

CARACTERIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES

Development of nutrition in children aged 6 to 24 months

Gisele Fernanda Schaurich⁽¹⁾, Susana Elena Delgado⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar a alimentação de crianças entre seis e 24 meses de município do RS. **Métodos:** estudo descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2012 e a amostra compreendeu 88 crianças. Foi realizada entrevista com os responsáveis. **Resultados:** verificou-se que 86% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo com duração média de três meses e meio. Houve introdução precoce de líquidos aos quatro meses, em média, com correlação positiva com menor período de amamentação. A oferta de pastosos foi precoce, com mediana de introdução no quinto mês; a consistência estava adequada na idade atual. Refrigerantes e salgadinhos eram consumidos por 80,7% e 76,1% das crianças. A mamadeira era utilizada por 93,2% e o uso esteve correlacionado com menor período de aleitamento materno. A chupeta era usada por 64%. Dos responsáveis, (47,7%) receberam informações sobre introdução dos alimentos do pediatra. **Conclusão:** constatou-se que tanto a prática do aleitamento materno exclusivo quanto complementado se dá em período menor que o recomendado. Foi predominante a introdução precoce de líquidos e pastosos. Verificou-se elevado uso de mamadeira e chupeta. Identificou-se participação de leigos nas orientações sobre alimentação, não obstante, o pediatra foi o mais citado.

DESCRITORES: Saúde Pública; Aleitamento Materno; Alimentação; Criança

■ INTRODUÇÃO

A prática de uma alimentação qualitativa e quantitativamente apropriada é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento dos seres humanos, sobretudo nos primeiros anos de vida¹. Nas práticas alimentares infantis atuam fatores socioeconômicos, culturais, geográficos, demográficos, psicológicos e resultantes da interação mãe e filho, que refletem no interesse materno e na qualidade da alimentação infantil².

Do ponto de vista fonoaudiológico, o crescimento adequado e desenvolvimento normal das estruturas do sistema estomatognático estão diretamente relacionados aos estímulos externos e internos oferecidos à região oral, essencialmente, no início da vida^{3,4}. O desenvolvimento motor-oral ocorre nos

primeiros meses de vida por meio dos movimentos realizados pelos órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, assoalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias) durante a função de sucção⁵.

Dessa forma, a prática da amamentação, além dos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais amplamente divulgados, também tem efeito positivo para a saúde da comunicação ou do sistema estomatológico. O ato de sugar a mama funciona como um regulador natural do crescimento e desenvolvimento harmonioso das estruturas envolvidas⁵⁻⁷.

A oferta de diferentes alimentos e consistências a partir do sétimo mês de vida é preconizada por diversas organizações^{8,9} por representar a continuidade no fortalecimento dos músculos e das estruturas ósseas faciais. Estímulos como a escolha do utensílio e consistência do alimento são importantes para a adequação de funções como a deglutição, respiração, mastigação e fonoarticulação.

De acordo com Ministério da Saúde, após o sexto mês de vida, o lactente pode receber alimentos

⁽¹⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

⁽²⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

complementares três vezes ao dia, mantendo o aleitamento materno até os dois anos ou mais. Estes alimentos devem ser amassados com o garfo e não liquidificados ou peneirados, precisam ser oferecidos com colher e não na mamadeira. A consistência deve progredir conforme as habilidades da criança, iniciando com alimentos amassados e consistentes, depois triturados, picados e, por último, a consistência da dieta da família. A oferta pode ser bastante variada, visando a absorção de nutrientes e a formação de hábitos alimentares saudáveis ⁸.

Os hábitos orais deletérios, entre os quais ressaltam-se o uso da chupeta, da mamadeira, a sucção digital e a onicofagia (roer unhas), podem interferir no processo natural de crescimento e funcionalidade das estruturas do sistema estomagnático. Esses surgem quando a necessidade de sucção do bebê não é adequadamente atendida ¹⁰.

Diversos autores ¹¹⁻¹³ ressaltam a importância da orientação aos pais sobre como deve ser uma alimentação saudável para a criança, evitando comportamentos desaconselháveis como a oferta precoce de alimentos inadequados à faixa etária e de líquidos como água e chás. É evidenciado pela literatura que tais práticas tendem a levar ao desmame precoce, prejudicando a saúde da criança como um todo, fato que ainda parece ser desconhecido pelos responsáveis.

Uma vez que as funções do fonoaudiólogo contemplam a profilaxia e a promoção da saúde ¹⁴, o presente trabalho se mostra relevante diante da importância de se tomar conhecimento das condições de saúde, de assistência e de vida da população com vistas à criação de políticas públicas de saúde efetivas ^{15,16}.

O objetivo do presente estudo é caracterizar a alimentação de crianças com idades entre seis e 24 meses no município de Paverama-RS e, especificamente, descrever o perfil sociodemográfico da população entrevistada, indicar época de introdução, tipos de alimentos e consistência que estão sendo oferecidas nessa faixa etária, verificar a presença de hábitos orais deletérios e constatar de quais profissionais ou fontes os pais receberam orientações sobre o processo de transição de consistência dos alimentos.

■ MÉTODOS

O projeto foi aprovado pela Secretaria de Saúde do município de Paverama – RS e pelo do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Luterana do Brasil sob o número 51368 e encontra-se vinculado à linha de pesquisa “Caracterização do processo

de alimentação de crianças com e sem fissura palatina”.

A presente pesquisa é quantitativa, do tipo transversal e descritiva, envolvendo todas as crianças entre seis e 24 meses, de ambos os sexos, com cadastro na Secretaria de Saúde do município totalizando 106 indivíduos.

Distante 100 Km da capital, a cidade pertence ao Vale do Taquari e está localizada na região central do Rio Grande do Sul. A população estimada é de 7.744 habitantes (CENSO 2000), com média de 70 nascimentos/ano, conforme dados do DataSus (2010). A economia atual é baseada fundamentalmente no setor calçadista, agropecuário, de equipamentos industriais e fundição de metais.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro realiza o atendimento primário em saúde a toda população seguindo o modelo de Estratégia de Saúde da Família. O quadro técnico é composto por cinco clínicos gerais, dois enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, 14 agentes comunitários de saúde, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal, uma psicóloga e uma farmacêutica. O fonoaudiólogo não está inserido na UBS. Não há atendimento ginecológico ou pediátrico. Estes são realizados por meio de convênio com profissionais não vinculados à equipe de saúde, respeitando o sistema de demanda espontânea. As consultas de pré-natal são realizadas mensalmente com o clínico geral e, após esta consulta, as gestantes participam de um grupo onde recebem informações e orientações dos enfermeiros. Não há acompanhamento puerperal por parte do clínico ou do pediatra. As visitas são realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

A seleção dos indivíduos da amostra, bem como a obtenção dos dados de filiação, telefone e endereço, foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde por meio do programa TeiSaúde 1.0.55, no qual utilizou-se o campo “data de nascimento” para efetuar a busca. O prazo estabelecido foi de crianças nascidas entre julho de 2010 a janeiro de 2012.

Analysaram-se os dados de 106 crianças cujos responsáveis concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Destas, se enquadraram no critério de exclusão: prematuros (13); com má formação caniofacial (01); com síndrome genética ou neurológica (02); e, recolhidos pelo conselho Tutelar (02). A amostra final foi de 88 crianças.

A entrevista foi adaptada de Carneiro e col. ¹⁷ e aplicada aos responsáveis pela criança em seu local de residência, com visita marcada previamente por telefone. Conteve perguntas referentes ao parto, às condições ao nascimento, à alimentação da

criança até a presente data, com tipos e modos de preparo dos alimentos e utensílios utilizados para alimentação e ainda investigou a presença de hábitos orais. Ao final da entrevista o responsável recebeu um *folder* contendo informações acerca dos assuntos abordados na mesma.

Realizou-se estudo piloto de três entrevistas para verificar a possibilidade de ajustes, o que não foi necessário.

Os critérios utilizados para definir o tipo de aleitamento materno, bem como desmame precoce, foram os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde ¹ na categoria “aleitamento materno exclusivo” (AME), a criança recebe apenas leite e nenhum outro líquido ou alimento sólido; na categoria “aleitamento materno” (AM), a criança é alimentada com o leite materno, independentemente de receber outros tipos de alimento, inclusive o leite não humano; na categoria “alimentação complementar” (AC), a criança recebe tanto leite humano quanto alimentos sólidos ou semissólidos. Foi considerado desmame precoce a interrupção do aleitamento materno antes do lactente haver completado seis meses de vida, independentemente da decisão ser materna ou não e do motivo de tal interrupção.

Foram entendidos como líquidos ralos: água, sucos, refrigerantes, chás, leite com achocolatado ou café. Líquidos engrossados: leite com farinhas, batidas, iogurtes, frutas liquidificadas. Utilizou-se o termo “ambos” quando consumidos os dois tipos de líquidos.

O banco de dados foi armazenado no programa Excel e, para análise estatística optou-se pelo programa SPSS/PC 10.0, com uso de medidas de tendência central e tabelas cruzadas.

Para verificar os possíveis fatores associados às variáveis independentes selecionadas da amostra,

utilizou-se o teste Exato de Fischer, sendo considerado como significativo $p < 0,05$ e, o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson para verificar as possíveis correlações entre as referidas variáveis.

■ RESULTADOS

A amostra estudada foi composta por 88 crianças, com idade média de um ano e três meses, sendo 20 (22,7%) entre seis e 11 meses e 29 dias, 40 (45,4%) entre 12 e 17 meses e 29 dias e 28 (31,8%) acima de 18 meses. O parto cesáreo ocorreu em 78,4% dos casos e a distribuição entre os gêneros foi idêntica.

Quanto às características sociodemográficas da população, a média de idade das mães foi de 28 anos, 38,6% não haviam concluído o ensino fundamental e 47,7% eram primíparas. A renda mensal mais frequente foi de um a dois salários mínimos.

Embora 86,4% dos indivíduos tenham recebido AME com duração média de três meses e meio, 55,7% da amostra, já não estava mais recebendo o leite materno na data da entrevista, tendo a mediana de desmame se fixado no quarto mês de vida, como é possível verificar na Tabela 1. A prevalência de aleitamento materno até o sexto mês foi de 17,1% e, quanto ao motivo do desmame, 38,0% das mães relataram ter optado por introduzir outros alimentos na dieta da criança, 24,0% alegaram falta ou quantidade insuficiente de leite, 16% informaram tê-lo feito por orientação do pediatra e 10,0% por volta ao trabalho.

A introdução precoce da alimentação complementar das crianças do estudo ocorreu em 82,9% dos casos, na qual verificou-se a predominância da oferta de líquidos como descrito na Tabela 2.

Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme período médio de aleitamento materno exclusivo e aleitamento complementado. Paverama, 2012

Tipo de aleitamento	n	SIM	n	NÃO	Média (dias)	Mediana (dias)
Aleitamento Materno Exclusivo	76	86,4%	12	13,6%	107,1	
Aleitamento Materno	78	88,6%	10	11,36%	230,2	
Desmame	49	55,7%	39	44,3%	148,5	120

n=88

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme mediana (dias) da idade de introdução de líquidos. Paverama, 2012

Idade de Consumo de Líquidos	Sim %	Não %	Total %	Mediana (Dias)
Chá	91	9	100	120
Água	100	0	100	120
Outro leite	81	19	100	120

n= 88

Entre as 80 crianças que receberam chá, 36 (45,0%) o fizeram antes do terceiro mês de vida, 41 (51,0%) entre três e seis meses e, apenas três (3,8%) após o sexto mês de vida. Identificou-se também correlação positiva moderada ($r=0,489$; $p=0,000$) entre a introdução de chá e o desmame e correlação positiva fraca ($r=0,326$; $p=0,022$) entre introdução de água e desmame respectivamente, significando que as crianças que receberam chá e água desmamaram mais cedo quando comparadas àquelas que não receberam estes líquidos.

Quanto aos alimentos sólidos, as frutas foram

a primeira opção das mães, sendo oferecidas em média no quinto mês de vida, seguidas pela sopa de legumes aos cinco meses e sete dias. A consistência amassada foi a escolhida pelas mães em ambos os casos de forma predominante, em 98,9% para as frutas e 84,1% para a sopa. A Tabela 3 apresenta a evolução na oferta de consistência da carne de processada para pedaços. Estes resultados permitem inferir que a progressão da idade dos indivíduos esteve relacionada ao consumo de consistências mais firmes e alimentos menos processados.

Tabela 3 – Distribuição da amostra conforme grupos etários e consistência da carne. Paverama, 2012

Grupos Etários	Consistência da carne				Total	
	Triturado		Cortado			
	n	%	n	%	n	%
0 - 6 meses	52	98,1	1	1,9	53	100,0
7 - 12 meses	27	84,4	5	15,6	32	100,0
Total	79	89,7	6	7,0	85	100,0

Teste Exato de Fisher $p=0,026$

As bolachas tiveram mediana de introdução ao quinto mês e a evolução na forma de oferecer este alimento apresenta-se na Tabela 4. Ao analisar a introdução de refrigerantes, observou-se que das 88 crianças, 71 (80,7%) consumiam esta bebida

e 10 (11,3%) delas apresentavam início anterior ou igual aos seis meses de idade. Os salgadinhos industrializados também faziam parte da dieta de um número elevado de participantes (76,1%), com mediana de introdução aos 11 meses de vida.

Tabela 4 – Distribuição da amostra conforme grupos etários e consistência das bolachas. Paverama, 2012

Idade bolachas	Consist. Bolachas				Total	
	Amassada		Não processada			
	n	%	n	%	n	%
0 - 6 meses	56	80,0	14	20,0	70	100,0
7 - 12 meses	7	43,8	9	56,3	16	100,0
> 12 meses			2	100,0	2	100,0
Total	63	71,6	25	28,4	88	100,0

Teste Exato de Fisher $p=0,026$

Na questão aberta, referente à importância da mudança de consistência na dieta da criança, 70 (79,0%) entrevistados relataram que esta se dava para aumentar a oferta nutricional, 15 (17,0%) para aprender a mastigar e/ou adaptar-se com diferentes tipos de alimentos. Outras respostas como “para não ficar doente” ou “para não ficar mamando o tempo todo” somaram 2,0%. Uma mãe não respondeu.

A maior parte dos responsáveis relatou ter recebido informações sobre introdução dos alimentos e mudança na consistência do pediatra (47,7%), seguido de pessoas conhecidas (43,2%) e do enfermeiro (6,8%).

Não foram observadas diferenças significativas entre tempo de AM e características maternas como primiparidade, escolaridade, renda familiar e tipo de parto entre as crianças que receberam precocemente alimentação complementar e aquelas cuja introdução de novos alimentos aconteceu a partir de seis meses de idade.

Na alimentação atual, por ocasião da coleta, 82 crianças (93,2%) faziam uso de mamadeira. No teste de correlação entre introdução da mamadeira e desmame obteve-se correlação positiva forte ($r= 0,720$; $p=0,000$). O aumento do furo do bico da mamadeira foi relatado por 26 mães (31,7%) e houve predominância na oferta de líquidos ralos neste utensílio.

Apesar do elevado índice de participantes que utilizava a mamadeira, o uso de copo foi relatado por 72,7% das mães.

Em relação ao uso da chupeta, verificou-se frequência de 61,4% e não foi encontrada associação entre seu uso e menor período de aleitamento tanto exclusivo quanto complementado.

Entre os entrevistados, 42,0% afirmaram não conhecer a profissão de Fonoaudiologia.

■ DISCUSSÃO

Nos últimos anos, aumentaram as evidências científicas que fundamentam a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade^{1,5-9}. Não obstante a recomendação dos órgãos de saúde^{1,8,9}, o AME até o sexto mês de vida não é – salvo raras exceções – praticado pelas mulheres, sejam elas de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Enquanto no Reino Unido, menos de 2% das mulheres amamentam exclusivamente até o sexto mês¹⁸, no Brasil os resultados da II Pesquisa Nacional de Aleitamento Materno¹⁹ mostraram que 41% das crianças recebem AME até a idade preconizada. Verifica-se que, embora no Brasil o índice seja maior, ainda é uma prática muito aquém do desejado.

Com respeito a este dado, o presente estudo obteve resultados semelhantes aos encontrados em Araçatuba – SP²⁰, verificando que a prática do aleitamento materno exclusivo foi realizada por 86,4% das crianças. Não obstante, a duração média não tenha ultrapassado os três meses e meio de idade. Resultado diferente foi encontrado por pesquisa semelhante realizada no município de Canoas – RS em 2009¹⁷, em que 98% das crianças receberam AME, mas com duração média de dois meses e oito dias. Média de AME inferior à nacional foi também encontrada nos municípios da Região Sul do Brasil pela Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros²¹, publicada pelo Ministério da Saúde em 2010. Os valores encontrados, tanto para o índice de AME, quanto para o período, se encontram distantes do recomendado.

Dados referidos na literatura^{22,23} denotam que as mulheres reconhecem a importância da amamentação, mas não a relevância de sua exclusividade até o sexto mês. A presença de crenças e mitos maternos como “leite fraco”, “pouco leite”, “o bebê não quis pegar o peito”, “o leite materno não mata a sede do bebê” e “os seios caem com a lactação” evidenciam a insegurança da mulher ante questões do cotidiano materno durante a amamentação e parecem ter grande influência na introdução precoce da alimentação complementar²³.

Ao analisar o motivo de desistência do AME no presente estudo, identificou-se como principal fator a decisão materna em oferecer outro alimento, em 38,6% dos casos, seguido do relato de “falta ou quantidade insuficiente de leite” (23,9%) e orientação do pediatra (15,9%). Nesse caso, vale ressaltar que tal orientação do profissional de saúde pode ter se embasado em recomendações anteriores da OMS⁹ que sugeriam o aleitamento materno exclusivo no período de quatro a seis meses.

Os líquidos como chá, água e leite não materno foram predominantemente introduzidos de forma precoce na dieta das crianças da amostra, com média de início aos três meses e meio, quatro e cinco meses, respectivamente. Corroborando com este resultado, estudo recente²⁴ chama a atenção para a posição destacada que assume a Região Sul do país no que tange ao consumo de chá por crianças nos primeiros seis meses de vida. Além disso, sabe-se que a introdução precoce de chás, água e fórmula láctea, entre outros fatores, são um importante determinante para o desmame precoce²⁵, impedindo que a criança receba os benefícios do aleitamento materno e colocando-a em risco maior de morbimortalidade.

No Rio Grande do Sul, crianças menores de um ano não amamentadas apresentaram risco 14

vezes maior de morrer por diarreia e quase quatro vezes maior de morrer por doenças respiratórias quando comparadas a crianças da mesma idade alimentadas exclusivamente no peito ²⁶. Além disso, um efeito benéfico da amamentação diz respeito ao desenvolvimento do sistema sensorio motor oral, ressaltado por diversos autores ^{3-8,10,17}. Verifica-se ainda, na literatura supracitada que diversas disfunções anatomofuncionais poderiam ser evitadas se respeitado o período adequado de aleitamento materno exclusivo, uma vez que essa prática comprovadamente favorece o desenvolvimento correto do sistema estomatognático e suas funções (respiração, sucção, deglutição, mastigação e articulação dos sons da fala).

Autores brasileiros²⁷ constataram que o consumo de suco e água pelas crianças amamentadas interfere menos do que o chá nos indicadores de aleitamento exclusivo. Já no presente estudo, tal interferência foi observada com relação ao período de aleitamento materno. Houve mais forte correlação entre introdução de chá e menor período de aleitamento materno ($r=0,489$; $p=0,000$) do que da água e período de aleitamento materno ($r=0,326$; $p=0,022$), embora ambos tenham se mostrado significantes.

Antes do sexto mês de vida a criança não está fisiologicamente preparada para digerir alimentos sólidos. Além disso, existe imaturidade neurológica para deglutir alimentos não líquidos, evidenciada pela presença do reflexo de protrusão da língua, por meio do qual a criança empurra os objetos que são aproximados dos seus lábios por isso, normalmente, rejeitam a alimentação oferecida de colher. Ademais, os movimentos de mastigação iniciam-se efetivamente em torno desta idade, época na qual é recomendada a introdução de alimentos mais espessos ^{8,9}.

Assim, de acordo com o Caderno de Nutrição Infantil do Ministério da Saúde ⁸, as primeiras refeições do lactente devem ocorrer após os seis meses, com pequenas quantidades de alimento e devem ir aumentando à medida que a criança cresce. Devem conter alimentos dos seguintes grupos: cereais, tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes). A consistência deve ser pastosa espessa desde o início – amassada e não liquidificada, oferecida de colher e não com a mamadeira – e gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família, com o intuito de estimular a lateralização da língua, desenvolvimento da musculatura facial, no processo de mastigação e permitir à criança distinguir consistências, sabores e cores dos novos alimentos. Além disso, refeições mais espessas fornecem maior densidade energética, fator importante perante a

capacidade gástrica da criança na fase de introdução de novos alimentos.

A introdução precoce da alimentação complementar pode ser tão prejudicial ao desenvolvimento da criança quanto a sua oferta tardia, de modo que no primeiro caso, pode influenciar a duração do AM, interferir na absorção de nutrientes, aumentar o risco de contaminação e reações alérgicas e, no segundo, pode levar ao atraso no desenvolvimento das funções do sistema estomatognático, desaceleração do crescimento, aumentando o risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes ^{8,9,28}.

Na presente pesquisa, a maior parte das mães optou por iniciar a oferta de alimentos sólidos e semissólidos pelas frutas, em média no quinto mês de vida, seguida da sopa de legumes, aos cinco meses e sete dias, ambos de maneira precoce se comparados com as orientações dos órgãos de saúde nacionais e internacionais ^{8,9,28}. A textura predominantemente ofertada foi a amassada 98,9% no caso das frutas e 84,1% na sopa, respeitando o preconizado.

Os achados deste estudo indicaram associação significativa entre progressão da idade e aumento da consistência nas categorias “carnes” e “bolachas”, ($p=0,026$) e ($p=0,001$) respectivamente. A evolução na consistência da dieta é um resultado esperado, uma vez que, com o decorrer da idade, as crianças desenvolvem estruturas orofaciais que possibilitam a mastigação de consistências mais sólidas. Pesquisa semelhante ¹⁷ verificou tal associação também na consistência de frutas e da sopa de legumes. Identificou-se, porém, que enquanto a mediana de introdução da carne para as crianças do estudo supracitado tenha sido aos sete meses, a do atual estudo ocorreu no sexto mês, respeitando assim, as orientações do Ministério da Saúde quanto ao período de introdução deste alimento.

Outro dado preocupante na atual pesquisa foi o consumo crescente de alimentos não recomendados para a faixa etária. Ao analisar a introdução de refrigerantes, observou-se que das 88 crianças, 71 (80,7%) consumiam esta bebida e 10 (11,3%) delas apresentavam início anterior ou igual a seis meses de idade. Diante desses números cabe ressaltar a recomendação da OMS ²⁸, a qual aborda os dez passos para a prática de uma boa alimentação da criança até os dois anos de idade. O passo número oito, refere-se a evitar o consumo de refrigerantes, por não serem considerados bons para a nutrição, por competirem com alimentos nutritivos. Além disso, o açúcar deve ser oferecido com moderação nos primeiros anos de vida, de preferência, só a partir do primeiro ano de vida. Portanto, essa prática mostra-se inadequada na amostra pesquisada.

A introdução de salgadinhos também se configurou precoce e bastante prevalente, sendo que, das 88 crianças analisadas, 67 (76,0%) faziam uso, com mediana de introdução aos 11 meses de idade. Tal resultado é contrário às orientações dos órgãos de saúde ^{1,9,28}, que recomendam a introdução de alimentos complementares adequados, inócuos e culturalmente apropriados, que supram as necessidades de energia, proteínas, vitaminas e minerais da dieta da criança. Cabe ainda enfatizar que a alimentação complementar saudável e diversificada representa uma oportunidade para que a criança seja exposta à ampla variedade de alimentos que irão formar as bases para futuros hábitos alimentares saudáveis ^{15,29}.

Pesquisas nacionais e internacionais ²⁹⁻³¹ vêm chamando a atenção acerca das práticas alimentares inadequadas em crianças menores de dois anos. A introdução precoce de alimentos ricos em sódio e açúcar e carentes de nutrientes vêm crescendo, e estão relacionadas ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas e obesidade infantil, que já é vista como motivo de preocupação em saúde pública.

Ao se questionar as mães acerca da importância na mudança da oferta de consistências, verificou-se que a resposta de 79,0% das entrevistadas foi “para aumentar a oferta nutricional” e 17,0% “para aprender a mastigar e/ou adaptar-se com diferentes tipos de alimentos”, outras respostas como “para não ficar doente” ou “para não ficar mamando o tempo todo” somaram 2,0%, demonstrando que o conhecimento materno é ainda limitado e arraigado a crenças e representações nem sempre confiáveis. Pesquisa recente efetuada em sites de profissionais da saúde na *internet* ³² revelou que os próprios profissionais de saúde parecem utilizar de forma muito insipiente o guia alimentar para crianças menores de dois anos ²⁸. Fato que talvez justifique os equívocos ou a falta de informação adequada, sobretudo em uma época em que há aumento de pessoas que buscam a rede mundial de computadores a fim de obter educação e aprendizado.

Diferente do estudo realizado em Canoas – RS ¹⁷, a presente pesquisa constatou que a maior parte das mães recebeu informações sobre a introdução dos alimentos e mudança na consistência do pediatra assistente (47,7%), seguido de pessoas conhecidas (43,2%) e do enfermeiro (6,8%). Tal dado não significa, porém, que as orientações dos profissionais de saúde tenham sido seguidas, de modo que é vasta a literatura que discute a forte influência da experiência de vida materna, dos familiares e conhecidos na dieta dos lactentes ²²⁻²⁹.

Outro fator que merece destaque é a frequência no uso de mamadeiras, considerado um hábito oral

nocivo. Dos 88 participantes, 82 (93,2%) faziam uso deste utensílio para se alimentar, por ocasião da coleta. O Ministério da Saúde ⁸ desencoraja o uso de mamadeiras, por estar associado ao desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. Esta recomendação é corroborada pela atual pesquisa, que identificou correlação positiva forte ($r= 0,720$; $p=0,000$) entre introdução da mamadeira e desmame, de modo que 55,7% da amostra não recebia mais leite materno na data da entrevista, tendo o desmame ocorrido no quinto mês, em média. Com relação aos furos impróprios, verificou-se índice inferior (31,7%) quando comparado ao do estudo de Canoas (47,0%) ¹⁷. Este dado pode estar relacionado ao elevado índice de crianças que já faziam uso do copo, representando 72,7% da amostra. Ainda assim, cabe salientar que ao facilitar a sucção, ocasiona-se funcionamento inadequado das estruturas do sistema estomatognático, podendo acarretar má formação de arcadas dentárias e flacidez na musculatura oral, além de facilitar a ocorrência de engasgos ³³.

Observou-se também alta frequência no uso de chupeta (61,4%). Embora no presente estudo, não se tenha verificado associação significativa entre uso da chupeta e menor período de aleitamento materno exclusivo ou desmame precoce, diversos autores ^{3,5,20} ressaltam a influência negativa desse objeto / artefato, sobretudo, no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento das estruturas do sistema sensorio motor oral da criança.

Sabe-se que as práticas alimentares são formadas predominantemente na infância, transmitidas por pais, familiares e cuidadores, sendo mantidas pela cultura, valores e crenças¹. Assim, em um país de dimensões continentais como o Brasil, é de se esperar que ocorram diferenças nas práticas alimentares infantis, sobretudo observando a influência rural do município pesquisado, visto que, sabidamente as comunidades rurais têm hábitos mais tradicionais, onde grande número de mães inicia a amamentação e a mantém por mais tempo, porém introduz precocemente os alimentos complementares ²⁷.

Os autores são unânimes em apontar a necessidade da criação de políticas de Saúde Pública voltadas não só à promoção do aleitamento materno até o sexto mês, mas também à adequada introdução da alimentação complementar, respeitando período e consistências preconizados. Nesse sentido, o Fonoaudiólogo – desconhecido por 42,0% dos entrevistados, possivelmente por não estar inserido no serviço público de saúde do município pesquisado – deve atuar no atendimento gravídico-puerperal ¹⁴, contribuindo com o processo de educação em saúde, de modo a sanar dúvidas,

esclarecer sobre mitos e crenças, bem como sobre sua interferência na lactação e alimentação complementar do lactente.

Cabe salientar que o presente estudo apresenta limitações, tais como o número de participantes, para generalizar as conclusões e que a coleta de dados a respeito da alimentação no primeiro semestre foi sobre informações retrospectivas, portanto, a interpretação desses dados deve ser feita com cautela.

■ CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que embora se encontre acima da média estadual, o aleitamento materno exclusivo foi pouco praticado. Da mesma forma, a amamentação complementada apresentou baixos índices de duração, demonstrando estar distante do preconizado pela Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial

de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Houve alta incidência de introdução precoce de alimentação complementar, na qual predominaram os líquidos como água e chá, que estiveram correlacionados a um menor período de aleitamento materno. Quanto ao preparo dos alimentos, verificou-se que a maior parte das crianças estava recebendo a consistência adequada. Identificou-se ainda a introdução precoce e inadequada de alimentos supérfluos como refrigerante e salgadinho. Em relação aos hábitos orais deletérios, constatou-se que grande parte da amostra fazia uso de chupeta, bem como da mamadeira que apresentou forte correlação com o desmame precoce. A partir dos dados coletados, foi possível verificar que houve grande participação de leigos na oferta de informações acerca da transição alimentar, embora a maior parte dos entrevistados tenha recebido tais informações de profissionais da área da saúde.

ABSTRACT

Purpose: to characterize the feeding of children between six and 24 months old of a Rio Grande do Sul municipality. **Methods:** it is a transverse and descriptive method. The sample consisted of 88 children who were enrolled in the municipal health department. Data collection was carried out during July-September 2012 interview with those responsible were conducted. **Results:** it was found that 86% of infants were exclusively breastfed with an average duration of three and a half months. There was early introduction of liquids with four months of age, and on average, there was a positive correlation with shorter breastfeeding. The offer of pasty food was early, with a median of introduction in the fifth month; the consistency was adequate in the current age. Soft drinks and snacks were consumed by 80.7% and 76.1% of the children, respectively. The bottle was used by 93.2% and the use was correlated with shorter breastfeeding. The pacifier was used by 64% of them. From the responsible, about 47,7% had received information of the introduction of food by pediatricians (47.7%). **Conclusion:** it was found that both the practice of exclusive breastfeeding and the complemented feeding occur in a shorter period than recommended. The early introduction of liquids and pastes was predominant. There was high use of bottles and pacifiers. Even though the pediatrician was the most cited source of information about feeding, we also identified lay advice.

KEYWORDS: Public Health; Breast Feeding; Feeding; Child

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The United Nations Children's Fund. Department of Child and Adolescent Health and Development. Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2007.
2. Takushi SAM, Tanaka ACA, Gallo PR, Bresolin AMB. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2006;6(1):115-25.
3. Bervian J, Fontana M, Caus B, Relação entre amamentação desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. *Rev Facul Odontol.* 2008;13(2):76-81.
4. Tanigute C.C. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. Em: Marchesan IQ.

- Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 1998;1-6.
5. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr*. 2003;79(1):7-12.
 6. Casagrande L, Ferreira FV, Hahn D, Unfer DT, Praetzel JR. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Rev Fac Odontol*. 2008;49(2):11-7.
 7. Neto PGF, Ramos JLA, Issler H. Aleitamento materno na visão da odontopediatria. *Saúde Coletiva*. 2009;27(6):30-4.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
 9. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998.
 10. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2007;9(2):194-204.
 11. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr*. 2000;76(Supl 3):S229-37.
 12. Castro LMC, Rotemberg S, Damião J, Maldonado LA, Rosado CP, Baptista NO. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. *Cad. Saúde Coletiva*. 2008;16(1):83-98.
 13. Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 26 ago 2012]; 34(2):[about 14 p.]. Available from: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090900/709_Aleitamento_08.pdf
 14. Brasil. Lei Federal 6965/81, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo e determina outras providências. Brasília/DF, 1981. [acessado 2012 ago 18]. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/lei%20No%206.965,%20de%20de%20dez%201981.pdf>
 15. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev Nutr*. 2010; 23(3):175-486.
 16. Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública no município Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008;8(3):291-7.
 17. Carneiro AS, Delgado SE, Brescovici SM. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 aos 24 meses de idade do município de Canoas/RS. *Rev CEFAC*. 2009;11(2):353-60.
 18. Reilly JJ, Wells JC. Duration of exclusive breastfeeding: introduction of complementary feeding may be necessary before 6 months of age. *British J Nutr*. 2005;94(6):869-72.
 19. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009. [acessado em 2012 ago 12]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
 20. Rocha NB, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:2477-84.
 21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 22. Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2012. [acesso em 02 Nov 2012];21(3); [about 8 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300008>.
 23. Marques ES, Cottar RMMC, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2008 [citado 25 ago 2012]. Disponível em: [TTP://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3241](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3241).
 24. Saldiva SR, Venancio SI, Gouveia AG, Castro AL, Escuder MM, Giugliani ER. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:2253-62.
 25. Giugliani ER, Espírito Santo LC, Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast

milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Dev.* 2008;84:305-10.

26. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet.* 1987;2:317-22.

27. Vieira GO, Silva LR, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *J Pediatr.* 2004;80:411-6.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

29. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação Complementar: Práticas Inadequadas em Lactentes. *J. Pediatr.* [serial on the Internet]. 2010 June [acessado 2012 Nov 04]; 86(3): 196-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000300006>.

30. Viana KJ, Warkentin S, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Alimentação de crianças matriculadas em creches públicas e filantrópicas da

cidade de São Paulo-SP. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr.* 2011;36(3):37-48.

31. Cribb VL, Warren JM, Emmett PM. Contribution of inappropriate complementary foods to the salt intake of 8-month-old infants. *Eur J Clin Nutr* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 11 nov 2012]; 66; [about 6 p.]. Available from: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v66/n1/full/ejcn2011137a.html>.

32. Silva RQ, Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Rev Bras Saude Mater Infant* [periódico na Internet]. 2010 [citado em 11 nov 2012]; 10(3); [about 9 p.]. Available from: [TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300006&lng=en&nrm=iso). ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300006>.

33. Junqueira P. Amamentação, hábitos orais e mastigação: orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. P. 1-25.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201412313>

Recebido em: 02/07/2013

Aceito em: 21/10/2013

Endereço para correspondência:

Gisele Fernanda Schaurich

Rua Cinco de Março, 517, apto 201

Paverama – RS – Brasil

CEP: 95865-000

E-mail: giseleschaurich@gmail.com