



Artigo original

Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde



Laura Garcia de Freitas^{a,*}, Renata de Souza Escobar^b,
Margarita Alexandra Peña Cortés^c e Daniel Demétrio Faustino-Silva^{b,d}

^a Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, Brasil

^b Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, Brasil

^c Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

^d Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 18 de abril de 2015

Aceite a 16 de outubro de 2015

On-line a 22 de janeiro de 2016

Palavras-chave:

Consumo de alimentos

Nutrição da criança

Primeiro ano de vida

Hábitos alimentares

R E S U M O

Objetivo: Descrever o consumo alimentar de crianças com um ano de idade atendidas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localizado no município de Porto Alegre – RS.

Métodos: Foram analisados dados de 83 crianças atendidas no território de abrangência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, nascidas no período entre 2012-2013. As mães que permitiram a participação das crianças no estudo responderam a questionário de consumo alimentar, cujas variáveis foram os hábitos alimentares (tempo de aleitamento materno exclusivo [AME], tempox de aleitamento materno total, introdução de açúcar, carne, vegetais e suplementação de sulfato ferroso).

Resultados: As crianças eram predominantemente do sexo feminino (54,2%), com a média de idade de $13,3 \pm 1,2$ meses, permanecendo 41% em aleitamento exclusivo até aos 6 meses e 48% tinham recebido leite de peito no dia anterior a entrevista. Foi significativa a percentagem de crianças (66%) que não recebeu mel/melado/açúcar ou rapadura antes dos 6 meses; no entanto, foi evidenciado consumo elevado de suco em pó (63,9%) e refrigerante (55,4%). A média de idade entre as mães foi de $30,4 \pm 9,9$ anos. A insatisfação com a renda familiar atingiu um percentual de 68,7% no último mês.

Conclusão: Os achados do estudo demonstraram dados positivos na qualidade da alimentação na faixa etária avaliada. Educação nutricional e promoção da alimentação saudável devem ser estimuladas nos serviços de saúde em todos os ciclos da vida.

© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: laufreinuutri@gmail.com (L. Garcia de Freitas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.10.001>

0870-9025/© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Children's food consumption in the first year of life in a primary health care service

A B S T R A C T

Keywords:

Food consumption
Child nutrition
First year of life
Food habits

Objective: The aim of this study was to describe the dietary intake of one year old children treated by the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição placed in Porto Alegre.

Methods: Data of 83 children treated in the territory covered by the Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição born during the period between 2012 and 2013 was analyzed. Mothers that allowed the participation of their children in the study have answered a consumption of food questionnaire whose variables were habits food (duration of breastfeeding exclusive-BE, the total duration of breastfeeding, introduction of sugar, meat, vegetables and ferrous sulfate supplementation).

Results: Children were predominantly female (54.2%), with mean age of 13.3 ± 1.2 months, remaining 41% exclusive breastfeeding up to 06 months and 48% had received breast milk on the interview day. It was found significant percentage of children (66%) who did not receive honey/molasses/sugar or brown sugar before 6 months however evidenced high consumption of juice powder (63.9%) and soft drinks (55.4%). The mothers' mean age was 30.4 ± 9.9 years old. Dissatisfaction with family income last month reached a percentage of 68.7%.

Conclusion: The findings of the study showed positive data on food quality in the studied age group. Nutrition education and healthy eating promotion should be encouraged in the health services in all cycles of life.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O estudo sobre consumo alimentar no primeiro ano de vida é de grande relevância para nortear as ações e o entendimento da relação saúde versus doença nos serviços de saúde pública. Nessa idade os hábitos alimentares começam a se formar, constituindo assim o período ideal para intervenções educativas em nutrição que visem a promoção e prevenção em saúde¹. Hábitos alimentares inadequados no início da infância relacionam-se com excesso de peso e surgimento na vida adulta de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), hoje uma das principais causas de mortalidade no Brasil².

Diante desse problema, o governo federal brasileiro, através da Rede de Atenção à Saúde, coordena e identifica as necessidades dos utilizadores para garantir uma adequada organização dos cuidados nutricionais da população brasileira³. A atenção básica é a porta de entrada dos utilizadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se o espaço adequado para ações de promoção de saúde relacionadas a alimentação e ao excesso de peso⁴.

A alimentação saudável é uma forma de prevenção que acarretará efeitos positivos na saúde ao longo da vida. São diversas as publicações sobre o assunto, destacando-se o documento do Ministério da Saúde (MS) brasileiro intitulado «10 passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de 2 anos», no qual estão resumidas orientações alimentares para essa faixa etária em 10 itens¹.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma das ferramentas utilizadas pelo MS visando realizar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar

e nutricional da população brasileira, contribuindo para formulação e revisão de políticas públicas, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos distúrbios nutricionais⁵. Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever o consumo alimentar de crianças com um ano de idade, atendidas por um serviço de cuidados de saúde primários de Porto Alegre – RS/Brasil, e contribuir para o conhecimento do estado nutricional desse grupo populacional.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo⁶, inserido numa pesquisa de coorte de acompanhamento de saúde infantil. O estudo foi realizado nas 12 unidades de saúde pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), localizadas na zona norte de Porto Alegre – RS/Brasil.

Participaram do estudo 83 crianças pertencentes ao território de abrangência do SSC-GHC, nascidas no período entre 2012-2013. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário de consumo alimentar às mães que permitiram a participação das crianças, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua inclusão na amostra.

Entrevistadores previamente treinados aplicaram o questionário que continha questões do instrumento de marcadores do consumo alimentar para crianças do SISVAN do MS⁵, cujas variáveis foram os hábitos alimentares (tempo de aleitamento materno exclusivo [AME], tempo de aleitamento materno

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra. Porto Alegre – RS, 2014

Variáveis	n = 83
Dados da criança	
Idade (meses) – média ± DP	13,3 ± 1,2
Sexo – n (%)	
Masculino	38 (45,8)
Feminino	45 (54,2)
Dados da mãe	
Escolaridade – n (%)	
Ensino fundamental incompleto	17 (20,5)
Ensino fundamental completo	7 (8,4)
Ensino médio incompleto	18 (21,7)
Ensino médio completo	25 (30,1)
Ensino superior ou mais	16 (19,3)
Idade da mãe (anos) – média ± DP	30,4 ± 9,9
Número de filhos – n (%)	
1	46 (55,4)
2	16 (19,3)
3 ou mais	21 (25,3)
Renda suficiente – n (%)	
Sim	26 (31,3)
Não	57 (68,7)

total, introdução de açúcar, carne, vegetais e suplementação com sulfato ferroso).

O SISVAN recomenda a aplicação desse questionário, pois permite qualificar de forma geral o padrão alimentar da criança sem a preocupação de quantificar a dieta em termos de nutrientes e valor energético. Sua divisão por faixa etária possibilita a identificação da prevalência e o tipo de aleitamento materno, além de caracterizar melhor o período de introdução de alimentos, tão importante para a saúde de menores de 5 anos⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC (CAAE n.º 26100013.0.0000.5530 e Parecer n.º 610.81).

Resultados

Foram avaliadas 83 crianças com predominância do sexo feminino (54,2%). A média de idade foi de 13,3 ± 1,2 meses. Analisando as variáveis maternas, observou-se com relação a escolaridade maior percentagem de mães com ensino médio concluído. A média de idade das mães foi de 30,4 ± 9,9 anos. Predominou a insatisfação com a renda familiar (68,7%). As características sociodemográficas da amostra estudada estão representadas na [tabela 1](#).

Na população estudada, 41% permaneceu em aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade e 48% das crianças tinham recebido leite de peito no dia anterior a entrevista. A qualificação da dieta oferecida (introdução de açúcar, carne, vegetais, frutas e suplementação com sulfato ferroso) pode ser analisada na [tabela 2](#).

É importante ressaltar que uma elevada percentagem de crianças (79,5%) não recebeu mel/melado/açúcar ou rapadura antes dos 6 meses, no entanto, foi evidenciado consumo significativo de sumo em pó (63,9%) e refrigerante (55,4%) no último mês.

Tabela 2 – Consumo alimentar de uma amostra de crianças de um ano de vida. Porto Alegre – RS, 2014

Variáveis	n = 83 n (%)
A criança ontem recebeu leite de peito?	
Não	43 (51,8)
Sim	40 (48,2)
Se não, até que idade seu filho mamou no peito	
Nunca	4 (9,3)
< 120 dias	14 (32,6)
≥ 120 dias	25 (58,1)
Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo?	
< 1 mês ou nunca	9 (10,8)
Até 1 mês	4 (4,8)
Até 2 meses	9 (10,8)
Até 3 meses	7 (8,4)
Até 4 meses	12 (14,5)
Até 5 meses	8 (9,6)
Até 6 meses	34 (41,0)
Ontem quantas preparações de leite a criança tomou?	
Não tomou	12 (14,5)
Até 2 copos	47 (56,6)
Mais que 2 copos	24 (28,9)
Ontem a criança comeu verduras/legumes?	
Não	15 (18,1)
Sim	68 (81,9)
Ontem a criança comeu fruta?	
Não	7 (8,4)
Sim	76 (91,6)
Ontem a criança comeu carne?	
Não	10 (12,0)
Sim	73 (88,0)
Ontem a criança comeu feijão?	
Não	11 (13,3)
Sim	72 (86,7)
Ontem a criança comeu assistindo televisão?	
Não	63 (75,9)
Sim	20 (24,1)
Ontem a criança comeu comida de panela?	
Não	9 (10,8)
Sim	74 (89,2)
A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade?	
Não	66 (79,5)
Sim	17 (20,5)
A criança recebeu papa salgada/comida de panela antes de 6 meses de idade?	
Não	66 (79,5)
Sim	17 (20,5)
A criança tomou sumo industrializado ou refresco em pó no último mês?	
Não	30 (36,1)
Sim	53 (63,9)
A criança tomou refrigerante no último mês?	
Não	37 (44,6)
Sim	46 (55,4)
A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem?	
Não	55 (66,3)
Sim	28 (33,7)
A criança tomou sulfato ferroso ontem conforme prescrição médica?	
Não	61 (73,5)
Sim	22 (26,5)

* Preparada com de aveia, amido de milho, farinha de trigo ou de milho misturados com leite.

Discussão

As ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT iniciam-se na gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passando pelo incentivo ao aleitamento materno e estendendo-se durante todo o ciclo vital, estimulando fatores protetores como a alimentação saudável, entre outros².

Conforme dados da Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, no Brasil, é de 41%⁸. Dado idêntico foi encontrado neste estudo (tabela 2). O leite materno é o alimento ideal para a criança recém-nascida. Seus benefícios incluem redução da mortalidade infantil e da incidência de diversas doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade. Soma-se a isso o efeito positivo que acarreta no desenvolvimento neurológico e cognitivo, e melhor desenvolvimento da cavidade oral da criança⁹⁻¹¹. Incluem-se outros benefícios no que se refere a praticidade, pois dispensa o trabalho de esterilizar os biberões e ferver, misturar, coar, dissolver, esfriar o leite¹². Além disso, evita custos financeiros com fórmulas infantis industrializadas ou outros leites. A amamentação também beneficia a mãe ao protegê-la contra a anemia, o cancro de mama e de ovário. Outro aspecto importante é que ele reforça o vínculo afetivo entre mãe e filho^{9,12}. Através de uma parceria entre OMS, UNICEF e MS, foi criado um documento que propõe diretrizes para os «10 passos para o sucesso do aleitamento materno», cuja utilização e cumprimento pelos hospitais os intitula como Amigo da Criança. As orientações focam na capacitação das equipes para orientações às gestantes na prática adequada do aleitamento^{13,14}.

Mesmo que apenas menos da metade das crianças avaliadas (41%) tenham permanecido em AME até os 6 meses, um percentual significativo de mães (79,5%) referiu que não ofereceram doces nem comida de panela às crianças antes desse período. Domene et al.¹ analisaram práticas de amamentação de grupos vulneráveis, residentes no distrito noroeste da cidade de Campinas, e viram que, entre o grupo estudado, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi de 4 meses e mais de 20% das crianças já recebiam outros alimentos no primeiro mês de vida. Em uma pesquisa realizada na cidade de Araçatuba – SP, cujo objetivo foi avaliar frequências e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças até 12 meses, os pesquisadores concluíram que crianças que usavam biberão e chupeta estavam mais propensas à interrupção da amamentação e à introdução de outros alimentos¹⁶. Outras causas para a interrupção foram encontradas no estudo de Filamingo et al.¹⁷, realizado na cidade de Dois Córregos (SP). Verificou-se que a influência cultural das mães e/ou avós e dificuldades como rachaduras e inflamações mamárias, também contribuíram para o insucesso de mães adolescentes na amamentação, mesmo que 87,2% das entrevistadas tenham referido que receberam orientação sobre o assunto durante o período pré-natal. Muitas mães relatam em consultas a insegurança sobre o leite materno não ser suficiente para nutrir seus bebês e mitos como esse sobre aleitamento materno e composição do leite devem ser discutidos em

espaços educativos coletivos e em consultas individuais. Frigo et al.¹⁸, em relato de experiência sobre grupo de gestante em uma equipe de cuidados de saúde primários de Santa Maria (RS – Brasil), concluíram que conhecer previamente as expectativas e sentimentos das gestantes, considerando seus conhecimentos anteriores e abordando possíveis dificuldades, pode deixá-las mais seguras para superar as adversidades da gestação e da amamentação.

Resultados deste estudo apontaram que 58,1% das crianças forma amamentadas ao peito mais de 120 dias, o que deve continuar sendo estimulado, visto que o direito legal a licença maternidade é garantido por 4 meses e isso muitas vezes influencia no abandono do aleitamento materno, apesar das mulheres terem direito a 2 descansos de meia hora para amamentar quando retornam ao trabalho¹⁹. Visto que o MS brasileiro recomenda aleitamento materno complementado até os 2 anos ou mais, é importante continuar estimulando a prática após o término da licença de maternidade. A mãe deve receber orientações de recolha e armazenamento do leite materno quando não estiver próxima ao bebê e de técnicas e manejo dos principais problemas relacionados a amamentação⁹. Além disso, o apoio da família é muito importante nesse momento da amamentação, especialmente para as mães que trabalham informalmente e, por isso, não são amparadas pelos benefícios trabalhistas legais. São necessárias medidas, tanto do governo como dos serviços de saúde pública, que visem investigar os desafios acerca do tema e elaborar ações com base nas dificuldades maternas encontradas.

A partir dos 6 meses deve-se introduzir a alimentação complementar de forma gradual sem rigidez de horário. Esta orientação é alterada somente nos casos em que a criança esteja recebendo leite de vaca ou fórmula infantil quando, então, a alimentação deve ser introduzida aos 4 meses. Devem ser oferecidos todos os grupos alimentares (cereais/tubérculos, leguminosas, carne/ovo e legumes/verduras e frutas) desde o início evitando a liquidificação dos alimentos, estimulando desta forma a mastigação e o adequado desenvolvimento facial do bebê. Nessa fase, a alimentação espessa auxilia nas funções da língua, da musculatura facial e na capacidade de mastigação. Além disso, a criança tem capacidade gástrica reduzida e deve receber maior densidade energética em menor volume. Aos 12 meses a criança já pode se alimentar da mesma maneira que a sua família^{1,9}.

O guia alimentar para crianças menores de 2 anos orienta para estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes (FVL), devido à quantidade de vitaminas, ferro e fibras desses alimentos¹. Dados desta pesquisa apontaram que, no dia anterior à entrevista, esses grupos alimentares estavam presentes visto que, do total de crianças (n=83), 81,9% tinham consumido verduras/legumes e 91,6% frutas. Este resultado pode estar relacionado a diversos fatores. Podemos citar entre eles o maior acesso aos alimentos, estímulo dos média e campanhas de políticas públicas em relação à alimentação saudável, juntamente com o trabalho das equipes de saúde multiprofissionais que visa ao cuidado integral. Há um programa específico para saúde da criança, em que a assistência é realizada de forma integrada e que orientações sobre alimentação saudável estão presentes nas consultas de puericultura e demais ações realizadas. Porém, deve-se dar atenção ao consumo desses alimentos ao longo da infância

até a vida adulta. Muniz et al.²⁰, em pesquisa com 600 alunos de 15-20 anos na cidade de Caruaru, em Pernambuco, constataram que 10% dos entrevistados informaram nunca consumir frutas e 30,7% nunca consumir verduras/legumes. O consumo de FVL contribui para saúde em diversos aspectos. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, abrangendo a faixa etária de 5-18 anos, publicada no ano de 2011, concluiu que intervenções de educação nutricional, como envolvimento dos pais e fornecimento de frutas e verduras pelos serviços escolares, aumentam o consumo desses alimentos e auxiliam na redução do sobrepeso e da obesidade²¹. Gomes²², em uma revisão crítica sobre consumo de FVL, conclui que os profissionais de saúde costumam promover a alimentação saudável apenas através do estímulo ao consumo de nutrientes e proteção às doenças de maneira técnica e científica; porém, deve ser considerado o saber popular na construção de estratégias para práticas alimentares saudáveis adequadas à realidade dos indivíduos e famílias.

O consumo insuficiente de alimentos fonte de ferro e/ou com baixa disponibilidade do micronutriente é uma das principais causas de anemia em crianças, gerando retardo do crescimento, comprometimento cognitivo e motor, atraso de linguagem, problemas imunológicos, entre outros. As principais fontes alimentares de ferro são as carnes vermelhas, aves, peixes, vísceras e leguminosas^{23,24}. Tratando-se dos alimentos fonte deste nutriente foram encontrados dados positivos neste trabalho, no qual 88% das crianças consumiram carne no dia anterior à aplicação do questionário e 86,7% tinham consumido feijão. No entanto, em relação a suplementação de sulfato ferroso, cujo MS preconiza para crianças de 6-23 meses de idade²⁵, apenas 26,5% das crianças avaliadas tinham recebido o suplemento. Numa revisão sistemática recente sobre a efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças, os autores referiram não haver evidência científica que a suplementação com sulfato ferroso esteja associada na prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos²⁶. Portanto, além do estímulo à suplementação, é importante que as equipes de saúde monitorizem exames e estejam atentas para o consumo alimentar das famílias em um conjunto de ações estratégicas de prevenção da doença, a fim de diminuir complicações causadas por ela, relacionadas ao desenvolvimento da criança.

Artigo de revisão sobre deficiência de ferro na criança conclui que há prevalência da doença em crianças, principalmente lactentes, e que a prevenção deve ser priorizada através de ações como suplementação e fortificação de alimentos para o grupo de risco, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e promoção de saúde²⁷.

Deve oferecer-se à criança uma alimentação variada e colorida, abrangendo o maior número de nutrientes possível, evitando oferecer açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, rebuçados, salgadinhos e outras guloseimas, bem como adicionar sal em excesso, na alimentação da criança. O consumo desses alimentos causa desinteresse por outros, irritam a mucosa gástrica, induzem à alergia e podem levar ao excesso de peso¹. Um estudo com 270 crianças de creches públicas de São Paulo, no ano de 2007, apontou que 2/3 das crianças estudadas consumiram, antes dos 12 meses, alimentos indutores de obesidade²⁸. As propagandas de alimentos e bebidas açucaradas e doces geram um reflexo de recompensa através

do ver, lembrar e, por consequência, querer que é especialmente suscetível na faixa etária das crianças²⁹. Além disso, em se tratando do consumo excessivo e frequente de açúcar, o Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal do MS aponta que o hábito é um dos maiores fatores de risco para a cárie na infância³⁰. As percentagens significativas de consumo no último mês de refrigerante (55,4%) e suco em pó (63,9%) encontrado nos questionários analisados sinaliza a necessidade de estratégias de redução dos mesmos. A alta densidade energética de bebidas adoçadas é desconhecida pelos pais e familiares, principalmente em relação aos sucos de sabores artificiais de fruta. No serviço de cuidados de saúde primários onde a presente pesquisa foi desenvolvida costuma-se utilizar a exposição de maquetes com as quantidades reais de açúcar presentes nas bebidas e em outros alimentos, impactando os usuários do serviço pois, ao conseguirem visualizar a quantidade de açúcar existente em cada produto, passam a assimilar as orientações antes recebidas.

Achados neste estudo mostram que poucas crianças (28,9%) tomaram mais de 2 copos de leite no dia anterior da aplicação do questionário, evidenciando que o consumo deste alimento não prejudicou o restante da alimentação. Recomenda-se evitar o leite de vaca no primeiro ano de vida, uma vez que seu consumo está relacionado às alergias alimentares, predisposição às anemias, distúrbios hidroeletrolíticos e futuro excesso de peso. A partir de um ano de idade o consumo é permitido, desde que não substitua outros alimentos e refeições³¹. Oliveira e Osório³², em revisão sobre consumo de leite de vaca e anemia, concluíram que o consumo de leite de vaca em substituição a alimentos ricos em ferro biodisponível constitui risco para anemia. O que vai ao encontro da revisão sistemática, realizada em 2006, sobre fatores associados ao risco de anemia em crianças menores de 6 anos, que associou o consumo energético da alimentação das crianças provenientes do leite de vaca com a doença, em conjunto com outras variáveis. Os autores deste estudo destacam como ponto positivo o fato de que a maioria dos entrevistados não engrossou o leite com farinhas, alimento que, por apresentar excesso de açúcar, pode induzir sobrepeso e obesidade³³.

Tanto a oferta excessiva de leite, como a de farinhas enriquecidas com açúcar, fazem parte de um contexto cultural de que esses alimentos são nutritivos e necessários para criança durante toda a infância. É responsabilidade das equipes de saúde desconstruir essa ideia, através de atividades didáticas e materiais educativos que mostrem a verdadeira recomendação alimentar para cada faixa etária.

Relativamente a questão sobre alimentar-se assistindo televisão no dia anterior a entrevista, poucas mães (24,1%) responderam que sim, o que pode estar relacionado com a dependência da criança para comer junto a um responsável. Contudo, este é um hábito amplamente estudado pela comunidade científica, a qual refere que comer diante da televisão influencia negativamente na alimentação^{34,35}. Rossi et al.³⁴, em revisão sistemática em 2010, verificaram uma associação de 85% entre consumo alimentar e hábito de assistir televisão na rotina de crianças e adolescentes, e associação com obesidade em 60% dos artigos revistos. Concluiu-se que maior tempo dedicado para tal hábito tende a diminuir o consumo de frutas e verduras, e aumentar o consumo de salgadinhos, doces e bebidas com elevado teor de açúcar. Outro estudo com

crianças entre 6-10 anos de idade apresentou tempo superior a 3 horas em frente a televisão como um dos fatores de risco para o sobrepeso infantil³⁵.

O estabelecimento de bons hábitos alimentares da criança é, principalmente, de responsabilidade da família. Uma pesquisa na cidade de Vitória (ES) constatou que o grau de instrução da mãe e a participação direta do pai na renda da família parecem influenciar na escolha de alguns alimentos, como frutas e feijão³⁶. Toloni et al.²⁸, em estudo realizado com 270 crianças de 8 creches públicas de São Paulo, constataram que a baixa escolaridade materna e idade inferior a 20 anos são variáveis associadas a introdução precoce de salgadinhos e macarrão instantâneo, e que a renda per capita inferior a um salário mínimo representa riscos 2 vezes maior de introdução precoce de salgadinho e refrigerante. Em pesquisa realizada por Veleda, Soares e Cezar³⁷ foi analisada uma amostra de crianças entre 8-12 meses, identificadas como de risco social ao nascer, sendo detetado que a renda familiar esteve associada ao risco de transtornos no desenvolvimento. A média de idade das mães que responderam aos questionários deste trabalho é alta ($30,4 \pm 9,9$ anos), sendo que metade delas possui ensino médio completo ou mais, o que pode ter influenciado as escolhas alimentares positivas descritas no trabalho. Entretanto, ao serem questionadas sobre a renda familiar, 68, 67% das mães do presente estudo relataram considerar a renda da família insuficiente (tabela 2).

Iniciativas como o projeto «Papa Bem», implantado em Portugal e desenvolvido pelo Programa Harvard Medical School³⁸, cujo objetivo foi a produção e disseminação de informação sobre obesidade infantil através da internet destinada ao público geral, é um exemplo de ferramenta que pode ser utilizada para auxiliar o incentivo da alimentação saudável e desmistificar mitos relacionados ao assunto.

A relevância dos achados através de dados de pesquisa em serviços de cuidados em saúde primários pode ser considerada como um ponto positivo desta pesquisa. No entanto, é necessário fazer algumas considerações com relação à limitação deste estudo. Primeiramente, podemos citar aquelas que são intrínsecas às análises transversais, como impossibilidade de inferir causalidade dos achados. Contudo, mesmo sendo um estudo transversal, o estudo está aninhado a uma coorte maior de saúde infantil. Finalmente, aponta-se o fato dos dados utilizados no trabalho serem de uma região específica da cidade, o que impede de serem extrapolados para todo município de Porto Alegre – RS/Brasil.

Conclusão

Os resultados encontrados demonstraram dados positivos na qualidade da alimentação na faixa etária estudada. Educação nutricional e promoção da alimentação saudável devem ser estimulados nos serviços de saúde em todos os ciclos da vida, visto que a literatura mostra piora da alimentação e consequente aumento condições crônicas de saúde (obesidade, hipertensão, diabetes) com o aumento da idade. Em se tratando de aleitamento materno, deve ser continuamente estimulado pelos serviços de saúde, devido a seus inúmeros benefícios que influenciam tanto na infância, como na vida adulta.

Financiamento

Essa pesquisa é parte do projeto de tese de doutorado intitulado «Impacto de programas preventivos de saúde bucal infantil na Atenção Primária a Saúde», vinculado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o GHC e financiado pelo Edital 02/2013 PPSUS/FAPERGS.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

Ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, pela disponibilidade e apoio para realização deste estudo, à equipa de pesquisa que aplicou os questionários e às mães que aceitaram respondê-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [consultado 15 Out 2014]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série Cadernos de Atenção Básica; 12).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional. In: Brasil. Ministério da Saúde. SISVAN: Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Informe uso dos formulários e registro das informações no novo Sistema Informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional Sisvan Web. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série Cadernos de Atenção Básica; 33).
10. PAHO. WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington/Geneva: Division of Health

- Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. PAHO. WHO; 2003.
11. Leventakou V, Roumeliotaki T, Koutra K, Vassilaki M, Mantzouranis E, Bitsios P, et al. Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *J Epidemiol Community Health*. 2013;69:232-9.
 12. Brasil. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Projeto de inclusão social e desenvolvimento comunitário: cartilha de promoção da amamentação e alimentação complementar saudável. São Paulo: Editora SENAC; 2014.
 13. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services: A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO; 1989.
 14. World Health Organization. Family and reproductive health: Evidence for the ten steps to successful breast-feeding. Geneva: Division of Child Health and Development. WHO; 1998.
 15. Domene SMS, Medeiros MAT, Martins PA. A dinâmica do aleitamento materno em famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa. *Rev Nutr*. 2011;24:71-7.
 16. Saliba NA, Zina LG, Moimaz SAS, Saliba O. Freqüência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2008;8:481-90.
 17. Filamingo BO, Lisboa BCF, Basso NAS. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, Estado de São Paulo. *Sci Med*. 2012;22:81-5.
 18. Frigo LF, Silva RM, Mattos KM, Manfio F, Boeira GS. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012;2:113-4.
 19. Brasil. Presidência da República. Consolidação das Leis do Trabalho: Decreto-lei 5452/43. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. [Internet]. [S.l.]: Rede JusBrasil. [consultado em 18 Dez 2014]. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91896/consolidacao-das-leis-do-trabalho-decreto-lei-5452-43#art-396>
 20. Muniz LC, Zanini RV, Schneider BC, Tassitano RM, Feitosa WMN, González-Chica DA. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18:393-404.
 21. Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:382-92.
 22. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Rev Nutr*. 2007;20:669-80.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Unicef Carências de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Cadernos de Atenção Básica; 20).
 24. Philippi ST. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. São Paulo: Manole; 2008.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: Programa Nacional de Suplementação de Ferro. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [consultado 15 Jun 2014]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro.php>
 26. Cembranel F, Dallazen C, González-Chica DA. Efetividade da suplementação de sulfato ferroso da prevenção da anemia em crianças: revisão sistemática da literatura e metanálise. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1731-51.
 27. Mahoney DH. Iron deficiency in infants and young children: Screening, prevention, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate; 2015 [consultado 15 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-young-children-screening-prevention-clinical-manifestations-and-diagnosis#H1>
 28. Toloni MHA, Silva GL, Goulart RMM, Taddei JAAC. Introdução de alimentos industrializados de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr*. 2011;24:61-70.
 29. Sawaya AL, Filgueiras A. Abra a felicidade?: implicações para o vício alimentar. *Estud Av*. 2013;27:53-70.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 (Série Cadernos de Atenção Básica; 17).
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 32. Oliveira MAA, Osório MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *J Pediatr*. 2005;81:361-7.
 33. Leal LP, Osório MM. Fatores associados a ocorrência de anemia em crianças menores de seis anos: uma revisão sistemática dos estudos populacionais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010;10:417-39.
 34. Rossi CE, Albermaz DO, Vasconcelos FAG, Assis MAA, Pietro PFD. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Nutr*. 2010;23:607-20.
 35. Novaes JF, Lamounier JA, Francischini SCC, Priori SE. Fatores ambientais associados ao sobrepeso infantil. *Rev Nutr*. 2009;22:661-73.
 36. Neto ETS, Faria CP, Barbosa ML, Oliveira AE, Zandonade E. Association between food consumption in the first months of life and socioeconomic status: A longitudinal study. *Rev Nutr*. 2009;22:675-85.
 37. Veleda AA, Soares MCF, Cezar-Vaz MR. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32:79-85.
 38. Goes A, Câmara G, Loureiro I, Bragança G, Nunes I, Bourbon M. «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Rev Port Saúde Pública*. 2015;33:12-23.