do número de consultas foi de 7,44 consultas até 15 meses de idade ou o último registro do prontuário. Vale ressaltar que algumas crianças foram apenas à primeira consulta e o registro no prontuário não era uniforme para este dado. Neste estudo, o desvio padrão se apresentou em 4,79 e o coeficiente de variação para este indicador foi de 64,3%.

O peso médio ao nascer das crianças dos prontuários analisados que continham esta informação foi de 3.212,36 gramas, representando 95,4% com peso maior de 2.500 gramas. O desvio padrão foi de 4,31 e o coeficiente de variação, 13,4.

Em 81,2% (n=65) dos oitenta prontuários que apresentavam registros, o aleitamento materno exclusivo não foi efetu-

ado até os 6 meses. O incentivo ao AME foi mencionado em 70,7% (n=63) dos registros.

Para a classificação do perfil nutricional segundo o critério de Gómez (1956), 52,2% (n=57) da amostra estudada é eutrófica, 25,6% (n=28) apresenta desnutrição leve e apenas 1 criança (0,9%) encontra-se em estágio de desnutrição moderada. Para sobrepeso ou obesidade a distribuição de crianças atingiu 21,1% (n=23).

Segundo a classificação da OMS (3), foi constatado que 85,3% (n=93) das crianças são eutróficas e 7,3% (n=8) apresenta risco nutricional para baixo peso. Foram encontrados também 2,7% (n=3) de crianças com peso baixo para idade e 0,9% (n=1) com peso muito baixo para idade. A porcentagem de pacientes com risco para sobrepeso foi de 3,6% (n=4) da amostra total.

A Tabela 1 apresenta tabulação dos dados em 3x3 com o objetivo de verificar a concordância entre as classificações dos pacientes de acordo com cada referência. Para tanto, fixou-se os resultados da OMS como padrão-ouro. Com isso, o coeficiente de Kappa calculado foi $Kappa=0,38\pm 0,07$, relatando que há uma discordância grave entre as duas referências, uma vez que 15 pacientes foram classificados como abaixo do peso ideal na tabela de Gómez e os mesmo foram classificados como eutróficos na tabela da OMS. Ainda 19 pacientes foram classificados como sobrepesos de acordo com Gómez e classificados como eutróficos na tabela da OMS.

Tabela 1. Concordância dos resultados de acordo com as referências, OMS (1995) e Gómez (1956)

Gómez	OMS			Total
	AP	EF	SP	
AP	12	15	0	27
EF	0	59	0	59
SP	0	19	4	23
Total	12	93	4	109

AP: abaixo do peso ideal; EF: eutrófico; SP: sobrepeso e/ou obeso.

3 DISCUSSÃO

De acordo com Vitolo (2003), neste estudo a média do número de consultas foi correspondente ao indicado pelo Manual Técnico de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que algumas crianças foram apenas à primeira consulta e o registro no prontuário não era uniforme para este dado.

A alta prevalência (95,4%) de crianças com peso maior de 2.500 gramas se mostra compatível com a recomendação pelo Manual Técnico de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004). Em Pelotas (RS), um estudo realizado com crianças demonstrou que quando tinham peso inferior a 2500g, elas estavam expostas a um risco onze vezes maior de morrer no primeiro ano de vida e cinco vezes maior de apresentarem, no segundo ano de vida, déficit ponderal (MENEZES et al., 1996).

Dos pacientes investigados identificou-se que na maioria

dos casos havia registro no prontuário. Porém, o aleitamento materno exclusivo não foi efetuado até os 6 meses, conforme recomendado pelo Manual Técnico de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004). A grande dificuldade e o grande desafio para indicadores mais altos após os quatro meses de AME é que grande parte das mães brasileiras trabalha fora do lar.

Num estudo realizado sobre o aleitamento materno em Unidades Básicas de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por Oliveira e Camacho (2002), o índice de amamentação exclusiva foi de 34,7% entre as mães que não estavam trabalhando fora em relação às mães que trabalhavam fora (16,9%). Na prática, o direito a amamentação durante o horário de trabalho é difícil de ser exercido. Há necessidade de apoio da família, da empresa e de profissionais da saúde para manutenção da amamentação.

Nesta pesquisa, o incentivo ao AME foi mencionado em 70,7% dos pacientes. Possivelmente as estratégias de estímulo ao aleitamento materno devam ser ampliadas com a participação mais efetiva da comunidade, dos profissionais de saúde, do governo e da família (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992; SILVA; SOUZA, 2005). Dessa forma, a promoção do aleitamento materno constitui-se numa das formas mais eficazes em relação aos custos para combater a morbidade e mortalidade infantil. É importante a união da sociedade, governos e instituições de saúde a fim de se atingir esse objetivo.

O perfil nutricional das crianças investigadas nesta pesquisa não se encontra aceitável, pois foi constatado um alto índice tanto para o baixo peso como para o excesso de peso e não está coerente com a recomendação da OMS (1995), que preconiza que o percentual de crianças aceitáveis fora da normalidade deve ser 5% do total da amostra, para cima ou para baixo do padrão para a idade.

Dados brasileiros com relação à obesidade infantil são ainda escassos pela dificuldade de manter avaliações antropométricas rotineiras nos postos de saúde e pela baixa cobertura destes centros, principalmente aos lactentes (FISBERG, 2005).

Um problema importante ao se detectar obesidade na infância, é que a criança não tem noção das implicações que o excesso de peso pode trazer para a sua saúde e sua vida em geral. Nessa época, ela depende inteiramente da conscientização dos pais. Nunca devemos esquecer as avós, também, que desempenham papel importante no auxílio e na orientação das mães quanto ao cuidado e alimentação dos filhos (ZEFERINO et al., 2003).

O sobrepeso em crianças tem crescido assustadoramente, em especial nas classes mais pobres. Noventa por cento dos casos de sobrepeso infantil apresentam pelo menos uma grande contribuição do meio ambiente como desmame precoce, introdução inadequada de alimentos de desmame, emprego de fórmulas lácteas de forma inadequada entre outros fatores (CORSO et al., 2003).

Crianças que nascem com peso elevado têm maior probabilidade de apresentar obesidade na infância sobre aquelas que nascem com baixo peso, mas estas também possuem chance de se tornar crianças obesas (MARTINS; CARVALHO, 2006).

No Brasil, segundo Valente (2006), 57 mil crianças meno-

res de um ano morrem anualmente em decorrência de não ter seu direito humano à alimentação garantido. Estudos realizados com crianças de 0 a 60 meses em Niterói, RJ, indicaram que 20,5% apresentaram desnutrição em todas as formas, sendo 2,7% nas formas moderada e grave, de acordo com a classificação de Gómez. A desnutrição ocorrida em crianças até 5 anos tem seus reflexos presentes em alterações na estatura e massa corporal. Todavia, afeta também o desenvolvimento sócio-emocional e psicomotor, deixando sequelas muitas vezes irreversíveis (MARINS et al., 1995).

Os indivíduos que sofreram carências nutricionais do período crítico da concepção aos três anos têm maior tendência ao desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis, principalmente doenças cardiovasculares (hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e doença coronariana), diabetes e obesidade na idade adulta em relação aos que foram bem nutridos (VALENTE, 2006).

Quanto à utilização da curva NCHS (CDC, 2006) para crianças em aleitamento materno, frequentemente apresentam padrão de desenvolvimento abaixo do esperado para idade. Segundo Murahovschi e colaboradores (1987) e Soares (2003), quando o padrão foi estabelecido as crianças estavam, na sua maioria, sob alimentação artificial, podendo dar um resultado falso-negativo.

A classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) subestimou os casos de desnutrição e na avaliação de Gómez (1956) ocorreu uma superestimação nos casos de desnutrição. Para definir melhor estes indicadores é necessário fazer um teste de sensibilidade e especificidade para saber qual método é o mais indicado para o diagnóstico. Entretanto, em uma tabela com três classificações é inviável a realização dos testes acima citados. O resultado do coeficiente de Kappa mostra que nesta pesquisa as tabelas apresentam dados com diferenças significativas, uma vez que as classificações também são distintas entre as referências.

A criança que se encontra fora da normalidade até os 15 meses pode ter crescimento e desenvolvimento comprometidos. As complicações implicarão em baixa estatura para os de baixo peso e em diabetes, cardiopatias entre outras doenças e agravos não-transmissíveis aos de peso elevado, que podem aparecer na adolescência ou na vida adulta. Para tanto, medidas preventivas constantes devem ser estabelecidas na saúde da criança desde o seu nascimento.

Ações práticas em saúde são de responsabilidade coletiva e devem ser promovidas por profissionais de saúde, pelo governo e pela família. Todas as crianças devem ter direito ao acompanhamento, com consulta regulares com registros de evoluções alimentares, hábitos intestinais, ganho de peso, altura, perímetro cefálico, aleitamento materno exclusivo (AME), incentivo ao AME, hábitos intestinais, número de consultas e peso ao nascer para que, assim, seu crescimento e desenvolvimento sejam garantidos plenamente.

4 CONCLUSÃO

Fatores importantes que contribuem para o desenvolvimento completo do indivíduo como aleitamento materno ex-

clusivo, consultas constantes e acompanhamento nutricional desde o nascimento garantiriam condições do conceito saúde para todos os bebês nascidos em Maringá se fossem realizadas e incentivadas com frequência.

A utilização das classificações estudadas de Gómez (1956) e da OMS (1995) é desaconselhável como critério isolado para elaboração do diagnóstico nutricional. Entretanto, as duas classificações possuem um bom desempenho quanto à sua capacidade de identificar as crianças não desnutridas.

O diagnóstico da condição nutricional deve ser parte integrante de toda consulta clínica. A avaliação antropométrica isolada em uma única ocasião da vida da criança é apenas um elemento a mais a ser considerado. O método utilizado deve ser aquele que melhor atender às necessidades do momento, buscando atingir os objetivos propostos. Na ausência dos demais elementos, a avaliação antropométrica deve ser considerada apenas como um método de triagem relativamente confiável.

Considerando que a formação do nutricionista visa à atuação no atendimento de saúde pública, seria coerente esperar que este profissional estivesse plenamente inserido nele, colaborando assim com a prevenção e promoção da saúde da população e garantindo qualidade de vida desde a infância.

REFERÊNCIAS

- ANCONA, L. F.; BRASIL, A. L. D. **Nutrição e dietética em clínica pediátrica**. São Paulo, SP: Atheneu, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
- CDC - Center for Disease Control and Prevention. Use and Interpretation of the CDC growth charts. 2004. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/00binaries/growthchart.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2006.
- CFN - Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN N°334/2004. Dispõe sobre Código de Ética dos Nutricionistas. CFN. Maio 2004. Disponível em: <http://cfn.org.br/novosite/pdf/codigo/codigo%20de%20etica_nova%20redacao.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2006.
- CORSO, A. C. T. et al. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis-SC. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, p. 21-28, jan. 2003.
- CTENAS, M. L. B.; VITOLLO, M. R. **Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança**. São Paulo, SP: C2 Editora, 1999.
- FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.
- GÓMEZ, F. Mortality in second and third degree malnutrition. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 2, p. 77-83, 1956.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause alimentos: nutrição & dietoterapia**. 10. ed. São Paulo, SP: Roca, 2002.
- MARINS, V. M. R. V. et al. Perfil antropométrico de crianças de 0 a 5 anos do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 2, p. 246-253, jun. 1995.
- MARTINS, C.; SAEKI, S. L. **Guias alimentares e a pirâmide**. Curitiba, PR: NutroClínica, 2005.
- MARTINS, E. B.; CARVALHO, M. S. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2281-2300, nov. 2006.
- MENEZES, A. M. B. et al. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. S79-S86, 1996.
- MURAHOVSKI, J. et al. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de zero a seis meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno. **Jornal de Pediatria**, v. 63, n. 4, p. 153-175, 1987.
- NÓBREGA, F. J. **Distúrbios da nutrição**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 1998.
- OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 41-51, abr. 2002.
- OMS/WHO. World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995. WHO Technical Report Series 854.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1995.
- ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 4, n. 1, p. 85-94, mar. 2004.
- SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 3, p. 301-310, jun. 2005.
- SOARES, N. T. Um novo referencial antropométrico de crescimento: significados e implicações. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, p. 93-103, jan. 2003.
- UCHIMURA, T. T. et al. Anemia e peso ao nascer. **Revista Saúde Pública São Paulo**, v. 37, n. 4, p. 397-403, 2003.
- VALENTE, F. L. S. Segurança Alimentar e Nutricional: transformando natureza em gente. In: VALENTE, F. L. S. **Direito Humano à Alimentação: Desafios e conquistas**. São Paulo,

SP: Cortez Editora, 2002. p. 103-136.

VICTORIA, C. G. et al. Estimativa da prevalência de déficit de altura/idade a partir da prevalência de déficit de peso/idade em crianças brasileiras. **Revista Saúde Pública São Paulo**, v. 32, n. 4, p. 321-327, 1998.

VITULO, M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices Update**. Programme for Control of Diarrhoeal Disease. Geneva: WHO, 1992.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. S23-S32, jun. 2003.

Recebido em: 23/07/2008

Aceito em: 23/03/2009