

PADRÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS: UMA VISÃO CRÍTICA

Juliana Maziero Junqueira¹
Anderson Marliere Navarro²
Renata Maria Galvão de Campos Cintra²
Luiza Cristina Godim Domingues Dias²

Resumo

Este trabalho traz uma revisão dos padrões alimentares de crianças brasileiras menores de dois anos e discute as práticas alimentares nessa faixa etária. Esta população segue um padrão alimentar inadequado, explicado pela baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo e introdução precoce de outros alimentos, principalmente água, chá, leite de vaca fluído ou modificado, farináceos e açúcar, que não satisfazem as necessidades de vitaminas e minerais. Essa prática incorreta promove o desenvolvimento de doenças carênciais como a anemia ferropriva. Portanto, devem ser elaboradas e aplicadas ações de caráter educativo para todas as classes sociais, com a finalidade de repassar informações corretas sobre a alimentação infantil esclarecendo mitos, crenças, tabus, conceitos e práticas antigas comumente observadas na população brasileira.

Palavras-chave: alimentação infantil, amamentação, padrão alimentar

Introdução

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Sabe-se que as maiores velocidades de ganho de peso e comprimento ocorrem nos primeiros dois anos de vida e na adolescência. O crescimento no primeiro ano de vida é influenciado, principalmente, pelos fatores exógenos dentre eles a alimentação (REGO, 2002). Nos últimos anos, ocorreram avanços importantes com relação à promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem conseguido menos progressos. Novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos 20 anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

¹ Aluna do Curso de Nutrição do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Botucatu/SP.

² Professores Assistentes Doutores do Curso de Nutrição do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Botucatu/SP.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2002), a alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno. Ainda segundo estes órgãos, a criança deve ser amamentada preferencialmente por dois anos ou mais, sendo que até os seis meses o aleitamento materno deve ser exclusivo e a partir dessa idade, deve ser inserida a alimentação complementar.

Com base nestas observações o presente artigo traz uma revisão dos padrões alimentares de crianças brasileiras menores de dois anos e discute as práticas alimentares observadas nessa faixa etária.

Situação do Aleitamento Materno Exclusivo

O leite materno é o único alimento que garante qualidade e quantidade ideal de nutrientes para o bebê, porque apresenta concentrações ideais de proteínas, açúcares, gorduras, sais minerais e vitaminas. Além disso, contém imunoglobulinas, algumas enzimas, lisozimas e muitos outros fatores que ajudam a proteger a criança contra infecções, incluído os anticorpos, hormônios e outros componentes que não estão presentes nas fórmulas industrializadas (SANTOS, 2005 e VAN ODJIK, 2003).

No Brasil, um dos fatores responsáveis pelo declínio da amamentação, juntamente com a urbanização e a inserção da mulher no mercado de trabalho, foi a entrada no país da indústria de leite em pó e a propaganda destes produtos por meio de estratégias de marketing que visavam atingir os profissionais de saúde, além do público em geral (OPAS, 2001). Apesar de a maioria das mulheres, 96%, iniciar a amamentação de seus bebês, a queda das taxas de aleitamento materno é progressiva a partir dos primeiros meses de vida. Apenas 13% das mulheres amamentam exclusivamente no período de quatro a seis meses; 37% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 18% até os dois anos (XAVIER, 1995; PARADA, 2005 e ARAÚJO, 2004).

Estudo realizado na região Norte do estado de Minas Gerais (MONTEIRO, 1995 e UNICEF, 1994) revela que quase 97% das crianças são amamentadas ao nascer. Para a cidade de São Paulo, Monteiro et al (1997) encontraram um percentual de 95,7% e para o município de Pelotas, Horta et al (1996), relataram uma porcentagem de 92%. Em Salvador/BA esse valor foi de 96,7% (OLIVEIRA, 2005).

No Brasil, de um modo geral, observa-se uma expressiva queda nos índices de amamentação exclusiva. A média é de 57,8%, variando de 42,2 a 71,8% na Região Norte, de 42,1 a 80,9% na Região Nordeste, de 35,9 a 75,7 na Região Centro-Oeste, de 38,8 a 59,4% na Região Sudeste e de 68,4 a 75,1% na Região Sul, que apresenta os melhores índices do país (MINISTERIO DA SAUDE, 2002).

Quanto a esta prática nos primeiros quatro e seis meses, Votuporanga (SP), e Feira de Santana (BA) apresentaram os maiores índices (SANTOS, 2005 e VIEIRA, 2004). Em Votuporanga 48,3% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e em Feira de Santana a prevalência dessa prática nos menores ou iguais a 4 e 6 meses, foi, respectivamente, de 48,3 e 38,5%. A cidade de Campinas apresentou valores próximos ao de Feira de Santana: 38,1% no primeiro semestre (CAMILO, 2004). Em Itapira (SP) aos quatro e seis meses esses valores foram de 45% e 30,1%, respectivamente (AUDI, 2003).

Na cidade de Conchas (SP) chama a atenção a baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, inclusive entre as crianças menores de 4 meses (25,4%); aos 6 meses, esse valor foi heterogêneo, variando de 7,4 a 41,2%, conforme a equipe do Programa de Saúde da Família de procedência das crianças. Em áreas periféricas de Fortaleza, das crianças com idade menor ou igual a 6 meses apenas 16% estavam em aleitamento materno exclusivo. Em Ouro Preto (MG) apenas 16,6% das crianças com até 4 meses (<120 dias), recebiam unicamente o leite materno e com até os 6 meses (<180 dias), apenas 9,4% (PARADA, 2005; SOARES, 2000 e PASSOS, 2000).

Para São Paulo, as proporções foram menores, ou seja, 8,7% até 4 meses. Valores ainda mais baixos foram encontrados na região noroeste de Campinas (SP), em Salvador (BA) e em Botucatu (SP). Foram encontrados, respectivamente, valores de 10,0%, 6,9% e 4,6% aos 4 meses e 5,7%, 0,9% e 2,2% aos 6 meses. A região com menor índice de aleitamento exclusivo aos 6 meses de idade foi a do Alto Jequitinhonha (MG), com uma prevalência de 0,84% (PASSOS, 2000; CECCHETTI, 2005 e SILVEIRA, 2004).

De acordo com o estudo realizado em Conchas, a prevalência de AME (aleitamento materno exclusivo) entre os menores de 6 meses e do aleitamento materno no primeiro ano de vida não se associou com as condições socioeconômicas das mães (escolaridade e trabalho), ou com o fato de elas serem adolescentes (idade até 19 anos). Tais resultados contrariam o de outros estudos como o realizado em Salvador, em que a interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante associou-se com a maternidade em idade precoce e as precárias condições de vida das mães. Nesse estudo relatou-se que os filhos de mães menores de 20 anos de idade têm 2,2 vezes mais chances de serem desmamados antes dos 6 meses de vida

quando comparados àqueles de mães com idade entre 20 a 34 anos. Quanto às condições de vida da mãe, a interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante foi praticada por 71,8% das mães com melhores condições, elevou-se progressivamente e atingiu 85,7% daquelas que tinham piores condições de vida (PARADA, 2005 e OLIVEIRA, 2005). Além disto, crianças de famílias que estavam submetidas a condições de vida consideradas baixas tinham 2,3 vezes mais chances de serem desmamadas precocemente, elevando-se para 2,5 quando as condições de vida eram muito baixas, quando comparada àquelas que tinham melhores condições de vida (OLIVEIRA, 2005).

Conseqüências do Aleitamento Artificial

É comum, em nosso meio, a introdução precoce de outros tipos de leite, principalmente o leite de vaca integral e o leite em pó modificado. Estudos realizados em Conchas, São Paulo e na região noroeste de Campinas mostram que as medianas de introdução de outros leites foram respectivamente 54, 62 e 91,5 dias, levando ao desmame precoce (PARADA 2005; BUENO, 2002 e CECCHETTI, 2005).

Analisando o comportamento alimentar de crianças nascidas em hospital universitário em São Paulo, observou-se que das 450 crianças estudadas, 193 (43%) tiveram a introdução de outro leite até sessenta dias, 151 (34%) receberam leite não materno pela primeira vez entre sessenta e um e cento e oitenta dias e 52 (12%) passaram a receber leite não materno depois de cento e oitenta dias. Aos 6 meses de idade, 84% das crianças já consumiam outro leite e ao final do primeiro ano, 94% (BUENO, 2002).

Nesse mesmo estudo, os pesquisadores constataram que após 91 dias da introdução do leite não materno 50% das crianças já abandonaram totalmente a amamentação e que quando essa prática ocorria antes de 60 dias de idade o desmame era mais acelerado do que quando essa introdução ocorria posteriormente. Dessa forma obteve-se como conclusão que a introdução mais tardia do aleitamento artificial é fator estatisticamente significativo para o prolongamento da amamentação (BUENO, 2002).

Em Botucatu, já aos 30 dias 22,8% das crianças amamentadas recebiam algum complemento lácteo. Em São Paulo, aos três meses de idade, 57,8% das crianças já estavam em processo de desmame. Entre essas crianças, 88,1% recebiam aleitamento misto ou artificial exclusivo (CARVALHAES, 1998; SOUZA, 1999 e LOPEZ, 2003).

Práticas igualmente preocupantes foram observadas em Salvador (BA). A oferta precoce de alimentos diferentes do leite materno antes dos seis meses de idade foi referido para 83,3% das crianças estudadas. O leite de vaca integral em pó, líquido, esterilizado ou pasteurizado,

foi o primeiro leite diferente do materno oferecido à criança (55,1%) e o leite modificado (44,9%) ocupou o segundo lugar na escolha materna. A partir dos seis meses, mais da metade das crianças (57,4%) consumiam o leite de vaca, regime de alimentação artificial, percentual que se eleva para 79,2% entre os 12 a 24 meses de vida (OLIVEIRA, 2005).

Na impossibilidade do aleitamento materno, o lactente deve receber fórmula infantil, que utiliza o leite de vaca como base e que, pela modificação de proteínas, sais minerais, adição de ferro e oligoelementos, atende as necessidades nutricionais e as condições fisiológicas da criança no primeiro ano de vida (ACCIOLY, 2004; CAMERON, 1983 e VIEIRA, 2004).

Contudo, em seu trabalho, Oliveira et al (2005) observaram relação significativa entre condições de vida e a escolha do leite a ser oferecido para a criança, ou seja, famílias com baixa renda optam por fórmulas infantis ou leite fluído de valor acessível. Outro fator a ser considerado, segundo estes pesquisadores, é o conhecimento que as mães têm ou recebem durante o pré-natal sobre o tipo de leite a ser utilizado como substituto do materno (GIUGLIANI, 2000 e GERSTEIN, 1994). Geralmente, as informações transmitidas pelos profissionais da saúde, são insuficientes e pouco contribuem para a escolha correta do leite a ser oferecido para o bebê. Como consequência desta desinformação, muitas crianças são expostas precocemente ao leite de vaca.

A curta duração do aleitamento materno exclusivo tem sido apontada como um dos principais fatores que contribuem para a diminuição dos níveis de hemoglobina entre os lactentes (OSÓRIO, 2002). Quanto mais precoce é a introdução do leite de vaca na alimentação infantil, maior a chance de desenvolvimento da deficiência de ferro (ASSIS, 2004) Corroborando, Male et al (2001), demonstraram que o mais importante fator dietético de risco para a anemia foi a introdução precoce do leite de vaca e que a duração da alimentação com esse leite teve a mais forte e mais consistente influência negativa sobre a hemoglobina e os indicadores do estado nutricional de ferro. Para cada mês de alimentação com leite de vaca, houve uma redução de 2 g/l na hemoglobina das crianças com 12 meses de idade.

A velocidade de crescimento da criança, no seu primeiro ano, é maior que em qualquer outra fase da vida. Nesse período, ela triplica seu peso de nascimento, e sua necessidade de ferro por quilo de peso corporal é elevada - 120 µg/kg/dia - e consideravelmente maior que a do adulto - 18 µg/kg/dia (STEKEL, 1984).

Vários fatores explicam a íntima associação entre a introdução do leite de vaca e a anemia infantil, como a baixa absorção do ferro contido nesse leite e o baixo conteúdo de vitamina C, fator que auxilia na absorção do ferro. Além disso, em crianças amamentadas, o

leite de vaca, como qualquer outro alimento introduzido precocemente na alimentação da criança, reduz a biodisponibilidade do ferro contido no leite materno (OSÓRIO, 2002).

A anemia interfere nos processos de crescimento e desenvolvimento da criança, com graves conseqüências que devem ser salientadas: prejuízo no desenvolvimento mental e motor; prejuízo no desenvolvimento da linguagem; alterações comportamentais e psicológicas como falta de atenção, fadiga, insegurança; e diminuição da atividade física (FILER, 1990)

Segundo a OMS (1997), prevalências de anemia superiores a 40% caracterizam-se como um grave problema de saúde pública. Dados compilados por Duarte et al (2007), a partir de estudos isolados de diversas regiões do Brasil, confirmam a gravidade do problema no país. Esses dados mostram prevalências de anemia de: 36% na Paraíba, 50% no semi-árido baiano, 54% no sul do Brasil, 60% em Viçosa, MG, 80% em Recife, PE. Além disso, mostra também que, no município de São Paulo a prevalência da anemia, na faixa etária compreendida entre 6 e 24 meses, praticamente dobrou nas últimas décadas, passando de 35% na década de 70 para 69% na década de 90.

Portanto, a fim de se evitar distúrbios nutricionais na população infantil e propiciar a nutrição adequada para o crescimento, desenvolvimento e proteção da criança, deve-se evitar a introdução precoce do leite de vaca na alimentação até os dois anos, estimulando o leite materno exclusivo até 6 meses podendo estender até os 2 anos associado a alimentação complementar.

Introdução Precoce de Água, Chá e Sucos

De acordo com a OMS e o Ministério da Saúde (2002) recomenda-se não oferecer água, chás e sucos ou qualquer outro tipo de líquido ou alimento para criança antes dos 6 meses de vida.

Entretanto, apesar destas recomendações, em várias regiões do país é comum a introdução precoce de líquidos na alimentação infantil. Em Cuiabá, Brunken et al (2006) relataram que logo no primeiro dia em casa, os acompanhantes das crianças menores de 120 dias referiram oferta de líquidos não nutritivos, como chás (27%) e água pura (8%) ou com açúcar (1%). Logo ao nascer, aproximadamente 20% dos bebês consumiram água e 45%, chá; entretanto, em torno dos 30 dias, a água passou a ser mais consumida que o chá, e o uso deste declinou lenta e uniformemente até 1 ano de idade, quando ainda cerca de 30% das crianças faziam uso desse líquido.

Na região do Alto Jequitinhonha, 33,6% das crianças com menos de um mês de vida já recebiam chás e 12,4% recebiam água. Em Ouro Preto, observou-se que em 76,4% das

crianças que tiveram suplementação de chás, isso ocorreu antes de completarem 1 mês de vida. Aos 3 meses, 86,9% destas crianças já a haviam recebido. Também verifica-se a introdução precoce de água na alimentação das crianças ouropretanas, o que ocorreu até os 3 meses, em 2/3 dos 86,5% de lactentes que a receberam (SILVEIRA, 2004 e PASSOS, 2000).

Quanto às crianças amamentadas, relatou-se que em Botucatu, aos 30 dias, 40% delas já estavam recebendo outros líquidos. Em Feira de Santana (BA), no primeiro mês de vida, as crianças amamentadas já bebiam água (7,3%), chás (23,2%) e sucos (2,7%), sendo que nas crianças não-amamentadas, o consumo de água, chás e sucos foi significativamente maior (OLIVEIRA, 2005).

Dentre os lactentes menores de 90 dias de vida da cidade de Itapira (SP), 23,6% tomavam água, e 24,8% tomavam chá, sendo a oferta de água, crescente nos meses subsequentes. Em Botucatu, 29,12% das crianças menores de quatro meses recebiam chá. Em Cuiabá, aos 4 meses, de cada 10 crianças, sete tomam água e quatro tomam chá (AUDI, 2003; BRUKEN, 2006).

O maior consumo de líquidos por crianças não-amamentadas do que pelas amamentadas encontrado por Oliveira et al (2005) no primeiro mês de vida foi descrito também, no mesmo estudo, entre as crianças com idade menor ou igual a quatro meses.

Martines et al (1992), observaram que as mães nos países em desenvolvimento tendiam a dar chá como complementação durante as primeiras semanas de vida, pensando que esse fluido tinha efeitos terapêuticos. Entretanto para que essa conduta seja efetiva, é necessária a ingestão de grandes volumes, o que pode comprometer seriamente a nutrição da criança e representar um fator de risco importante para o desmame precoce (GARRISON, 2000). Além disso, a introdução de chás está associada com quadros diarréicos, fatores que aumentam o risco de morbimortalidade infantil (GIUGLIANI, 2000).

Estudo desenvolvido em Pelotas, constatou que as crianças desmamadas tiveram uma chance 1,86 vez maior de ter cólica do que aquelas ainda amamentadas, demonstrando que o aleitamento materno foi o principal fator de proteção contra o desenvolvimento de cólica.

Usualmente, a cólica surge na segunda semana de vida, intensifica-se entre a quarta e a sexta semana e gradativamente alivia, desaparecendo até o terceiro mês de vida. Aliando isso aos malefícios da introdução de chás antes do seis meses de vida e à constatação de que o aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de cólica, deve-se desestimular o oferecimento de chás e incentivar o aleitamento exclusivo até os seis meses, atuando dessa forma na prevenção das cólicas (SAAVEDRA, 2003).

Introdução dos Alimentos Complementares em Tempo Oportuno

Alimentação complementar pode ser definida como a alimentação no período de amamentação em que alimentos sólidos ou líquidos são oferecidos à criança, além do leite materno (SANTOS, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos 6 meses em substituição à proposta anterior, que era de 4 a 6 meses, e integrou essa mudança na sua recomendação para a saúde pública global.

Uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes, particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folato, sem contaminação ou seja, isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais, sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável (WHO, 2000).

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação microbiológica (DEWEY, 2001).

Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável podendo comprometer o crescimento adequado da criança e assim aumentar o risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes (WHO, 1998).

Observações de estudos pontuais referentes ao padrão alimentar nos dois primeiros anos de vida têm mostrado que a alimentação de crianças brasileiras é predominantemente láctea, preparada à base de leite de vaca em pó ou líquido, acrescida de farináceo e açúcar. Isso explica o fato de que, em geral, a quantidade de proteínas contidas na alimentação destas crianças é superior a 200% à recomendada (SALDIVA, 2007 e JUNIOR, 2005).

Em áreas periféricas de Fortaleza (SOARES, 2000), verificou-se que a base da alimentação das crianças menores de um ano é composta por apenas 3 alimentos, além do leite materno: leite de vaca em pó integral, açúcar e farináceos, sendo que estes últimos são principalmente consumidos na forma de mingau. Estudo desenvolvido no estado de São Paulo verificou que a probabilidade de a criança aos seis meses receber leite materno é de 59%, inferior à encontrada para outros leites (70%) e para mingau (63%). Considerando o consumo de outros tipos de leite e mingau conjuntamente (refeição láctea), a probabilidade aumenta

para 82%. Em Pernambuco, verifica-se que para as crianças menores de seis meses de idade, os alimentos mais consumidos foram: leite de vaca (69,3%), leite materno (60,0%), açúcar (52,9%), amido de milho (30,0%) e alimentos à base de cereal (15,7%). Em Salvador, o leite em pó integral é consumido por 58,6% das crianças menores de seis meses e o leite modificado foi consumido por 24,3%. A medida que avança a idade há um incremento do consumo médio do leite de vaca e um declínio expressivo do consumo médio diário do leite materno. Para as crianças de 12 a 24 meses, registrou-se consumo do leite em pó integral por 86,0% delas, e o fluido por 7,1%.

Quanto ao açúcar, em Salvador, este é o segundo item em importância no consumo, compondo a dieta de 57,5% das crianças menores de seis meses, com a quantidade de 16,1g/dia, seguido pelos farináceos, com uma média diária de ingestão de 23,2 gramas. Dos seis aos doze meses de idade, o consumo de açúcar aumenta para 79,5%, com uma ingestão média de 23g/dia. Os farináceos à base de milho e arroz apresentaram-se no cardápio de 42,5% com ingestão média de 18,2g/dia. Para as crianças de 12 a 24 meses, registrou-se o incremento tanto no consumo médio diário do açúcar (37g/dia), quanto no percentual (89,1%) em relação às demais idades; totalizando 39,7g/dia para o consumo dos alimentos desse grupo (FARIAS JUNIOR, 2005).

A alta frequência e a grande quantidade de açúcar oferecida às crianças desde seus primeiros meses tornam-se preocupantes quando associadas à informação já descrita na literatura de que as crianças (e depois, como adultos) tendem a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente. Dessa forma, é recomendável que se ofereça inicialmente à criança alimentos com baixos teores de açúcar e de sal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Além da grande participação de leite e derivados, açúcares, espessantes e cereais na dieta das crianças de seis a 24 meses, os dados do Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar referente a crianças menores de 2 anos mostrou uma pequena participação das leguminosas (feijão), verduras, legumes e carnes. E ainda, no Estudo Qualitativo Nacional de Práticas Alimentares de crianças menores de dois anos observou-se que são oferecidos às crianças pequenas alimentos de consistência mole, os quais não atingem a densidade energética adequada (INAN, 1998).

No estado de São Paulo, verifica-se que a probabilidade de a criança, aos 6 meses de idade, consumir sopas é alta (78%), ao passo que consumir comida de panela é baixa (39%). Em relação ao consumo de comida de panela, pode-se notar que este ultrapassa o consumo de sopas somente aos 11 meses de idade (SALDIVA, 2007).

Ao observar o consumo de alimentos fontes de ferro, seja em sopas ou comida de panela, observa-se que em São Paulo a probabilidade de a criança, aos 6 meses, consumir esses alimentos é de 66%. Já as probabilidades do consumo isolado de sopa com carne, comida com feijão e comida com carne foram 54, 34 e 25%, respectivamente. A tendência do consumo deste tipo de refeição melhora próximo aos 12 meses (BRASIL, 1999).

A mesma tendência pode ser observada em outras regiões. Em Salvador dos 6 aos 12 meses a carne bovina, a de frango e o feijão tiveram freqüências de consumo, respectivamente, de 16,9%, 14,5% e 22%. Já dos 12 aos 24 meses, observou-se que as leguminosas, representadas unicamente pelo feijão, integraram o cardápio de 47,8% das crianças. Na região do Alto Jequitinhonha (SILVEIRA e LAMONIER, 2004) observaram que o arroz com feijão estava no cardápio de 66,7% das crianças de 6 a 12 meses e de 87,7% daquelas com mais de 12 meses. Carne, sem origem especificada, foi consumida por 40,5% das crianças de 6 a 12 meses e por 66,1% daquelas com mais de 12 meses (OLIVEIRA, 2005).

Em contrapartida, Botucatu, apesar de seguir a mesma tendência de aumento do consumo de refeições fontes de ferro com o avançar da idade da criança, apresentou situação mais favorável em todas as faixas etárias. A oferta de carne em sopas foi de 84,1% para as crianças de 6 a 10 meses e de 90,7% para aquelas de 8 a 12 meses. Quanto à oferta de carne nas comidas de panela esta foi de 68,8% para as de 6 a 10 meses e 76,8% para aquelas de 8 a 12 meses; e quanto à oferta de feijão na comida esta foi de 89,3% e 92,7% respectivamente (CARVALHAES, 1998).

Os resultados do Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar comprovam que o consumo de ferro está muito abaixo das necessidades das crianças da faixa etária de seis a 24 meses, entre 40 e 60% da ingestão recomendada para crianças de seis a 12 meses e entre 56 e 81% para crianças de doze a 24 meses. Fato este que também justifica a alta prevalência de anemia em crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 1999).

A Pesquisa Qualitativa Nacional sobre Práticas Alimentares dos menores de dois anos indicou ainda que existem algumas percepções das mães que podem estar influenciando o consumo de alimentos fontes de ferro. Na região Sul, por exemplo, a carne e o grão de feijão são considerados *duros* e, portanto, inadequados para o consumo de crianças pequenas. Na região Sudeste, o consumo de peixe, fica condicionado à disponibilidade dos tipos considerados apropriados para o consumo infantil (cará, parati). Na região Centro-Oeste, a carne gorda, o feijão, o ovo e o peixe foram citados como alimentos que podem causar problemas ao sistema digestório (INAN, 1998).

No Nordeste, as mães consideram que o organismo do bebê é “delicado” e que os grãos de feijão, por serem “grosseiros e indigestos” não devem ser oferecidos como tal para a criança pequena (BRASIL, 1999).

Quanto à associação entre amamentação e introdução de alimentos complementares, Vieira et al (2004), relataram que nos lactentes não-amamentados, as papas de frutas, papas de legumes e refeições da família foram significativamente mais consumidas no primeiro mês de vida do que nos amamentados.

Em estudo feito no município de São Paulo, Simon et al (2003) observaram que a introdução mais cedo de carnes está associada ao fato de a mãe ser dona de casa e estar incluída nos dois níveis mais elevados de renda familiar, sendo que a associação com maior nível de renda pode estar relacionada com o custo elevado do alimento. Brunken et al (2006) em Cuiabá (MT) encontraram dados semelhantes. Apesar de não significativa, observou-se uma tendência de associação do baixo grau de escolaridade das mães, provavelmente funcionando como indicador indireto do nível socioeconômico, com uma chance quatro vezes maior de a criança não receber carne.

Já quanto à introdução do feijão Brunken et al (2006) encontraram associação entre não oferecimento de feijão e primiparidade. Em São Paulo, verificou-se associação estatisticamente significativa entre maior escolaridade e introdução mais cedo de feijão (SIMON et al , 2003). Estes mesmos pesquisadores, sugerem que entre as variáveis: idade materna, escolaridade materna, condição de trabalho materno e renda familiar, a escolaridade materna talvez seja a variável que mais influencia a introdução de alimentos complementares.

Com base nos dados levantados, fica evidente a importância da participação do profissional da saúde no aconselhamento de práticas alimentares corretas. Partindo deste princípio, fato relevante foi observado em Conchas ao se investigar quem havia orientado a introdução de líquidos, ou alimentos, precocemente. As mães informaram que a introdução de chás, sucos ou outros líquidos foi, principalmente, orientada pelo médico (38%), ou realizada por conta própria (35,7%); a introdução de outros leites foi por conta própria (60%), ou por orientação médica (23,3%) e quanto à introdução de outros alimentos, 38,5% foi por conta própria e 38,5% por orientação médica (PARADA, 2005).

Considerando o grande número de mães que referiram ter introduzido outros líquidos, leites, ou alimentos, a seus filhos antes do quarto mês de vida por recomendação médica, fica evidente que esses profissionais não conseguiram lidar com as dificuldades comuns ao início do processo. Essa constatação reforça o importante papel das instituições formadoras e dos

serviços, já que muitas vezes o desmame precoce parece decorrer da atuação inadequada, ou do despreparo dos profissionais (PARADA, 2005).

Novos conhecimentos sobre alimentação infantil adquiridos nos últimos 20 anos tornaram ultrapassados muitos conceitos e recomendações que fizeram parte da prática pediátrica por muito tempo (MONTE, 2004). Dessa forma, o profissional da saúde, como um intermédio entre a Ciência e a população precisa buscar informações, tem a obrigação de se manter atualizado quanto às descobertas científicas e assim desempenhar satisfatoriamente seu papel perante a população.

Conclusão

Diante do exposto, é possível concluir que as crianças brasileiras menores de dois anos apresentam um padrão alimentar inadequado, aquém das recomendações atuais propostas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Sendo assim, devem ser elaboradas e aplicadas ações de caráter educativo para todas as classes sociais, com a finalidade de repassar informações corretas sobre a alimentação da criança, esclarecendo deste modo, mitos, crenças, tabus, conceitos e práticas antigas comumente observadas na população brasileira.

Referências

- ACCIOLY et al. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2004.
- ARAUJO, M.F et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. 4(2):135-41,2004
- ASSIS AMO et al Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Rev Saúde Pública** 38:543-51,2004
- AUDI, C.A.F, CORRÊA M.A.S, LATORRE M.R.D.O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. v.3 n.1 Recife jan./mar. 2003.
- BRUNKEN, G.S et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **J. Pediatr**. (Rio de J.) v.82 n.6 Porto Alegre nov./dez. 2006.
- BUENO, M.B et al. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.5 n.2 São Paulo ago. 2002

- CAMERON M, HOFVANDERY. **Manual on Feeding Infants and Young Children**. Oxford: Oxford University Press, 3ed, 214p,1983
- CAMILO, D.F et al. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. **Rev. Nutr.** v.17 n.1 Campinas jan./mar. 2004.
- CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. e COSTA, M.P. Factors associated with exclusive breastfeeding in childre under four months old in Botucatu-SP. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v.15, n.1, 62-69, Ribeirão Preto, jan/fev. 2007.
- CARVALHAES, M.A.B.L et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev. Saúde Pública** v. 32 n. 5 São Paulo out. 1998
- CECCHETTI, D.F.A, MOURA, E.C. Prevalência do aleitamento materno na região noroeste de Campinas, São Paulo, Brasil, 2001. **Rev. Nutr.** v.18 n.2 Campinas mar./abr. 2005.
- DEWEY, K.G et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J Nutr.** V. 131:262-7,2001
- DUARTE, L.S et al. Aleitamento materno e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos em município do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.** v.20 n.2 Campinas mar./abr. 2007
- FARIAS, G.J, OSÓRIO, M.M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Rev. Nutr.** v.18 n.6, Campinas nov./dez., 793-802, 2005.
- FILER, L. J. Iron needs during rapid growth and mental development. **J. Pediatr.**, v.117: 143-6, 1990.
- GARRISON, M.M, CHRISTAKIS, D.A. A systematic review of treatments for infant colic. **Pediatrics** 2000;106:184-90.
- GERSTEIN, H.C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care.** 17:13-9,1994
- GIUGLIANI, E.R.J, VICTORA, C.G. Alimentação Complementar. **J Pediatr.** Rio J. 76 (Suppl 3):253-62,2000
- GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatr** (Rio J) 76:S238-252,2000
- HORTA, B.L et al. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública** 12 Supl 1:43-8,1996
- INAN-IMIP. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. **2ª Pesquisa estadual de saúde e nutrição**. Pernambuco: INAM, IMIP, 115p,1998

- LOPEZ, F.A, JUZWIAK, C.R. O uso de fórmulas infantis após o desmame. **Temas de Pediatria** n.74. São Paulo: Nestlé; 2003.
- MALE, C et al. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). **Acta Paediatr.** 90:492-8,2001
- MARTINEZ, J.C. The breast feeding in the first six months. **Br Med J** 304: 1068-9,1992
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padrões de alimentação nos primeiros dois anos de vida:** estudo multicêntrico em universidades brasileiras. Brasília, 1999. 36p. (no prelo)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Serie A. Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF, 2002.
- MONTE, C.M.G, GIUGLIANI, E.R.J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.** (Rio de J.) v.80 n.5 Porto Alegre nov. 2004
- MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil:** a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO/NUPENS; 1995.
- MONTEIRO, C.A. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. **Cad.Polít. Soc.**, 1:11-2, 1997.
- OLIVEIRA, L.P.M et al. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.21 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: **OPAS/OMS**; 2001.
- OSÓRIO, M.M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **J Pediatr.**78(4):269-78,2002
- PARADA, C.M.G.L et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.13 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2005
- PASSOS, M.C et al. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. **Rev. Saúde Pública** v.34 n.6 São Paulo dez. 2000.
- REGO, J.D. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.** São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- SAAVEDRA, M.A.L et al. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J. Pediatr** (Rio J) v.79 n.2 Porto Alegre mar./abr. 2003.
- SALDIVA, S.R.D.M et al. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J. Pediatr.** (Rio de J.) v.83 n.1 Porto Alegre jan./fev. 2007

- SANTOS, V.L.F, SOLER, Z.A.S.G, AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.5 n.3 Recife jul./set. 2005
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE MINAS GERAIS. **Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef.** Diagnóstico das condições das mulheres e crianças da região norte de Minas Gerais: relatório técnico. Belo Horizonte; 1994.
- SILVEIRA, F.J.F, LAMOUNIER, J.A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** v.17 n.4 Campinas out./dez. 2004
- SIMON, V.G.N, SOUZA, J.M.P, SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 6, Nº 1, 2003.
- SOARES, N.T et al. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. **Rev. Nutr.** v.13 n.3 Campinas set./dez. 2000.
- SOUZA, S.B, SZARFARC, S.C, SOUZA, J.M.P. Prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde escola do município de São Paulo. **Rev. Nutr.** v.12 n.2 Campinas maio/ago. 1999
- STEKEL, L.A. Prevención de la deficiencia de hierro . In: **El hierro en la alimentación del lactante y del niño.** s.l.p., Nestlé Nutrition, p.49-531984
- VAN, O.D.J et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966- 2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. **Allergy.** 58:833-43,2003
- VIEIRA, G.O et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatr.** (Rio de J.) v.80 n.5 Porto Alegre 2004.
- VIEIRA, G.O, ALMEIDA JAG. Leite materno como fator de proteção contra doenças do tubo digestivo. In: Silva LR, organizadora. **Urgências clínicas e cirúrgicas em gastroenterologia e hepatologia pediátricas.** Rio de Janeiro: MEDSI; p. 951-9,2004
- WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: **World Health Organization.** WHO/NHD/00.1: WHO/FCH /CAH/00.6; 2000.
- XAVIER, C. Avaliação da alimentação de RN em fase de hospitalização. **Prófono** 7: 69-74,1995
- WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: **World Health Organization,** WHO/NUT/98.1,1998.

ALIMENTARY PATTERN OF BRASILIAN CHILDREN LESS OF TWO YEARS: THE CRITICAL LOOK

Abstract

The aim of this review is to show Brazilian children feeding behaviors and to discuss feeding patterns of children less than two years-old. Previous studies showed that they have an inadequate feeding pattern, which could be explained by low breast feeding prevalence and precocious introduction of other kind of food in the children's diet, like: water, tea, cow milk fluid or milk powder, farinaceous and sugar, which doesn't satisfy the vitamins and minerals requirement and could also promote anemia. should be elaborated and put into practice for. Actions of educative character all social classes providing right information about children's food and elucidating myth, tabus, concept and old ordinary practices of Brazilian population feeding behaviors.

Key-words: children food, breast-feeding, food practice