



ORIGINALES

Práticas alimentares entre crianças menores de um ano internadas em hospital público

Prácticas alimentarias entre niños menores de un año ingresados en hospital público
Feeding practices among children under one year of age admitted to a public hospital

Floriacy Stabnow Santos¹
Antonio Felipe Brito da Silva Junior²
Janete Pereira da Silva Lima³
Volmar Morais Fontoura⁴
Francisca Aline Arrais Sampaio Santos⁵
Marcelino Santos Neto⁵

¹ Enfermeira, Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão. Brasil. floriacys@gmail.com

² Discente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, Maranhão, Brasil.

³ Enfermeira, Hospital Municipal de Imperatriz. Maranhão, Brasil.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Ciências Ambientais, Professor Assistente da Universidade do Tocantins. Brasil.

⁵ Professor/a Adjunto da Universidade Federal do Maranhão. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.301541>

Submissão: 2/08/2017

Aprovação: 9/11/2017

RESUMO:

Introdução: A alimentação é um fator de importância para assegurar a existência, o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança.

Objetivos: Identificar o perfil das crianças menores de um ano internadas em hospital público no interior do Maranhão e de suas mães; conhecer a alimentação complementar praticada por elas e o histórico de aleitamento materno das mesmas.

Método: Pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, realizada entre fevereiro e setembro de 2015. Dados coletados através de formulários aplicados às mães, sendo que a amostra compreendeu 174 sujeitos.

Resultados: Eram do sexo masculino 62,7% das crianças, 42,5% tinham de 1 a 4 meses, 55,7% foram internadas com problemas respiratórios, suas mães eram donas de casa com idade entre 15 e 35 anos. Os dados mostram que as crianças receberam líquidos, leite artificial e alimentos precocemente, e apenas 20,1% praticaram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

Conclusão: As crianças menores de um ano internadas apresentam padrão alimentar inadequado. Portanto, são necessárias ações que promovam a prática da alimentação saudável.

Palavras chave: Alimentação complementar; Criança; Hospitalização.

RESUMEN:

Introducción: La fuente de alimentación es un factor importante para asegurar el correcto crecimiento y desarrollo de un niño.

Objetivo: Identificar el perfil socioeconómico de los niños menores de un año ingresados en hospital público en interior del Maranhão y de sus madres; conocer la alimentación complementaria practicada por ellas y el histórico de amamantamiento materno.

Método: Investigación descriptiva, transversal de naturaleza cuantitativa, realizada entre febrero y septiembre de 2015. Datos recolectados en formularios aplicados a las madres de los niños, siendo la muestra de 174 sujetos.

Resultados: Eran del sexo masculino 62,7% de los niños, 42,5% tenían de 1 a 4 meses, 55,7% fueron ingresados con problemas respiratorios, sus madres eran amas de casa con edad entre 15 y 35 años. Los datos muestran que los niños recibieron líquidos, leche artificial y alimentos precozmente, y sólo 20,1% practicaron al amamantamiento materno exclusivo hasta el sexto mes.

Conclusión: Los niños ingresados menores de un año presentan patrón de alimentación inadecuado. Por lo tanto, son necesarias acciones que promuevan la práctica de la alimentación saludable.

Palabras clave: Alimentación complementaria; Niño; Hospitalización.

ABSTRACT:

Introduction: Food is an important factor to ensuring the existence, growth and development of a child.

Objectives: to identify the socioeconomic profile of children under one year of age hospitalized in a public hospital in the country side of Maranhão and of their mothers; to know the complementary feeding given by mothers and their history of breastfeeding.

Method: Descriptive, cross-sectional, quantitative research conducted between February and September 2015. Data were collected through forms applied to mothers, and the sample comprised 174 individuals.

Results: 62.7% of the children were male, 42.5% were 1 to 4 months old, 55.7% were hospitalized with respiratory problems, their mothers were housewives aged between 15 and 35 years. The data showed that children received liquids, artificial milk and food precociously, and only 20.1% had practiced exclusive breastfeeding until the sixth month.

Conclusion: The children under one year of age have an inadequate eating pattern. Therefore, actions that promote the practice of healthy feeding are necessary.

Key-words: Complementary feeding; Child; Hospitalization.

INTRODUÇÃO

Uma alimentação apropriada nos dois primeiros anos de vida é fundamental, pois esse é um período evidenciado por rápido crescimento, desenvolvimento e formação dos hábitos alimentares que são capazes de permanecer ao longo da vida⁽¹⁾.

A alimentação é um fator de importância para assegurar a existência, o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança. O aleitamento materno (AM) é uma maneira mais natural, fisiológica, e garantida de alimentação para um bebê nos primeiros seis meses de vida. O aleitamento materno deve ser exclusivo até aos seis meses e, complementado até os dois anos ou mais⁽²⁾.

No sexto mês de vida faz-se necessário a introdução de alimentos complementares, uma vez que nessa faixa etária as carências nutricionais não são mais supridas pelo leite materno⁽³⁾.

Em uma complementação adequada deve figurar equilíbrio de alimentos com quantidade adequada de micro e macronutrientes, isentos de contaminação, fácil acesso, custo admissível, e ser preparada com alimentos do cotidiano da família. De início deve exibir consistência pastosa e espessa. A partir do oitavo mês dá-se o início ao oferecimento de alimentação sólida, que pode ser amassada, partida ou cortada em pequenos pedaços. Aos doze meses, a criança já deve ingerir os mesmos alimentos da família, além do leite da mãe⁽²⁾.

A introdução prematura de alimentos complementares eleva a morbimortalidade infantil devido a uma inferior ingestão dos elementos de proteção presentes no leite materno, deixando a criança mais exposta a doenças infecciosas e a desnutrição, especialmente aquelas que moram em locais com escassas condições de higiene, além de interferir na assimilação de nutrientes relevantes do leite da mãe, como o ferro e o zinco, bem como favorecer o risco de alergia alimentar⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde (MS) afirma que se, por um lado, a introdução de alimentos adicionais pode parecer atrativa para o bebê que mama exclusivamente ao peito e que mostre uma demora de ganho ponderal, por outro lado, essa inclusão, com regularidade, representa maior perigo de infecções e, em condições de miséria extrema, até mesmo grande risco de morrer. Consenso existe, todavia, de que a introdução de alimentação complementar não deve ser indicada antes dos seis meses de idade, uma vez que os prejuízos da inclusão superam, muito, qualquer proveito possível⁽⁵⁾.

A breve duração do aleitamento materno exclusivo (AME) que traz vantagens nutricionais indiscutíveis, a introdução demorada de alimentos ricos em ferro e o consumo insuficiente ou inadequado de estimuladores da sua absorção podem ser considerados elementos predisponentes para desenvolvimento de anemia ferropriva nessa faixa etária⁽⁶⁾.

Entre os alimentos que contêm ferro, destaca-se o feijão, que faz parte da dieta dos brasileiros. O feijão é um alimento naturalmente abundante em ferro e uma rica fonte para preencher a necessidade desse nutriente no combate à anemia ferropriva. Entretanto, vale salientar que esse alimento não deve ser oferecido antes do sexto mês de vida da criança⁽⁷⁾.

Percebe-se que muitas crianças são internadas com doenças infecciosas, desta forma é importante estudar detalhadamente a causa desses adoecimentos e se a introdução precoce de alimentação complementar tem sido praticada entre essas crianças que adoecem. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivos identificar o perfil socioeconômico das crianças menores de um ano internadas em hospital público no interior do Maranhão, no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz (HMII) e de suas mães; conhecer a alimentação complementar praticada por essas crianças e conhecer o histórico de aleitamento materno das mesmas.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado no HMII, hospital de referência em pediatria para toda região. A pesquisa foi realizada entre fevereiro e setembro de 2015.

A população do estudo foi composta por crianças menores de 1 ano internadas no HMII com diagnóstico de doenças infecciosas. Fizeram parte da amostra 174 crianças de uma população de 263 que foram internadas em 2012. Incluiu-se as que residiam no município de Imperatriz, na faixa etária de até um ano de vida, e foram excluídas as maiores de um ano, portadoras de alguma patologia congênita como cardiopatia, doença renal ou neurológica e com diagnóstico de HIV/AIDS.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores através de um formulário contendo perguntas fechadas e abertas e digitados em programa desenvolvido em linguagem *Java* e posteriormente organizados e tabulados em planilhas do Microsoft Excel e analisados de forma descritiva, considerando a frequência absoluta e relativa.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer 698.692/2014.

RESULTADOS

Das 174 crianças, foram internadas 97 crianças (55,7%) por problemas respiratórios, apresentaram diarreia 35 (20,2%), tiveram febre a esclarecer 32 (18,5%) e 10 (5,6%) tiveram outras doenças infecciosas como leishmaniose visceral (2; 1,1%), coqueluche (2; 1,1%), otite (3; 1,7%) e infecção do trato urinário (3; 1,7%).

Os dados apurados apontaram que 109 (62,7%) dos participantes do estudo eram do sexo masculino e que 74 (42,5%) tinham entre de 1 e 4 meses de idade conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1: Idade das crianças participantes do estudo. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Idade/sexo	Crianças		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
<1 mês	28	16,1	17	9,8	11	6,3
1-4 meses	74	42,5	51	29,3	23	13,2
5-6 meses	27	15,5	16	9,2	11	6,3
7-12 meses	44	25,9	25	14,4	20	11,5
Total	174	100	109	62,7	65	37,3

Quanto a procedência dos sujeitos da pesquisa, 90 (51,7%) eram de outras cidades circunvizinhas a Imperatriz e até mesmo 10 (5,7%) eram de outros estados (tabela 2).

Tabela 2: Procedência das crianças participantes do estudo. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Município/Estado	Crianças	
	n	%
Imperatriz	74	42,5
Outras cidades do MA	90	51,7
Tocantins	6	3,5
Pará	4	2,3
Total	174	100

Considerando as variáveis maternas, observa-se que 102 (58,6%) tinha entre 21 e 30 anos, 87 (49%) cursaram o ensino médio, 70 (40,2%) eram casadas, 128 (73,6%) tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, 129 (74,1%) eram donas de casa, 117 (67,2%) tinham mais de 1 filho e 125 (71,8%) já tinham amamentado anteriormente (tabela 3).

Tabela 3: Perfil demográfico, socioeconômico e obstétrico das mães de crianças internadas no HMII. Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Variáveis maternas	n	%
Idade materna		
15 a 20 anos	45	25,9
21 a 30 anos	102	58,6
31 a 35 anos	20	11,5
> 35 anos	7	4,0
Escolaridade		
Nunca frequentou escola	4	2,3
Ensino Fundamental	64	36,8
Ensino Médio	87	49,0
Ensino Superior	19	9,9
Situação conjugal		
Solteira	37	21,3
União estável	65	37,4
Casada	70	40,2
Viúva	2	1,1
Renda Familiar		
< 1 Salário	28	16,1
1 a 2 Salários	128	73,6
≥3 Salários	18	10,3
Situação laboral		
Trabalha fora de casa	27	15,5
Dona de casa	129	74,1
Licença maternidade	18	10,4
Situação obstétrica		
Primípara	57	32,8
Múltipara	117	67,2
Amamentação anterior		
Sim	125	71,8
Não	49	28,2
Total	174	100

Os dados mostram que várias crianças menores de seis meses receberam líquidos, leite artificial e alimentos, sendo que 30 (17,2%) tomaram sucos, 23 (13,2%) comeram algum tipo de fruta, 10 (5,8%) receberam legumes, 7 (4,0%) comeram feijão, 27 (15,5%) receberam mingau, 8 (4,6%) comeram carne, 30 (17,2%) receberam alimentos adoçados com açúcar, 16 (9,2%) receberam bolachas e salgadinhos, 3 (1,7%) receberam café e 2 (1,2%) receberam bebidas gaseificadas (tabela 4).

Entre crianças de 6 a 12 meses, 55 (31,6%) receberam sucos, 30 (17,2%) receberam frutas, 40 (23%) receberam legumes, 36 (20,7%) receberam feijão, 30 (17,2%) receberam mingau, 31 (17,8%) receberam carne, 32 (18,4%) receberam alimentos adoçados com açúcar, 29 (16,7%) receberam bolacha ou salgadinho, 11 (6,3%) receberam café e 5 (2,9%) receberam bebidas gaseificadas (tabela 4).

Tabela 4: Alimentos oferecidos às crianças pesquisadas. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Alimentos oferecidos	<6 meses		6 a 12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sucos	30	17,2	55	31,6	85	48,8
Frutas	23	13,2	30	17,2	63	36,2
Legumes	10	5,8	40	23,0	50	28,7
Feijão	7	4,0	36	20,7	43	24,7
Mingau	27	15,5	30	17,2	57	32,8
Carne	8	4,6	31	17,8	39	22,4
Açúcar	30	17,2	32	18,4	62	35,6
Biscoito/salgadinho/doces	16	9,2	29	16,7	45	25,9
Café	3	1,7	11	6,3	14	8,1
Bebidas gaseificadas	2	1,2	5	2,9	7	4,0

Das crianças menores de seis meses 109 (62,6%) receberam outros líquidos e leites artificiais precocemente, entretanto 158 (90,8%) receberam leite materno. Observou-se ainda que 112 (64,4%) receberam água, 74 (42,5%) receberam chá e 70 crianças (40,2%) usaram chupeta e 92 (52,9%) usaram mamadeira ou chuquinha.

Das 174 crianças estudadas 16 (9,2%) não receberam AM. A prevalência do AME até o sexto mês foi de 20,1% (35), e 123 crianças além do leite materno receberam outros alimentos antes do sexto mês. Entre as crianças de 6 a 12 meses, 54 (31,0%) receberam leite materno complementado por outros alimentos, 120 não receberam mais o leite materno, apenas outros alimentos (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da prevalência dos tipos de aleitamento materno. HMII, Imperatriz-MA, Brasil, 2015

Aleitamento materno	<6 meses		6 a 12 meses	
	n	%	n	%
Aleitamento materno exclusivo	35	20,1	-	-
Aleitamento materno complementado	123	70,7	54	31,0
Não mamaram	16	9,2	120	69,0
Total	174	100	174	100

Os resultados apontaram ainda que 135 crianças (78,0%) mamaram na primeira hora de vida e 146 crianças (84,0%) ficaram juntas das mães após o parto em alojamento conjunto.

DISCUSSÃO

A escolha do AME pode ser influenciado por alguns fatores como condições socioeconômicas, escolaridade, situação conjugal, laboral e obstétrica, idade materna e amamentação anterior, que afetam o nível de informação que as mães têm sobre o aleitamento, e o mais importante, o nível de compreensão das informações transmitidas a elas pelos profissionais⁽⁸⁾.

Considerando a situação socioeconômica de uma população, é importante salientar que fatores como condições de vida e a idade materna são os que mais interferem na decisão da mãe de amamentar ou não a criança. Essas variáveis também interferem na procura pelo serviço de saúde com antecedência, já durante a gravidez, no período do pré-natal⁽⁹⁾.

Aproximadamente um quarto das mães estudadas era adolescente, e um pouco mais de um terço possuíam baixa escolaridade, fator que possivelmente tenha contribuído para o desmame precoce. A prática e a continuidade do AM podem ser diretamente motivadas por uma série de razões como: condições socioeconômicas das famílias, grau de escolaridade da mãe, situação funcional materna, estado civil e tipo de parto⁽³⁾.

Mães com maior renda e escolaridade apresentam maior frequência no AME até os seis meses, em contrapartida, mães com menor renda e escolaridade amamentam por mais tempo, mas não exclusivamente. Supõe-se que o maior conhecimento dos benefícios do AME para mãe e filho estimulem a amamentação e sua permanência pelo período dos 6 meses, mas com o final da licença maternidade, as mães voltam ao trabalho e abandonam o AME, sendo que as que não trabalham fora do lar mantêm o aleitamento⁽¹⁰⁾.

Estudo descritivo realizado em Viçosa-MG mostrou que o fato das mães morarem com um companheiro também tem influência positiva na duração do AME. Aponta ainda que as mães jovens e primíparas desmamam precocemente seus filhos devido à falta de experiência ou maturidade para o cuidado e amamentação da criança⁽⁸⁾.

A presente pesquisa mostrou que 32,8% eram primíparas e 74,1% eram donas de casa, entretanto, esse fato não contribuiu para aumentar os índices de AME. Em Uberlândia-MG, o trabalho fora do lar e o uso de bicos artificiais também figuraram como fatores de risco para o desmame precoce⁽¹¹⁾.

Um dos principais fatores que causam o abandono do AME é a falta de apoio dos próprios familiares, com a crença da insuficiência do leite materno para o crescimento da criança, e a banalização do sofrimento da mulher, principalmente por parte dos profissionais de saúde. É essencial que a equipe se empenhe no cuidado com essas mães, acompanhando-as e estimulando-as na busca pelo serviço de saúde, orientando-as a voltar sempre que desejarem ou quando apresentarem qualquer dúvida e, se necessário, levar todas as informações por escrito para leitura posterior no domicílio⁽¹²⁾.

Neste estudo, constatou-se que 16,1% das mães ganhavam menos que um salário mínimo, e 32,8% eram primíparas. Pesquisa realizada em Pelotas-RS, indicou que crianças nascidas de mães de mais idade e maior renda, conseqüentemente maior experiência e conhecimento acerca da amamentação, tiveram maior chance de serem amamentadas exclusivamente até o sexto mês. Da mesma forma, o fato de as mulheres mais jovens amamentarem seus filhos por menos tempo pode-se atribuir a inexperiência ou falta de preparo⁽¹³⁾.

A experiência da amamentação para as mães pode ser diferente e exclusiva em relação a cada filho, sendo que podem ser identificados dois momentos difíceis: o início e o término, ou seja, o estabelecimento da amamentação e o desmame total. Ambos os momentos exigem estruturas de apoio e informação, sendo essenciais para a saúde da mulher e da criança. Assim, os serviços e profissionais de saúde, a partir da atenção no pré-natal, parto, puerpério e puericultura, exercem papel imprescindível na informação e apoio às mulheres⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, esses profissionais necessitam estar devidamente qualificados e sensibilizados para oferecer às gestantes e as lactantes um apoio por meio de orientações acessíveis, além de serem capazes de promover e apoiar a amamentação, para que essa prática seja efetiva e se prolongue, pelo menos, até os 2 anos de vida da criança, segundo recomendação do MS⁽⁸⁾.

Foi verificado em 2002 que, no Brasil, aproximadamente 97% das crianças começavam a amamentação no seio nas primeiras horas de vida, porém, a introdução de outros alimentos ocorria prematuramente, nas primeiras semanas ou meses de vida, com oferta de água, chás, sucos e outros leites⁽¹⁴⁾. No estudo em pauta essa situação se repetiu, visto que, 85 crianças menores de seis meses (70,9%) receberam líquidos, leite artificial ou alimentos sólidos e apenas 35 crianças (20,1%) foram amamentadas exclusivamente até seis meses.

No presente estudo verificou-se que a alimentação complementar oferecida às crianças antes dos seis meses continha verduras, legumes, frutas ou mesmo comida de sal. O “Guia alimentar para crianças menores de dois anos”, publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e MS, recomenda que os alimentos complementares (carnes, tubérculos, leguminosas, frutas e legumes) sejam oferecidos após os seis meses de idade quando as crianças já possuem maturidade fisiológica para mastigar, deglutir e digerir⁽¹⁵⁾.

As frutas e sucos naturais são considerados alimentos saudáveis, entretanto a recomendação é que sejam introduzidos na dieta da criança após o sexto mês de vida, sendo recomendadas três porções de frutas diariamente⁽⁵⁾.

Também foi observado aumento crescente no uso de alimentos não recomendados para a faixa etária, revelando o início de padrões alimentares impróprios que podem ser mantidos em outras fases da vida. Em estudo realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Acrelândia no Estado do Acre constatou-se que alimentos processados ricos em sódio, conservantes, açúcar e gordura, mas pobre em outros nutrientes, como macarrão instantâneo, doces, salgadinhos e refrigerantes, foram usados pelas crianças desde muito cedo⁽¹⁶⁾.

As bebidas gaseificadas (refrigerantes), balas, pirulitos e sucos artificiais em pó não são recomendáveis, pois proporcionam acúmulos de calorias vazias, em virtude do alto teor de açúcar simples além de serem cariogênicos e interferirem no apetite da criança e visto que a maior parte deles contém corantes que podem provocar reações alérgicas. As balas e pirulitos, além de corantes, apresentam riscos de engasgos⁽⁵⁾.

Nos países europeus constatou-se que o AME até o sexto mês tem sido deixado de lado e existe a inserção precoce de alimentação complementar (antes de 4 meses de vida) e consumo frequente de alimentos impróprios para essa faixa etária, como por exemplo alimentos com alto teor de gordura e açúcar⁽¹⁷⁾.

A II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (II PPAM Capitais/DF) mostrou que um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada e frutas. Na faixa etária de 6 a 9 meses, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes⁽¹⁸⁾. Estudo realizado em Picos-PI, com crianças menores de 6 meses que fizeram parte da pesquisa, 6,7% receberam carne, 3,3% feijão e, de 6 a 12 meses, 50% receberam carne e 66,6% feijão⁽¹⁹⁾.

A alimentação complementar deve ser rica em energia e micronutrientes, sem contaminação e sem excesso de condimentos, mas ela é apenas isso, complementar, não devendo substituir a oferta de leite materno até dois anos ou mais. A alimentação

deve ser bem aceita pela criança, estar na quantidade adequada, e dentro dos padrões de consumo da família⁽⁶⁾.

A introdução de alimentos complementares após os seis meses de vida deve ser feita com cautela além de que alimentos industrializados devem ser evitados a todo custo, e os demais devem ser introduzidos gradualmente, com intervalos de três dias até uma semana, prevenindo possíveis reações alérgicas. Outro cuidado importante é que os hábitos alimentares da criança são formados nesse período, portanto a frequência e o tipo de alimento oferecido serão determinantes nas preferências alimentares futuras desta criança⁽¹⁹⁾.

Os movimentos das estruturas estomatognáticas realizadas durante as funções de sucção, de mascagem e de mastigação acarretam um desenvolvimento motor-oral adequado nos primeiros anos de vida. Inserir alimentação complementar na data imprópria pode abalar desfavoravelmente a saúde presente e futura da criança. Se o método de alimentação complementar for começado tardiamente, poderá acarretar em deficiência de crescimento ou anemia, da mesma forma pode prejudicar o aumento e desenvolvimento dos alicerces faciais implicados⁽²⁾.

Para crianças de 6 a 12 meses, recomendam-se três porções de verduras/legumes diariamente, considerados alimentos importantes e que devem fazer parte desde cedo da dieta das crianças, para que se acostume com seu uso, bem como o uso de duas porções de carne ou ovos diariamente e uma porção de feijão⁽⁶⁾.

O uso de alimentos não saudáveis também faz parte da dieta das crianças do presente estudo. Entre as crianças de 6 a 12 meses, a ingestão dos alimentos como bolachas e salgadinhos, sucos industrializados, café e refrigerante também esteve presente.

A II PPAM Capitais/DF mostrou, no Brasil, um consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%), entre crianças de 9 a 12 meses⁽¹⁸⁾. O MS recomenda que açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas sejam evitados nos primeiros anos de vida, já que esses alimentos não são adequados para a nutrição da criança e, por seu sabor agradável, competem com outros alimentos saudáveis. O uso de açúcar e frituras também deve ser observado com atenção, visto que, em excesso, pode trazer problemas futuros, de forma que o açúcar deve ser oferecido à criança apenas após 1 ano de idade⁽⁵⁾.

Embora os resultados mostrem melhora significativa da situação de amamentação na última década é necessário promover o AME e maior duração do aleitamento materno complementado por meio de estratégias e ações vinculadas ao setor da atenção básica. Em relação à alimentação complementar, estudos, em diferentes regiões do país, constataram que a alimentação complementar é de baixa qualidade. Dados nacionais obtidos pela última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostram que além da alta frequência de crianças que ingeriam alimentos de baixo valor nutricional, foi demonstrada também baixa frequência de crianças consumindo diariamente frutas, verduras e carne⁽²⁰⁾.

Chamou a atenção o número de crianças menores de seis meses de idade que estavam fazendo uso de leite artificial (23,6%) totalizando aproximadamente um terço das crianças pesquisadas nessa faixa etária, dado preocupante, pois a introdução precoce de alguns alimentos como o leite de vaca, podem suscitar processos alérgicos, além de que a exposição prematura a proteínas dessemelhante do leite humano estar associada ao aumento do risco de diabetes tipo 1 e de doenças atópicas, como asma⁽¹⁵⁾.

Verificou-se ainda que as causas mais frequentes, mencionadas pelas mães para suspensão precoce do AM, foi a crença da insuficiência do leite materno para o crescimento da criança e a falta de apoio dos familiares. Corroborando estudo realizado em Londrina no qual mães relataram que introduziram alimentação complementar precoce por acreditarem que o leite materno não atende às necessidades do bebê⁽²¹⁾.

Focando a realidade de Imperatriz e região, é essencial o apoio constante dos profissionais da ESF a essas mães, não só durante o pré-natal, mas também durante o puerpério e o crescimento dessa criança, ofertando todas as orientações que forem necessárias, por mais insignificantes que pareçam no momento, reforçando as múltiplas a importância de comportamentos antes negligenciados. Em diferentes países com estado de desenvolvimento socioeconômico idêntico ao do Brasil, a capacitação de profissionais de saúde é eficaz para modificar, positivamente, as atitudes e práticas maternas quanto ao AM e alimentação complementar⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou que muitas crianças internadas no HMII com doenças infecciosas receberam alimentação complementar precocemente. Ainda observou-se que a prevalência do AME está muito aquém das recomendações do MS. As crianças também ingeriram alimentos não saudáveis precocemente, antes de seis meses de vida, prática que não traz vantagens nutricionais ao contrário, pode resultar no aparecimento de doenças.

No entanto, entre as crianças com mais de seis meses, quando todas já deveriam estar recebendo porções de alimento saudável como fruta, verdura, feijão e carne verificou-se que em suas dietas esses alimentos não eram ingeridos contradizendo as recomendações de complementação alimentar nessa faixa etária.

Apesar de a maioria das mulheres iniciar a amamentação dos seus bebês na primeira hora de vida há queda significativa da taxa de AME até seis meses.

Diante do exposto é possível concluir que as crianças menores de um ano internadas no HMII, apresentam um padrão alimentar inadequado, aquém das recomendações atuais, propostas pela Organização Mundial da Saúde e pelo MS.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde, que promovam a prática do AME até seis meses e à alimentação saudável após essa idade, esclarecendo desse modo mitos, crenças, conceitos e práticas antigas e equivocadas comumente observadas na comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Sotero AM, Cabral PC, Silva GP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. Rev Paul Pediatr. 2015; 33(4):445-52.
2. Brusco TR, Delgado SE. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. Rev CEFAC. 2014;16(3):917-28.
3. Caldas DRC, Oliveira ASSS, Cunha EA, et al. Aleitamento Materno e Estado Nutricional de Crianças Menores de um Ano de um Município do Nordeste do Brasil. Ens e Ciênc. 2016; 20(1). 2016.

4. Torigoe CY, Asakura L, Sachs A, et al. Influence of the nutritional intervention in complementary feeding practices in infant. *J Hum Growth dev.* 2012; 22(2):1-11.
5. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015a.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2015b.
7. Scherer F, Beneduzi VL. Perfil nutricional e prevalência de anemia ferropriva em crianças. *Conscient Saude.* 2011; 10(3):433-40.
8. Fonseca-Machado MO, Hass VJ, Stefanello J, Nakano MAS, et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(4):809-15.
9. Brito LF. Orientação e Incentivo ao Aleitamento Materno na Assistência Pré-natal e Puerperal: Uma revisão de literatura. *Rev Saúde Públ.* 2013; 6(1):66-80.
10. Schwartz R, Carraro JL, Riboldi BP, et al. Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. *Rev HCPA* 2012;32(2): 147-53.
11. Salustiano LPQ, Diiniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(1):28-33.
12. Martins RFM, Loureiro Filho RHL, Fernandes FSF, Fernandes JKB. Amamentação e Fatores Relacionados ao Desmame Precoce: Uma revisão crítica da literatura. *Rev Pesq Saúde.* 2012; 13(3):47-52.
13. Stephan MAS, 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.* 2012; 21(3):431-38.
14. Oliveira V, Silva AS, Muratori LG, et al. Práticas alimentares de crianças atendidas pelo serviço de Atenção Básica ao desnutrido do município de Juiz de Fora –MG. *Rev APS.* 2012; 15(1):55-6.
15. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(3):465-74.
16. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. *Cad Saúde Pub.* 2011; 27(2): 305-16.
17. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGS, et al. Alimentação complementar : práticas inadequadas em lactentes. *Arch Ped Urug.* 2012; 51(2):226-32.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009a.
19. Araújo NL, Lima LHO, Olliveira EAR, et al. Alimentação dos lactentes e fatores relacionados ao aleitamento materno. *Rev Rene.* 2013; 14 (6): 1064-72.
20. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.
21. Souza SNDH, Migoto MT, Rosseto EG, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):29-35.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia