

ÍISIS LUCÍLIA SANTOS BORGES DE ARAÚJO

O CONSUMO DE ALIMENTOS SUPÉRFLUOS É MAIS
FREQUENTE ENTRE LACTENTES COM EXCESSO DE
PESO?

RECIFE, 2015

ÍISIS LUCÍLIA SANTOS BORGES DE ARAÚJO

O CONSUMO DE ALIMENTOS SUPERFLUOS É MAIS
FREQUENTE ENTRE LACTENTES COM EXCESSO DE
PESO?

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Prof^a Giselia Alves Pontes da Silva, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

RECIFE, 2015

Ficha catalográfica elaborada
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

A663c Araújo, Ísis Lucília Santos Borges de.
O consumo de alimentos superfluos é mais frequente entre lactentes com excesso de peso? / Ísis Lucília Santos Borges de Araújo. – Recife: O autor, 2015.
55 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Giselia Alves Pontes da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2015. Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Consumo de alimentos. 2. Lactente. 3. Sobrepeso. I. Silva, Giselia Alves Pontes da (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23. ed.) UFPE (CCS2015-056)

ÍISIS LUCÍLIA SANTOS BORGES DE ARAÚJO

**O CONSUMO DE ALIMENTOS SUPERFLUOS É MAIS
FREQUENTE ENTRE LACTENTES COM EXCESSO DE PESO?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Prof^a Giselia Alves Pontes da Silva, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Aprovada em: 25/02/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marília de Carvalho Lima (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a. Dr^a. Poliana Coelho Cabral (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Luis Henrique Sarmiento Tenório- Representante discente - Doutorado)

(Juliene Gomes Brasileiro - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Janaína Lima da Paz

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e por guiar os meus passos nesta busca pelo conhecimento pessoal e profissional.

À minha mãe, Malú, pelo amor incondicional e pela sua sabedoria diante das dificuldades da vida. Suas conquistas diárias são uma inspiração e seus ensinamentos sobre os verdadeiros valores são uma dádiva para mim.

A Manoel, meu noivo, fonte constante de equilíbrio, discernimento e amor, esteve presente sempre me dando forças e me ajudando a manter a calma nos momentos mais difíceis.

A Pedrita Queiroz, companheira de trabalho/mestrado, conselheira e amiga, pelo carinho e apoio em todas as horas.

À Renata, bolsista de PIBIC/CNPq/UFPE, pela ajuda na coleta e construção do banco de dados desta pesquisa.

À Professora Poliana Cabral, pelas enormes contribuições, me ajudando na construção desse trabalho.

À equipe de Enfermeiras e Técnicas do Ambulatório de Puericultura do IMIP, pelo acolhimento, pela atenção, pelas risadas diárias e ajuda durante as coletas, tornando mais leve o trabalho.

À professora e orientadora Giselia Alves, pelo incentivo à pesquisa, pelo despertar de um olhar diferente para a ciência e apoio durante esses dois anos que contribuíram para o aprimoramento de minha formação profissional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa concedida.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A alimentação inadequada é um dos fatores que mais podem contribuir para aparecimento de doenças crônico-degenerativas. Os primeiros anos de vida é o período ideal para formação de um hábito alimentar saudável, daí a importância de pesquisas que tenham como foco o entendimento do processo inicial da alimentação, de modo especial o aleitamento materno e a alimentação complementar. Esse estudo objetivou comparar a frequência de consumo de alimentos supérfluos entre lactentes com excesso de peso e eutróficos, verificar se o tempo de aleitamento materno exclusivo, se o uso de leite de vaca ou fórmulas a base de leite de vaca foi diferente nos dois grupos e quantificar a frequência de alimentos supérfluos consumidos. Foi um estudo observacional, com 102 crianças de 10-18 meses de idade, nascidas a termo, atendidas no Serviço de Puericultura do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, divididas em dois grupos: eutrófico e com excesso de peso. Foram analisadas as características da alimentação das crianças, por meio de entrevistas realizadas com as mães. A média de idade para introdução da alimentação complementar foi $5,08 \pm 1,66$ meses e 60,8% dos lactentes não receberam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade. Do total de crianças estudadas, 85,3% ingeriram pelo menos um alimento supérfluo. Observou-se uma maior frequência de excesso de peso entre os lactentes que consumiam mais que quatro alimentos supérfluos ($p=0,047$) e o consumo calórico excessivo esteve presente em 11,8% dos lactentes, dos quais nove encontravam-se com excesso de peso. Conclui-se que a exposição precoce a alimentos supérfluos ocorre mesmo entre lactentes acompanhados em serviço de saúde e que entre as crianças que consomem mais de quatro alimentos supérfluos o excesso de peso foi mais frequente. Esse cenário remete à necessidade da identificação e monitoramento do padrão de consumo de alimentos no plano individual, uma vez que esse padrão pode ser preditor do hábito alimentar ao longo da vida.

Palavras-chave: Consumo de alimentos, Lactentes, Sobrepeso

ABSTRACT

Poor nutrition is one of the factors that contributes to the onset of chronic degenerative diseases. The first years of life is the ideal period for formation of healthy eating habits, hence the importance of research that focus on the understanding of the initial process of feeding, especially breastfeeding and complementary feeding. This study aimed to compare the frequency of superfluous food consumption among toddlers overweight and normal, check the time of exclusive breastfeeding, use of cow's milk or formula to cow's milk was different in the two groups and quantify the frequency of superfluous food consumed. It was an observational study, with children 10-18 months old, born full term, met in the childcare system IMIP. The 102 children feeding characteristics were analyzed through interviews with the mothers. The mean age at introduction of complementary foods was 5.08 ± 1.66 months and 60.8% of infants did not receive exclusive breastfeeding (EBF) until six months of age. Of the children studied, 85.3% drank at least a superfluous food. There was a higher frequency of overweight among toddlers who consumed more than four superfluous food ($p = 0.047$) and excessive caloric consumption was present in 11.8% of toddlers, of which nine were meeting overweight. It is concluded that early exposure to unnecessary food occurs even among infants followed in the health service and that among children who consume more than four superfluous food was more frequent overweight. This scenario leads to the need to identify and standard monitoring of food consumption at the individual level, since the food consumption can be predictors of eating habits throughout life.

Key Word: Food Consumption, Infant, Overweight

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
3. MÉTODOS	21
3.1. Delineamento do estudo	21
3.2. Variáveis do estudo	21
3.2.1. Variável de exposição principal	21
3.2.2. Variável desfecho	22
3.2.3. Co-variáveis	22
3.2.3. Caracterização da amostra	23
3.3. Amostragem	24
3.4. Operacionalização	24
3.4.1. Coleta dos dados.	24
3.4.2. Análise Estatística	28
3.5. Considerações éticas	28
3.6. Problemas Metodológicos	29
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSSÃO	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	49
ANEXO	54

1. APRESENTAÇÃO

A alimentação inadequada é um dos fatores que mais podem contribuir para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas no ser humano. É consenso que modificações no comportamento alimentar são fundamentais para prevenir doenças relacionadas à alimentação e promover a saúde do indivíduo nas diversas fases da vida. Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para promoção de um padrão alimentar saudável. (RAMOS; STEIN, 2000)

Já nos primeiros anos de vida, fatores como o desmame precoce e introdução inadequada de alimentos, podem representar um estímulo inicial ao excesso de peso. Neste sentido, é preocupante o aumento do consumo de alimentos considerados supérfluos, caracterizados por serem produtos gordurosos, ricos em açúcares simples, sódio, conservantes e pobres em fibras e micronutrientes, destacando-se os alimentos prontos para consumo ou processados (CRISPIM et al., 2004; SPINELLI; SOUZA; SOUZA, 2001).

O acesso a alimentos supérfluos, assim como a qualquer tipo de alimento, depende de condicionantes socioeconômicos, culturais e simbólicos da família em que a criança está inserida. É fato que a camada da população com menor renda não tem as mesmas possibilidades que as de maior renda, tanto em termos de disponibilidade, como de quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. (MORATOYA et al., 2013)

Assim como a renda, o conhecimento e o cuidado que a mãe ou responsável dispensa à criança, também são importantes determinantes da seleção e aquisição de alimentos, uma vez que os lactentes não têm autonomia no consumo alimentar e ingerem os alimentos que lhes são oferecidos. É de suma importância, portanto, conhecer o responsável pelo preparo e oferta dos alimentos e o que motiva a escolha dos alimentos que serão ofertados à criança. Neste ponto é fundamental que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na atenção básica, consigam uma correta abordagem familiar, garantindo assim, a segurança alimentar nesse período da vida da criança, com vistas a promover, em cooperação com a família, um período de transição alimentar sem traumas ou intercorrências (AZEREDO et al., 2008).

Percebe-se, pois, que a ocorrência do excesso de peso no primeiro ano de vida é condicionada não somente pela quantidade de alimentos dados à criança (excessos

alimentares), mas, principalmente, por questões como tipo de alimentação oferecida e período em que essa introdução ocorre, tornando necessário que família e comunidade repensem seus paradigmas acerca da oferta precoce de alimentos e suas consequências na saúde da criança.

Apesar das campanhas e esforços para a promoção da alimentação adequada durante os primeiros anos de vida, a alimentação dos lactentes ainda encontra-se muito aquém das recomendações. Com vistas nesta problemática tão atual, me propus estudar se a introdução precoce de alimentos supérfluos repercute no excesso de peso durante essa fase inicial da vida. A temática é complexa, não há uma causalidade linear; o estado nutricional sofre influencia de diversas variáveis, e reflete não só o ambiente pós-natal, mas fatores relacionados à mãe (pré-gestacional) e ao período gestacional.

Inserido na área de concentração Abordagens Quantitativas em Saúde, na linha de pesquisa Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, desenvolvi o projeto de pesquisa intitulado “O excesso de peso em lactentes está associado ao consumo de alimentos supérfluos?”, sob orientação da Prof^a. Giselia Alves Pontes da Silva.

Partindo da hipótese de que os lactentes com excesso de peso teriam um maior consumo de alimentos supérfluos, os objetivos da dissertação foram: comparar a frequência de consumo de alimentos supérfluos entre lactentes com excesso de peso e eutróficos e verificar o tempo de aleitamento materno exclusivo, o uso de leite de vaca ou fórmulas a base de leite de vaca em relação aos dois grupos, bem como quantificar a frequência de alimentos supérfluos consumidos. Como objetivo secundário, verificar a associação entre o consumo de alimentos complementares habituais e alimentos supérfluos e as variáveis sociodemográficas e comportamentais.

A dissertação é apresentada na forma de um capítulo de revisão da literatura, um capítulo de métodos, seguido dos resultados, discussão e considerações finais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Em função da atual magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo diversos países, inclusive o Brasil. Prevenir o excesso de peso é fundamental e a infância é, portanto, o período ideal para se implementar estratégias de prevenção e controle do sobrepeso por conta da maior probabilidade de sucesso das ações aí iniciadas (DIETZ; GORTMAKER, 2001). Identificar as variáveis que fazem parte do modelo que explica o excesso de peso e como elas estão se comportam na população infantil poderá ser útil para o planejamento de medidas de intervenção.

A alimentação inadequada é um dos fatores que apresenta maior impacto na alteração do estado nutricional, sendo esse nosso objeto de estudo. Dessa forma, esta revisão tem como objetivo analisar os fatores que influenciam nas escolhas alimentares na infância, entender porque o uso de alimentos supérfluos é cada vez mais frequente e a repercussão dessa conduta no estado nutricional dos lactentes.

Alimentação Infantil: bases conceituais

Durante os primeiros meses de vida a criança desenvolve a habilidade de se alimentar. O ato de se alimentar não contribui apenas para o crescimento linear, mas influencia também no desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. Dessa forma, os pais e/ou cuidadores devem ter uma atenção especial com a alimentação durante essa fase da vida do bebê. (RAMSAY, 2011).

O primeiro ano de vida caracteriza-se por rápidas mudanças relacionadas à alimentação. A alimentação adequada nesta fase é fundamental para dar continuidade ao processo de crescimento e maturação iniciado no útero. O leite materno é considerado o alimento ideal para garantir um bom estado de saúde e nutrição do infante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Após os seis primeiros meses de vida, o aleitamento materno exclusivo (AME) não é capaz de suprir as demandas nutricionais da criança. Faz-se necessário então, a introdução da alimentação complementar adequada, respeitando a maturidade fisiológica e imunológica da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O conhecimento básico dos cuidadores sobre práticas alimentares adequadas neste período da vida permite que as escolhas de alimentos sejam feitas de forma consciente, repercutindo positivamente no crescimento e desenvolvimento da criança.

A alimentação complementar deve-se iniciar com a ingestão de alimentos semi-sólidos e macios, como papas e purês. A progressão da consistência e variedade da dieta deve ser feita respeitando as habilidades da criança. A partir dos oito meses, alguns alimentos consumidos pela família já podem ser ofertados para a criança, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pequenos pedaços e sem condimentos. Aos 10 meses, já deve estar recebendo alimentos que estimulem o ato da mastigação e aos 12 meses, a maioria das crianças pode receber o mesmo tipo de alimento consumido pela família, desde que sejam nutricionalmente adequados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As crianças tendem a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente. Ou seja, a oferta de alimentos inadequados nesta fase da vida pode ser um estímulo para formação de hábitos errados que podem ser mantidos durante toda a infância e vida adulta. Por isso, é recomendável que se ofereça inicialmente à criança alimentos com baixos teores de açúcar e de sal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A aceitação da criança deve servir de base para a oferta de alimentos. As demandas nutricionais individuais, o volume de leite materno ingerido e o tipo de alimento complementar ofertado influenciam na quantidade e na frequência da alimentação complementar da criança. Dessa forma, recomenda-se que crianças amamentadas realizem duas a três refeições por dia, com alimentos complementares, dos seis aos oito meses de idade e dos nove aos 24 meses, essa frequência aumente para três a quatro refeições/dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A criança deve ter uma dieta variada para atender suas necessidades nutricionais, contendo alimentos de todos os grupos alimentares, como cereais, raízes e tubérculos, frutas, hortaliças, carnes, ovos e leguminosas. A variedade da dieta garante o aporte necessário de micronutrientes, favorece a formação de bons hábitos alimentares e evita

monotonia alimentar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Porém, a introdução de alimentos complementares antes do momento recomendado aumenta o risco do desenvolvimento de doenças crônicas e infecciosas (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A interação entre a mãe (ou o cuidador) e a criança durante a alimentação é fundamental nos primeiros anos de vida, pois ela influencia diretamente o comportamento materno (ou do cuidador) em relação à seleção, ao preparo e a oferta de alimentos, refletindo no consumo alimentar da criança (RAMSAY, 2011). Algumas atitudes por parte dos pais, como a restrição de alimentos, a pressão para a ingestão de determinados alimentos e a oferta de alimentos como recompensa têm sido apontadas como potenciais determinantes de distúrbios de peso das crianças (SCAGLIONI; SALVIONI; GALIMBERTI, 2008). Em contrapartida, situações como a disponibilidade de alimentos saudáveis, o conhecimento sobre nutrição e alimentação e a adoção de bons hábitos alimentares como modelo familiar, têm influência positiva no comportamento alimentar e adequação do peso da criança (SKOUTERIS et al., 2011).

Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para mudança de padrão alimentar da criança, prevenindo doenças relacionadas à alimentação e promovendo a saúde dos indivíduos desde as idades mais precoces (RAMOS; STEIN, 2000).

Padrão alimentar nos primeiros anos de vida: fatores determinantes

A criança não apresenta autonomia sobre suas escolhas alimentares, sendo estas um reflexo da alimentação da família. O desenvolvimento motor e cognitivo, bem como os aspectos socioambientais, também influencia o padrão alimentar da criança. Porém, a relação entre a criança e seu cuidador destaca-se como componente essencial do comportamento alimentar (LIU; STEIN, 2011).

ZOUMAS-MORSE et al. (2001) verificaram que filhos de cuidadores que oferecem modelos dietéticos não saudáveis tendem a estabelecer padrões de comportamento e de preferências alimentares que incluem quantidades excessivas de

gordura e de açúcar. Os autores verificaram que a exposição frequente das crianças a lanchonetes e outros restaurantes resultou em aumento do consumo de alimentos com alto teor de gordura, como batatas fritas, ao invés de opções mais nutritivas, tais como frutas, legumes e verduras. Já as crianças criadas por cuidadores que ofereciam modelos de comportamento alimentar saudável, como uma dieta rica em frutas, legumes e verduras, criaram preferências alimentares que incluía esses tipos de alimentos.

A aceitação ou rejeição dos alimentos além de ter como base as características organolépticas da refeição (tais como sabor, textura, odor, temperatura ou aspecto), também podem ser influenciadas por condições associadas. As crianças tendem a evitar alimentos que foram associados a sintomas físicos desagradáveis, como náusea ou dor. Podem evitar também alimentos associados à ansiedade ou a sofrimento psicológico que frequentemente ocorrem durante refeições caracterizadas por discussões e confrontos, bem como sofrer a influência de fatores ambientais, relacionadas ao contexto, presença de outros e conseqüências esperadas do comer ou não comer. O ato de não comer resulta em mais tempo para brincar, chamar atenção dos pais ou ganhar “petiscos” em vez da refeição regular (RAMSAY, 2011).

Ainda no contexto familiar, podemos citar a influência da mídia e da industrialização levando a mudanças no padrão de vida e nos hábitos alimentares das crianças, marcado principalmente pelo aumento de alimentos com maior densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras, e redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes (MARIATH et al., 2007).

Saindo do âmbito familiar, o profissional de saúde também tem um papel importante nesse processo de formação de hábito, através da educação nutricional. Parte da responsabilidade de promover práticas alimentares saudáveis é atribuição dos serviços e equipes de saúde (BOOG, 2008). A educação nutricional tem papel importante em relação ao processo de transformações e mudanças, à recuperação e à promoção de hábitos alimentares saudáveis, que podem proporcionar conhecimentos necessários à tomada de decisão de adotar atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas, em todas as faixas etárias (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou a cartilha “Dez passos para alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos”, para subsidiar os profissionais da área, em especial aqueles da Atenção Primária à Saúde, na promoção de práticas alimentares saudáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) No entanto, apesar dos

esforços para promoção de uma alimentação saudável, o que se observa é a introdução de alimentos supérfluos em idades mais precoces, em substituição ao leite materno e a uma alimentação saudável (HEITOR; RODRIGUES; SANTIAGO, 2011; SPINELLI; SOUZA; SOUZA, 2001).

Os alimentos supérfluos são definidos como aqueles cujas composições apresentam quantidades excessivas de lipídios e/ou açúcares, ou que contenham substâncias indesejáveis para o consumo, como corantes e conservantes químicos (CRISPIM et al., 2004; SPINELLI; SOUZA; SOUZA, 2001), ou ainda considerados de baixo valor nutricional, portanto desnecessários (BOOG et al., 2003), comprometendo a saúde da criança (CAETANO et al., 2010). Podemos citar como exemplo, os alimentos industrializados e prontos para consumo, como sopinha de pacote, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, pirulito/bala, gelatina, pudim, leite fermentado, biscoito recheado, salgadinho, pipoca, achocolatado, sorvete, chocolates, mortadela, papinha de frutas industrializadas e embutidos como salsicha, hambúrguer e salame.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM CAPITAIS/DF) mostrou que o cenário atual do perfil alimentar de crianças brasileiras menores de um ano é preocupante. Nesta pesquisa, de base populacional, identificou-se a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida, uma vez que em relação aos marcadores de alimentação não saudável, foi constatado que houve consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de nove a 12 meses. Além disso, a II PPAM Capitais/DF, verificou também a introdução precoce de água, chás e outros leites (13,8%, 15,3% e 17,8%, respectivamente) já no primeiro mês de vida (II PPAM CAPITAIS/DF, 2010).

Outro estudo foi realizado no Sul do Brasil, no município de Porto Alegre/RS, com mães de crianças de seis a nove meses de idade que responderam a um questionário fechado, onde confirmavam ou não se a criança já tinha consumido determinados alimentos. Posteriormente, na idade de 12 a 15 meses, foi realizada nova investigação, com a mesma amostra, verificando o consumo dos mesmos alimentos no último mês anterior à pesquisa. Os resultados revelaram que o refrigerante, bala ou pirulito e biscoito recheado foram consumidos por, aproximadamente, 40% das crianças na idade de seis a nove meses e 80% na idade de 12 a 15 meses. O consumo de açúcar de adição, queijo *petit suisse* e gelatina foi referido por mais de 70% das entrevistadas, nos dois

momentos. Alimentos fritos e chocolate foram consumidos por mais de 80% na idade de 12 a 15 meses (VITOLLO et al., 2013).

A realidade brasileira não difere do cenário mundial. O estudo americano *The Feeding Infants and Toddlers (FITS)*, que avaliou o consumo alimentar de lactentes, constatou consumo de sobremesas doces entre 40% e 75% das crianças nas faixas etárias de sete a oito meses e de 19 a 24 meses, respectivamente. A ingestão desse tipo de sobremesa foi associada com aumento na ingestão energética e diminuição no consumo de frutas. Salgadinhos também aparecem precocemente na dieta, verificando-se que a proporção de crianças que consomem o produto cresce de 16% (entre 12 e 14 meses) para 37% (de 19 a 24 meses). Ou seja, o hábito alimentar inadequado que se acreditava começar mais tarde está sendo iniciado em idades muito precoces (SIEGA-RIZ et al., 2010).

No FITS foi verificado, também, um incremento expressivo (82%) no consumo de vegetais na faixa etária de 19 a 24 meses, comparada à de sete a oito meses. Entretanto, refinando a avaliação, os autores observaram que entre crianças de 15 a 18 meses, a batata frita era o alimento vegetal mais consumido em comparação a outros de origem vegetal e de preparações mais saudáveis. Esse achado reforça a necessidade de envolver a família no trabalho de educação nutricional (SIEGA-RIZ et al., 2010).

Outro estudo americano, realizado na cidade de Baltimore (EUA), com 84 crianças menores de 24 meses, objetivando caracterizar a ingestão de alimentos e nutrientes, através do recordatório de 24 h, observou que as crianças até seis meses apresentaram maior porcentagem de energia obtida a partir de gordura (48%) do que crianças de 7-12 meses (34%) e 13-24 meses (31%). O percentual de AME encontrado foi 33% entre os menores de seis meses, enquanto que menos de 3% das crianças acima de seis meses, permaneciam em aleitamento materno. Os autores verificaram que o uso de fórmulas se sobrepôs a amamentação e que o consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura (por exemplo, bebidas açucaradas, batatas fritas) aumentou conforme a progressão da faixa etária, o que poderia elevar o risco de obesidade infantil na população estudada (SHARMA et al., 2013).

As tendências atuais da alimentação infantil tanto no Brasil, como no cenário internacional, mostram uma baixa ingestão de frutas e vegetais, com o consumo elevado de amido, em vez de outros vegetais, introdução precoce de alimentos sólidos, uso de leite de vaca antes de 12 meses de idade e elevada ingestão de bebidas de alta densidade

calórica (II PPAM CAPITAIS/DF, 2010; DWYER et al., 2010). Manter uma dieta equilibrada e seguindo as diretrizes nutricionais para crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) é recomendável para a prevenção do excesso de peso e da obesidade e suas comorbidades.

Alimentação nos primeiros meses de vida e excesso de peso: associação causal ou casual?

O excesso de peso infantil é uma preocupação crescente em todo o mundo. No ano de 2010, estimou-se que 43 milhões de crianças menores de cinco anos de idade apresentavam excesso de peso e obesidade, sendo que a grande maioria (35 milhões) vivia em países em desenvolvimento (DE ONIS; BLO; BORGHI, 2010). O impacto econômico global que esse problema pode causar tem sido uma grande preocupação, considerando que a persistência do excesso de peso na vida adulta pode resultar em formas mais graves da obesidade, acompanhadas de elevadas taxas de morbiletalidade (GARIPAGAOGLU et al., 2009).

Stettler et al. (2003), em estudo multicêntrico americano, salientaram a importância do rápido ganho de peso durante os quatro primeiros meses de vida como determinante de sobrepeso e obesidade aos sete anos de idade, independentemente do peso ao nascer. Os resultados do estudo fornecem evidências de que um padrão de rápido ganho de peso durante a primeira infância está associado à obesidade não só na infância, mas também na idade adulta. Esse achado aponta para a importância da vigilância do crescimento pondero-estatural, reflexo não só das condições de saúde no momento da avaliação, como também do tipo de alimentação que tem sido adotada por aquela criança ao longo dos anos.

Dessa forma, um dos pontos principais na investigação científica sobre o excesso de peso infantil tem sido o período da alimentação complementar, a época em que os alimentos sólidos e bebidas além do leite materno ou fórmulas infantis são gradualmente adicionadas à dieta infantil (GROTE; THEURICH, 2014). Os familiares, em especial os pais ou cuidadores, têm um impacto significativo na ingestão alimentar das crianças, uma vez que são eles os responsáveis pela seleção, preparo e oferta dos alimentos (RAMOS; STEIN, 2000).

A oferta inadequada de alimentos, seja em quantidade ou qualidade, pode promover sobrecarga no sistema digestório e imunológico da criança, além de promover o rompimento brusco da interação mãe-filho com conseqüente fragilização do vínculo afetivo e perpetuação dos distúrbios nutricionais que acometem a saúde infantil. (COSTA et al., 2011)

Uma revisão sistemática sobre a ingestão de macronutrientes e o risco de obesidade revelou que uma alta ingestão de energia e proteína durante a infância, particularmente proteína advinda de fontes de leite, foi associado com maior IMC nesta fase da vida (PEARCE; LANGLEY-EVANS, 2013). Em contrapartida, na Islândia, as recomendações nacionais conduziram a uma redução na ingestão de proteína, a partir de leite de vaca, durante o primeiro ano de vida e observou-se uma diminuição do excesso de peso aos seis anos de idade (THORISDOTTIR et al., 2013). Porém, outras investigações científicas são necessárias para provar uma relação causal direta entre alta ingestão de energia e proteína de laticínios e risco de obesidade.

Bebidas açucaradas também têm sido apontadas como um contribuinte para ganho de peso e obesidade infantil, por serem alimentos que possuem alta densidade calórica e baixa densidade de nutrientes (JAMES et al., 2004; NICKLAS et al., 2002).

Contudo, as pesquisas sobre comportamentos alimentares de lactentes até agora tem mostrado resultados contraditórios, não foram encontrados estudos prospectivos que se concentrem na ingestão alimentar como preditor independente e altos valores de IMC como desfecho. Há necessidade de mais estudos sobre a qualidade dos alimentos complementares e o papel de alimentos industrializados também deve ser avaliado (GROTE; THEURICH, 2014).

Adair (2012) enumerou várias dificuldades em avaliar a alimentação complementar como um risco para a obesidade. Entre elas, incluem a falta geral de ensaios randomizados com bebês humanos, a falta de dados longitudinais e o excesso de confiança em dados retrospectivos, a falta de estratégias para a análise dos efeitos de repetidas exposições na dieta, os longos prazos entre exposição alimentar e apresentação da doença, a falta de hipóteses claras com caminhos propostos para patogênese, alterações na composição dos alimentos processados ao longo do tempo e a variação individual de uma resposta à dieta precoce.

Por fim, cabe lembrar que apesar dos componentes ambientais exercerem forte influencia na gênese do excesso de peso, a relação entre eles não é linear. A literatura já

relata a importância de outras variáveis, tais como, tempo de gestação, peso ao nascer, tempo de aleitamento e intercorrências com o lactente, que precisam ser analisadas por terem repercussão direta no estado nutricional da criança e por fazerem parte do modelo causal complexo que explica esse problema (BALABAN; SILVA, 2004; JESUS; SALDIVA; RODRIGUES, 2011; MOTTA et al., 2005).

3. MÉTODOS

O estudo foi realizado no Serviço de Puericultura do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), no período de abril a outubro de 2014.

3.1. Delineamento do estudo

Estudo observacional descritivo, com componente analítico. Foram selecionadas crianças de 10-18 meses de idade, nascidas a termo. As crianças foram divididas em dois grupos, de acordo com a classificação do estado nutricional.

Para classificação do estado nutricional, foi utilizado o índice antropométrico IMC/idade, as curvas de referências e os pontos de cortes estabelecidos pela OMS (2006).

O grupo CONTROLE (eutróficos) foi composto pelas crianças que apresentavam o índice IMC/idade \geq percentil 15 e \leq percentil 85 e o grupo CASO (excesso de peso) foi formado pelos lactentes com o índice IMC/idade $>$ percentil 85.

Foram excluídas da pesquisa as crianças com doença de base ou de evolução crônica previamente conhecida, pois estas poderiam afetar o estado nutricional.

3.2. Variáveis do estudo

Visto que o objetivo do presente estudo é verificar a contribuição do consumo de alimentos supérfluos na alteração do estado nutricional, o consumo apresenta-se como a variável principal e o estado nutricional o desfecho.

3.2.1. Variável de exposição principal

Variável	Definição	Categorização
Consumo de alimentos supérfluos	Lactentes que apresentaram consumo de alimentos supérfluos. Foi calculada a mediana de consumo	$<$ 4 alimentos supérfluos \geq 4 alimentos supérfluos

	e a partir do valor encontrado foi estabelecido ponto de corte: os lactentes que tiveram consumo acima ou abaixo da mediana encontrada.	
--	---	--

Para categorização de frequências, foi considerada ausência/baixa frequência os lactentes que consumiram mensalmente, raramente ou não consumiram os alimentos pesquisados. E para a categoria Moderada/Alta frequência, os que tiveram consumo semanal ou diário.

3.2.2. Variável desfecho

Variável	Definição	Categorização
Estado Nutricional	Definido a partir das curvas de referencia de IMC/idade (OMS, 2006)	Eutróficos (CONTROLE) Excesso de peso (CASO)

3.2.3. Co-variáveis

Variáveis	Definição	Categorização
Tempo de aleitamento materno exclusivo	Até que idade só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento.	<6 meses ≥6 meses
Idade da introdução de novos alimentos	Idade a partir da qual foi feita a introdução dos alimentos complementares a criança	<6 meses ≥6 meses
Uso de leite de vaca integral	A criança fez uso do leite de vaca integral durante o período de aleitamento materno.	Sim Não
Uso de fórmula Infantil	A criança fez uso de fórmula infantil durante o período de aleitamento materno.	Sim Não

3.2.3. Caracterização da amostra

A amostra foi caracterizada conforme as variáveis descritas no quadro abaixo:

Variáveis	Definição	Categorização
Sexo		Masculino Feminino
Idade materna (anos)	Idade da mãe em anos	< 20 ≥20
Ocupação materna		Do lar Trabalha fora de casa
Renda familiar per capita	Somatório de todas as rendas da família, salário, programas do governo, aposentadoria e etc, dividido pelo total de pessoas que dependem daquela renda.	< 1 salário/mínimo ≥1 salário/mínimo
Número de filhos	Quantidade de filhos nascidos vivos que a mãe teve. Ponto de corte estabelecido a partir da mediana de filhos.	<3 ≥3
Mãe convive com o companheiro	Mãe e companheiro convivem na mesma residência	Sim Não
Escolaridade materna (anos)	Anos de estudo da mãe	<8 ≥8
Fez pré-natal	Mãe foi acompanhada em serviço de saúde durante o período gestacional	Sim Não
Cuidador da criança	O responsável pela criança durante a maior parte do tempo e da alimentação da criança.	Mãe Outros (pai, avó, babá)
O que influencia na escolha dos alimentos ofertados para a criança	Que tipo de informação o responsável leva em consideração na escolha dos alimentos ofertados a criança.	Mídia Informação de familiares Informação do profissional de saúde Informação de amigos/colegas Experiências com filhos anteriores

Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal	A mãe recebeu informações sobre a importância do aleitamento materno por algum profissional de saúde no pré-natal	Sim. Não.
Recebeu orientação para introdução de alimentos	A mãe recebeu informações sobre a introdução de alimentos complementares por algum profissional de saúde	Sim Não

3.3. Amostragem

Foi estudada uma amostra de conveniência. Foram recrutadas mães que compareceram para atendimento no período de abril a outubro de 2014 e que concordaram em participar da pesquisa, cujos filhos preencheram os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos pelo estudo.

3.4. Operacionalização

3.4.1. Coleta dos dados.

O trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora responsável. Por meio de entrevista com as mães, foram coletados dados sociodemográficos, antropométricos e dietéticos. Todos os dados coletados foram registrados em formulários previamente testados. O instrumento proposto para a coleta de dados (APÊNDICE 1) continha apenas questões fechadas e incluíam, para todas as crianças, perguntas sobre o consumo alimentar e anotação do peso e comprimento.

O peso das crianças foi aferido em balança do tipo pesa-bebê eletrônica, com divisões de 10 g e capacidade de até 16 kg. A aferição dessa medida foi feita com a criança despida e descalça (Ministério da Saúde, 2002).

A aferição do comprimento foi realizada com a criança deitada e com o auxílio de régua antropométrica sobre uma superfície plana. Para efetuar a leitura da medida, a

criança encontrava-se completamente despida e descalça e o procedimento contava com a participação de dois examinadores (mãe e profissional).

Foram seguidos os passos sugeridos pelo Ministério da Saúde (2002) para determinação correta da medida:

- **Primeiro passo.** Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços. Com a ajuda da mãe ou de outra pessoa, posicionar a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, o pescoço reto, o queixo afastado do peito e os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro.

- **Segundo passo.** Os braços estendidos ao longo do corpo.

- **Terceiro passo.** As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.

- **Quarto passo.** Pressionar os joelhos da criança para baixo com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés dela fazendo um ângulo reto com as pernas. Levantar a parte móvel do equipamento até a planta dos pés, cuidando para que não se mexam.

- **Quinto passo.** Fazer a leitura do comprimento, desde que a criança não tenha se movido da posição indicada.

- **Sexto passo.** Anotar o valor obtido.

Para investigar o consumo alimentar dos lactentes foi utilizado como método de inquérito alimentar, o recordatório de consumo nas 24 horas precedentes à entrevista (R24h). Este método considera dados atuais do consumo alimentar. De modo a obter uma avaliação dietética mais fidedigna, foram registradas informações sobre a refeição, o local (alimentos consumidos fora do lar), o horário das refeições, o tipo de alimento consumido, a preparação e os principais ingredientes, a marca comercial, as quantidades em medidas caseiras e as características especiais do alimento e bebida (*diet, light*, alimentos orgânicos, farinha enriquecida com ácido fólico e ferro). Informações sobre adição de sal, açúcar e óleo, molhos e caldos prontos também foram registrados. Como o registro dos alimentos foi feito em medidas caseiras, houve a necessidade de conversão destas em gramas, utilizando-se como padrão de referência, a Tabela de Pinheiro *et al.* (PINHEIRO *et al.*, 1994)

Com o objetivo de determinar a variação intrapessoal do consumo alimentar, o R24h foi reaplicado em 20% dos avaliados, sorteados aleatoriamente, em um intervalo de tempo superior a um mês, repetindo o procedimento adotado no primeiro dia de R24h.

Para o cálculo da quantidade estimada de leite materno ingerido, o software utilizado possibilitou a transformação em mililitros de leite humano tomando por referência o número de mamadas ao dia e a idade da criança. A determinação da composição centesimal do consumo de energia e macronutrientes foi obtido a partir do software Virtual Nutri do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, que defini o volume por mamada de 72 ml e o volume máximo por dia de 452 ml, para crianças em estágio de vida >255 dias.

Para estimar a percentagem de inadequação das dietas em relação ao consumo energético foram considerados os valores da *Dietary Reference Intakes* (DRI) propostos pelo *Food and Nutrition Board* (FND). A partir da necessidade calórica média obtida da amostra, foi estabelecido como consumo calórico excessivo os lactentes que estivessem dois desvios-padrão acima da necessidade de energia estimada (EER).

Uma vez que não existe questionário de frequência alimentar validado para avaliar consumo habitual de lactentes, além do R24h, perguntas sobre frequência de consumo foram feitas com base na pirâmide alimentar para crianças menores de dois anos (Ministério da Saúde, 2002). O objetivo das questões foi caracterizar o hábito alimentar e se houve adoção de comportamento de risco para o desenvolvimento de excesso de peso, visto que apenas pelo R24h não é possível obter esse tipo de informação.

O padrão de consumo alimentar foi avaliado pelo método proposto por Fornés et al., (2002), na qual o cômputo geral da frequência do consumo foi convertido em escores.

Os escores foram estabelecidos da seguinte maneira:

1. Os alimentos foram classificados em quatro categorias de frequência de consumo: raro/nunca, consumo diário, semanal ou mensal.
2. Foi adotado como referência, para estabelecer os escores, o consumo diário equivalente a 30 dias do mês (consumo mensal), sendo atribuído um peso a cada categoria de frequência.

3. Na categoria de frequência de consumo diário, o item alimentar correspondeu ao valor de peso máximo (peso 1);
4. A categoria de frequência de consumo “raro/nunca” representou o menor peso (peso 0);
5. As demais categorias de frequência de consumo (semanal ou mensal) foram obtidos de acordo com a seguinte equação:

$$\text{Peso} = (1/30) \times (a)$$

Onde *a* corresponde ao número de dias consumido no mês. Quando *a* se referir ao consumo semanal, converter-se o número à frequência de consumo mensal, multiplicando-o por 4, considerando que o mês tem quatro semanas. Por exemplo, para um alimento consumido 4 vezes na semana teve sua frequência de consumo mensal de 16 vezes no mês. Assim, o peso para frequência ficou: $\text{Peso} = (1/30) \times (16) = 0,533$.

6. Para cada alimento consumido pela criança, foi atribuído um escore de frequência de consumo correspondente a dois grupos de alimentos.

O grupo I foi formado por alimentos saudáveis, segundo o estabelecido pelo Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2002), e o grupo II formado por alimentos industrializados considerados supérfluos para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2002).

- **Grupo I:** alimentos complementares habituais (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes).
- **Grupo II:** produtos industrializados considerados supérfluos, aqueles cujas composições apresentam quantidades excessivas de lipídeos e/ou açúcares ou que contenham substâncias indesejáveis para o consumo nessa faixa etária, como corantes e conservantes químicos (sopinha industrializada, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, pirulito/bala, gelatina, pudim, leite fermentado, biscoito recheado, salgadinho, pipoca, achocolatado, sorvete, chocolates, mortadela, papinha de frutas industrializadas, salsicha, hambúrguer e salame).

Os escores de frequência de consumo foram calculados mediante o somatório dos valores de ponderação da frequência de consumo para os alimentos correspondentes a cada grupo. O escore I foi representado pela somatória dos valores de ponderação para os alimentos que compuseram o Grupo I, e o escore II, pela somatória dos valores de ponderação dos alimentos que compuseram o Grupo II. No entanto, tendo em vista que os grupos alimentares constituídos para esse estudo foram compostos por diferentes números de alimentos, considerou-se a mediana do escore de cada grupo para a caracterização do padrão de consumo alimentar.

3.4.2. Análise Estatística

Os dados coletados foram digitados em duplicata no Programa Epi Info versão 6.04 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), e posterior uso do modo *validate* para checar eventuais erros de digitação. A análise estatística foi realizada no sub-programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0. Para comparar as frequências foi realizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher como medida de associação para um intervalo de confiança de 95%. Por se tratar de variáveis em escala ordinal, os escores de frequência de consumo alimentar foram descritos sob a forma de mediana e intervalo interquartil (IQ). A associação entre o consumo alimentar e as variáveis explicativas foi avaliada pelo teste “U” de Mann-Whitney. Em todas as situações analisadas, a significância estatística foi assumida quando $p < 0,05$.

3.5. Considerações éticas

No Serviço de Puericultura do IMIP as crianças em acompanhamento são agendadas para consulta mensalmente. As mães, ao comparecerem à consulta previamente agendada, foram solicitadas a participar, sendo-lhes explicada a importância e os objetivos do estudo, bem como os métodos de avaliação adotados na pesquisa, e tiveram a oportunidade de fazer perguntas e levantar qualquer dúvida sobre o estudo com o pesquisador. Foram informadas que a participação seria voluntária e que a recusa não causaria nenhuma penalidade ou perda em relação ao seu atendimento no ambulatório. As mães que concordaram em participar assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, procedendo-se então à entrevista antes da consulta de puericultura com a enfermeira.

Quando detectadas mães que ofereciam alimentos industrializados supérfluos aos seus filhos menores de um ano, estas receberam orientações nutricionais de quais alimentos seus filhos podem receber.

Todo esforço foi feito para manter a privacidade dos participantes, e os dados coletados foram tratados como confidenciais, sendo mantidos em sigilo. Os formulários com os dados estão armazenados com a pesquisadora responsável, em arquivo próprio, cujo acesso é restrito aos pesquisadores envolvidos neste trabalho.

O projeto de pesquisa só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP, sob o nº 512.538 (ANEXO 1).

3.6. Problemas Metodológicos

O objeto do estudo é complexo e o modelo empírico adotado foi reducionista, o que deve ser considerado quando da avaliação dos resultados. Outra limitação é o tamanho amostral. Por não ser um estudo de base populacional, os dados obtidos não permitem extrapolar para contextos diferentes do que o estudado. Deve ser considerada a falta de um questionário de frequência alimentar validado para lactentes, o que limita a comparação com outros estudos.

4. RESULTADOS

O presente estudo analisou as características da alimentação de 102 crianças, por meio de entrevistas realizadas com as mães. Dentre as crianças que participaram da pesquisa, 54,9% (56/102) eram do sexo feminino e tinham idade média de $13,8 \pm 2,5$ meses.

Observou-se que 60,8% dos lactentes (62/102) não receberam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, sendo que 67,9% (36/62) destes fizeram uso de leite de vaca integral. Verificou-se que os motivos referidos pelas mães, para a interrupção precoce do aleitamento materno foram: quantidade insuficiente de leite e recusa pela criança. A maioria das mães relataram ter feito pré-natal (98%;100/102) e ter recebido orientação sobre aleitamento materno (90,2%;92/102) e alimentação complementar (95,1%; 97/102).

A caracterização da amostra encontra-se na Tabela 1. Observou-se que as mães, em sua maioria, tinham idade maior que 20 anos, eram *do lar*, conviviam com o companheiro, tinham menos de três filhos e apresentavam baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo). Verificou-se que as mães que não receberam orientação sobre aleitamento materno, tinham com maior frequência filhos com excesso de peso ($p=0,07$).

Tabela 1 – Caracterização geral da amostra.

Variáveis	Total	Eutróficos		Excesso de Peso		P
	N=102	n =44	%	n = 58	%	
Sexo						
Masculino	46 (45,1%)	18	40,9%	28	48,3%	0,45*
Feminino	56 (54,9%)	26	59,1%	30	51,7%	
Idade Materna (anos)						
<20	18 (17,6%)	8	18,2%	10	17,2%	0,90*
≥20	84 (82,4%)	36	81,8%	48	82,8%	
Ocupação Materna						
Do Lar	56 (54,9%)	24	54,5%	32	55,2%	0,95*
Trabalha fora do lar	46 (45,1%)	20	45,5%	26	44,8%	

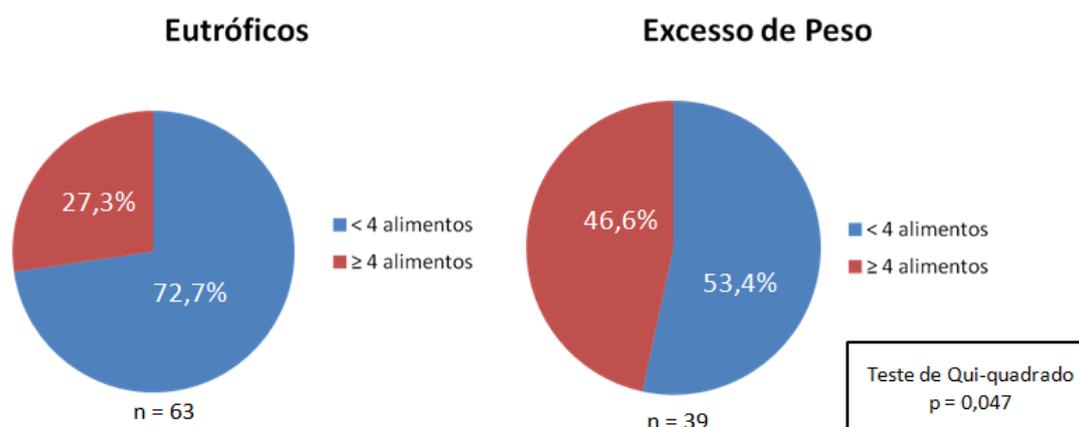
Renda familiar per capita						
< 1 salário/mínimo	56 (54,9%)	24	54,5%	32	55,2%	0,95*
≥1 salário/mínimo	46 (45,1%)	20	45,5%	26	44,8%	
Número de filhos						
<3	30 (29,4%)	13	29,5%	17	29,3%	0,97*
≥3	72 (70,6%)	31	70,5%	41	70,7%	
Mãe convive com companheiro						
Sim	76 (74,5%)	36	81,8%	40	69,0%	0,14*
Não	26 (25,5%)	8	18,2%	18	31,0%	
Escolaridade Materna (anos)						
<8	74 (72,5%)	29	65,9%	45	77,6%	0,19*
≥8	28 (27,5%)	15	34,1%	13	22,4%	
Cuidador da Criança						
Mãe	46 (45,1%)	18	40,9%	28	48,3%	0,45*
Outros	56 (54,9%)	26	59,1%	30	51,7%	
Recebeu orientação para introdução de alimentos						
Sim	97 (95,1%)	43	97,7%	54	93,1%	0,38**
Não	5 (4,9%)	1	2,3%	4	6,9%	

¹ PN : pré-natal *Qui-quadrado de Pearson **Teste exato de Fisher

A média de idade para introdução da alimentação complementar foi $5,08 \pm 1,66$ meses. Do total de crianças estudadas, 85,3% (87/102) ingeriram pelo menos um alimento supérfluo no último mês, destes 86,2% (50/87) estavam com excesso de peso ($p=0,765$).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição do consumo de alimentos supérfluos entre os grupos. Observa-se que o percentual de lactentes que consumiram mais que quatro alimentos supérfluos foi maior no grupo com excesso de peso ($p=0,047$).

Gráfico 1 – Distribuição de consumo de alimentos supérfluos, segundo grupos de comparação.



O consumo calórico excessivo esteve presente em 11,8% (12/102) dos lactentes, dos quais nove (9/12) encontravam-se com excesso de peso.

As frutas (91,2%), laticínios (88,2%), leguminosas (87,8%), cereais/tubérculos (84,4%), legumes e verduras (83,1%), carnes e ovos (76,5%) foram os alimentos que apresentaram maior frequência de consumo diário.

Na Tabela 2 encontra-se descrito o percentual de lactentes que fizeram uso dos alimentos supérfluos. Apesar de não se observar associação estatística, os altos percentuais de lactentes que consomem alimentos supérfluos chamam atenção, destacando-se os salgadinhos/pipoca que foram consumidos por mais da metade dos lactentes avaliados.

Tabela 2 – Percentual de Lactentes que Consumiram Alimentos Supérfluos.

Variáveis	Total	Eutróficos		Excesso de Peso		P
	N	n	%	n	%	
Chá ou café						
Sim	10 (9,8%)	5	11,4%	5	8,6%	0,64*
Não	92 (90,2%)	39	88,6%	53	91,4%	
Biscoito Recheado						
Sim	41 (40,2%)	16	36,4%	25	43,1%	0,49*
Não	61 (59,8%)	28	63,6%	33	56,9%	
Macarrão Instantâneo						

Sim	25 (24,5%)	9	20,5%	16	27,6%	0,40*
Não	77 (75,5%)	35	79,5%	42	72,4%	
Refrigerante						
Sim	38 (37,3%)	12	27,3%	26	44,8%	0,06*
Não	64 (62,7%)	32	72,7%	32	55,2%	
Suco Artificial						
Sim	20 (19,6%)	6	13,6%	14	24,1%	0,19*
Não	82 (80,4%)	38	86,4%	44	75,9%	
Chocolate/Achocolatado						
Sim	32 (31,4%)	13	29,5%	19	32,8%	0,72*
Não	70 (68,6%)	31	70,5%	39	67,2%	
Bala/Pirulito						
Sim	28 (27,5%)	13	29,5%	15	25,9%	0,68*
Não	74 (72,5%)	31	70,5%	43	74,1%	
Salgadinho/Pipoca						
Sim	60 (58,8%)	27	61,4%	33	54,9%	0,65*
Não	42 (41,2%)	17	38,6%	25	43,1%	
Embutidos						
Sim	21 (20,6%)	6	13,6%	15	25,9%	0,13*
Não	81 (79,4%)	38	86,4%	43	74,1%	
Leite Fermentado						
Sim	31 (30,4%)	11	25,0%	20	34,5%	0,30*
Não	71 (69,6%)	33	75,0%	38	65,5%	

*Qui-quadrado de Pearson **Teste exato de Fisher

A Tabela 3 apresenta os dados de frequência do consumo dos alimentos supérfluos. Observa-se que apesar do alto percentual de exposição, a frequência de consumo mostrou-se baixa. Os alimentos consumidos mais frequentemente foram os salgadinhos/pipoca (33,3%; 34/102), seguido do leite fermentado (24,4%; 25/102) e do biscoito recheado (20,6%; 21/102).

Macarrão instantâneo destacou-se como o alimento supérfluo mais consumido diariamente (10,8%; 11/102), dos 11 que consumiam nove estavam com excesso de peso, sem diferença estatística (dados não apresentados em tabela).

Tabela 3 – Frequência de consumo de alimentos supérfluos

Variáveis	Total N	Eutróficos		Excesso de Peso		P
		n	%	n	%	
Chá ou café						
Ausência/Baixa Frequência	98 (96,1%)	43	97,7%	55	94,8%	0,63**
Moderada/Alta Frequência	4 (3,9%)	1	2,3%	3	5,2%	
Biscoito Recheado						
Ausência/Baixa Frequência	81 (79,4%)	36	81,8%	45	77,6%	0,60*
Moderada/Alta Frequência	21 (20,6%)	8	18,2%	13	22,4%	
Macarrão Instantâneo						
Ausência/Baixa Frequência	86 (84,3%)	39	88,6%	47	81,0%	0,30*
Moderada/Alta Frequência	16 (15,7%)	5	11,4%	11	19,0%	
Refrigerante						
Ausência/Baixa Frequência	92 (90,2%)	38	86,4%	54	93,1%	0,26*
Moderada/Alta Frequência	10 (9,8%)	6	13,6%	4	6,9%	
Suco Artificial						
Ausência/Baixa Frequência	89 (87,3%)	40	90,9%	49	84,5%	0,33*
Moderada/Alta Frequência	13 (12,7%)	4	9,1%	9	15,5%	
Chocolate/Achocolatado						
Ausência/Baixa Frequência	88 (86,3%)	40	90,9%	48	82,8%	0,24*
Moderada/Alta Frequência	14 (13,7%)	4	9,1%	10	17,2%	
Bala/Pirulito						
Ausência/Baixa Frequência	93 (91,2%)	39	88,6%	54	93,1%	0,43*
Moderada/Alta Frequência	9 (8,8%)	5	11,4%	4	6,9%	
Salgadinho/Pipoca						
Ausência/Baixa Frequência	68 (66,7%)	29	65,9%	39	67,2%	0,88*
Moderada/Alta Frequência	34 (33,3%)	15	34,1%	19	32,8%	
Embutidos						
Ausência/Baixa Frequência	86 (84,3%)	39	88,6%	47	81,0%	0,30*
Moderada/Alta Frequência	16 (15,7%)	5	11,4%	11	19,0%	
Leite Fermentado						
Ausência/Baixa Frequência	77 (75,5%)	33	75,0%	44	75,9%	0,92*
Moderada/Alta Frequência	25 (24,5%)	11	25,0%	14	24,1%	

Na Tabela 4 encontram-se descritas variáveis ligadas à alimentação. Os grupos apresentaram-se homogêneos, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhuma das variáveis analisada.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis associadas à alimentação, segundo classificação do estado nutricional.

Frequência de dados	Total n (%)	Eutróficos		Excesso de Peso		P
		n	%	n	%	
Uso de leite de vaca integral						
Sim	53 (52,0%)	23	52,3%	30	51,7%	0,95*
Não	49 (48,0%)	21	47,7%	28	48,3%	
Uso de fórmula infantil						
Sim	56 (54,9%)	20	45,5%	36	62,1%	0,09*
Não	46 (45,1%)	24	54,5%	22	37,9%	
Tempo de aleitamento materno exclusivo						
<6 meses	62 (60,8%)	22	50,0%	40	69,0%	0,05*
≥6 meses	40 (39,2%)	22	50,0%	18	31,0%	
Idade da introdução de novos alimentos						
<6 meses	97 (95,1%)	42	95,5%	55	94,8%	0,63**
≥6 meses	5 (4,9%)	2	4,5%	3	5,2%	

*Qui-quadrado de Pearson **Teste exato de Fisher

Os profissionais de saúde foram os que as mães relataram, com uma maior frequência, que influenciaram na sua tomada de decisão dos alimentos a serem ofertados à criança, 81,4% (85/102), dados não apresentados em tabela.

Na Tabela 5 encontram-se descritas as associações entre medianas e os intervalos interquartílicos dos escores de consumo alimentar por grupos de alimentos em relação às variáveis antropométricas, socioeconômicas e comportamentais.

A mediana de consumo de alimentos supérfluos apresentou-se maior no grupo com excesso de peso. O escore de consumo desses alimentos também foi maior entre os

filhos de mães mais jovens, embora os resultados não tenham apresentado diferença estatística.

Tabela 5 – Associação das medianas e intervalos interquartílicos dos escores de consumo alimentar por grupos de alimentos e variáveis antropométricas, sociodemográficas e comportamentais.

Variável	Grupo de Alimentos			
	Alimentos Complementares Habituais		Alimentos Supérfluos	
Estado Nutricional				
Eutrofia	7,8000	5,8333-10,7500	0,1000	0,0000-1,3000
Excesso de peso	8,0667	6,2500-11,2500	0,5667	0,0000-1,7500
p-valor	0,29		0,14	
Idade Materna (anos)				
<20	7,6000	5,4667-12,0000	0,6767	0,0000-1,4833
≥20	8,0833	6,0167-11,0000	0,3667	0,0000-1,5000
p-valor	0,60		0,31	
Número de filhos				
<3	8,0000	6,1000-11,0000	0,3333	0,0000-1,5333
≥3	5,0000	0,0000-10,2500	0,0000	0,0000-0,1000
p-valor	0,12		0,08	
Escolaridade Materna (anos)				
<8	9,0000	6,2667-12,0000	0,3333	0,0000-1,7500
≥8	6,7667	3,9500-8,0000	0,2000	0,0000-1,0500
p-valor	0,200		0,000	
Tempo de aleitamento materno exclusivo				
<6 meses	9,0000	6,5000-12,0000	0,8667	0,0000-2,1167
≥6 meses	7,4667	4,0000-9,5000	0,0500	0,0000-0,5583
p-valor	0,002		0,010	
Recebeu orientação para introdução de alimentos				
Sim	8,0000	3,6000-8,0667	0,0667	0,0000-1,4333
Não	8,0000	6,0000-11,0000	0,3333	0,0000-1,5000
p-valor	0,332		0,515	

Consumo Calórico

Adequado	8,0000	5,9650	0,2700	0,0000-1,2350
Excessivo	8,0650	6,4325	1,7350	0,8680-2,9000
p-valor	0,328		0,003	

Os lactentes com tempo de aleitamento materno exclusivo menor que seis meses apresentaram maior escore de consumo de alimentos supérfluos ($p=0,010$). Contudo, esses mesmo lactentes apresentaram também um maior escore de consumo de alimentos protetores ($p=0,002$).

Verificou-se também que os lactentes de mães com menor escolaridade, apresentaram maior consumo de alimentos supérfluos ($p=0,000$). No grupo com ingestão calórica excessiva, foi encontrado um escore maior de consumo de alimentos supérfluos, quando comparado ao grupo com ingestão calórica adequada ($p=0,003$). Para as demais variáveis, houve similaridade na distribuição das medianas dos escores de consumo alimentar entre os dois grupos.

5. DISCUSSÃO

O consumo de alimentos supérfluos entre os lactentes estudados mostrou-se alto, e a maior diversidade de consumo desses alimentos foi observada entre os lactentes com excesso de peso. Porém, apesar do alto percentual de crianças que consumiam alimentos supérfluos, a minoria fazia uso diário. Esse resultado reforça a necessidade de envolver a família no trabalho de educação nutricional, objetivando elucidar o prejuízo do consumo precoce desses alimentos, antes que os mesmos passem a fazer parte da alimentação habitual das crianças. Especialmente porque cada vez mais as famílias buscam a praticidade, através de refeições de fácil preparo e consumo, levando ao aumento do consumo de produtos industrializados (TOMASI; SPAZZIANI, 2008).

Houve associação entre o maior consumo de alimentos supérfluos, o consumo calórico excessivo e o excesso de peso, sugerindo que o consumo desses alimentos contribui com o excesso de calorias da dieta, uma vez que apresentam alta densidade energética. Siqueira et al. (2009), estudando população infantil, também encontraram resultados semelhantes, ingestão calórica excessiva advinda de alimentos supérfluos, associada ao excesso de peso.

O salgadinho destacou-se como o alimento com maior percentual de consumo. Esse achado é preocupante, pois mostra que as crianças estão sendo expostas precocemente a um produto alimentício com teor de sódio muito acima do recomendado, além da presença de corantes e outras substâncias indesejáveis. Esse achado não difere do cenário mundial. No estudo americano, *The Feeding Infants and Toddlers (FITS)* (SIEGA-RIZ et al., 2010), que avaliou o consumo alimentar de lactentes, verificou-se que o consumo de salgadinhos também aparece precocemente na dieta, e que a proporção de crianças que consome o produto cresce de 16% (entre 12 e 14 meses) para 37% (de 19 a 24 meses), com o aumento da idade.

Além do salgadinho, foi encontrado também alto consumo de biscoitos e refrigerantes, inclusive no grupo com excesso de peso. Esse dado é particularmente relevante por se tratar de alimentos que não estão incluídos nos grupos de alimentos básicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), e apresentam altos níveis de gordura, açúcar e sal; contribuindo para o consumo excessivo de energia e subsequente excesso de peso (CORSINI et al., 2010).

Em contrapartida, no presente estudo observou-se uma alta frequência diária de consumo de frutas, laticínios e hortaliças, diferindo de outras pesquisas feitas com população brasileira com mesmo nível socioeconômico (COSTA et al., 2011; PEREIRA et al., 2013). A divergência de resultados pode ser explicada pelo fato de termos utilizado uma amostragem que é acompanhada em serviço de saúde de referência, onde recebem orientações nutricionais.

Os profissionais de saúde foram destacados como os principais influenciadores na escolha alimentar, mas ao mesmo tempo encontrou-se alto percentual de consumo de supérfluos, o que aparentemente representa uma incongruência de resultados. Em vista disto, ressalta-se a importância da atenção ao cuidador pautada no acolhimento e na formação de vínculo com os profissionais de saúde, objetivando conhecer o contexto socioeconômico e cultural, ampliando, assim, a compreensão dos profissionais de saúde sobre a experiência da alimentação complementar e seus determinantes, possibilitando uma intervenção mais eficaz, baseada não só na orientação, mas no incentivo, apoio e promoção de uma alimentação saudável.

As famílias que não se apropriam dos conceitos e da importância de uma alimentação saudável são mais vulneráveis a influências externas como opinião de parentes e amigos, que muitas vezes se baseiam no empirismo e não condiz com as diretrizes preconizadas para esta fase da vida. Vale lembrar também que o *marketing* e a influência das mídias é um fator que pode influenciar negativamente nas escolhas alimentares (CAMPBELL et.al., 2010; GURAN et. al., 2010).

Uma vez que os pais e familiares são os primeiros a contribuir para a formação dos hábitos alimentares das crianças, a literatura sugere que quanto maior o grau de escolaridade materna, menor o consumo de alimentos e bebidas que contenham em sua composição alto teor de gordura, açúcar e sal (TOLONI et al., 2011; WIJTZES et al., 2013). Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, onde o escore de consumo de alimentos supérfluos mostrou-se maior nos filhos de mães com menor escolaridade.

Esse dado, porém, precisa ser analisado com cautela, uma vez que pode ter ocorrido uma sobreposição de resultados, a amostra foi composta em sua maioria por mães mais jovens que conseqüentemente apresentam menor escolaridade.

Em atenção às diretrizes da alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida da criança, espera-se para os primeiros seis meses uma alimentação exclusivamente

baseada no consumo do leite materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No entanto, no presente estudo encontramos um elevado percentual de crianças fora desse padrão, sendo expostas precocemente à alimentação complementar e fazendo uso de fórmulas infantis e leite de vaca integral.

A alta frequência de abandono do AME é um dado que chama atenção, achado que corrobora com a II Pesquisa de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2010), onde foi verificado que apenas 41% das mães tinham seus filhos amamentados exclusivamente até os seis meses e o Nordeste apresentou-se com o pior índice de AME, apenas 37%. Meller et al (2014), também estudando a população infantil nordestina, encontraram dados semelhantes, apenas 1/3 das crianças foram amamentadas por, no máximo dois meses. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS/2006) o percentual de crianças em AME de 0 a 6 meses foi de 39,8%, valor próximo aos encontrados nesse estudo. Sharma et al. (2013), estudando lactentes norte-americanos, encontraram percentual de AME até seis meses de 33%, enquanto menos de 3% entre 7 a 24 meses, permaneciam em aleitamento materno. Os autores concluíram que o uso de fórmulas era mais frequente do que a amamentação e que o consumo de alimentos ricos em açúcar e alto teor de gordura (por exemplo, bebidas açucaradas, batatas fritas) aumentaram com cada faixa etária, o que poderia aumentar, também, o risco de obesidade infantil na população estudada.

A baixa duração do aleitamento materno exclusivo associado ao uso de fórmulas, leite de vaca integral e introdução precoce dos alimentos complementares (bem como de alimentos supérfluos), pode ser consequência da influência de aspectos socioeconômicos e culturais enraizadas nas práticas alimentares, seja por questões relacionadas a crenças de que o leite materno é incapaz de suprir as necessidades nutricionais das crianças, falta de orientação de profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento nutricional ou por ações de *marketing* e propaganda de empresas multinacionais que modulam o comportamento alimentar (ARABI et al., 2012; ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010; ASSIS et al., 2007; HENRIQUES et al., 2012).

Os lactentes com tempo de aleitamento materno exclusivo menor que seis meses apresentaram maior escore de consumo de alimentos supérfluos e, também de alimentos protetores. A incoerência deste resultado pode ser explicado pelas bias de informação,

comum nas pesquisas de consumo, na qual o entrevistado presta a informação mais adequada, omitindo a informação real.

Por se tratar de uma população acompanhada em serviço de referência materno-infantil, esperava-se encontrar uma menor taxa de abandono do AME, uma vez que o serviço de saúde é responsável pelo incentivo e orientação de uma alimentação adequada em todas as faixas etárias, apresentando-se como um importante protagonista na viabilização das recomendações oficiais sobre a amamentação.

Orientar sobre a alimentação é um desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se encontra com uma demanda para a qual não foi muitas vezes preparado, e que exige habilidade e sensibilidade no seu trato, evidenciando-se a necessidade de capacitação dos profissionais para atuar na assistência a alimentação e de forma especial à amamentação (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007). É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais não verbais da mulher, pois esses refletem suas emoções. Esses sinais podem ser indicadores das dificuldades que a mulher enfrenta que, muitas vezes poderá levar ao abandono da amamentação.

Somado a curta duração do AME, verificou-se um alto percentual de crianças que faziam uso do leite de vaca integral. O consumo do leite de vaca provoca efeitos nefastos na saúde humana, não só pelo seu alto teor protéico. A proteína do leite induz hiperinsulinemia pós-prandial e o aumento do fator de crescimento-1 (IGF-1) alterando o crescimento linear, sendo mais um fator que contribui para o surgimento do excesso de peso e da obesidade (MELNIK, 2009).

Apesar do acompanhamento mensal em serviço de saúde de referência, os resultados apresentados indicam que a alimentação dos lactentes vem se caracterizando pelo desmame precoce, uso do leite de vaca integral/fórmulas infantis e a introdução de alimentos processados de alta densidade energética, embora os hábitos tradicionais de alimentação ainda sejam mantidos. Esse cenário remete à necessidade de identificação e monitoramento do padrão de consumo de alimentos no plano individual, uma vez que as tendências no consumo de alimentos podem ser preditoras da elevação das taxas de excesso de peso.

É possível que o pequeno tamanho amostral tenha representado uma limitação metodológica, principalmente na determinação do impacto dos fatores associados ao excesso de peso. Porém, nossos achados contribuem para a investigação sobre comportamentos alimentares em lactentes, mostrando a necessidade da implantação de

estratégias mais eficazes de educação nutricional, a fim de aumentar o conhecimento da população sobre alimentação saudável, resultando na prevenção e promoção de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os alimentos supérfluos foram inseridos precocemente na alimentação das crianças estudadas. Uma população onde a mediana de consumo desses alimentos é quatro levanta a hipótese: se a mediana de consumo de alimentos supérfluos é de quatro alimentos por criança, mesmo que cada um deles seja consumido somente uma vez na semana, é mais da metade da semana consumindo pelo menos um alimento supérfluo por dia. O que não se configura apenas um consumo eventual, mas como a formação de um hábito.

Mesmo sem conseguir corroborar essa hipótese com o presente estudo, visto que seria necessário um acompanhamento mais preciso, onde fosse feita a coleta de dados através de registro alimentar durante pelo menos uma semana, para confirmá-la; do ponto de vista nutricional, é um fato que preocupa, pois além das crianças estarem expostas precocemente a substâncias potencialmente nocivas à saúde, a ingestão desse tipo de alimento substitui uma refeição que poderia ser composta de alimentos saudáveis que estariam contribuindo para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança.

Vale ressaltar que a oferta, ainda que esporádica, de alimentos supérfluos já representa um estímulo inicial para a formação de hábitos inadequados que pode permanecer durante todas as fases da vida.

Pensar que os lactentes aqui estudados, são acompanhados periodicamente em serviço de saúde, desperta para a necessidade de um trabalho educativo mais efetivo. A informação não deve apenas ser repassada como mais uma rotina do serviço, precisa ser trabalhada de forma que os cuidadores entendam os conceitos, a importância e a repercussão de uma alimentação saudável nessa fase da vida. Ainda mais, se tratando de famílias inseridas em um contexto onde a baixa renda, a falta de instrução, de tempo e a influência das mídias, representam pontos que contribuem negativamente nas escolhas alimentares.

A educação nutricional é uma das estratégias sugeridas para aumentar o conhecimento da população sobre alimentação saudável, resultando na prevenção e promoção de saúde. Ação de baixo custo que depende da sensibilização e conhecimento dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ADAIR, L. S. How could complementary feeding patterns affect the susceptibility to NCD later in life? **Nutrition, metabolism & cardiovascular diseases**, v. 22, p. 765–769, 2012.

ANTUNES, M. M. L.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1642-1650, 2010.

ARABI, I. et al. Infant and Young Child Feeding in Developing Countries. **Child Development**, v. 83, n. 1, p. 32-45, 2012.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 4, p. 431-438, 2007.

ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. 23(10):2337-2350. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.

AZEREDO, C. M. et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 4, p. 336-344, 2008.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 1, p. 7-16, 2004.

BOOG, M. C. F. et al. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes :“ comer ... o fruto ou o produto?” **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 3, p. 281-293, 2003.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília - DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília:Ministério da Saúde, 2009.

CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 16 abr. 2010.

CAMPBELL, K.; AL., E. Maternal self efficacy regarding children’s eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children’s food intake and

sedentary behaviours. **Internacional Journal of Pediatric Obesity**, v. 5, n. 6, p. 501-08, 2010.

CORREIA, P. P. et al. Alimentação de transição infantil: conhecer para educar Infant transition feeding: learn to educate. **Revista Ciência e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 85-93, 2013.

CORSINI, N. et al. Development and preliminary validation of the Toddler Snack Food Feeding Questionnaire. **Appetite**, v. 54, n. 3, p. 570-8, jun. 2010.

COSTA, E. C. et al. Consumo alimentar de crianças em municípios de baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 395-405, 2011.

CRISPIM, C. B. et al. Programa de educação nutricional para mães de baixa renda em processo de capacitação profissional: estudo sobre os efeitos na composição da dieta familiar. **Revista de Ciências Médicas**, v. 13, n. 3, p. 205-14, 2004.

DE ONIS, M.; BLO, M.; ORGHI, E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children 1–4. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 92, p. 1257-1264, 2010.

DIETZ, W. H.; GORTMAKER, S. L. Preventing obesity in children and adolescents. **Annual Review of Public Health**, v. 22, p. 337-353, 2001.

DWYER, J. T. et al. Feeding Infants and Toddlers Study 2008: progress, continuing concerns, and implications. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 12 Suppl, p. S60-7, dez. 2010.

FORNÉS, N.S.; et al. Escore de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.36, n.1, p.12-8, 2002.

GARIPAGAOGLU, M. et al. Obesity risk factors in Turkish children. **Journal of Pediatric Nurs**, v. 24, n. 4, p. 332-337, 2009.

GROTE, V.; THEURICH, M. Complementary feeding and obesity risk. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 17, n. 3, p. 273-7, maio. 2014.

GURAN, T.; AL., E. Content analysis of food advertising in Turkish television. **Pediatric Children Health**, v. 46, n. 7-8, p. 427-430, 2010.

HEITOR, S. F. D.; RODRIGUES, L. R.; SANTIAGO, L. B. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 430-436, 8 jan. 2011.

HENRIQUES, P. et al. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 481-490, 2012.

JAMES, J. et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomized controlled trial. **British Medical Journal**, p. 328:1237, 2004.

JESUS, S. R. DE; SALDIVA, S. R. D. M.; RODRIGUES, L. C. Velocidade de ganho de peso nos primeiros anos de vida e excesso de peso entre 5-11 anos de idade , Salvador , Bahia , Brasil Weight gain rate in early childhood and overweight in children 5-11 years old in Salvador , Bahia State , Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 714-722, 2011.

LIU, Y. H.; STEIN, M. T. Comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. In: **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**. Centre of ed. Montreal, Quebec: [s.n.]. p. 1-7.

MARIATH, A. B. et al. Obesity and risk factors for the development of chronic non-transmissible diseases among consumers in a foodservice unit. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 897-905, 2007.

MELLER, F. D. O.; ARAÚJO, C. L. P.; MADRUGA, S. W. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 943-955, 2014.

MELNIK, B. C. Milk-the promoter of chronic Western diseases. **Medical hypotheses**, v. 72, n. 6, p. 631-9, jun. 2009.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. S131-41, 2004.

MORATOYA, E. E. et al. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil. **Revista de Política Agrícola**, v. 1, p. 72-84, 2013.

MOTTA, M. E. F. A. et al. Does birth weight affect nutritional status at the end of first year of life? **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 377-382, 2005.

NICKLAS, T. A. et al. Serum cholesterol levels in children are associated with dietary fat and fatty acid intake. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, p. 511-517, 2002.

PEARCE, J.; LANGLEY-EVANS, S. C. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: A systematic review. **International Journal of Obesity**, v. 37, p. 477-485, 2013.

PEREIRA, R. A. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil : Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 190-199, 2013.

PINHEIRO, A. V. B. et al. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. **Rio de Janeiro**, 1994.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Development of children's eating behavior. **Jornal de Pediatria**, v. 76, p. 229-237, 2000.

RAMSAY, M. **Habilidades de alimentação , apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, , 2011. (Nota técnica).

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. DE. Nutrition habits and healthcare: feeding the children and the family. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

SCAGLIONI, S.; SALVIONI, M.; GALIMBERTI, C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. **British Journal of Nutrition**, v. 99, n. 1, p. 22-25, 2008.

SHARMA, S. et al. Assessing dietary intake among infants and toddlers 0-24 months of age in Baltimore, Maryland, USA. **Nutrition Journal**, v. 12, n. 1, p. 52, 26 abr. 2013.

SIEGA-RIZ, A. M. et al. Food consumption patterns of infants and toddlers: where are we now? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 12 Suppl, p. S38-51, dez. 2010.

SIQUEIRA, P. P.; ALVES, J. G. B.; FIGUEIROA, J. N. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 251-257, 2009.

SKOUTERIS, H. et al. Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. **Obesity Reviews**, v. 12, n. 5, p. 315-328, 2011.

SPINELLI, M. G. N.; SOUZA, S. B.; SOUZA, J. M. P. Consumo, por crianças menores de um ano de idade, de alimentos industrializados considerados supérfluos. **Pediatria Moderna**, v. 37, n. 12, p. 666-72, 2001.

STETTLER, N. et al. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 77, n. 6, p. 1374-8, jun. 2003.

THORISDOTTIR, B. et al. Nutrient intake in infancy and body mass index at six years in two population-based cohorts recruited before and after revision of infant dietary recommendations. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 63, p. 145-151, 2013.

TOLONI, M. H. DE A. et al. Introduction of processed and traditional foods to the diets of children attending public daycare centers in São Paulo, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

TOMASI, L. C. DE; SPAZZIANI, M. DE L. Construindo atitudes para uma vida saudável: uma experiência educativa com alunos do ensino fundamental. **Revista Simbiologias**, v. 1, n. 2, p. 1-15, 2008.

VITOLLO, M. R. et al. Consumo precoce de alimentos não recomendados por lactentes do sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 25-28, 2013.

WIJZES, A. I. et al. Maternal educational level and preschool children's consumption of high-calorie snacks and sugar-containing beverages: mediation by the family food environment. **Preventive Medicine**, v. 57, n. 5, p. 607-12, nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding: report of global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. In: Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998. p. 465-471.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. In: Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and Young Child Feeding-Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. In: Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.

ZOUMAS-MORSE, C. et al. Children's patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 101, n. 8, p. 923-925, 2001.

APÊNDICE

03 - Sim, raramente (apenas uma vez) 04 - Não, nunca

Se **SIM**, quem deu as orientações (**SEMAEQUEM**)?

01- Médico () **SIM** () **NÃO**

02- Enfermeira () **SIM** () **NÃO**

03- Nutricionista () **SIM** () **NÃO**

04- Agente de saúde () **SIM** () **NÃO**

<C> mamou no peito (**MAMOUP**)?

01 - Sim 02 - Ainda mama 03 - Não, nunca mamou 04 - Ignorado

Se (**1**)**SIM**: até que idade(**SESIMID**)? _____

Porque deixou de mamar: _____

Se (**2**)**Ainda mama**: Qual a idade atual em meses (**SEAINMA**): _____

Se (**3**) **Não, nunca mamou**: Porque não mamou: _____

Até que idade só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento (**IDSMAMOU**)? _____

Com que idade começou a introduzir outros alimentos na alimentação da criança? _____

Recebeu orientação de como introduzir novos alimentos a criança (**OALCRI**)?

01 - Não, nunca 02 - Sim, em todas as consultas 03 - Sim, às vezes

04 - Sim, raramente (apenas uma vez)

Quem orientou (**QORIENT**)?

01- Médico () **SIM** () **NÃO**

02- Enfermeira () **SIM** () **NÃO**

03- Nutricionista () **SIM** () **NÃO**

04- Agente de saúde () **SIM** () **NÃO**

05- Outros: _____

A <C> fez uso de leite de vaca? **01-Sim 02-Não**

A <C> fez uso de fórmula infantil? **01-Sim 02-Não**

Nos último 30 dias a <C> apresentou: 01- Diarréia 02- Infecção respiratória

ANTROPOMETRIA

Peso atual: _____

Comprimento: _____

CONSUMO ALIMENTAR

A <C> come fruta? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come legumes/verdura? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come cereais/pães/tubérculos? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come leites, queijos e iogurtes? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come carnes e ovos? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come feijões? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come óleos e gorduras? () **SIM** () **NÃO** **Porções:** _____

Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma chá ou café? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come biscoito recheado? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come macarrão instantâneo? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma refrigerante? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma suco em pó/caixinha? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come chocolate/achocolatado? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come bala/pirulito? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma leite fermentado? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma sorvete? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> toma sopa de pacote? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come papa de fruta industrializada? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come pudim/gelatina? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come salgadinho/pipoca? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

A <C> come Salsicha/Mortadela/Salame? () SIM () NÃO Porções: _____
Freq: () raro/nunca () mensal () semanal () diário

Recordatório de 24h

Café da manhã:

Lanche:

Almoço:

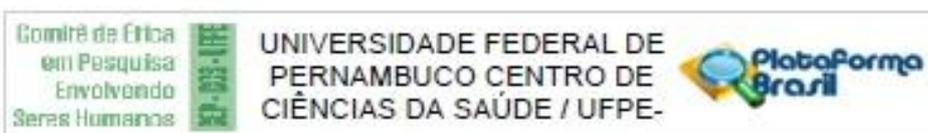
Lanche:

Janta:

Ceia:

ANEXO

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O EXCESSO DE PESO EM LACTENTES ESTÁ ASSOCIADO AO CONSUMO DE ALIMENTOS SUPÉRFLUOS?

Pesquisador: Isis Lucilla Santos Borges de Araújo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23422513.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.538

Data da Relatoria: 21/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao protocolo da pesquisa em epígrafe cuja justificativa informada pela pesquisadora em documento anexado à Plataforma Brasil em 13/01/14 é de que ao apresentar o parecer consubstanciado de aprovação na instituição onde os dados serão coletados, a mesma exigiu a sua inclusão no projeto de pesquisa como coparticipante. Desta forma, a pesquisadora gerou uma emenda e solicitou a inclusão do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) como instituição coparticipante. O currículo Lattes da responsável pelo IMIP também foi inserido na Plataforma. Cabe ressaltar que a carta de anuência da referida instituição já havia sido anexada anteriormente.

O protocolo refere-se à pesquisa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, que visa investigação da obesidade em crianças de 12 a 18 meses, fenômeno presente em situações de inadequação no consumo alimentar por um período constante, cuja hipótese é de que o excesso de peso ao final do primeiro ano de vida está associado ao hábito de consumir alimentos supérfluos.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccc@ufpe.br