

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM MENORES DE 24 MESES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DO SUL DE SANTA CATARINA

COMPLEMENTARY FEEDING IN MINORS UNDER 24 MONTHS SERVED IN A PEDIATRIC AMBULATORY OF A PRIVY UNIVERSITY OF SOUTHERN SANTA CATARINA

Maria Eduarda Medeiros¹. Cibele Peixoto Flesch². Franciele Martins³. Andriele Aparecida da Silva Vieira, Dra⁴. Lalucha Mazzucchetti, Dra^{5*}.

¹ Acadêmica em Nutrição - Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0707-0979>, mamemedeiros@hotmail.com

² Acadêmica em Nutrição - Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5980-0799>, cibflesch@gmail.com

³ Acadêmica em Nutrição – Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6979-991X>, francieletb14@gmail.com

⁴ Doutora. Nutrição. Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6607-5353>, andriele-vieira@hotmail.com

⁵ Doutora. Nutrição. Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil, Id orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9649-5727>, laluchamazucchetti@gmail.com

*Autor correspondente: laluchamazucchetti@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a AC de crianças menores de 24 meses atendidas em um ambulatório pediátrico de uma universidade privada do sul de Santa Catarina, no ano de 2019, em relação as recomendações estabelecidas pelo Guia Alimentar para Menores de dois anos (GA).

Materiais e métodos: estudo transversal, com dados secundários, oriundos de prontuários individuais. Informações sobre a AC foram coletadas em um formulário com questões desenvolvidas pelos pesquisadores e adaptadas do instrumento de Oliveira *et al.* (2015). As análises foram realizadas no STATA 16.1.

Resultados: verificou-se, entre os 191 prontuários, que 49,74% das crianças eram amamentadas na última consulta avaliada e grande parte recebeu introdução precoce da AC. Após os seis meses, constatou-se baixo consumo de frutas (54,36%), carnes (41,38%), feijão (37,84%), legumes/verduras (29,93%/ 17,39%) e, em contrapartida, elevado em mingau (28,10%), biscoitos (19,46%) e ultra processados-(22,22%).

Conclusões: grande parte das crianças não receberam o AM e a AC conforme as orientações descritas no GA. Faz-se necessário a promoção das informações do guia instrutivo para as famílias brasileiras.

Palavras-chave: Alimentação complementar. Consumo alimentar. Lactente. Aleitamento materno.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the complementary feeding of children under 24 months attended in a pediatric outpatient clinic of a private university in the south of Santa Catarina, in 2019, in relation to the recommendations established by the Food Guide for Children (GC) under two years of the Ministry of Health.

Methods: observational, cross-sectional, and analytical study, which used secondary data as a source of information from the individual records of children under 24 months.

Results: it was found, among the 191 medical records, that 49.74% of the children were breastfed in the last consultation evaluated and most of them received early introduction of CF. After six months, there was low consumption of fruits (54.36%), meat (41.38%), beans (37.84%), vegetables (29.93%/17.39%) and on the other hand, high in porridge (28.10%), cookies (19.46%) and ultra-processed products (22.22%).

Conclusion: most children did not receive breastfeeding and CF according to the guidelines described in the GC. It is necessary to promote information in the instructional guide for Brazilian families.

Keywords: Complementary feeding. Food consumption. Nursling. Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A alimentação é um processo voluntário que envolve vários determinantes¹ (Brasil, 2010). Ao nascer, a criança não possui autonomia de escolha e precisa ser alimentada por seus responsáveis, sendo o aleitamento materno (AM) a via mais adequada às necessidades fisiológicas e nutricionais². Segundo a *World Health Organization* (WHO), o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado nos primeiros seis meses de vida e continuado até os dois anos de idade. Após os seis meses, orienta-se a introdução da Alimentação Complementar (AC) visando garantir as necessidades individuais^{3,4}.

O AM previne o desenvolvimento de muitas doenças ao longo da vida da criança amamentada como a *diabetes mellitus*, anemia, obesidade, desnutrição e alergias. Apesar dos benefícios, a literatura relata que

muitas mães entendem que a oferta exclusiva deste alimento não supre as necessidades da criança e, dessa forma, começam a introdução alimentar precocemente, ou seja, antes dos seis meses de idade. Este ato expõe a criança a infecções gastrointestinais, que dificultam a absorção de nutrientes. O consumo de alimentos e água contaminados, podem causar diarreias e vômitos, desnutrição, e maior suscetibilidade a internação hospitalar^{5,6}.

A AC tem como objetivo complementar o leite materno e não o substituir, devendo ser feita no momento correto. Enquanto a oferta precoce suscitibiliza a criança a contaminações, doenças e redução da frequência de AM, a oferta tardia predispõe ao aparecimento da desnutrição, devido à

falta de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento^{7,8}.

Ao longo dos seis primeiros meses de vida, a criança passa por diversas modificações fisiológicas e neuromusculares em seu processo de crescimento e desenvolvimento que se correlacionam com a alimentação. Aos quatro meses de idade, ela não tem independência para manter-se sentada sem apoio e não controla sua cabeça e pescoço. Aos cinco meses, consegue firmar o pescoço e sentar-se sem apoio. Aos sete meses pega os alimentos, levando-os até a boca e surgem os dentes; aos nove meses, tem a habilidade de fazer com os dedos o movimento de pinça, facilitando a pega dos alimentos; aos 12 meses, já consegue mastigar alimentos mais duros, pois os dentes já estão mais formados. A alimentação deve evoluir de forma gradativa com os avanços corporais^{1,2,5,9,10}.

No que se refere a questão nutricional, em cada fase da vida, identifica-se uma quantidade necessária de energia e nutrientes para ser ingerida¹¹. A AC deve contemplar estas necessidades para garantir a manutenção da saúde.

Um estudo feito por Bortolini, Gubert e Santos¹², que avaliou 4322 lactentes, mostrou baixo consumo de frutas, verduras e carnes, além de um elevado consumo de alimentos ultraprocessados, como, doces, biscoitos, salgadinhos e refrigerantes, que

não são recomendados para tal idade. A oferta desses alimentos pode estar relacionada à baixa escolaridade familiar. A dificuldade na compreensão das informações recebidas, bem como na leitura e interpretação das informações nutricionais pode atuar com um relevante obstáculo na escolha dos alimentos ofertados as crianças.^{6,13}.

Tendo por base a importância da alimentação nos primeiros anos de vida, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou para a população materiais com orientações para alimentação de menores de 24 meses. Na publicação “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (GA) verifica-se orientações quanto a variedade dos grupos alimentares, textura e frequência dos alimentos a serem ofertados, cuidados higiênico-sanitários, entre outros⁵. Da mesma forma, materiais de orientação do processo de introdução da AC foram divulgados previamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴.

Considerando o exposto, delineou-se a presente pesquisa que teve como objetivo avaliar a AC das crianças menores de 24 meses atendidas em um ambulatório pediátrico de uma universidade privada do sul de Santa Catarina, no ano de 2019, em relação as recomendações estabelecidas pelo Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo, que utilizou como fonte de informações dados secundários, oriundos dos prontuários individuais das crianças menores de 24 meses atendidas em um Ambulatório de Saúde da Criança de uma Universidade privada do Sul de Santa Catarina. Salienta-se que esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação alimentar e nutricional de menores de 24 meses atendidos em um Ambulatório de Saúde da Criança no ano de 2019”.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Ter realizado a primeira consulta no Ambulatório da Saúde da Criança entre os meses de janeiro e dezembro de 2019; b) Crianças com idade de zero a 24 meses; c) Ambos os sexos; d) Ter prontuário disponível no Ambulatório da Saúde da Criança, com informações de peso e comprimento; e) Entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente preenchido e assinado, caso os pacientes se encontrassem no ambulatório no momento da coleta de dados.

Os critérios utilizados para exclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Apresentar limitações que pudessem gerar a necessidade de cálculo de peso ou comprimento estimados; b) Condições

patológicas pré-existentes ao nascimento (ex: Síndrome de Down, paralisia cerebral, tireoidopatias) que pudessem ter influência direta nas medidas antropométricas de peso ou comprimento estimados; c) Pacientes em uso de medicamentos contínuos que pudessem causar alterações ponderais (ex: corticoides); d) Crianças nascidas prematuras (<37 semanas) ou pequenas para idade gestacional (<2500g); e) Crianças com distúrbios metabólicos como erros inatos do metabolismo ou alergias alimentares, que pudessem alterar a exposição ao AM; f) Apresentar informações biológicas e antropométricas incompletas e/ou incoerentes no prontuário, que pudessem comprometer a qualidade dos dados da pesquisa.

A coleta dos dados, que ocorreu no mês de agosto de 2020, foi realizada por três acadêmicas do curso de nutrição devidamente treinadas para tal função. Os prontuários foram separados para avaliação pelas funcionárias do ambulatório e, após a análise foram devolvidos para arquivamento. Este procedimento de avaliação dos documentos ocorreu dentro do próprio ambulatório e objetivou minimizar os riscos de perdas. Todos os prontuários que atenderam aos critérios de inclusão foram inseridos na pesquisa (N= 246). Foram retirados da análise 55 prontuários

em decorrência dos critérios de exclusão estabelecidos. O total incluído na pesquisa foi de 191.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário padrão, que incluiu parte das questões desenvolvidas pelos pesquisadores e parte adaptada do instrumento proposto por Oliveira *et al.*¹⁴. Os desfechos primários avaliados se relacionaram a AC, sobre quais alimentos foram oferecidos além do leite materno, consumo hídrico, chá (com ou sem adição de açúcar), suco (natural, industrializado ou em pó), refrigerante e café. Foi avaliado se houve oferta de preparações lácteas, como mingau, e quais ingredientes foram adicionados a ele, além do consumo de frutas, verduras, legumes e sobre as consistências alimentares adotadas. Em relação as preparações salgadas, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS), avaliou-se como eram ofertadas (igual à da família, industrializada, preparada apenas para a criança) e a consistência (amassada, em pedaços, liquidificada ou peneirada) além da oferta de algum ultra processado (ex.:

miojo, *nuggets*, salsicha). As variáveis secundárias se relacionaram com dados sociodemográficos e características clínicas das crianças.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. No caso das variáveis sobre AM, valores por ponto e intervalos com 95% de confiança foram avaliados. A normalidade foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. O banco de dados foi elaborado no *Excel* e as análises foram realizadas por meio do software *Stata* 16.1¹⁵.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº 4.165.849 de 21 de julho de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foram avaliados um total de 191 prontuários de crianças menores de 24 meses. A idade mediana foi de 236 dias (P25: 145; P75: 356 dias), variando entre 13 e 680 dias. Destas crianças, 98 (51,31%) foram do sexo masculino e 80 (41,88%) tinham idade entre seis e 12 meses (Tabela 1).

Tabela 1. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo variáveis sociodemográficas e características do aleitamento materno.

Variável	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	93	48,69
Masculino	98	51,31
Faixa etária (meses)		
Menores de seis	68	35,60
Entre seis e 12	80	41,88
Maiores de 12	43	22,51
Aleitamento materno exclusivo (AME) *(n=172)		
Sim	146	83,43
Não	26	16,57
Aleitamento materno (AM)		
Sim	149	78,01
Não	42	21,99

Legenda: *: Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

Na Tabela 1, identifica-se que 146 (83,43%) crianças receberam AME em algum momento da vida. Dentre os 122 casos em que o tempo de AME esteve disponível, a mediana foi de 120 dias (P25: 60; P75: 180 dias), tendo variado entre dois e 270 dias.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006¹⁶, a prevalência de AME entre as crianças menores de seis meses foi de 38,6%. Verificou-se ainda que, 48,0% das crianças foram amamentadas apenas por três meses. Esses valores se mostram muito aquém da recomendação do MS e da OMS, que seria de seis meses^{3,4,5,17}.

Observou-se ainda que 149 crianças (78,01%; IC95%: 71,46 – 83,67%) receberam AM em algum momento da vida (Tabela 1). A duração mediana entre estas 149 crianças amamentadas foi de 150 dias (P25:90; P75: 236 dias) e variou entre zero e 635 dias.

Com relação ao AM, na pesquisa realizada pela PNDS foi encontrado que 95% das crianças haviam sido amamentadas em algum momento da vida, sendo este valor inferior na região Sul (91,20%)¹⁶. A pesquisa mostrou ainda que 42,90% das crianças receberam AM na primeira hora de vida¹⁶. Esta simples ação diminui a morte neonatal, como mostrou o estudo realizado por Edmond *et al.*¹⁸, que

avaliou 10947 bebês, e apresentou que 22% de mortes neonatais poderiam ser evitadas se acontecesse a amamentação na primeira hora de vida.

Na Figura 1 estão apresentados os tipos de leite utilizados no momento da

última consulta por 186 das crianças avaliadas. Verificou-se valores próximos de leite materno (32,80%) e fórmula infantil (31,18%).

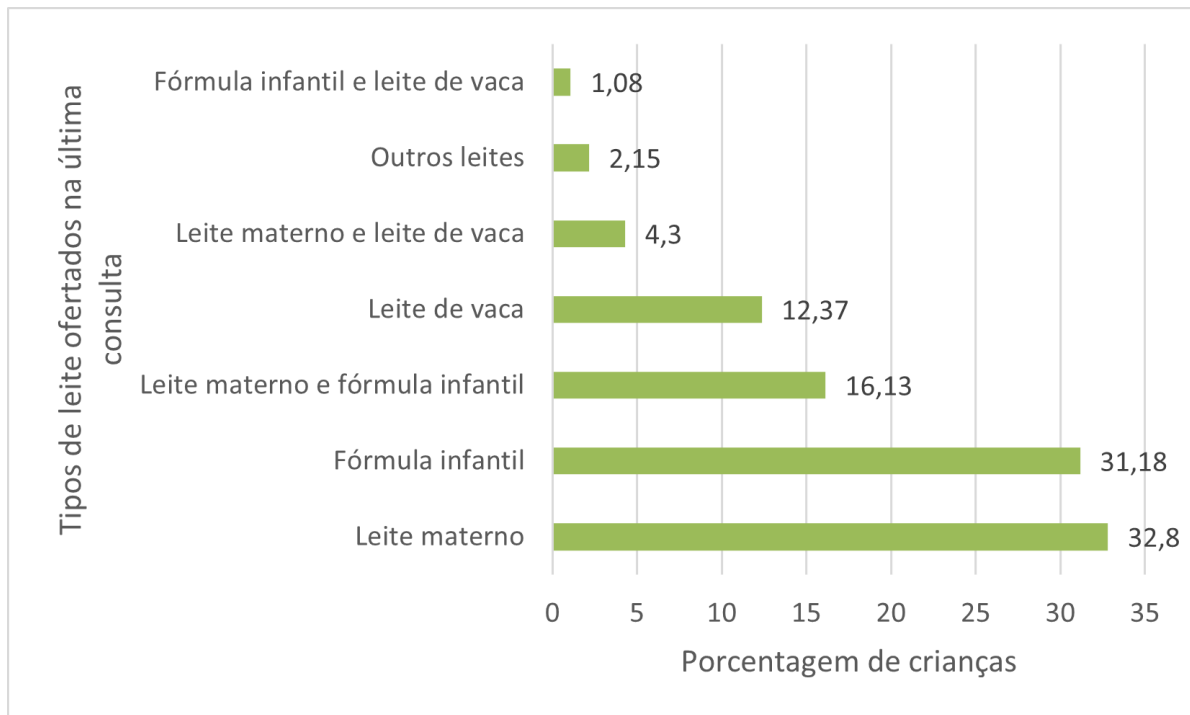


Figura 1. Número de menores de 24 meses (N=186) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo o tipo de leite ofertado no momento da última consulta realizada.

No que se refere aos outros tipos de leite, além do materno, utilizados pelos menores de 24 meses, o MS⁵, aponta que a composição da fórmula não tem as mesmas propriedades e benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno. Outro leite utilizado foi o de vaca, sendo que ele possui uma elevada quantidade de proteína, aumenta a excreção de cálcio pela urina, sobrecarrega os rins, além de outras

trazer complicações, como alergias, complicações no trato gastrointestinal e pode estar relacionado ao desenvolvimento de atopia, especialmente entre os menores de seis meses^{5,19,20}.

Por meio da Tabela 2 verificou-se a introdução precoce de alimentos antes dos seis meses de vida. Em ordem decrescente estão os leites e derivados (71,70%); frutas (34,38%); mingau

(26,15%); papa salgada (16,39%); verduras e legumes (11,86%); massas ou cereais (11,67%); bebidas adoçadas (chás adoçados, suco em pó,

refrigerante) (6,78%); bolachas e pães (5,36%); feijão (3,51%); e carnes e ovos (1,79%).

Tabela 2. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo os alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida.

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Leite e derivados *(n=106)	76	71,70	30	28,30
Frutas*(n=64)	22	34,38	42	65,63
Mingau *(n=65)	17	26,15	48	73,85
Papa salgada *(n=61)	10	16,39	51	83,61
Verduras e legumes *(n=59)	07	11,86	52	88,14
Arroz, batata, macarrão *n=60)	07	11,67	53	88,33
Bebidas adoçadas (chá, suco, refrigerante, café, outros) *(n=59)	04	6,78	55	93,22
Bolachas e pães *(n=56)	03	5,36	53	94,64
Feijão *(n=57)	02	3,51	55	96,49
Carnes e ovos *(n=56)	01	1,79	55	98,21

Legenda: N: número; %: porcentagem; *:Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

De acordo com a OMS^{3,4}, até os seis meses de vida, a alimentação da criança deve ser composta exclusivamente de leite materno, pois a introdução precoce de alimentos pode resultar em consequências danosas a saúde da criança. Um estudo realizado em 2011, na cidade de Cuiabá-MT, que avaliou 113 lactentes, mostrou da mesma forma introdução precoce de alimentos. Segundo os autores, todas as crianças receberam alimentos ou líquidos antes dos seis meses de idade, sendo água (86,70%), papa salgada (69,0%), chás

(68,10%), sucos (67,30%), iogurte (60,20%), caldos (60,20%), leite em pó (59,30%), alimentação da família (38%), leite de vaca integral (15,90%), bolacha/pão (45,10%)²¹.

Na Tabela 3 observa-se os alimentos ofertados na AC, após os seis meses de vida. No grupo das bebidas, 102 (56,67%) crianças ainda recebiam leite materno, 61 (43,57%) tomavam água, 43 (28,10%) faziam o consumo de mingau. No que se refere ao mingau, observou-se relatos da inclusão de ingredientes como, açúcar, farinha de aveia, farinhas de cereais instantâneos com açúcar (de

arroz, milho e outros) e leite de vaca. A análise da consistência (textura) do mingau mostrou que ele era oferecido na forma líquida por meio de mamadeira (dados não apresentados na tabela).

Um estudo realizado no Acre, no ano de 2011, apresentou que as famílias priorizavam a oferta de mingau as crianças, sendo que 48% delas consumiam a preparação de três a quatro vezes ao dia²². Outro estudo realizado no estado de São Paulo, que

teve como objetivo caracterizar o consumo alimentar de lactentes, mostrou elevado consumo de mingau (doce/salgado), sendo este de 41,60% entre os lactentes não amamentados, e de 32,10% entre os amamentados²³. De acordo com o GA, deve-se evitar alimentos como mingau, visto que, apesar de parecer ser saudável pelo termo “cereal”, é uma preparação que utiliza alimento ultraprocessado em sua grande maioria⁵.

Tabela 3. Número e porcentagem de menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório pediátrico no ano de 2019, segundo os alimentos ofertados na alimentação complementar.

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Bebidas				
Leite do peito *(n=180)	102	56,67	78	43,33
Água *(n=140)	61	43,57	79	56,43
Mingau *(n=153)	43	28,10	110	71,90
Suco natural de frutas *(n=148)	09	6,08	139	93,92
Café *(n=147)	07	4,76	140	95,24
Chá *(n=144)	07	4,86	137	95,14
Suco de fruta industrializado *(n=147)	05	3,40	142	96,90
Refrigerante *(n=147)	01	0,68	146	99,32
Frutas				
Maçã, banana, morango, mamão	81	54,36	68	45,64
Carnes e ovos				
Carne *(n=145)	60	41,38	85	58,62
Ovos (clara e gema) *(n=135)	14	10,37	121	89,63
Ovos (clara de ovo) *(n=75)	-	-	75	100
Ovos (gema de ovo) *(n=77)	02	2,60	75	97,40
Verduras e legumes				
Abóbora, cenoura, brócolis *(n=137)	41	29,93	96	70,07
Verduras ou folhas *(n=138)	24	17,39	114	82,61

Cereais, tubérculos e leguminosas

Feijão ou lentilha *(n=148)	56	37,84	92	62,16
Arroz, batata, aipim *(n=144)	72	50,00	72	50

Ultraprocessados

Bolacha, biscoito, salgadinho *(n=149)	29	19,46	120	80,54
Bala, pirulito, guloseimas *(n=145)	03	2,07	142	97,93
Miojo *(n=144)	01	0,69	143	99,31
Salsicha, linguiça ou nuggets *(n=144)	-	-	144	100

Legenda: N: número; %: porcentagem; *:Números variam em função da ausência de preenchimento no prontuário.

Observou-se ainda que as crianças consumiam suco de fruta natural (6,08%), café (4,76%), chá (4,86%), suco de fruta industrializado (3,40%) e refrigerantes (0,68%) (Tabela 3). Uma pesquisa realizada em escolas de Pelotas/RS, que avaliou 73 crianças com idade entre um e três anos, mostrou que 14% faziam consumo de suco natural²⁴, ou seja, um valor acima do observado em Tubarão. Valores superiores aos encontrados na presente pesquisa foram citados no estudo de Bortolini, Gubert e Santos¹², que encontraram que 32,50% das crianças avaliadas consumiam suco natural diariamente. Segundo o GA, nessa faixa etária deve-se priorizar a oferta de água. As bebidas adoçadas por apresentarem grande quantidade de açúcar, são indicadas após os dois anos de idade. Deve-se evitar chás pretos ou guaraná, pois dificultam a absorção de ferro e cálcio, e por possuírem cafeína (substância estimulante) pode deixar a criança agitada. Quanto ao suco, é

importante priorizar a fruta *in natura*, pois normalmente esse suco costuma estar adoçado, e está relacionado ao aumento de peso e desenvolvimento de caries⁵.

Quanto ao grupo das frutas, 81 (54,36%) crianças consumiam algum tipo, como maçã, banana, morango, mamão (Tabela 3). Em relação a forma com que era oferecida, obteve-se maior relevância na consistência amassada (35,81%) (dados não apresentados na tabela). Um estudo realizado por Bortolini, Gubert e Santos¹², apresentou que das 4322 crianças avaliadas, 44,60% faziam o consumo de frutas. Segundo a PNDS apenas 40% das crianças avaliadas consumiam frutas, legumes e verduras, mostrando que o padrão de consumo era baixo nesse seguimento etário¹⁶. Conforme o GA, deve-se priorizar frutas de época, que são mais saborosas e apresentam menor custo. Elas devem ser oferecidas sem açúcar e com textura amassada e/ou raspadas ou

em pequenos pedaços para estimulação oral da criança⁵.

Quanto ao grupo das carnes e ovos, 60 (41,38%) crianças consumiam algum tipo de carne e 14 (10,37%) consumiam ovos inteiros (gema e clara) (Tabela 3). Santos *et al.*²⁵, realizaram uma pesquisa no Hospital Municipal de Imperatriz, no Maranhão, para conhecer a alimentação das 174 crianças menores de um ano internadas e encontraram que de seis a 12 meses, 17,80% faziam consumo de carne. Bortolini, Gubert e Santos¹², verificaram que o consumo de carnes realizado pelas crianças era de 24,60%. Segundo o GA, todos os tipos de carnes podem ser oferecidos a crianças a partir dos seis meses de idade, devendo-se apenas ter cuidados com o cozimento, para não servir de forma crua e malpassada e retirar as partes gordurosas⁵.

No grupo de legumes e verduras, 24 (17,39%) crianças consumiam verduras ou folhas e 41 (29,93%) consumiam legumes (Tabela 3). No estudo realizado por Santos *et al.*²⁵, 40 (23%) crianças de até um ano recebiam legumes e Bortolini, Gubert e Santos¹² encontraram que 12,70% consumiam verduras de folhas e 21,80%, legumes. Segundo o GA, este grupo de alimentos deve estar presente em pelo menos todas as principais refeições da criança (almoço e jantar).

Eles costumam ser menos aceitos pelas crianças, por isso é válido lembrar que os pais possuem uma grande responsabilidade em oferecer e dar exemplo⁵.

No grupo dos feijões, 56 (37,84%) crianças consumiam feijão ou lentilha (Tabela 3). Segundo Bortolini, Gubert e Santos¹², a prevalência do consumo de feijão em seu estudo foi de 66,20% e um estudo realizado com 36 crianças em Picos/PI, encontrou 66,60% faziam consumo²⁶. Segundo o GA, todos os tipos de feijão ou leguminosas devem ser oferecidos não apenas o caldo, a partir dos seis meses⁵.

No grupo dos cereais, massas, tubérculos e raízes, 72 (50%) crianças consumiam arroz, batata, macarrão ou aipim (Tabela 3). No estudo de Bortolini, Gubert e Santos¹², se verificou que 77,40% das crianças consumiam arroz. Segundo o GA, os cereais além de apresentar facilidade em seu preparo, tem o cozimento rápido e grande quantidade de carboidratos⁵.

Com relação a comida de sal (sopa, papinhas), 93 (56,71%) crianças consumiam esse tipo de refeição (dados não apresentados na tabela). O GA promove alimentação adequada e saudável para as crianças. Quanto a consistência, à luz das diretrizes atuais, recomenda-se que, no primeiro momento

deva ser ofertada de alimentos amassados, evoluindo para pedaços pequenos, estimulando a mastigação e, por fim, com pedaços maiores, com mesma apresentação à comida de família, neste caso para as crianças com mais de 12 meses de idade.⁵

Quanto aos industrializados e ultraprocessados verificou-se que 29 (19,46%) crianças consumiam bolachas, biscoitos e trêz (2,07%) consumiam bala ou pirulito, um (0,69%) consumiu miojo (Tabela 3). Bortolini, Gubert e Santos¹², verificaram elevado consumo de alimentos não recomendados, como doces (21,40%), biscoitos (46,30%); salgadinhos (8,50%) e refrigerantes (22,10%). Da mesma forma Santos *et al.*²⁵, encontraram o consumo de alimentos adoçados com açúcar (18,40%) e de bolacha ou salgadinho (16,70%). Segundo o GA, o consumo dos alimentos ultraprocessados não é recomendado antes dos dois anos e não deve fazer parte da alimentação da criança, uma vez que eles apresentam um processamento muito grande, com elevado teor de sal, açúcar, gorduras e aditivos alimentares (corantes, conservantes). O excesso do consumo desses alimentos está relacionado a problemas como hipertensão, diabetes, câncer, obesidade e caries dentarias⁵. Como limitações da presente pesquisa

estão, a ausência de informações sociodemográficas dos responsáveis pelas crianças, a ausência de padronização das variáveis relacionadas ao AM e AC nos prontuários e possível subnotificação desses dados. Todavia, um ponto forte a ser mencionado refere-se à utilização de todos os prontuários disponíveis no ano de 2019, fato este que torna os resultados representativos da população deste ambulatório.

CONCLUSÃO

Verificou-se na presente pesquisa que grande parte das crianças menores de 24 meses avaliadas não recebeu a AC, segundo as recomendações do GA. Observou-se ainda que AC foi introduzida de forma precoce e no que se refere ao consumo após os seis meses de vida, apresentou baixo consumo de frutas e verduras e, em contrapartida, excesso de biscoitos, mingau e ultra processados. Apesar disso, pela avaliação dos itens ofertados, pode-se entender que ainda prevalece a oferta de refeições estruturadas, que são grupos importantes ao desenvolvimento e crescimento infantil.

É preciso que haja maior conscientização quanto a importância da alimentação infantil no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças ao longo da vida. Salienta-se

ainda, e sobre a necessidade de divulgação do GA, como fonte de suporte teórico para os pais e responsáveis pelas crianças.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/vsualizar/MTI4OQ==>>.
2. VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.
3. WHO. World Health Organization. **Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding**. World Health Assembly, 54. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78801>>.
4. WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1 definitions**. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/?sequence=1>>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/vsualizar/MTQ0Ng==>>.
6. SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde**. 2015; 24(3): 465-74. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300012&lng=en&lng=pt>.
7. GURMINI, J. et al. Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de escolas públicas. **Rev Med UFPR**. 2017; 4(2): 55-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i2.55187>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/55187/33467>>.
8. MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J Pediatr**. 2004; 80(5 suppl): s131-s41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de atenção básica n.11. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

- Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Cadernos de Atenção Básica; n. 23. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5OQ==>>.
11. IOM. Instituto of Medicine. ***Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fatty, acid, cholesterol, Protein, and Aminoacids.*** Washington: DC; The National Academies Press; 2005. Disponível em: <https://www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic_uploads/energy_full_report.pdf>.
 12. BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad Saúde Pública.** 2012; 28(9): 1759-71. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2012.v28n9/1759-1771/#>>.
 13. DALLAZEN, C. et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cad. Saúde Pública.** 2018; 34(2): e00202816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00202816>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00202816>>.
 14. OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública.** 2015; 31(2): 377-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209513>. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200377&script=sci_abstract&lng=pt>.
 15. STATA CORP. **Stata statistical software: release 16.** College Station: Stata Corporation; 2019.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009a. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4416.pdf>>.
 18. EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics.** 2006. 117(3): e380-6. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1496>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16510618/>>.
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.

- cacoes/aleitamento_materno_distrib
uicao_leite.pdf>.
20. GREER, F. R.; SICHERER, S. H.; BURKS, A. W. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology; Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Timing of Introduction of Complementary Foods, and Hydrolyzed Formulas. **Pediatrics** January 2008; 121 (1): 183–91. DOI: 10.1542/peds.2007-3022. Disponível em:<
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/121/1/183/71045/Effects-of-Early-Nutritional-Interventions-on-the>>.
 21. MARTINS, C. B. G. et al. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2014; 23(1): 79-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100008>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100008&lng=pt&nrm=iso>.
 22. GARCIA, M.T.; GRANADO, F.S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2011; 27(2): 305-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200012>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200012>>.
 23. PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D.; VENANCIO, S. I. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. **Ciênc. saúde coletiva**. 2020; 25(1): 375-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.00132018>. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/csc/a/8hNsPxmqhJbyBYKCXpLWTGB/?lang=pt#>>.
 24. NEVES, A. M.; MADRUGA, S. W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiol Serv Saúde**. 2019; 28(1): e2017507. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000100019>. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100019>>.
 25. SANTOS, F. S. et al. Práticas alimentarias entre niños menores de un año ingresados en hospital público. **Enferm glob**. 2019; 18(53): 464-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.301541>. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100015&lng=es&nrm=iso>.
 26. ARAÚJO, N. L. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. **Rev. Rene**. 2013;14 (6): 1064-72. Disponível em: <
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3711/2931>>.