



 Paula Chuproski Saldan ¹

 Débora Falleiros de Mello²

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Nutrição. Guarapuava, PR, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência

Paula Chuproski Saldan

pchuproski@unicentro.br

Este artigo é oriundo da tese de doutorado “Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde”, de Paula Chuproski Saldan, Universidade de São Paulo, 2014.

Financiamento: A primeira autora recebeu bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) de Doutorado-Sanduíche no País (Processo nº 300996/2013-6).

Variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6 a 23 meses de idade de uma cidade do interior do Paraná

Variables associated with the consumption of unhealthy foods by children aged from 6 to 23 months in a city in the countryside of Paraná State, Brazil

Resumo

Objetivo: Verificar variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6-23 meses. **Métodos:** Estudo transversal realizado durante Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite 2012 em Guarapuava-PR. Os acompanhantes de 1.355 crianças responderam ao questionário estruturado sobre alimentação da criança no dia anterior à entrevista. Com base no Passo 8 dos “Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, investigou-se o consumo de 10 alimentos não saudáveis e adotou-se a estatística F para verificar diferenças na proporção de consumo dos alimentos segundo variáveis socioeconômicas. **Resultados:** Crianças filhas de mães adolescentes (≤ 19 anos), quando comparadas às de mães adultas (20 a 34 anos e ≥ 35 anos), apresentaram consumo significativamente maior de bolacha recheada (40,9%, 28,5% e 22,1%), salgadinhos de pacote (41,4%, 31,2% e 21,4%) e alimento adoçado (78%, 70% e 65,4%), respectivamente.

Crianças filhas de mães de baixa escolaridade materna (< 8 anos), quando comparadas aos demais níveis de escolaridade (8-11 anos e > 11 anos), apresentaram maior consumo de salgadinhos de pacote (42%, 31,2% e 11,3%), guloseimas (60,2%, 53,9% e 37,4%) e alimento adoçado (75,2%, 70,6% e 61,4%). Entre crianças filhas de mães que frequentaram o serviço público de saúde comparadas com as que frequentaram o serviço privado/convênio, foi maior o consumo de bolacha recheada (32,7% vs 21,3%), de salgadinhos de pacote (37,2% vs 19,8%), de café (41,9% vs 28,1%) e de alimento adoçado (72,6% vs 66,2%), respectivamente. Em crianças moradoras da área rural, quando comparadas à urbana, evidenciou-se maior consumo de suco industrializado (49,5% vs 42,5%), salgadinhos de pacote (39,6% vs 30,4%), guloseimas (68,2% vs 52,1%), café (46,6% vs 36,2%) e alimento adoçado (80% vs 69,5%). *Conclusão:* O consumo de alimentos não saudáveis foi maior entre crianças de mães adolescentes, com baixa escolaridade, frequentadoras do serviço público de saúde e residentes da área rural.

Palavras-chave: Consumo de Alimentos, Alimentos Industrializados, Guias Alimentares, Lactente.

Abstract

Objective: To verify the variables associated with unhealthy food consumption by children aged 6-23 months. *Methods:* A cross-sectional study conducted during the Brazilian National Polio Vaccination Campaign 2012 in the city of Guarapuava, state of Paraná. The companions of 1,355 children answered the structured questionnaire on child feeding the day before the interview. Based on Step 8 of Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos" (freely translated as Ten Steps to Healthy Eating – A Food Guide for Children Under Two), we investigated the consumption of 10 unhealthy foods and adopted the F statistic to verify differences in the proportion of food intake, according to socioeconomic variables. *Results:* Children born to teenage mothers (≤ 19 years old), when compared to adult mothers (20 to 34 years old and ≥ 35 years old), had significantly higher consumption of filled wafers (40.9%, 28.5% and 22.1%), snacks (41.4%, 31.2% and 21.4%) and sweetened food (78%, 70% and 65.4%). Children born to mothers with low maternal schooling (<8 years), when compared to other levels of schooling (8-11 years and >

11 years), had higher consumption of snacks (42%, 31.2% and 11.3%), sweets (60.2%, 53.9% and 37.4%) and sweetened food (75.2%, 70.6% and 61.4%). Among children born to mothers who attended the public health service compared to those who attended the private health service, the consumption of filled wafers (32.7% vs 21.3%) and snacks (37.2% vs 19.8%), coffee (41.9% vs 28.1%) and sweetened food (72.6% vs 66.2%). Rural-dwelling children, when compared to urban ones, showed higher consumption of processed juice (49.5% vs 42.5%), snacks (39.6% vs 30.4%), sweets (68.2% vs 52.1%), coffee (46.6% vs 36.2%) and sweetened food (80% vs 69.5%). *Conclusion:* Consumption of unhealthy food was higher among children of teenage mothers with low schooling, public health service users and rural residents.

Keywords: Food Consumption, Industrialized Foods, Food Guide, Infant

INTRODUÇÃO

A alimentação complementar é definida como um processo que se inicia quando o leite materno sozinho não é suficiente para suprir as necessidades nutricionais dos lactentes e, assim, outros alimentos e líquidos são oferecidos junto com o leite materno. A faixa etária de seis a 24 meses é tomada como referência para esse processo, embora a recomendação de aleitamento materno ultrapasse os dois anos de vida da criança.¹

A alimentação no início da vida tem papel primordial, porque é nessa fase que se formam e se estabelecem os hábitos alimentares da criança, com implicações ao longo de sua existência. A exposição a diversos alimentos saudáveis nessa fase influenciará as preferências alimentares nas fases subsequentes.²

Devido à grande variedade de alimentos complementares presentes nas dietas das crianças em diferentes partes do mundo, não seria adequado fornecer uma prescrição dietética global; assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os países desenvolvam suas próprias diretrizes em alimentação complementar, baseadas na composição nutricional dos alimentos disponíveis localmente.¹

O Ministério da Saúde brasileiro, seguindo as recomendações da OMS para a alimentação complementar, o perfil epidemiológico e a cultura alimentar no país, elaborou em 2002 e revisou em 2010 o documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, que serve de guia para o profissional da saúde na Atenção Básica.³ É importante ressaltar que o *Guia Alimentar para crianças menores de dois anos*⁴ está em processo de revisão desde o ano de 2015, e em 2018 passou por consulta pública, aguardando publicação final.⁵

O guia disponível atualmente enfatiza, em seu Passo 8, a seguinte recomendação: “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”.³ Seguindo essa linha, o Guia Alimentar para a população brasileira nos Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável, ressalta, nos Passos 3 e 4, as seguintes recomendações: “Limitar o consumo de alimentos processados e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados”, respectivamente.⁶ Isso se deve ao fato de esses alimentos estarem associados ao aumento do excesso de peso e obesidade na infância, que pode repercutir na idade adulta.^{3,6}

O documento intitulado “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica” apresenta um formulário para avaliação da alimentação de crianças de seis a 23 meses que possibilita o cálculo de quatro marcadores de alimentação

não saudável: consumo de hambúrguer e/ou embutidos, consumo de bebidas adoçadas, consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas, seguindo as diretrizes do *Guia Alimentar para a população brasileira*.⁷

Os estudos que avaliaram as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade evidenciam consumo precoce de alimentos não recomendados para essa faixa etária.⁸⁻¹⁷ Alguns estudos analisaram as variáveis que interferem nesse consumo, com destaque para a área de residência, região do Brasil, escolaridade materna, renda familiar, estilo de vida materno, hábitos familiares, características do domicílio, idade e sexo da criança.¹¹⁻¹⁹

Nesse cenário, o objetivo do presente estudo foi verificar as variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de seis a 23 meses de idade de um município paranaense, seguindo a recomendação do Passo 8 dos “Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, trazendo subsídios para as políticas públicas relacionadas à alimentação infantil.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite 2012 em Guarapuava, Paraná, Brasil. A população de estudo foi o conjunto de crianças menores de dois anos que compareceram aos postos de vacinação da área urbana e rural do município. Com informações sobre a população vacinada na campanha de 2011, agregada em duas faixas etárias (<1 ano e 1-5 anos), a amostra foi estratificada nos seguintes grupos etários: crianças menores de 1 ano e crianças de 12-23 meses. Os grupos constituíram domínios de estudo e, para cada um deles, foi sorteada amostra cujo tamanho atendeu aos requisitos de precisão estabelecidos. O número de crianças entre 12-23 meses foi estimado com base na população de crianças entre 1-5 anos, supondo distribuição homogênea entre os grupos etários (1, 2, 3 e 4 anos completos). O tamanho da amostra foi estimado para possibilitar análise de indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar em diferentes faixas etárias. Para crianças menores de um ano, foi utilizada a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, com parâmetro de 40% entre 2-3 meses, segundo estudo local,²⁰ e erro amostral de 9%. Para crianças de 12-23 meses, foi adotado o indicador “continuidade do aleitamento materno com um ano” (40%), considerando a faixa etária de 12-15 meses e erro amostral de 6%.

As estimativas de tamanho da amostra foram obtidas aplicando-se a expressão algébrica de Lwanga e Lemeshow²¹ e, posteriormente, ajuste de não resposta de 5% e efeito de delineamento de 1,4 para compensar as perdas de precisão inerentes à amostra por conglomerados.²² O cálculo amostral final de crianças menores de um ano e de 12-23 meses foi de 1.005 e 1.129, respectivamente.

O estudo adotou amostragem por conglomerados, com sorteio em dois estágios.²³ Considerando que as crianças não estavam distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), foi aplicado sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio, foram sorteados os postos de vacinação de acordo com o número de crianças vacinadas em 2011. No segundo estágio, de forma sistemática, foram sorteadas as crianças na fila de vacinação em cada posto. Foram sorteados 32 postos de vacinação, sendo que para cada posto estimou-se a fração de sorteio necessária para entrevistar aproximadamente 35 crianças menores de um ano, e 38 de 12-23 meses.

A coleta dos dados foi realizada no período de 11 a 29 de junho de 2012, por 118 estudantes universitários previamente treinados. O instrumento de coleta de dados foi um questionário baseado e modificado a partir daquele aplicado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM/Capitais e DF) em 2008.²² O questionário incluía 67 questões referentes às características dos participantes (mães e crianças), uso do serviço de saúde e questões fechadas (sim, não ou não sabe) sobre o consumo alimentar das crianças no dia anterior ao da entrevista.²⁴ A alimentação foi avaliada por meio de perguntas que abordavam se houve o consumo de leite materno, água, chás, outros tipos de leite, grupos alimentares, consistência da alimentação, alimentos não saudáveis ou algum outro alimento. As questões foram aplicadas aos acompanhantes das crianças antes da vacinação.

Com base no Passo 8 do documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, que ressalva “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”,³ optou-se por eleger dez alimentos para a obtenção de indicadores de alimentos não saudáveis (1-bolacha sem recheio, 2-bolacha recheada, 3-queijinho tipo *petit suisse*, 4-refrigerante, 5-suco industrializado, 6-salgadinhos de pacote, 7-guloseimas como bala, chiclete, chocolate ou sorvete, 8-café, 9-alimento frito, 10-alimento adoçado com açúcar, açúcar mascavo, adoçante, mel ou melado de cana). Os indicadores de

alimentos não saudáveis foram calculados para a proporção de crianças de 6 a 23 meses de idade, de acordo com as variáveis analisadas.

As variáveis utilizadas neste estudo foram: consumo dos 10 alimentos não saudáveis (consumiu ou não consumiu), idade materna (≤ 19 , 20-34 ou ≥ 35 anos), primiparidade (sim ou não), escolaridade materna (< 8 , 8-11 ou > 11 anos de estudo), trabalho materno (sim ou não), reside com o pai da criança (sim ou não), área de residência (urbana ou rural), serviço de saúde que a criança frequenta (rede pública ou privada/convênio) e sexo da criança (masculino ou feminino). A variável “escolaridade materna” foi utilizada como *proxy* da renda familiar.²⁵

A análise incluiu cálculo de proporções do consumo dos dez alimentos não saudáveis pelas crianças e das variáveis analisadas; para identificar as variáveis associadas ao consumo desses alimentos, foi utilizada a estatística F, adotando-se nível de significância de 5%. Todas as estimativas foram calculadas levando-se em consideração o efeito do desenho (módulo *survey*). A análise dos dados foi processada no programa Stata versão 12.0 (Stata Corp., College Station, Texas, EUA).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Parecer nº 34.613 de 11/06/2012). Foi requisitada dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em função da aplicação de questionário rápido em fila de vacinação. Foi solicitado o consentimento verbal dos acompanhantes, a fim de não tumultuar o andamento da campanha. Ressalta-se que esse procedimento foi adotado nas pesquisas do projeto Amamentação e Municípios do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo e na II PPAM/Capitais e DF.^{22,26}

RESULTADOS

Foram coletados dados de 1.848 crianças, porém 18 (1%) foram excluídas por não residirem no município de Guarapuava e 16 (0,9%) por inconsistência na idade ou falta de informações sobre a data de nascimento. O número de recusas foi de 149 (8,1%), e a taxa de resposta foi de 90,8%. Do total de crianças, 81,8% estavam acompanhadas das mães e 18,2%, dos pais ou avós. As características das mães e crianças estão descritas na tabela 1. Para o cálculo dos indicadores de alimentos não saudáveis, foram consideradas as crianças de seis a 23 meses, totalizando 1.355 crianças.

Tabela 1. Características das crianças e mães participantes do estudo em Guarapuava-PR, 2012 (n=1.335).

Características	n	%
<i>Faixa etária das crianças (meses)</i>		
6 12	476	35,1
12 18	490	36,1
18 24	389	28,7
<i>Sexo</i>		
Feminino	706	52,1
Masculino	649	47,9
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	695	51,3
Cesárea	655	48,3
Não informado*	5	0,4
<i>Peso ao nascer (gramas)</i>		
≥ 2500	1.196	88,3
< 2500	131	9,7
Não informado*	28	2,1
<i>Serviço de saúde que frequenta</i>		
Rede pública	877	64,7
Rede privada/convênio	459	33,9
Não informado*	19	1,4
<i>Paridade materna**</i>		
Primípara	543	40,1
Múltipara	560	41,3
Não informado*	252	18,6
<i>Idade materna (anos)**</i>		
≤ 19	178	13,1
20-34	766	56,5
≥ 35	160	11,8
Não informado*	251	18,5
<i>Escolaridade materna (anos de estudo)**</i>		
< 8	333	24,6
8-11	591	43,6
> 11	180	13,3
Não informado*	251	18,5
<i>Trabalho materno**</i>		
Não trabalha	743	54,8
Trabalha	361	26,6
Não informado*	251	18,5
<i>Reside com o pai da criança**</i>		
Sim	942	69,5
Não	161	11,9
Não informado*	252	18,6
<i>Área de residência</i>		
Urbana	1.230	90,8
Rural	125	9,2

*Dados não respondidos pelo acompanhante da criança.

**Dados coletados quando o acompanhante da criança era a mãe.

Como pode ser visto na tabela 2a, o consumo de bolacha sem recheio foi significativamente maior entre os meninos (77,5%) do que em meninas (73,2%). Houve tendência decrescente de consumo de bolacha recheada conforme o aumento da idade da mãe e o aumento da escolaridade materna. O consumo de bolacha recheada também foi significativamente maior entre as crianças que não residiam com o pai, comparadas com as que residiam (36,1% vs 28,1%) e entre as que frequentavam o serviço público de saúde, quando comparadas com o serviço privado/convênio (32,7% vs 21,3%). A frequência de oferta de queijinho tipo *petit suisse* foi significativamente maior entre mães primíparas (45,1%) do que entre múltíparas (34,5%). A proporção de crianças que consumiram refrigerante foi semelhante, segundo as categorias das variáveis analisadas. A ingestão de suco industrializado foi maior entre as crianças que residiam na área rural do município (49,5%) quando comparadas com as da área urbana (42,5%).

Tabela 2a. Proporção de consumo de alimentos não saudáveis (bolacha sem recheio, bolacha recheada, queijinho tipo *petit suisse*, refrigerante e suco industrializado) segundo variáveis analisadas em crianças de 6 a 23 meses de idade, Guarapuava-PR, 2012 (n=1.335).

Variáveis/Categorias	% Bolacha sem recheio	% Bolacha recheada	% Queijinho tipo <i>petit suisse</i>	% Refrigerante	% Suco industrializado
Idade materna	p=0,1854	p=0,0019/0,0017*	p=0,1471	p=0,1349	p=0,3412
≤19 anos	79,3	40,9	45,7	28,1	45,1
20-34 anos	74,0	28,5	39,7	20,5	41,2
≥ 35 anos	68,2	22,1	33,6	23,3	35,8
Primeiro filho	p=0,0761	p=0,0500	p=0,0032	p=0,5060	p=0,2103
Sim	76,5	33,0	45,1	23,1	43,4
Não	71,7	25,8	34,5	21,1	38,7
Escolaridade materna	p=0,5896	p=0,0016/0,0074*	p=0,5769	p=0,0915	p=0,8406
< 8 anos	72,5	31,8	39,1	27,3	42,1
8-11 anos	74,0	31,6	41,0	19,1	40,7
>11 anos	76,4	17,9	37,2	20,8	39,7
Trabalho materno	p=0,3354	p=0,0619	p=0,4244	p=0,2238	p=0,1796
Sim	72,5	24,6	37,6	19,2	37,7
Não	74,7	31,6	40,7	23,4	42,6
Reside pai da criança	p=0,9880	p=0,0325	p=0,5142	p=0,9791	p=0,8276
Sim	73,9	28,1	39,3	22,1	41,1
Não	73,8	36,1	42,4	21,9	40,2
Área de residência	p=0,5199	p=0,2366	p=0,7594	p=0,6835	p=0,0065
Urbana	75,5	29,0	42,1	22,5	42,5
Rural	71,6	31,7	40,0	24,3	49,5
Serviço de saúde	p=0,5793	p=0,0001	p=0,2029	p=0,3078	p=0,1841
Público	74,8	32,7	43,2	23,5	44,4
Privado/Convênio	75,9	21,3	39,5	20,5	40,1
Sexo da criança	p=0,0233	p=0,0853	p=0,4264	p=0,1064	p=0,8791
Masculino	77,5	27,1	40,6	20,8	43,4
Feminino	73,2	31,1	43,1	24,3	42,9

*Teste de tendência linear estatisticamente significante.

A frequência de consumo de salgadinhos de pacote foi maior entre crianças filhas de mães adolescentes, comparadas com a faixa etária ≥ 35 anos (41,4% vs 21,4%); e foi maior entre crianças filhas de mães com menos de oito anos de escolaridade, comparadas com escolaridade > 11 anos (42% vs 11,3%). O consumo foi significativamente maior entre as crianças filhas de mães que não trabalhavam fora de casa (36,1%), comparadas com as que tinham trabalho fora de casa (21,5%); nas residentes na área rural do município (39,6%) quando comparadas à área urbana (30,4%); e nas que frequentavam o serviço público de saúde (37,2%) em comparação com as que frequentavam o serviço privado/convênio (19,8%). Ao analisar o consumo de guloseimas e café, evidenciou-se maior tendência de consumo entre as crianças filhas de mães com menor escolaridade (60,2% e 47,2%, respectivamente), quando comparadas às de mães com maior escolaridade (37,4% e 22,5%, respectivamente); residentes da área rural do município (68,2% e 46,6%, respectivamente), quando se comparou à área urbana (52,1% e 36,2%, respectivamente) e frequentadoras do serviço público de saúde (57,6% e 41,9%, respectivamente), comparadas às frequentadoras do serviço privado/convênio (45,8% e 28,1%, respectivamente) (tabela 2b).

Tabela 2b. Proporção de consumo de alimentos não saudáveis (salgadinhos de pacote, guloseimas, café, alimento frito e alimento adoçado) segundo variáveis analisadas em crianças de 6 a 23 meses de idade, Guarapuava - PR, 2012 (n=1.335)

Variáveis/Categorias	% Salgadinhos de pacote	% Guloseimas	% Café	% Alimento frito	% Alimento adoçado
Idade materna	p=0,037/0,0049*	p=0,0619	p=0,6152	p=0,3753	p=0,0462/0,0122*
≤ 19 anos	41,4	56,7	41,1	29,0	78,0
20-34 anos	31,2	54,0	37,2	24,0	70,0
≥ 35 anos	21,4	45,7	35,0	21,8	65,4
Primeiro filho	p=0,7063	p=0,4734	p=0,2606	p=0,9353	p=0,6489
Sim	31,8	52,1	35,0	24,2	71,1
Não	30,6	54,1	39,6	24,4	69,8
Escolaridade materna	p<0,0001/0,0003*	p=0,0002/0,0028*	p=0,0003/0,0023*	p=0,1992	p=0,0210/0,0197*
< 8 anos	42,0	60,2	47,2	28,0	75,2
8-11 anos	31,2	53,9	36,6	23,5	70,6
> 11 anos	11,3	37,4	22,5	20,8	61,4
Trabalho materno	p=0,0008	p=0,1175	p=0,4459	p=0,2276	p=0,4783
Sim	21,5	48,6	35,4	21,3	69,0
Não	36,1	55,6	38,5	26,0	71,3
Reside pai da criança	p=0,2407	p=0,5643	p=0,6222	p=0,6304	p=0,2041
Sim	30,5	53,5	37,8	24,7	70,0
Não	35,8	50,8	35,5	22,4	75,5
Área de residência	p=0,0004	p=0,0041	p=0,0070	p=0,7370	p=0,0028
Urbana	30,4	52,1	36,2	24,8	69,5
Rural	39,6	68,2	46,6	22,8	80,0

Tabela 2b. Proporção de consumo de alimentos não saudáveis (salgadinhos de pacote, guloseimas, café, alimento frito e alimento adoçado) segundo variáveis analisadas em crianças de 6 a 23 meses de idade, Guarapuava - PR, 2012 (n=1.335) (Cont)

Variáveis/Categorias	% Salgadinhos de pacote	% Guloseimas	% Café	% Alimento frito	% Alimento adoçado
Serviço de saúde	p<0,0001	p=0,0045	p=0,0001	p=0,4310	p=0,0317
Público	37,2	57,6	41,9	25,5	72,6
Privado/Convênio	19,8	45,8	28,1	23,1	66,2
Sexo da criança	p=0,8248	p=0,3445	p=0,8972	p=0,5099	p=0,9608
Masculino	30,8	52,0	37,3	23,5	70,3
Feminino	31,6	54,8	36,9	25,5	70,4

*Teste de tendência linear estatisticamente significante.

O consumo de alimento frito entre as crianças não apresentou diferença entre as variáveis analisadas. O consumo de alimentos adoçados esteve associado às seguintes variáveis: idade e escolaridade maternas, área de residência e serviço de saúde que a criança frequentava. Como pode ser observado na Tabela 2b, crianças filhas de mães adolescentes (78%) e com menor escolaridade apresentaram maior tendência de consumo desses alimentos (75,2%), quando comparadas às mães com 35 anos ou mais (65,4%) e com mais de 11 anos de estudo (61,4%). As crianças da área rural também apresentaram maior consumo de alimentos adoçados (80%) quando comparadas às da área urbana (69,5%) e as que frequentavam a rede pública de saúde (72,6%), comparadas ao serviço privado/convênio (66,2%).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa possibilitou conhecer os indicadores de consumo de alimentos não saudáveis por crianças de seis a 23 meses de idade e as variáveis que se associaram ao consumo desses alimentos. O estudo avaliou o consumo de alimentos não saudáveis no dia anterior à entrevista, o que evita o viés de memória e possibilita traçar um perfil da alimentação das crianças.²⁴ Ressalta-se que a realização de inquéritos em campanhas de vacinação tem sido utilizada como estratégia para obtenção de informações de populações em curto período de tempo e com baixo custo.^{22,26,27} A validade externa da pesquisa pode ser avaliada pela alta cobertura da Campanha de Vacinação contra Poliomielite 2012 em Guarapuava, que atingiu 99%, e pelo perfil semelhante da amostra estudada com os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) 2012 para o município.^{28,29} Das crianças estudadas, 88,3% nasceram com peso adequado (≥ 2.500 gramas) e 51,3% de parto vaginal *versus* 91,2% e 46,7% da população de referência, respectivamente.²⁹ Das mães entrevistadas, 24,6% tinham menos

de oito anos de estudo e 11,8%, 35 anos ou mais de idade *versus* 28,7% e 11,1% da população de referência, respectivamente.²⁹

O documento intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos” não diferencia os alimentos por grau de processamento como o Guia Alimentar para a população brasileira, mas faz a ressalva, em seu Passo 8, de quais alimentos devem ser evitados por crianças dessa faixa etária.³ Entre os dez alimentos selecionados para este estudo, sete são classificados como ultraprocessados pela nova classificação de alimentos segundo o *Guia Alimentar para a População Brasileira*,⁶ a saber: bolacha sem recheio, bolacha recheada, queijinho tipo *petit suisse*, refrigerante, suco industrializado, salgadinhos de pacote e guloseimas (bala, chiclete, chocolate, sorvete). O café, apesar de não ser recomendado para crianças menores de dois anos, é considerado um alimento *in natura* ou minimamente processado. Os alimentos fritos deveriam ser evitados pelo excesso de gordura, e os alimentos adoçados, em sua maioria, são considerados ingredientes culinários (açúcar, açúcar mascavo, mel, melado de cana), com exceção do adoçante, que é considerado um alimento ultraprocessado.

A bolacha sem recheio foi mais consumida pelos meninos (77,5%) que pelas meninas (73,2%), não tendo apresentado diferenças na frequência de consumo segundo as demais variáveis analisadas. Os estudos consultados apresentaram frequência de consumo desses alimentos variando de 29,9% a 79,3%, porém não diferem o tipo de bolacha ou biscoito (sem recheio e recheado). Ainda, a maioria deles analisou o consumo de biscoitos conjuntamente com outros alimentos (pães, bolos, salgadinhos), o que dificulta a comparação dos resultados.^{9-13,16} Apesar de o consumo de bolacha recheada ter sido menor que de bolacha sem recheio entre as categorias das variáveis analisadas, foi possível verificar a associação de seu consumo com mais variáveis.

A variável idade materna esteve associada ao consumo dos seguintes alimentos: bolacha recheada, salgadinhos de pacote e alimento adoçado, sendo observado que crianças filhas de mães mais velhas apresentaram menor tendência de consumo desses alimentos. A escolaridade materna também esteve associada aos mesmos alimentos citados anteriormente, e também com guloseimas e café, sendo observada menor tendência de consumo com o aumento da escolaridade da mãe da criança. No estudo de Saldiva et al.,¹² que avaliou o consumo de alimentos não saudáveis (suco industrializado, refrigerantes, café, biscoitos/salgadinhos e açúcar e/ou mel) em uma amostra de crianças menores de um ano que compareceram à campanha de vacinação, o consumo desses alimentos foi maior entre as crianças de mães com menor escolaridade. Achado semelhante foi obtido em estudo que

avaliou o consumo de alimentos industrializados por crianças de até 24 meses em Maceió-AL,¹⁹ considerando os alimentos que constam no “Guia alimentar para crianças menores de dois anos”. O consumo foi significativamente mais elevado entre crianças cujas mães apresentaram menores níveis de escolaridade e renda familiar.¹⁹

Crianças filhas de mães primíparas apresentaram maior frequência de consumo de queijinho tipo *petit suisse* (45,1%), quando comparadas às múltíparas (34,5%). Estudo que avaliou as práticas e o consumo alimentar de lactentes em três metrópoles brasileiras reportou que 51,3% das crianças de 6 a 12 meses ingeriram *petit suisse*, porém não houve investigação de variáveis associadas ao consumo desse alimento.⁹ Normalmente, esse tipo de alimento é comum no universo das práticas alimentares infantis e por muitos anos esteve nas propagandas midiáticas como um alimento rico em proteínas e cálcio destinado ao público infantil.

Crianças que não residiam com o pai, comparadas com as que residiam, apresentaram maior frequência de consumo de bolacha recheada; e aquelas cujas mães não trabalhavam fora apresentaram maior consumo de salgadinhos de pacote, do que as que trabalhavam fora. As crianças que frequentavam o serviço público de saúde apresentaram maior consumo de bolacha recheada, salgadinhos de pacote, guloseimas, café e alimento adoçado do que as que frequentavam o serviço particular/convênio. Apesar de não ter sido investigada a renda das famílias, acredita-se que as crianças que frequentavam o serviço público de saúde eram aquelas oriundas de famílias com menor poder aquisitivo. Em todas as associações de consumo de alimentos em que a escolaridade materna foi avaliada, observou-se maior consumo de alimentos não saudáveis entre as crianças filhas de mães com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Entretanto, esse dado precisa ser analisado com cautela, uma vez que o seguimento da saúde da criança no serviço público de saúde muitas vezes oferece ações às mães e famílias com orientações e aconselhamento em alimentação e nutrição que nem sempre existe na esfera privada.³⁰

Um exemplo de iniciativa no Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, lançada em 2012, como resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS.³¹ Entretanto, não basta orientar e aconselhar as mães, responsáveis ou cuidadores de crianças quanto aos alimentos adequados

e não adequados, pois outros fatores influenciam no oferecimento ou no consumo de alimentos não saudáveis por crianças pequenas. O ambiente domiciliar e o fato de outros membros da família consumirem alimentos considerados inapropriados pelas crianças aumenta a chance do consumo.¹⁷

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) mostram a presença no domicílio de marcadores de consumo não saudável como biscoito recheado, seguido pelo refrigerante, doces, pizza e salgadinhos industrializados.³² A importância de incentivar a alimentação adequada e saudável para além da criança, algo a ser alcançado por toda a família, pode ajudar a diminuir o consumo de alimentos inapropriados pelas crianças. De acordo com o Guia Alimentar para a população brasileira,⁶ deve-se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados e fazer da base da alimentação os alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Também precisa ser enfatizado que para mães e pais, o fato de poder oferecer alguns alimentos, ainda que tidos como “inapropriados” para os filhos, pode representar um ideal de afirmação e busca de *status* que esses alimentos podem trazer para a população de baixo poder aquisitivo.³³ O oferecimento de alimentos considerados pouco nutritivos aos filhos, como por exemplo, as guloseimas (doces, bolachas, refrigerantes, salgadinhos), pães de valor simbólico diverso, associado ao universo alimentar da classe mais favorecida economicamente, constitui um meio de a população pobre mostrar para si mesma e para seus iguais que ela também pode consumir o que é simbolicamente positivo. O consumo de tais alimentos também aparece associado à dimensão afetiva, ou seja, oferecer o que não é fundamental para a alimentação traduz-se para pais e filhos em demonstração de afeto, mesmo que esse consumo signifique a privação de outros bens.³⁴

Estudo qualitativo realizado a partir da observação participante da alimentação de crianças desnutridas menores de dois anos em oito domicílios no município do presente estudo mostrou que os alimentos industrializados estavam presentes em todas as casas visitadas e foram observados embutidos, enlatados, produtos com corantes artificiais, alimentos muito salgados, adocicados, refrigerantes, bolachas recheadas e maionese. Vários desses alimentos eram considerados inadequados pelas mães e só deveriam estar presentes na alimentação esporadicamente, contudo nos relatos apreendeu-se que o discurso era distinto da prática.³⁵

A proporção de crianças que consumiu refrigerante e alimento frito foi em torno de 20%, semelhante segundo as categorias das variáveis analisadas. Os estudos que avaliaram o consumo de refrigerante pelo público infantil obtiveram valores inferiores e superiores ao

reportado no presente estudo. Estudo em Acrelândia-AC encontrou que somente 4,2% das crianças de seis a 24 meses ingeriram essa bebida.¹⁰ Um trabalho que avaliou a alimentação complementar de crianças de seis a 24 meses na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé-RJ reportou que o consumo de refrigerantes aumentou com a idade criança, sendo de 17,8% entre as crianças de seis a 12 meses; 50% entre as de 12 a 18 meses; e 55,5% entre as de 18 a 24 meses.¹⁵ Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, trabalhados e analisados por Jaime et al.,¹⁶ indicam consumo de refrigerante em 32,3% de crianças menores de dois anos. Jaime, Prado e Malta¹⁷ referem que o consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes ou sucos artificiais) por crianças menores de dois anos sofre influência do ambiente familiar, com destaque para o consumo de bebidas açucaradas pelo adulto, hábito de assistir TV por mais de três horas, maior idade e escolaridade e número de componentes da família.

As crianças residentes na área rural do município apresentaram maior consumo de suco industrializado (49,5%), salgadinhos de pacote (39,6%), guloseimas (68,2%), café (46,6%) e alimento adoçado (80%), quando comparadas às residentes na área urbana (42,5%, 30,4%, 52,1%, 36,2% e 69,5%, respectivamente). Esses achados contrastam com alguns estudos que evidenciaram maior consumo de alimentos não saudáveis por crianças residentes em área urbana. Bortolini, Gubert & Santos,¹¹ ao analisarem os dados de consumo alimentar de crianças de seis a 59 meses participantes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006), encontraram que o consumo de frituras e salgadinhos não variou com o local de residência, enquanto que o consumo de doces, biscoitos e refrigerantes foi maior entre os residentes da área urbana. Dados da POF 2008-2009 mostraram que o consumo médio diário *per capita* na zona rural foi maior para alimentos considerados saudáveis, enquanto na zona urbana destacaram-se os produtos prontos para o consumo ou processados, como pão de sal, biscoitos recheados, iogurtes, vitaminas, sanduíches, salgados fritos e assados, pizzas, refrigerantes e sucos.³² Jaime et al.¹⁶ não observaram diferenças no consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável (refrigerante ou suco artificial e biscoito, bolacha ou bolo) entre crianças menores de dois anos residentes em domicílios urbanos ou rurais. Jaime, Prado e Malta¹⁷ reportaram que o consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes ou sucos artificiais) por crianças menores de dois anos foi maior na Região Sul (38,7%) e menor na Região Nordeste (24,3%), e não observaram diferenças no consumo dessas bebidas quando compararam a área de residência urbana e rural. Destacaram, entretanto, que houve aumento do consumo dessas bebidas entre as crianças da área rural avaliadas pela PNDS em 2006 (9,7%), e pela Pesquisa Nacional de Saúde (32,2%), em 2013.

Como limitações do presente estudo, destacamos o número de recusas de participação. Não foi coletado nenhum dado referente a esses sujeitos, o que não possibilita traçar seu perfil e avaliar possibilidade de viés de seleção. Outra limitação foi a forma de avaliar a alimentação das crianças, ou seja, por meio de um questionário estruturado sobre o consumo alimentar no dia anterior, o que pode não refletir a alimentação habitual das crianças. Entretanto, esse ainda é o método recomendado pela OMS para avaliar as práticas alimentares de crianças menores de dois anos

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer as variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis entre crianças de seis a 23 meses de idade. Destacaram-se idade e escolaridade maternas, tipo de serviço de saúde que a criança frequentava e área de residência como as principais variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis. Crianças filhas de mães adolescentes e com menos de oito anos de estudo apresentaram maior tendência de consumo de bolacha recheada, salgadinhos de pacote e alimento adoçado, quando comparadas às filhas de mães adultas e com maior escolaridade. A baixa escolaridade materna também influenciou no consumo de guloseimas e café. Crianças que frequentaram o serviço público de saúde apresentaram maior consumo de bolacha recheada, salgadinhos de pacote, guloseimas, café e alimento adoçado, quando comparadas às frequentadoras de serviço privado/convênio. Residir na área rural do município evidenciou maior consumo de suco industrializado, salgadinhos de pacote, guloseimas, café e alimento adoçado, quando comparado à área urbana, mostrando que os alimentos não saudáveis estão acessíveis a toda a população, independentemente do seu local de residência.

As principais associações encontradas neste estudo evidenciam sobretudo problemas de ordem social, dado que o maior consumo de alimentos não saudáveis foi reportado para crianças de mães adolescentes, de baixa escolaridade e que frequentavam o serviço público de saúde. Esses achados enfatizam a necessidade de políticas públicas que trabalhem a importância da alimentação saudável na infância, com foco na família e nos problemas sociais enfrentados por elas que impossibilitam uma alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization, World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC: PAHO; 2003.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
3. 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: Ministério da Saúde; 2010. 68 p.
4. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107).
5. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para crianças menores de dois: versão para consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 163 p.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 33 p.
8. Bernardi JLD, Jordão RE, Filho AAB. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(5):405-411.
9. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2010; 86(3):196-201. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1994>
10. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(2):305-316. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200012>
11. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(9):1759-1771. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900014>
12. Saldiva SR, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escuder MM, Giuliani ER. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J.* 2014; 13:33. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-13-33>
13. Gonçalves MRS, Cadete MMM. Aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar entre menores de um ano em Ribeirão das Neves-MG. *Demetra* 2015; 10(1):173-187. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2015.13479>
14. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRLN, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2015; 20(3):727-738. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15952014>

15. Marinho LMFO, Capelli JCS, Rocha CMM, Bouskela A, Carmo CN, Freitas SEAP et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* 2016; 21(3):977-986. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.06532015>
16. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016;16(2):159-167. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200005>
17. Jaime PC, Prado RR, Malta DC. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. *Rev. Saúde Públ.* 2017;51Supl 1:13s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000038>
18. Souza RLV, Madruga SW, Gigante DP, Santos IS, Barros AJD, Assunção MCF. Padrões alimentares e fatores associados entre crianças de um a seis anos de um município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(12):2416-2426. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156412>
19. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAPS. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev. Paul. Pediatr.* 2015;33(4):445-452. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.006>
20. Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. *Rev. Nutr.* 2010; 23(4):553-563. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000400006>
21. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: WHO; 1991.
22. 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: Ministério da Saúde; 2009. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
23. Silva NN. *Amostragem probabilística: um curso introdutório*. São Paulo: EDUSP; 1998.
24. World Health Organization. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007*. Washington, DC: WHO, 2008.
25. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 210;86(4):317-324. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
26. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Públ.* 2002;36(3):313-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000300009>.
27. Santos LM, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(6):474-479. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.043638>
28. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Campanha nacional de vacinação contra poliomielite 2012. [Acesso 22 ago. 2012]. Disponível em:

- http://pni.datasus.gov.br/consulta_polio_12_selecao.asp?enviar=ok&sel=vacinometro&faixa=todos&grupo=todos&uf=PR&municipio=410940
29. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Nascidos vivos - Paraná. [Acesso 26 jun. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>
 30. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. Ciênc. Saúde Coletiva 2014; 19(2):529-538. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09642012>
 31. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União 06 set 2013; Seção 1.
 32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 150 p.
 33. Tonial SR. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2001. 189 p.
 34. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. Medicina 2006; 39(3):333-339.
 35. Chuproski P, Tsupal PA, Furtado MCC, Mello DF. Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(4):118-125. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400015>

Colaboradoras

Saldan PC, participou da idealização do estudo, organização da coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. de Mello DF, participou da idealização do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final e aprovação do manuscrito para submissão.

Conflito de interesses: as autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 02 de julho de 2019

Revisado: 17 de setembro de 2019

Aceito: 24 de setembro de 2019