










-  Ana Paula Reyes da Silva¹
 Fernanda Barbosa Bernardes²
 Juliane Alves Santos¹
 Natália Machado de Miranda¹
 Marianna Sperb¹
 Ester Zoche²
 Vera Lúcia Bosa³

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição, Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência

Fernanda Barbosa Bernardes
fbernardes@hcpa.edu.br

Práticas alimentares em crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário do sul do Brasil

Food practices in children from zero to two years old admitted to a university hospital of southern Brazil

Resumo

Objetivo: Identificar e descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre-RS. **Métodos:** Identificaram-se as práticas alimentares de 261 crianças, por instrumento composto por questões que analisam atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar. As variáveis foram expressas em percentual e valor absoluto, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. **Resultados:** O aleitamento materno exclusivo até os seis meses esteve presente em 25,3% da amostra, com mediana de duração de 45 dias, e a introdução da alimentação complementar foi iniciada em tempo adequado (seis a sete meses) em 57%. Dentre as crianças que já haviam iniciado a alimentação complementar através da papa de fruta ou refeição principal (n = 128), a mediana de idade de introdução foi de 5 (4-6) meses. Em relação à adequação, alimentos fonte de vitamina A e ferro estiveram presentes em 83,6% das crianças, e 62,5% consumiam todos os grupos alimentares. A consistência da alimentação estava adequada em 52,3%. O consumo de alimentos ultraprocessados estava presente

na alimentação de 60,2% das crianças. **Conclusões:** Foram observadas baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, introdução precoce da alimentação complementar e alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados. As práticas alimentares inadequadas identificadas podem comprometer a saúde da criança, sendo importante realizar ações para a promoção do aleitamento materno e da introdução adequada da alimentação complementar.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação Complementar. Alimentação.

Abstract

Objective: To identify and describe the eating practices of children from zero to two years of age admitted to a university hospital in Porto Alegre-RS. **Methods:** The dietary practices of 261 children were identified by an instrument composed of questions that analyze attributes, components and markers of complementary feeding. The variables were expressed as percentage and absolute value, mean and standard deviation or median and interquartile range. **Results:** Exclusive breastfeeding up to six months was present in 25.3% of the sample, with a median duration of 45 days, and the introduction of complementary feeding was started at an appropriate time (six to seven months) in 57%. Among children who had already started complementary feeding through fruit porridge or main meal (n= 128), the median age of introduction was 5 (4-6) months. Regarding adequacy, food sources of vitamin A and iron were present in 83.6% of the children, and 62.5% consumed all food groups. Consistency of food was adequate in 52.3%. The consumption of ultra-processed foods was present in the diet of 60.2% of the children. **Conclusions:** Low prevalence of exclusive breastfeeding, early introduction of complementary feeding and high frequency of ultra-processed foods were observed. The identified improper eating practices can compromise the health of the child, and it is important to take actions to promote breastfeeding and the adequate introduction of complementary feeding.

Keywords: Breast Feeding. Feeding. Complementary Feeding.

INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos de vida, ocorrem o crescimento acelerado e grandes conquistas no processo de desenvolvimento da criança. Nesse período, ela desenvolve habilidades para mastigar e digerir os alimentos, avançando no autocontrole do processo de ingestão de alimentos para atingir o padrão alimentar do adulto.¹ As práticas alimentares nos primeiros dois anos de vida são determinantes da formação de hábitos alimentares na primeira infância, que, por sua vez, repercutem no estado de saúde e nutrição ao longo da vida,^{2,3} podendo ter consequências no futuro, dentre elas o excesso de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.⁴

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a forma mais segura, eficaz e completa de se alcançar o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança é garantir o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida, sem a oferta de água, chás ou outros alimentos.⁵ Esta é a estratégia mais inteligente de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e a que colabora para a redução da morbimortalidade infantil, oferecendo enorme proteção contra óbitos por diversas infecções, sobretudo nos primeiros meses de vida da criança. É adequado para a imaturidade renal e digestiva do recém-nascido, sendo facilmente digerido e absorvido, resultando no aproveitamento de todos os nutrientes. O AME diminui a incidência de cólicas, vômitos e intolerâncias alimentares, sendo um alimento “personalizado” e insubstituível para a criança.^{2,6}

De acordo com o UNICEF, a taxa mundial de aleitamento materno na primeira hora de vida é de 44%, de AME em crianças menores de seis meses é 39% e 49% de amamentação continuada até dois anos de idade.⁷ No Brasil, o processo de desmame ocorre precocemente nas primeiras semanas ou meses de vida,¹ e a mediana de AME está em torno de 54,11 dias. Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM) mostram a realidade sobre as práticas alimentares de crianças até 24 meses de idade: cerca de 70% mamaram na primeira hora de vida; a introdução alimentar precoce ocorreu em 13,8% das crianças, que já no primeiro mês consumiram água, chás e outros leites; e em torno de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia a papa principal e frutas.⁸ A prevalência média de AME encontrada em uma metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros foi de 25% e duração mediana de 55,4 dias.⁹ Em um estudo que compara a duração da amamentação em quatro coortes de nascimentos de base populacional na cidade de Pelotas,¹⁰ observou-se que a prevalência de amamentação aos 12 meses aumentou de 16% para 41% no período de 33 anos, e a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos três meses aumentou de 7% em 1993 para 45% em 2015. As prevalências de

aleitamento materno exclusivo aos seis meses foram de 0,5% em 1993, 6,5% em 2004 e 14,5% em 2015.

Após os seis meses de vida da criança, ela está pronta para o início da alimentação complementar, que deve ocorrer de forma adequada, saudável e em quantidade suficiente para garantir seu apropriado desenvolvimento. As refeições passam a ser semelhantes às do restante da família após os 12 meses, e o aleitamento materno (AM) deve ser mantido até os dois anos ou mais.¹¹⁻¹³ No entanto, a população brasileira consome cada vez mais alimentos ultraprocessados, introduzidos cada vez mais precocemente, com alto consumo de café, refrigerantes e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos entre as crianças de nove a 12 meses.⁸

Bortolini e colaboradores³ observaram que 21,4% de crianças de seis a 59 meses consumiam doces, 46,3% biscoitos, 8,5% salgadinhos e 22,1% refrigerantes. Em relação aos alimentos mais saudáveis, diariamente 44,6% das crianças consumiram frutas; 12,7% verduras de folhas; 21,8% legumes e 24,6% carnes. Os resultados apontam a baixa frequência de consumo de alimentos importantes para o crescimento, como verduras de folhas, legumes, frutas e carnes, e elevada frequência no consumo de alimentos ultraprocessados, como biscoitos, doces, refrigerantes e salgadinhos.

Tendo em vista a importância das práticas alimentares adequadas para formação do hábito alimentar da criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida, o objetivo deste estudo é descrever as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre-RS.

MÉTODOS

Estudo transversal retrospectivo, parte de um estudo intitulado “Relação entre práticas alimentares e fatores sociodemográficos com desfechos clínicos e nutricionais em crianças de zero a dois anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre”, realizado em duas unidades clínico-cirúrgicas de internação e na emergência pediátrica de um hospital universitário de Porto Alegre-RS, Brasil. Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por 261 crianças entre zero a 24 meses, internadas por complicações agudas (gastroenterites, infecções do trato urinário e/ou situações cirúrgicas eletivas, como hipospádia, herniorrafia, orquidopexia). Foram excluídas do estudo crianças desacompanhadas da mãe; em uso de terapia de nutrição enteral prolongada e parenteral; que apresentam alguma complicação crônica que possa interferir na alimentação, como doenças neurológicas e genéticas, alergias

e/ou intolerâncias alimentares; cujas mães eram menores de 18 anos de idade, devido à ausência de responsável legal da criança para assinatura do termo de consentimento; e aquelas nas quais o aleitamento materno seja contra indicado, como mães soropositivas para o HIV e em tratamento antineoplásico.

O questionário foi aplicado nas primeiras 48 horas após a internação, para que as respostas fossem fidedignas aos hábitos do domicílio e não sofressem influência da alimentação oferecida pelo hospital. A coleta de dados foi realizada por nutricionistas ou acadêmica capacitadas para aplicação do instrumento, que continha informações sobre idade, sexo, escolaridade e ocupação materna, bem como situação conjugal, renda familiar *per capita*, classificação socioeconômica (A-B, C e D-E) através dos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), condições de moradia, uso de tabaco ou outras drogas, idade da criança, frequência e acesso a serviços de saúde.¹⁴ Após avaliação dos critérios de inclusão, as mães foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e convidadas a participar. A coleta dos dados ocorreu entre janeiro de 2017 e abril de 2018.

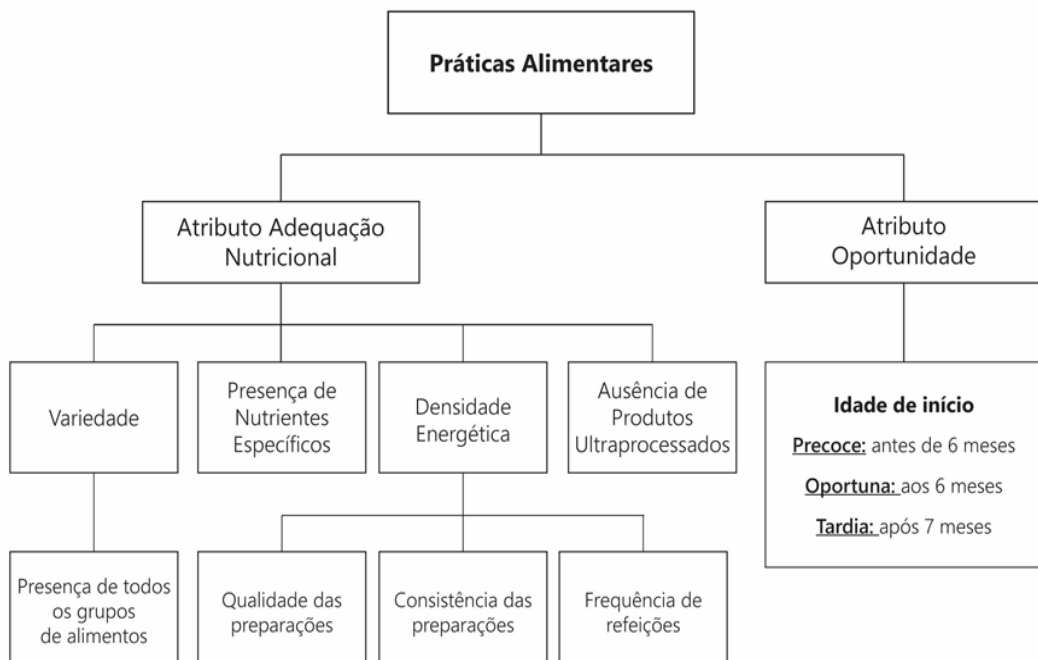
Para avaliação das práticas alimentares, que abrangiam questões sobre aleitamento materno, consumo de fórmulas e leite de vaca, ingestão de alimentos sólidos como frutas e papas principais, bem como consumo de alimentos processados e ultraprocessados, foi utilizado o “Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade”.¹¹ Este é constituído por questões que analisam a qualidade da dieta considerando os principais atributos, componentes e marcadores da alimentação complementar, além da presença ou não de aleitamento materno exclusivo até os seis meses ou mais. As questões foram adaptadas para a nossa região (retirando-se pequi e buriti, que não fazem parte do hábito alimentar da Região Sul).

Foram considerados os indicadores de oportunidade e adequação alimentar. A oportunidade da introdução da alimentação complementar foi definida como precoce quando iniciada antes dos seis meses; oportuna se iniciada entre seis e sete meses; e tardia quando iniciada a partir dos sete meses de idade da criança. A adequação nutricional foi identificada através dos seguintes componentes: presença, na alimentação, de nutrientes específicos necessários ao pleno crescimento e desenvolvimento infantil (vitamina A e ferro); variedade dos alimentos oferecidos; densidade energética dos alimentos; e preparações e ausência de produtos ultraprocessados na alimentação. A variedade adequada foi definida pela presença de todos os grupos de alimentos na alimentação complementar; a densidade energética, pela consistência das preparações para a idade da criança, sendo considerada adequada a consistência pastosa para crianças a partir dos seis meses; e aos 12 meses, a mesma

consistência da alimentação da família. A ausência de produtos ultraprocessados na alimentação foi considerada um componente da adequação nutricional da alimentação complementar.

A figura 1 representa o modelo do fluxograma utilizado para avaliação das práticas alimentares, adaptado de Oliveira.¹¹ A adaptação representou a retirada do atributo “segurança”, pois refere-se a questões de inocuidade da preparação dos alimentos, componente que não seria possível avaliar no momento da internação.

Figura 1. Modelo de Avaliação de Práticas Alimentares, adaptado de Oliveira.¹¹



Para a classificação do estado nutricional atual, foi utilizado o padrão de referência da WHO,¹⁵ sendo considerados os pontos de corte recomendados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).¹⁶ Para peso/idade, os pontos de corte foram: < -2 escore-z (EZ), baixo-peso para idade; entre -2 e +2 EZ, eutrofia; e > +2 EZ, peso elevado para idade. Para estatura/idade, os pontos de corte foram: < -2 EZ, baixa estatura para idade; e > -2 EZ, estatura adequada para idade. Para peso/estatura, os pontos de corte foram: < -2 EZ, magreza (inclui magreza e magreza acentuada); entre -2 e +2 EZ, eutrofia; e > +2 EZ, excesso de peso (inclui

sobrepeso e obesidade). Para as crianças pré-termos (< 37 semanas), foi corrigida a idade gestacional e os dados foram analisados pela data provável do parto correspondendo à idade gestacional de 40 semanas. Para avaliação do estado nutricional dessas crianças, foi utilizada a referência de P/I, considerando a idade corrigida.

As análises foram realizadas no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As variáveis categóricas foram expressas em proporções e valor absoluto; as variáveis contínuas simétricas, em média e desvio padrão; e as não simétricas, em mediana e intervalo interquartil dos percentis 25 e 75.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS, sob o nº de protocolo 17/0030. Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 261 pares de mães e crianças, com suas principais características apresentadas na tabela 1. A idade materna média foi de 26,7 anos, e a escolaridade média foi de 8,8 anos. A mediana da idade das crianças foi de 4,26 (2-9,2) meses, sendo que 60,2% (157) apresentaram idade menor que seis meses. A média de idade gestacional foi de 38,1 semanas (\pm 2,5), e três crianças foram classificadas como prematuras extremas. A classe social C representou 62,8% da amostra. Em relação ao estado nutricional, foram consideradas eutróficas 87,3% (n= 228) das crianças, segundo P/I, e 57,5% (n=150), segundo P/E.

Quanto às práticas alimentares, 80,5% (n=210) das crianças receberam leite materno nas primeiras horas de vida e 60,9% (n=159) ainda recebiam leite materno exclusivo ou de forma complementar. Dentre as crianças não amamentadas exclusivamente, 90,3% (n=176) receberam fórmula infantil de partida, com mediana de idade de introdução de 13,5 (1-47,5) dias. Nas crianças que receberam fórmula infantil de seguimento, a média de idade de introdução desta foi de 180 dias. A mediana de idade de introdução do leite de vaca nas crianças menores de um ano foi de 5 (3-5) meses, sendo que 21,6% (n=47) das crianças até um ano haviam recebido leite de vaca.

Tabela 1. Características sociais, maternas, gestacionais e classificação nutricional de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre-RS. (n= 261)

| Variáveis | Média (DP) |
|----------------------------------|---------------|
| Idade materna (anos) | 26,7 (6,5) |
| Anos de estudo da mãe | 8,8 (2,3) |
| Idade gestacional | 38,1 (2,5) |
| Peso ao nascer (kg) | 3,1 (596,6) |
| | Mediana (IQ) |
| Idade da criança (meses) | 4,3 (2 - 9,2) |
| Número de gestações | 2 (1 - 3) |
| | % (n) |
| <i>Situação conjugal materna</i> | |
| Com companheiro | 78,2 (204) |
| <i>Classe social</i> | |
| A - B | 17,2 (45) |
| C | 62,8 (164) |
| D - E | 19,9 (52) |
| <i>Classificação IG</i> | |
| Pré-termo | 20,3 (53) |
| A termo | 79,3 (207) |
| <i>Classificação P/I</i> | |
| Eutrofia | 87,3 (228) |
| Baixo-peso para idade | 10,0 (26) |
| Peso elevado para idade | 2,7 (7) |
| <i>Classificação E/I</i> | |
| Estatura adequada para idade | 82,8 (216) |
| Baixa estatura para idade | 16,5 (43) |
| <i>Classificação P/E</i> | |
| Eutrofia | 57,5 (150) |
| Magreza | 12,6 (33) |
| Excesso de Peso | 29,9 (78) |

Nota: IG: Idade gestacional, P/I: Peso para idade, E/I: Estatura para idade, P/E: Peso para estatura

A tabela 2 apresenta as práticas alimentares através dos atributos “oportunidade” e “adequação” da alimentação complementar. Para o aleitamento materno exclusivo, foi considerada toda a amostra (n=261). Para a alimentação complementar, foram consideradas somente as crianças que já a tinham iniciado (n=128; consumo de papa de fruta ou refeição principal), sendo a mediana de idade de introdução igual a 5 (4-6) meses. Em relação à oportunidade, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses esteve presente em 25,3%

(n=66) da amostra, com mediana de duração de 45 (15-90) dias, e a idade de introdução da alimentação complementar foi de seis a sete meses em 57% (n= 73) da amostra. Entre as crianças que já tinham iniciado a alimentação complementar, 94,5% (n= 121) consumiam alimentos fonte de vitamina A; 93% (n=119), alimentos fonte de ferro; e a presença de todos os grupos alimentares ocorreu para 62,5% (n= 80) das crianças. A consistência pastosa e liquidificada ocorreu em 47,7% (n= 61) das crianças e o consumo de alimentos ultraprocessados esteve presente em 60% (n= 77) das crianças que já haviam começado a alimentação complementar.

Tabela 2. Avaliação dos atributos “oportunidade” e “adequação” de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre-RS (n=261).

| ATRIBUTO OPORTUNIDADE | % | N |
|---|------|-----|
| <i>Aleitamento materno exclusivo até seis meses</i> | | |
| Sim | 25,3 | 66 |
| Total | | 261 |
| <i>Introdução da alimentação complementar</i> | | |
| Adequada | 57,0 | 73 |
| Precoce | 39,1 | 50 |
| Tardia | 3,9 | 5 |
| Total | | 128 |
| ATRIBUTO ADEQUAÇÃO | | |
| <i>Presença de vitamina A</i> | | |
| Sim | 94,5 | 121 |
| Total | | 128 |
| <i>Presença de ferro</i> | | |
| Sim | 93,0 | 119 |
| Total | | 128 |
| <i>Presença de todos os grupos alimentares</i> | | |
| Sim | 62,5 | 80 |
| Total | | 128 |
| <i>Consistência adequada dos alimentos</i> | | |
| Sim | 52,3 | 67 |
| Total | | 128 |
| <i>Consumo de alimentos ultraprocessados</i> | | |
| Sim | 60,2 | 77 |
| Total | | 128 |

Na figura 2 estão os alimentos representativos do consumo de vitamina A e ferro e relacionados à variedade. Observa-se o consumo de frutas, legumes, leguminosas, carnes, entre outros alimentos que representam os diferentes grupos alimentares, caracterizando a variedade no consumo de alimentos dentre as crianças que já iniciaram a alimentação complementar. Dos alimentos apresentados, o grupo que representa fonte de ferro são as carnes, fígado, feijão/lentilha e ovo; e os alimentos que representam a vitamina A são abóbora/cenoura/brócolis, verduras de folhas, mamão/manga/pitanga. Os legumes e o grupo arroz/batata/aipim/macarrão representam, junto com os anteriores, a variedade dos grupos alimentares. A figura 3 demonstra o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). O principal grupo de alimentos consumidos pelas crianças é composto por balas, pirulitos e biscoitos.

Figura 2. Percentual do consumo de alimentos representativos do atributo “adequação e “variedade” de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre-RS. (n= 128)

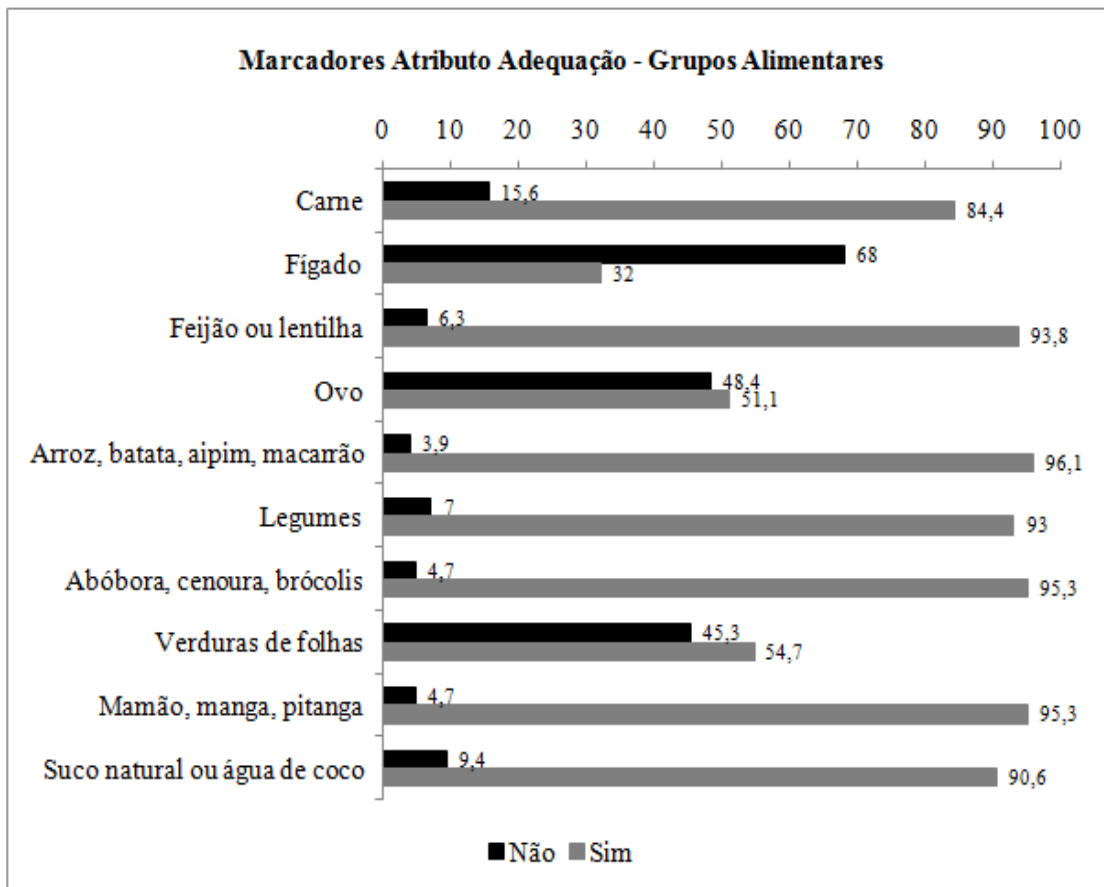
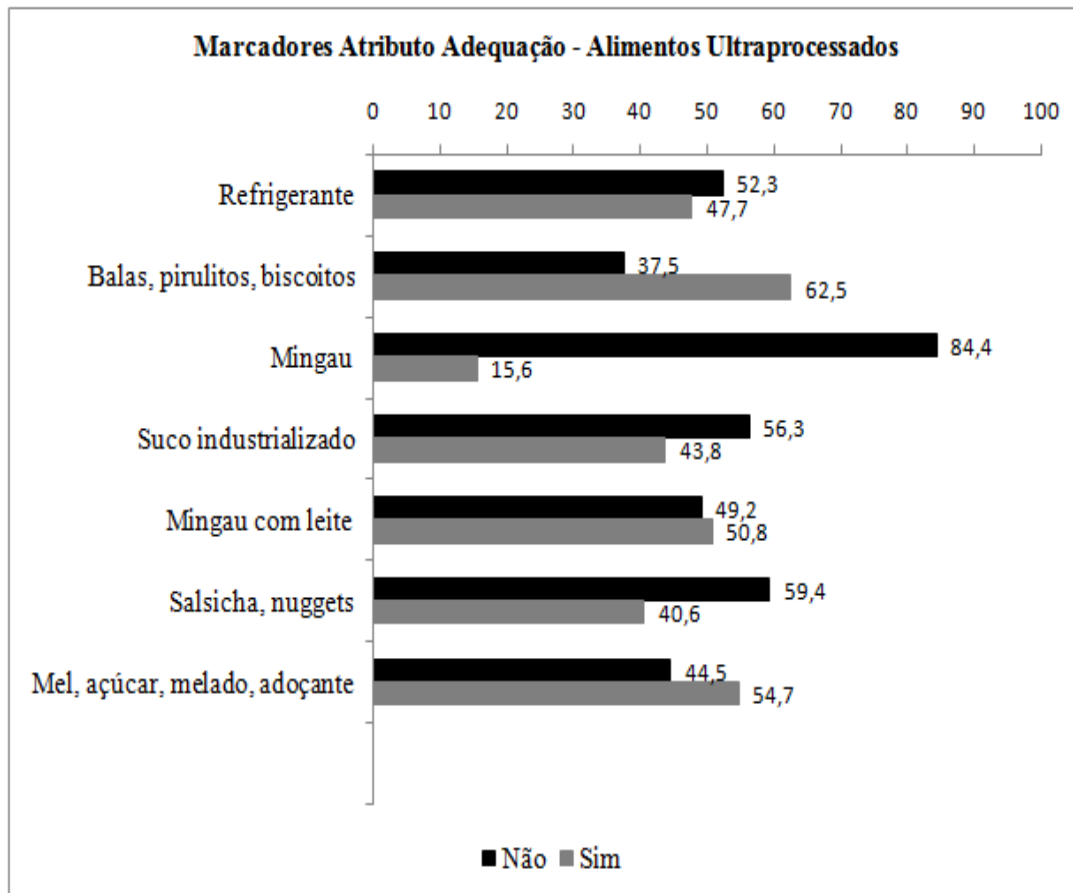


Figura 3. Percentual do consumo de alimentos ultraprocessados representativos do atributo “adequação” de uma amostra de crianças de zero a dois anos internadas em hospital universitário de Porto Alegre-RS. (n= 128)



DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo descrever as práticas alimentares de crianças de zero a dois anos de idade, tendo sido observadas baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, introdução precoce do leite de vaca, consistência inadequada da alimentação complementar e alta prevalência no consumo de alimentos ultraprocessados.

As práticas alimentares em crianças de zero a dois anos ainda estão longe do ideal. O AME nos primeiros seis meses de vida não é uma realidade para a maioria das crianças, sendo introduzidas precocemente as fórmulas de seguimento e leite de vaca. Boa parte das crianças estudadas recebeu o leite de vaca aos cinco meses, representando alto consumo de proteínas

e sódio, e baixo consumo de ferro para esta faixa etária. Os dados da II PPAM mostram que a duração do AME foi de 1,8 meses, e do AM complementar foi de 11,2 meses, apresentando mais tempo de AME que os dados de nosso estudo. Também mostrou que 41% das crianças menores de seis meses estavam em AME.⁸ Dados do SISVAN de 2016¹⁷ mostram que, em Porto Alegre-RS, 56,8% receberam AME nos primeiros seis meses. Em 2017, no Rio Grande do Sul-RS, 47% estavam em AME; menos que em 2016, quando o AME ocorria em 53% das crianças gaúchas.

Os resultados do nosso estudo apresentam menores índices de AME e menor média de desmame que as pesquisas governamentais, mostrando a vulnerabilidade da população estudada em relação aos riscos da interrupção do aleitamento materno. O mesmo foi demonstrado por Giesta et al.,¹⁸ em que 57,1% das crianças menores de seis meses estavam em AM e somente 25% em AME. Entre as crianças maiores de seis meses, 49,3% estavam em AM e somente 5,4% receberam AME até os seis meses de idade. Schincaglia¹⁹ observou baixa prevalência de AME, sendo 47,1% aos 30 dias de vida, 22,3% no quarto mês e somente 4,7% no sexto mês de vida da criança. Verificou, como consequência desse processo, elevado percentual de introdução de outros alimentos no quarto mês de vida, além do AM: água (54,1%), chás (31,5%), outros leites (18,0%) e sucos (11,5%).

No estudo de Bortolini et al.,²⁰ baseado em dados secundários da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006/7, receberam leite materno 91,8% das crianças menores de seis meses e 61,5% das crianças de seis a 12 meses. Outros leites que não o materno foram consumidos por 40,1% entre as menores de seis meses e por 77,1% entre crianças de seis a 12 meses. Entre as que receberam outros leites, o de vaca foi consumido por 62,4% das crianças menores de seis meses e por 74,6% das entre seis e 12 meses. A frequência de consumo de fórmulas infantis foi de 23% em crianças menores de seis meses de idade e 9,8% entre seis a 12 meses. Esses resultados mostram elevado consumo de outros leites, que não o materno, introduzidos precocemente, sendo o mais frequente o leite de vaca. No estudo de corte de Maciel et al.,²¹ o percentual de crianças que estavam em AME no primeiro mês de vida era de 65,2%, e no sexto mês de vida, a proporção de lactentes parcialmente amamentados foi de 72,6%.

No presente estudo, dentre os fatores que podem estar relacionados à interrupção do AM, estão a baixa escolaridade materna e o baixo nível socioeconômico. Em uma meta-análise de estudos epidemiológicos brasileiros,⁹ observou-se que os fatores relacionados ao recém-nascido, como o baixo-peso ao nascer, sexo feminino e uso de chupeta, foram os principais fatores de exposição responsáveis pelo aumento da ocorrência de interrupção do AME. No que se refere aos fatores de exposição relacionados à mãe, a idade materna inferior a vinte anos, a

baixa escolaridade, a primiparidade, o trabalho materno no puerpério e a baixa renda familiar contribuíram significativamente para a interrupção do AME. O menor nível de escolaridade materna e menor renda mensal familiar também foram associados à elevada prevalência de introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida, como biscoito doce/salgado, queijo petit suisse e gelatina, em estudo realizado com crianças da Região Sul do Brasil.²²

Sabemos que a introdução precoce do leite de vaca, além de oferecer quantidades excessivas de sódio, cloretos de potássio e de fósforo, está associada ao maior risco de anemia. A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda seu consumo por crianças menores de um ano, por apresentar quantidades insuficientes de carboidratos, ácidos graxos essenciais, vitaminas e minerais para essa faixa etária.^{19,20} A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementado até pelo menos dois anos de idade da criança deve ser estimulada, ao mesmo tempo que a oferta de outros leites para crianças deve ser desestimulada. Esse comportamento traz inúmeros benefícios para a saúde de crianças e mães, além de apresentar baixo custo para as famílias. Na impossibilidade do aleitamento materno, o leite de vaca não é recomendado antes de um ano de idade. Entretanto, a fórmula infantil, substituto recomendado para essas situações, está distante da realidade econômica da maioria da população brasileira.²⁰

Em relação à introdução da alimentação complementar, o estudo mostrou que 39% das crianças receberam alimentos precocemente. Maciel et al.²¹ verificaram que, no sexto mês de vida, a introdução alimentar não estava adequada, sendo mais frequentes os alimentos mais ricos em carboidratos, e os menos oferecidos, carnes, feijões, legumes e frutas. Segundo a II PPAM 2009,⁸ 20,7% das crianças entre três e seis meses de vida já consumiam a refeição principal e 24,4% consumiam frutas. No estudo de Lopes et al.,²³ aos três meses de vida, 56,8% das crianças já recebiam água; 15,5%, suco natural e fórmula infantil; e 10,6%, leite de vaca (10,6%).

No presente estudo, os marcadores referentes ao atributo “adequação” da alimentação complementar mostraram que ela é variada e que a maioria da amostra ingere todos os grupos alimentares e alimentos fonte de vitamina A e ferro. Segundo Bortolini et al.,³ 12,7% das crianças de seis a 59 meses consumiam diariamente verduras de folhas; 21,8%, legumes; 44,6%, frutas; e 24,6%, carnes. A frequência da ingestão de feijão e arroz foi de 66,2% e 77,4%, respectivamente. Com relação ao marcador “consistência”, 52,3% das crianças consumiam refeições na consistência adequada, mostrando que grande parte delas recebeu papas liquidificadas ao iniciar a alimentação complementar e não progrediram adequadamente na

consistência ao longo dos meses. Segundo WHO/PAHO,²⁴ deve-se aumentar gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos à medida que a criança vai crescendo, adaptando-se às necessidades e habilidades do bebê.

O marcador referente ao atributo “adequação” traz uma realidade preocupante, na qual mais da metade das crianças estudadas consomem AUP, incluindo bebidas açucaradas e guloseimas. No estudo de Giesta et al.,¹⁸ os alimentos de maior consumo entre as crianças antes dos dois anos de idade foram bolachas (65,7%), gelatina (62,3%) e queijo petit suisse (58,3%). Elevado consumo de AUP também aparece nos dados da II PPAM,⁸ na qual as prevalências do consumo de bolachas/salgadinhos (71,7%), refrigerantes (11,6%) e café (8,7%) entre crianças de nove a 12 meses de vida mostram a contribuição desses alimentos com alta densidade energética e baixo teor nutricional. Outros estudos também mostram alto consumo de doces, biscoitos, salgados, refrigerantes e macarrão instantâneo antes de um ano de idade.^{3,23,24}

Os resultados do presente estudo, confirmados por diversos outros, são preocupantes. O período intrauterino e os dois primeiros dois anos de vida representam um período sensível a fatores metabólicos e nutricionais, que podem ocasionar consequências em curto e longo prazo na saúde do indivíduo. Práticas alimentares não saudáveis na infância, baseadas na ingestão de AUP e com alto teor de açúcar, sódio e gordura, têm impacto negativo na saúde das crianças, oferecendo inadequação do consumo de micronutrientes e risco para excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis.

As intensas mudanças socioeconômicas têm grande impacto na capacidade das famílias em manter a alimentação adequada. Frente a este cenário, o grande desafio do profissional de saúde no apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada e saudável é superar sua prática, transmitindo não somente conhecimento técnico, mas, principalmente, apresentando habilidades e atitudes para receber dúvidas, preocupações, dificuldades das mães/cuidadores e seus familiares, que propiciem disponibilidade e percepção para propor ações possíveis ao contexto de cada família.^{18,25-27}

CONCLUSÃO

Ressaltamos que este trabalho teve como ponto forte o uso de um instrumento atual, trazendo o modelo conceitual apresentado para analisar as práticas alimentares de uma população com altos índices de vulnerabilidade. Vale ressaltar que esse trabalho utilizou dados ainda preliminares.

Os resultados sugerem práticas alimentares inadequadas para a faixa etária estudada, representadas por baixos índices de aleitamento materno exclusivo, introdução precoce da alimentação complementar e expressivo consumo de alimentos ultraprocessados. Estudos que identifiquem os fatores envolvidos com as práticas alimentares observadas podem auxiliar nas políticas públicas de alimentação na infância.

REFERÊNCIAS

1. 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. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 2ª edição. 2013.
2. Saúde da criança. Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cad Atenção Básica [Internet]. 2015 [citado 5 de março de 2017]; 23(2ª edição). Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
3. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. Cad Saude Publica [Internet]. setembro de 2012 [citado 28 de maio de 2019];28(9):1759–71. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900014&lng=pt&tlng=pt
4. Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. Rev Paul Pediatr [Internet]. 8 de janeiro de 2018 [citado 28 de maio de 2019];36(2): 148-54. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000200148&lng=pt&tlng=pt
5. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting, 6-8 November 2007. Conclusions of a consensus meeting held; 2008.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet [Internet]. 30 de janeiro de 2016 [citado 28 de maio de 2019];387(10017):475–90. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869575>
7. UNICEF. The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child. UNICEF [Internet]. 2016 [citado 29 de julho de 2019];180. Available at: https://www.unicef.org/publications/index_91711.html
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde D de AP e E. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2009. 108 p.
9. Pereira-Santos M, De M, Santana S, Oliveira DS, Aleixo R, Filho N, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2017;17(1):69-78.

10. Santos IS, Barros FC, Horta BL, Menezes AMB, Bassani D, Tovo-Rodrigues L, et al. Breastfeeding exclusivity and duration: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol* [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 29 de julho de 2019];48(Supplement_1): i72-9. Available at: https://academic.oup.com/ije/article/48/Supplement_1/i72/5382485
11. Oliveira JM, Castro IRR de, Silva GB e, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad Saude Publica* [Internet]. fevereiro de 2015 [citado 28 de maio de 2019];31(2):377–94. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200377&lng=pt&lng=pt
12. WHO Department of Maternal, Newborn C and AH. Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. WHO Libr Cat Data World; 2015.
13. Pan American Health Organization, World Health Organization. Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development [Internet]. 2nd ed. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2013 [citado 29 de julho de 2019]. 86 p. Available at: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3464?show=full>
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Critério Classificação Econômica Brasil. 2016;
15. WHO GMGRS. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. World Health Organization; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde); 2008. 61 p.
17. SISVAN. Sistema Nacional de Vigilância em Alimentação e Nutrição [Internet]. [citado 15 de junho de 2018]. Available at: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>
18. Giesta, JM, Zoche, E, Corrêa, RS, BOSA V. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2017 [citado 28 de maio de 2019]; Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-introducao-precoce-de-alimentos-ultraprocessados-na-alimentacao-de-criancas-menores-de-dois-anos/16467?id=16467&id=16467&id=16467>
19. Schincaglia RM, Oliveira AC de, Sousa LM de, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. setembro de 2015 [citado 28 de maio de 2019];24(3):465-74. Available at: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000300012&scielo=S2237-96222015000300465
20. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. novembro de 2013 [citado 28 de maio de 2019];89(6):608-13. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021755713001678>

21. Maciel B, Moraes M, Soares A, Cruz I, de Andrade M, Filho J, et al. Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. *Public Health Nutr* [Internet]. 26 de setembro de 2018 [citado 28 de maio de 2019]; 21(13):2462-70. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29697043>
22. Dallazen C, Silva SA da, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF, et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad Saude Publica* [Internet]. 19 de fevereiro de 2018 [citado 29 de julho de 2019];34(2). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205009&lng=pt&tlng=pt
23. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF de, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. junho de 2018 [citado 28 de maio de 2019];36(2):164–70. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000200164&lng=pt&tlng=pt
24. Pan American Health Organization; World Health Organization. *Guiding Principles for Complementary Feeding Of The Breastfed Child*. Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program; 2001.
25. Constante Jaime P, Germano de Frias P, Oliveira da Cruz Monteiro H, Vicente Bonilha Almeida P, Carvalho Malta D. 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* [Internet]. 2016 [citado 28 de maio de 2019];16(2):159–67. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200005>
26. Martins EB, Carvalho MS. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. *Cad Saude Publica* [Internet]. novembro de 2006 [citado 16 de fevereiro de 2018];22(11):2281–300. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100003&lng=pt&tlng=pt
27. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Guia Alimentar para crianças menores 2 anos. 2010. 76 p.

Colaboradores

da Silva APR e Bernardes FB, participação na coleta, análise e interpretação dos dados; participação na redação do estudo; participação na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. Santos JA e de Miranda NM, participação na idealização do desenho do estudo; participação na coleta, análise e interpretação dos dados; participação na redação do estudo; participação na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. Sperb M participação na coleta, análise e interpretação dos dados. Zoche E e Bosa VL, participação na coleta, análise e interpretação dos dados; participação na idealização do desenho do estudo; participação na coleta, análise e interpretação dos dados; participação na redação do estudo; participação na revisão final e aprovação do manuscrito para submissão.

Conflito de Interesses: os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 01 de julho de 2019

Revisado: 29 de julho de 2019

Aceito: 01 de agosto de 2019