
Elisângela Mazzutti²
Lirane Elize Ferreto³

**A DESNUTRIÇÃO E O CONSUMO ALIMENTAR
DAS CRIANÇAS DO BAIRRO SÃO FRANCISCO
DO MUNICÍPIO DE SALTO DO LONTRA-PR¹**

RESUMO: Com o objetivo de se conhecer a prevalência de desnutrição infantil e o consumo alimentar das crianças do Bairro São Francisco, de Salto do Lontra – Paraná, procedeu-se à avaliação antropométrica entre os menores de 24 meses presentes no momento da entrevista em domicílio com os pais ou responsável. Fizeram parte da pesquisa oito crianças do bairro. Observou-se que o índice de normalidade de 62,50% é superior ao do risco nutricional de 37,50%. O leite, o pão, o arroz, o feijão, o café foram os produtos que receberam maior destaque na alimentação destas crianças. O consumo de carnes, ovos, frutas, verduras apresentou-se com baixa frequência. Mesmo não tendo apresentado índices de desnutrição, devem-se ter precauções, já que a alimentação é centrada em carboidratos, havendo falta de proteínas e vitaminas. O comprometimento no fornecimento dos nutrientes pode mais tarde refletir negativamente no desenvolvimento físico, psíquico e social da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Estado nutricional; Desnutrição protéico-calórica; Prevalência.

Data de recebimento: 08/03/06. Data de aceite para publicação: 07/11/06.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Economia Doméstica na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) — Campus de Francisco Beltrão-PR.

² Acadêmica do Curso de Economia Doméstica da Unioeste – Campus de Francisco Beltrão-PR. Endereço eletrônico: emazzutti@gmail.com.

³ Docente do Curso de Economia Doméstica da Unioeste – Campus de Francisco Beltrão-PR. Endereço eletrônico: lferreto@gmail.com.

SUMMARY: With the objective of knowing the prevalence of infant malnutrition and the food intake of children from the neighborhood São Francisco, in Salto do Lontra (Paraná), an anthropometric evaluation was carried out with eight children at the age of 24 months and below at the moment of the interview with their parents or people responsible for them. It was observed that the rates of normality (62,50%) is higher than the rates of nutritional risk (37,50%). Milk, bread, rice, beans and coffee were the main products in these children's diet. It was observed a low intake of meat, eggs, fruits and vegetables. Although the children do not present malnutrition rates, it is necessary to be cautious, since their diet is centered in carbohydrates and present lack of proteins and vitamins. The failure of providing the right nutrients can reflect later on the child's physical, psychic and social development.

KEYWORDS: Child; Nutritional state; Protein-calorie malnutrition; Prevalence.

1. INTRODUÇÃO

A alimentação inadequada nos primeiros anos de vida pode contribuir para que a criança desenvolva deficiências de calorias, de proteínas e de micronutrientes (vitaminas e minerais) (DPC), refletindo-se no déficit de peso. Por esse motivo, o peso é um dos indicadores mais sensíveis para diagnosticar desnutrição, sendo que observações de déficits ponderais podem indicar desnutrição recente, enquanto déficits na altura podem estar relacionados a uma desnutrição pregressa (FERREIRA e Ott, 1998).

A desnutrição infantil ainda constitui um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Estima-se que, no mundo inteiro, cerca de 100 milhões de crianças sofram de desnutrição moderada ou grave. Esta moléstia tem suas causas centradas na baixa ingestão de nutrientes, causando diferentes prejuízos para o funcionamento do organismo (RICCO et al., 2000).

Tratando ainda da desnutrição, esta pode estar associada a fatores patológicos que afetam a digestão, a absorção, o transporte e a utilização dos nutrientes (UNICEF, 1990), sendo a ingestão alimentar insuficiente e as doenças as causas imediatas mais importantes na desnutrição. Vale ressaltar que a desnutrição “incide nos indivíduos biologicamente mais vulneráveis, as crianças menores de cinco anos” e está fortemente associada ao aumento de taxas de morbimortalidade (FERNANDES, 2003, p. 77).

Ricco et al (2000) comentam que a desnutrição varia muito, de acordo com os graus da deficiência de diversos nutrientes. O organismo diante da falta de nutrientes, auto-organiza-se para preservar as funções vitais e se depara com a exigência de direcionar o aporte energético insuficiente para cobrir todas as suas necessidades. O organismo preserva primeiro as funções do sistema nervoso central, e conseqüentemente as demais funções podem ser comprometidas, caso não seja restabelecida a reserva nutricional. Segundo Gava (1984), a deficiência protéica nos primeiros quatro anos de vida prejudica a formação de enzimas, o que repercute na síntese de substâncias estruturais dos tecidos e, conseqüentemente, ocorre um comprometimento do crescimento físico.

Infelizmente as crianças menores de cinco anos são mais vulneráveis às situações de insegurança alimentar, portanto justifica-se a necessidade de monitoramento da saúde da criança, já que a alimentação infantil inadequada está associada à desnutrição e a seus problemas correlatos, como diarreia, desnutrição energético-protéica, hipovitaminose A, anemia por deficiência de ferro e bócio decorrente da deficiência de iodo na dieta (SILVA, GIULIANA e AERTS, 2001).

Quando conceituamos segurança alimentar e nutricional, não nos limitamos a defender a idéia do acesso aos alimentos simplesmente, mas vincula-se a esta condição a necessidade de que os alimentos sejam também de qualidade. E, para que uma pessoa tenha uma alimentação de qualidade é fundamental, entre outras coisas, ter conhecimento e habilidades que lhe permitam selecionar e consumir os alimentos de forma segura e adequada. Além disso, hoje se faz urgente a criação de ambiente favorável para a boa alimentação no Brasil, uma vez que grande parte da mídia trabalha no sentido oposto. A falta de uma educação alimentar e nutricional cria no Brasil um quadro preocupante.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A desnutrição é um problema mundial de saúde pública. Nos últimos 20 anos, a desnutrição vem sendo considerada dentro de um contexto que ultrapassa o nível biológico, uma forma generalizada do comprometimento severo do crescimento e desenvolvimento de crianças associada a queda da imunidade, incluindo condições ambientais como a pobreza, más condições de habitação e saneamento,

repetidas exposições a infecções e doenças parasitárias, cuidados com a saúde e acesso inadequado a uma alimentação equilibrada em qualidade e quantidade. A pobreza é a condição mais difícil de ser modificada, uma vez que é produzida por um sistema social e econômico desigual (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2005).

Em condições favoráveis, o crescimento e desenvolvimento se processam de forma ordenada e previsível até que o indivíduo atinja a maturidade. Neste sentido, a fase intra-uterina e os dois primeiros anos de vida são os períodos mais críticos, devido à intensidade com que o crescimento somático e o desenvolvimento do sistema nervoso central se processam (EUCLYDES, 2000).

A DPC é causada por uma ingestão inadequada de calorias, resultando em uma deficiência de proteínas e micronutrientes (vitaminas e minerais) tais como: de ferro, iodo, zinco, vitamina D, vitamina A, ácido fólico. O avanço rápido de uma infecção ou uma doença crônica pode aumentar a necessidade por nutrientes, particularmente nas crianças que já são subnutridas (ANGELIS, 2000).

É nesta fase, portanto, que se devem ter maiores cuidados com a alimentação da criança. Crescer consome energia. Das necessidades calóricas de um recém-nascido, 32% são destinadas ao crescimento. A alimentação de uma criança deve ter quantidade, qualidade, freqüência e consistência adequada para cada idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Não atender às necessidades nutricionais da criança nesta fase com condutas alimentares inadequadas acarretará prejuízos imediatos à saúde da criança, causando seqüelas futuras como retardo de crescimento ou de desenvolvimento, doenças crônicas e mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Quando falamos da importância de uma alimentação adequada em qualidade e quantidade, há que se destacar o papel do leite materno, por seus diferentes aspectos de proteção contra doenças, já a partir do nascimento (OLIVEIRA & MARCHINI, 1998).

Dos primeiros quatro a seis meses de vida, o leite materno está naturalmente adaptado para atender às necessidades nutricionais da criança e promover o crescimento e desenvolvimento adequado. Após este período, deve haver um complemento com outros alimentos e ser mantido se possível o leite materno até dois anos de vida, pois, além de uma fonte significativa de energias e nutrientes, é um fator de proteção contra várias doenças (EUCLYDES, 2000).

Os órgãos de saúde representativos do Brasil têm trabalhado com propostas da duração do aleitamento materno exclusivo até os

seis meses e adequação das práticas alimentares a partir dessa idade. Entre as inúmeras vantagens da amamentação, podemos citar o papel do aleitamento natural para a produção de uma saudável relação mãe-bebê. O aleitamento deve e pode ser uma oportunidade de prazer para ambos. No entanto, estudos realizados no Brasil demonstram que quase a totalidade das crianças brasileiras iniciam a amamentação no peito nas primeiras horas de vida (97%), mas que o início do processo de desmame ocorre precocemente, dentro das três primeiras semanas de vida ou meses de vida (Ministério da Saúde, 2002).

Uma pesquisa realizada pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), criado em 1981, pelo Ministério da Saúde relata:

A falta de informação das mães e da sociedade em geral, inclusive dos profissionais de saúde, tem acarretado impacto negativo na duração do aleitamento materno exclusivo. Tanto que, no segundo mês de vida, 94% das crianças brasileiras já receberam outro líquido ou alimento. O país desperdiça a cada ano mais de 180 milhões de litros de leite materno, que serviriam para alimentar os bebês até seis meses de idade (OLIVEIRA & MARCHINI, 1998, p. 218-19).

O uso indiscriminado do aleitamento artificial e a introdução de alimentos complementares inadequados às necessidades nutricionais da criança tem sido duas das maiores causas de morbidade e mortalidade infantil no mundo (OLIVEIRA & MARCHINI, 1998).

As necessidades diárias de nutrientes são altamente individualizadas, pois devem ser observados fatores como: idade, sexo, atividades, desenvolvimento sexual, estado reprodutivo da mulher, gravidez e lactação de cada indivíduo. Situações que requerem medidas dietéticas e terapêuticas especiais não estão incluídas no QDA ou RDA (quantidade diária recomendada): crianças prematuras, distúrbios hereditários de metabolismo, infecções, doenças crônicas e uso de medicamentos (OLIVEIRA & MARCHINI, 1998).

Para atender às necessidades nutricionais da criança, a família deve ofertar todos os grupos de alimentos, para criar hábitos alimentares saudáveis na criança. De uma atitude alimentar individual depende sua qualidade de vida, se ele terá mais saúde ou estará mais propício a doenças, influenciada diretamente pelas escolhas alimentares que fez durante sua vida. Para a alimentação ser completa, deve-se consumir alimentos que venham a saciar a fome e a contribuir com os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento (MEZOMO, 1989).

Os alimentos consumidos de maneira regular deveriam ser escolhidos por seu valor nutritivo, adaptados às necessidades individuais de cada um a fim de se conseguir um equilíbrio nutricional, proporcionando ao organismo disposição e saúde (JUNQUEIRA, 2000).

São muitos os nutrientes necessários para manter a saúde do ser humano, e somente uma refeição equilibrada pode dar ao organismo esses nutrientes (DIERINGS, 2003).

Alimentos protetores como o leite, o fígado, os vegetais de folhas verdes e amarelas, as frutas ricas em vitamina C, os grãos integrais ou os pães e cereais enriquecidos têm uma proporção alta de nutrientes e calorias, enquanto a maioria dos alimentos de lanches como refrigerantes, bolinhos, biscoitos e outros alimentos processados, têm proporções baixas e uma menor densidade de nutrientes. Devido a esses alimentos, com baixa densidade de nutrientes adicionarem custos e calorias a dieta, é importante recomendar que as pessoas observem seu uso (KRAUSE e MAHAN, 1985, p. 229).

Com o aumento do consumo de alimentos industrializados, diminuiu a utilização das folhas, verduras, frutas, cereais na alimentação diária (MEZOMO, 1989). É importante ressaltar que as mães estejam atentas à alimentação de seus filhos e criando desde cedo hábitos alimentares saudáveis. É preciso cuidar com os excessos de açúcar, sal, gorduras, frituras, pois as crianças até um ano de vida, quando se começa a adicionar as papas e alimentos mais consistentes, não distinguem os doces e salgados, e criam gosto por aquilo que lhes é servido. Por isso, é preciso cuidar desde cedo, introduzindo alimentos como frutas, verduras, cereais e outros, de forma a que as crianças possam comer e sentir-se saciados, com qualidade nutricional.

Mesmo considerando a falta de tempo dos dias atuais, os indivíduos, especialmente as mães não devem deixar de amamentar seus filhos e de alimentá-los com uma refeição balanceada e colorida (OLIVEIRA & MARCHINI, 1998).

Monassa (1990) escreve que o desmame é precoce no país, e as mães introduzem muito cedo o alimento sólido. Isso contribui para uma alimentação inadequada durante toda a vida, caso não venha a ser corrigida por uma orientação nutricional. O autor, portanto, conclui que a família brasileira come muito mal, além de dispersar gastos elevados nas compras de supermercado. Há um consumo muito alto dos alimentos industrializados, e mesmo a população mais carente tem adquirido estes alimentos, que muitas vezes não atendem às necessidades energéticas do indivíduo. Vive-se num círculo vicioso de

ideologias, onde se valoriza a imagem e a propaganda, e então ocorre o consumismo desenfreado, que nos leva a adquirir o que se divulga como o bom e o melhor; e deixamos de lado alimentos nutritivos importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança, como o caso do leite materno.

3. METODOLOGIA

O presente estudo visa ser descritivo, do tipo estudo de caso, que informa sobre a frequência e a distribuição de um evento. Tem o objetivo de descrever epidemiologicamente os dados colhidos junto à população infantil menor de 24 meses, através de pesquisa realizada com 8 crianças do Bairro São Francisco, de Salto do Lontra – PR, no período de agosto de 2005.

As crianças que participam da pesquisa são provenientes de uma comunidade com baixas condições de vida. São crianças inseridas em programas governamentais, como bolsa alimentação. De acordo com os dados disponíveis no sistema de atenção básica de Salto do Lontra, pesquisa realizada pelas agentes comunitárias de saúde, em agosto de 2005, a população adscrita corresponde a 442 pessoas, das quais 8 são crianças menores de 24 meses, 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino (SIAB, 2005).

A coleta de informação foi feita utilizando um instrumento padronizado. O questionário foi aplicado às mães ou responsáveis após o seu consentimento pela pesquisadora, com questões sobre frequência alimentar, consumo de gordura, açúcar, sal e carnes. Para assegurar a coleta padronizada dos procedimentos, todos os questionários foram aplicados pela pesquisadora.

A coleta de dados utilizou a técnica da antropometria, seguindo as orientações do Manual de Antropometria: como pesar e medir do Ministério da Saúde (SISVAN, 2004). A medida da estatura foi verificada em uma régua horizontal em uma superfície lisa, plana e firme. As crianças foram deitadas descalças e livres de adereços, com a permanência de um responsável conhecido por cada uma delas.

Para aferição do peso corporal, utilizou-se uma balança pediátrica mecânica, procedendo à calibração da mesma e posteriormente travando. Cada criança foi colocada deitada no centro do prato sem casaco e sapato e em momento em que se apresentava calma. A coleta

das medidas foi realizada no Centro de Educação Infantil Rosa Paracena, no município de Salto do Lontra.

Para verificar a idade da criança, solicitou-se à mãe ou responsável, sendo a resposta conferida com o registro de nascimento. O questionário de frequência do consumo alimentar foi aplicado pela pesquisadora na residência da criança, junto à mãe ou responsável, sendo previamente autorizada pela família a coleta das informações.

Coletados os dados, os questionários passaram por uma revisão para identificar erros, omissões de respostas ou dificuldades de entendimento dos registros. A dupla entrada de dados foi realizada por unidade de codificação no programa Epi-info 6.0. Posteriormente trabalhou-se na análise de dados com o programa SPSS 11.0, com a contagem de frequência dos alimentos, quantidade e porções. Utilizou-se o Programa de Apoio à Nutrição (Nutwin) (PHILIPPI et al., 1996) para avaliar nutricionalmente e o consumo de energia das crianças que participaram da pesquisa.

A avaliação nutricional das crianças foi realizada através do escore Z. De acordo com a OMS, o nível de corte de -2 escore Z é o mais adequado para a definição de desnutrição pregressa e + 2 escore Z para obesidade. No entanto, classifica exclusivamente desnutrição moderada e grave, uma vez que escore Z entre -2 e -2,9 representa desnutrição moderada e escore Z igual ou inferior a -3, desnutrição grave, sendo consideradas eutróficas crianças que apresentarem índices peso/idade, altura/idade e peso/idade superiores a -1 escore Z (VITOLLO, 2003). Depois, listaram-se as frequências das variáveis relacionadas ao consumo alimentar de acordo com o grupo de alimentos distribuídos no Guia Alimentar da Pirâmide Alimentar. Ressalta que esta pesquisa apresenta um ponto importante: devido ao pequeno número de sujeitos entrevistados podem ocorrer flutuações dos dados.

4. RESULTADOS

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição das crianças avaliadas. Observa-se que 62,5% encontram-se no índice de normalidade (eutrófica), percentual superior ao do risco nutricional de 37,5%. Destaca-se maior prevalência de risco nutricional no sexo feminino (33,33%).

TABELA 1 - Distribuição das crianças avaliadas com o estado nutricional, segundo sexo, das crianças do Bairro São Francisco, de Salto do Lontra - PR de acordo com o desvio-padrão

| | Feminino (06) | | Masculino (02) | | Total (08) | |
|------------------------------|---------------|------|----------------|------|------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Normal (- 2 DP a + 2 DP) | 04 | 66,7 | 01 | 50,0 | 05 | 62,5 |
| Risco nutricional (> - 2 DP) | 02 | 33,3 | 01 | 50,0 | 03 | 37,5 |

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao consumo do grupo de laticínios, em que 62,5% ingerem diariamente leite, sendo cada porção de 150 ml, o que significa que atende à necessidade diária, que é de 2 a 4 porções, o que corresponde a ½ xícara (KRAUSE & MAHAN, 1985).

TABELA 2 - Frequência do consumo alimentar do Grupo dos Leites e Derivados pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco, de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/semana (N=8) | |
|--|--------------|----------------------|------|
| | | N | % |
| Leite integral | Não ingere | 1 | 12,5 |
| | 4 vezes | 1 | 12,5 |
| | 6 vezes | 1 | 12,5 |
| | 7 vezes | 5 | 62,5 |
| Iogurte aromatizado | Não ingere | 3 | 37,5 |
| | Duas vezes | 2 | 25,0 |
| | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| | Seis vezes | 2 | 25,0 |
| Derivados de leite (queijo, manteiga, requeijão) | Não consome | 5 | 62,5 |
| | Uma vez | 2 | 25,0 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |

Em relação ao consumo de iogurte aromatizado, a recomendação é igual a do consumo de leite. Observa-se, na tabela, que 37,5% têm um consumo razoável, já que ingerem o produto mais de quatro vezes na semana. Os demais derivados têm baixo consumo, pois 62,5% não ingerem nenhuma alimento derivado do leite.

A Tabela 3 apresenta o consumo do grupo de pães e cereais. Consta que 87,5% consomem pão mais de seis vezes na semana, sabendo-se que o pão é uma fonte direta de carboidratos e devem ser consumidas três porções diárias deste alimento. A batata e a mandioca são consumidas de três a quatro vezes na semana por 62,5%; como são alimentos de que não se tem o hábito do consumo diário, pode-se considerar que, quando consumidos, complementam a fonte de carboidrato para o organismo. Em relação a massas, estão presentes de quatro a cinco vezes por semana no prato de 50% dos entrevistados. Já o arroz faz parte da alimentação diária de 100% das crianças.

TABELA 3 - Frequência do consumo alimentar do Grupo dos Pães, Biscoitos, Cereais, Tubérculos e Massas pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/semana (N=8) | |
|-------------------|--------------|----------------------|-------|
| | | N | % |
| Pão caseiro | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| | Seis vezes | 2 | 25,0 |
| | Sete vezes | 5 | 62,5 |
| Batata e mandioca | Não ingere | 3 | 37,5 |
| | Três vezes | 3 | 37,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 25,0 |
| Massas | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Três vezes | 2 | 25,0 |
| | Quatro vezes | 3 | 37,5 |
| | Cinco vezes | 1 | 12,5 |
| Arroz | Sete vezes | 8 | 100,0 |

A Tabela 4 apresenta o consumo de proteínas, tendo como fonte a carne. Observa-se, na tabela, que quase diariamente as crianças consomem este alimento. De quatro a sete vezes na semana, 62,5% consomem carne de frango; de três a quatro vezes na semana, 37,5% consomem miúdos; e de quatro a sete vezes na semana, 37,5% consomem ovos. Em relação ao peixe, observa-se um baixo consumo, já que somente 25% consomem de duas a quatro vezes na semana. Dos entrevistados, 75,5% consomem feijão de quatro a sete vezes na semana.

TABELA 4 - Frequência do consumo alimentar do Grupo das Carnes e Leguminosas pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco, de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/mês/semana (N=8) | |
|------------------------------|--------------|--------------------------|------|
| | | N | % |
| Carne de frango ⁴ | Não ingere | 1 | 12,5 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Três vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 25,0 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| | Oito vezes | 2 | 25,0 |
| Miúdos ⁵ | Não ingere | 2 | 25,0 |
| | Uma vez | 2 | 25,0 |
| | Três vezes | 2 | 25,0 |
| | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| Ovos ⁶ | Não ingere | 3 | 37,5 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 25,0 |
| | Sete vezes | 1 | 12,5 |
| Peixe | Não consome | 4 | 50,0 |
| | Uma vez | 2 | 25,0 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| Feijão | Três vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 25,0 |
| | Cinco vezes | 2 | 25,0 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| | Sete vezes | 2 | 25,0 |

⁴ Consumo mensal da carne de frango.

⁵ Consumo mensal de miúdos. Uma única criança (12,5%) consome miúdo uma vez ao ano.

⁶ Uma criança (12,5%) consome ovos três vezes no mês.

TABELA 5- Frequência do consumo alimentar do Grupo das Frutas e Verduras pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/semana (N=8) | |
|--------------------------|--------------|----------------------|------|
| | | N | % |
| Laranja ⁷ | Duas vezes | 3 | 37,5 |
| | Dez vezes | 1 | 12,5 |
| Banana ⁸ | Duas vezes | 2 | 25,0 |
| | Três vezes | 1 | 12,5 |
| | Cinco vezes | 1 | 12,5 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| Hortaliças verde-escuras | Não consome | 2 | 25,0 |
| | Uma vez | 3 | 37,5 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 12,5 |
| Beterraba | Não consome | 2 | 25,0 |
| | Uma vez | 4 | 50,0 |
| | Três vezes | 2 | 25,0 |
| Lentilha, ervilha, soja | Não consome | 3 | 37,5 |
| | Uma vez | 4 | 50,0 |
| | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| Repolho | Não consome | 1 | 12,5 |
| | Duas vezes | 3 | 37,5 |
| | Quatro vezes | 2 | 25,0 |
| | Seis vezes | 2 | 25,0 |
| Tomate | Duas vezes | 3 | 37,5 |
| | Quatro vezes | 3 | 37,5 |
| | Seis vezes | 2 | 25,0 |
| Alface | Duas vezes | 1 | 12,5 |
| | Quatro vezes | 4 | 50,0 |
| | Cinco vezes | 3 | 37,5 |

⁷ O consumo de laranja de 50% das crianças varia entre duas a seis vezes no mês.

⁸ O consumo de banana de 50% das crianças é de quatro a cinco vezes no mês.

A Tabela 5 apresenta o consumo de frutas. A laranja é consumida duas vezes na semana por 37,5%; 12,5 das crianças consomem dez vezes na semana; 50,0% das crianças variam o consumo de laranja entre duas a seis vezes no mês. A banana é ingerida por 100% das crianças, sendo que 25,0% ingerem a fruta de cinco a seis vezes na semana. As hortaliças de folhas verdes escuras são consumidas quatro vezes na semana somente por 12,5% das crianças; já no caso beterraba, o maior consumo gira em torno de uma vez na semana (50%). Lentilha, ervilha e soja têm baixa aceitação das crianças; esses alimentos fazem parte da alimentação de uma a duas vezes na semana. O repolho é consumido por 50% mais de quatro vezes na semana, já o tomate tem seu consumo acima de quatro vezes na semana por 72,5% das crianças. A alface é consumida entre quatro a cinco vezes na semana; por 87,5% das crianças.

A Tabela 6 apresenta o consumo dos alimentos do grupo dos açúcares e gorduras. Quanto ao consumo de margarina comum, não é ingerida por 25% das crianças; 62,5% das crianças ingerem de seis a sete vezes na semana. Dos entrevistados, 37,5%, afirmam que o consumo de margarina varia em torno de uma porção média de 2,5 g/dia. Em relação ao açúcar, 87,5% das crianças consomem este produto de seis a sete vezes na semana.

TABELA 6 - Frequência do consumo alimentar do Grupo dos Açúcares e Gorduras pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/semana (N=8) | |
|-----------------|--------------|----------------------|------|
| | | N | % |
| Margarina comum | Não ingere | 2 | 25,0 |
| | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| | Sete vezes | 4 | 50,0 |
| Açúcar | Não ingere | 01 | 12,5 |
| | Seis vezes | 02 | 25,0 |
| | Sete vezes | 05 | 62,5 |

A Tabela 7 apresenta o consumo do grupo das bebidas. Mostra a tabela que 25,0% não ingerem café, mas 62,5% ingerem de seis a sete vezes na semana, indicando um consumo diário deste alimento. Os sucos artificiais são ingeridos por 75% das crianças de seis a sete vezes na semana, consumo maior em relação ao refrigerante, já que 62,5% das crianças consomem refrigerante entre uma a duas vezes na semana.

TABELA 7 - Frequência do consumo alimentar do Grupo das Bebidas pelas crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco de Salto do Lontra – PR

| Alimento | Ingestão | Consumo/semana (N=8) | |
|-------------------------------|--------------|----------------------|------|
| | | N | % |
| Café ⁹ | Não ingere | 2 | 25,0 |
| | Quatro vezes | 1 | 12,5 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| | Sete vezes | 4 | 50,0 |
| Suco artificial ¹⁰ | Duas vezes | 2 | 25,0 |
| | Seis vezes | 1 | 12,5 |
| | Sete vezes | 5 | 62,5 |
| Refrigerante | Não ingere | 02 | 25,0 |
| | Uma vez | 03 | 37,5 |
| | Duas vezes | 02 | 25,0 |
| | Três vezes | 01 | 12,5 |

5. DISCUSSÃO

O Bairro São Francisco, em Salto do Lontra – Paraná, tem aproximadamente 118 famílias, com uma população em torno de 442 pessoas. A renda destas famílias varia de R\$ 75,00 a 300,00. A principal atividade dos homens é o trabalho de pedreiro, o de carregamento de aves, ou de ajudante na colheita de soja e milho como bóia-fria, em que algumas mulheres acompanham seus maridos nos trabalhos de colheita e de carregamento de aves, e outras exercem a função de gari pela prefeitura. Aproximadamente 110 famílias do bairro recebem auxílio do programa do governo (Bolsa Família) e ajuda de entidades filantrópicas.

⁹ Uma criança (12,5%) consome café duas vezes ao dia.

¹⁰ Uma criança (12,5%) consome suco artificial duas vezes por dia.

O Programa Saúde da Família, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), tem prestado maior atenção à realidade do bairro, com visitas domiciliares mais freqüentes, acompanhamento das crianças, com a verificação do peso e distribuição da multimistura, programas com orientação e acompanhamento das gestantes ao pré-natal, orientação ao idoso, ao diabético, ao hipertenso e aos portadores de necessidades especiais.

Apesar do atendimento por programas governamentais, a pesquisa apresentou uma prevalência de 37,5% das crianças que estão classificadas em risco nutricional. Sabe-se que os dois primeiros anos de vida são decisivos para o desenvolvimento da criança, já que neste período estará em formação a sua estrutura física. Por isso, na primeira infância é necessário que a criança receba atenção global, atenção que inclui uma alimentação saudável, equilibrada e variada, ou seja, a dieta infantil deveria ser composta por todos os grupos de alimentos compatíveis com a idade da criança. “As práticas de alimentação são importantes determinantes das condições de saúde na infância e estão fortemente condicionadas ao poder aquisitivo das famílias, do qual dependem a disponibilidade, quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos” (AQUINO e PHILIPPI, 2002, p. 656).

Nos primeiros dois anos de vida, a avaliação do crescimento é considerada a medida que melhor define o estado de saúde e nutrição do indivíduo. Alterações mínimas do estado de saúde, motivadas por deficiências na alimentação, seja por agravos infecciosos repetidos, têm repercussão no crescimento infantil (MONTEIRO, 1988).

Segundo Oliveira, Assis e Pinheiro (2005, p. 460), “É indiscutível a importância de uma alimentação adequada, do ponto de vista nutricional, para assegurar crescimento e desenvolvimento, principalmente durante a infância, e o seu papel para a promoção e a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo”.

Aquino e Phillipi (2002) comentam que, dentre as normas para alimentação da criança, há um destaque ao aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, posteriormente a introdução de alimentos como frutas, cereais, leguminosas, hortaliças, carnes, pescados, vísceras e ovos. Quanto à importância do consumo moderado de sal, açúcar e gordura, as autoras citam que, “para a alimentação no segundo ano de vida, [recomenda-se que] as refeições fossem preparadas de maneira semelhante à da família e, a partir dos três anos, que se evitasse o consumo de alimentos nos intervalos das refeições, principalmente doces, biscoitos, pães e refrigerantes” (AQUINO e PHILIPPI, 2002, p.656).

Durante a coleta de dados do questionário de frequência alimentar, perguntou-se às mães se ainda amamentavam no peito seus filhos e a partir de que idade ofertavam alimentos semi-sólidos. Das oito entrevistadas, 37,5% responderam que amamentavam esporadicamente, ou seja, quando a criança retornava do Centro Municipal de Educação Infantil e 62,5% afirmaram não amamentar a criança, a qual era alimentada somente com leite de vaca ou fórmula. Observa-se, portanto, que as mães não mantêm a amamentação até seis meses de idade, já introduzindo neste período fórmulas ou leite de vaca e às vezes introduzindo antes dos seis meses alimentos semi-sólidos. Sabe-se que o leite de vaca ou de outros animais modificado é inadequado para os bebês. Isto se deve ao fato de a coalhada firme, dura, ser de difícil digestão e absorção pelo organismo humano. Nos primeiros meses, “o trato gastrintestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico da criança encontram-se desenvolvidos de forma incompleta, [apresentando] limitações de seu organismo para digerir, absorver e metabolizar totalmente alguns componentes da dieta” (EUCLYDES, 2000, p. 83).

A introdução de novos alimentos e preparações deve ser de forma gradual, observando o interesse da criança e contribuindo para a ingestão de uma alimentação saudável. Philippi, Cruz e Colucci (2003, p. 275) enfatizam que “a criança, ao experimentar e aceitar o alimento, apresenta uma grande chance de aprová-lo e incluí-lo em seus hábitos alimentares”.

Philippi, Cruz e Ribeiro (1999) escrevem que o indivíduo deve apreciar e degustar durante o dia seis refeições, café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, lanche da noite (ceia). O cardápio de alimentos deve conter todos os grupos, com proporção adequada e variando ao máximo os alimentos. Esta alimentação equilibrada estará fornecendo todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento da criança.

Perguntou-se para as mães sobre quantas refeições as crianças realizavam por dia. Das oito entrevistadas, nenhuma apresentou o consumo de seis refeições/dia. Isto pode ser motivo para aumentar a vulnerabilidade às infecções e para promover deficiências no processo de maturação do sistema nervoso, no desenvolvimento mental e intelectual, provocando desequilíbrios morfológicos e funcionais, os quais, dependendo da intensidade e da duração, poderão ser irreversíveis (UNICEF, 1998).

Mesmo sendo significativa a ingestão do leite, do iogurte, que é fonte de cálcio, existe a deficiência na ingestão dos derivados do leite,

o que pode tornar a dieta monótona. Alimentos oriundos do mar (peixes), a soja, a ervilha e outros são alimentos ricos em proteínas, que participam da multiplicação das células e, por isso, são essenciais para o crescimento da criança. Alimentos como peixe, nozes, rúcula e óleos vegetais, que são ricos em Omega 3, são, porém, pouco consumidos por esta população, fator que pode estar associado à baixa renda e à dificuldade encontrada na distribuição destes alimentos em nossa região. Conseqüentemente não se cria o hábito de consumi-los.

Quanto à ingestão dos alimentos, são pouco consumidos os do grupo das proteínas, ou seja, pouco consumo de carne de frango, ovos e miúdos. As hortaliças de folhas verdes-escuras (couve, brócolis, além da beterraba e lentilhas) também apresentam um baixo consumo. Estes alimentos são fonte de ferro, e segundo Mahan e Krause (2002), quando a ingestão for insuficiente, isto pode prejudicar a estrutura óssea e dentária, e desenvolver doenças crônicas tais como o câncer do cólon e a hipertensão.

A ingestão de ferro aparece de forma significativa, quando se apresenta no consumo do feijão. Segundo Cruz et al. (2001, p. 31), “o ferro é componente de enzimas que participam no processo de respiração celular e é imprescindível no transporte de oxigênio e gás carbônico”. A ausência deste mineral, em pequenas quantidades pode contribuir para a instalação de doenças como a anemia, conseqüentemente afetará o crescimento, o desenvolvimento cognitivo e o rendimento escolar desta criança (CRUZ et al., 2001).

A ingestão de carboidratos é significativa na população em estudo. O arroz e o pão fazem parte das refeições diárias; as massas, a batata e a mandioca são ingeridas de três a cinco vezes na semana. Estes alimentos são fontes diretas de energia, necessária para o bom funcionamento do organismo, já que a criança, neste período, tem um maior gasto energético com o crescimento e desenvolvimento. É aconselhável ingerir todos os grupos (carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas, minerais) para suprir as necessidades energéticas da criança (MAHAN e KRAUSE, 2002).

As verduras, frutas e cereais funcionam como reguladores, importantes para o funcionamento dos nervos e músculos, mesmo assim apresentam-se de forma esporádica na alimentação. Esta carência ocorre principalmente pela falta de hábito. A ingestão de minerais e vitaminas apresenta-se deficitária na dieta alimentar das crianças. As mais consumidas são as frutas, a laranja e a banana, as verduras, o repolho, o tomate, a alface, devido ao fato de serem de fácil cultivo e aquisição. A falta das vitaminas e minerais prejudica o

crescimento, na formação dos ossos e dentes, diminui a resistência do corpo e a absorção do ferro (CTENAS, 1999).

A água é um componente essencial de todos os tecidos do organismo. As crianças têm apresentado um percentual significativo na ingestão da água. Este mineral apresenta um papel importante para o bom funcionamento dos rins, nos processos fisiológicos da digestão, absorção e excreção. A água tem função-chave na estrutura e bom funcionamento do sistema circulatório, atua como meio de transporte para os nutrientes e tem papel direto na manutenção da temperatura corpórea. A perda de 20% da água corpórea pode causar morte, e perda de apenas 10% pode causar distúrbios graves (DUTRA-DE-OLIVEIRA e MARCHINI, 1998).

Vale destacar que as crianças quase não ingerem refrigerantes, fator positivo, pois, até completar um ano de vida, a mucosa gástrica da criança é muito sensível e, portanto, as substâncias presentes no refrigerante, no café e no enlatado, podem causar irritação, comprometendo a digestão e absorção dos nutrientes, além de ter um baixo valor nutritivo (CTENAS, 1999). Já sucos artificiais, por serem de baixo custo, facilitam o acesso, portanto são mais consumidos, não sendo recomendados. Deveriam ser substituídos por sucos naturais, pois estes últimos contêm os nutrientes da fruta.

O grupo das gorduras e açúcar é consumido diariamente e em porções acima do recomendado. Diariamente recomenda-se uma dose de dois gramas por quilo de peso. Por ser de fácil aceitação pelas crianças, este tipo de alimento deve ser ingerido em pequenas porções diariamente, pois seu alto consumo pode causar danos ao organismo, como a obesidade, o diabetes (KRAUSE e MAHAN, 1985). Observa-se que o consumo de açúcar está correlacionado com o alto consumo de café. Como já citado anteriormente, o excesso de café afeta a mucosa gástrica da criança, que é sensível, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de ter um baixo valor nutritivo e poder causar insônia e irritação ao indivíduo.

O consumo de margarina é considerável entre as crianças entrevistadas. Segundo as mães, as crianças não gostam de doces no pão; há preferência pela margarina comum. Existe todo um cuidado na compra deste produto, pois hoje há variedades no mercado com as gorduras trans, prejudiciais à saúde. A função dos óleos e gorduras na nutrição humana tem sido intensamente pesquisada e discutida nas últimas décadas; como resultado, enfatiza-se a importância da ingestão de ácidos graxos Omega 3, com a respectiva redução de ácidos graxos saturados e, mais recentemente, com o controle da ingestão de ácidos

graxos *trans* (MARTIN, MATSHUSHITA e SOUZA, 2004). Em relação ao consumo de gordura visível de carne de boi/vaca ou porco, ao consumo da pele do frango, as frequências no consumo de carnes fritas têm apresentado alto índice, ocasionando risco à saúde das crianças, uma vez que estas se alimentam junto com os pais nas principais refeições do dia. Os óleos e gorduras não podem ser eliminados totalmente da alimentação, uma vez que são essenciais para o organismo, mas o controle da quantidade de gorduras e/ou óleos e açúcares na alimentação é importante, principalmente para a prevenção de doenças como as cardiovasculares e a obesidade, doenças que têm aumentado entre as crianças.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo com crianças menores de 24 meses do Bairro São Francisco – Salto do Lontra – PR, observou-se que a dieta alimentar, mesmo das crianças que se apresentam na normalidade eutrofica, apresenta-se deficitária para cobrir as necessidades nutricionais, podendo expor as crianças aos riscos da desnutrição energético-proteica e deficiências específicas de micronutrientes (CRUZ et al., 2001).

É preocupante o fato de as mães estarem substituindo precocemente o leite materno por alimentos complementares. Esta prática somente contribui para que a criança apresente déficit de outros nutrientes presentes somente no leite materno, nutrientes que atendem às condições fisiológicas da criança nos primeiros seis meses de vida. A dieta alimentar não é variada, o que pode tornar a ingestão alimentar monótona e desinteressar a criança a consumir as refeições. Percebe-se que estas crianças estão susceptíveis a apresentar deficiências nutricionais ocasionadas pela ingestão inadequada de alimentos.

É papel da sociedade, juntamente com órgãos governamentais competentes, a preocupação com a segurança alimentar, em todos os âmbitos. Que se faça um diagnóstico da realidade, para estar implantando políticas públicas voltadas para as populações carentes, para as quais garanta o exercício da cidadania. Recomenda-se, a partir deste estudo, uma reavaliação das práticas de orientação e sensibilização das famílias quanto à importância do aleitamento materno no primeiro ano de vida da criança, bem como da introdução de alimentos complementares em época oportuna, seguindo orientações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c). Reforça-se a importância do trabalho das Unidades de Saúde, intensificado com o Programa de Saúde da Família (PSF), juntamente com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), através das visitas, orientações e acompanhamentos às adolescentes, gestantes, mães, crianças e familiares, como um mecanismo de promoção à saúde infantil.

7. REFERÊNCIAS

ANGELIS, R. C. de. **Fome oculta**: bases fisiológicas para reduzir seus riscos através da alimentação saudável. São Paulo: Atheneu, 2000.

AQUINO, R. de C. de; PHILIPPI, S.T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, dez. 2002, vol. 36, no. 6, p. 655-660.

CRUZ, G. F. da, SANTOS, R. da S., CARVALHO, C. M. R. G. de et al. **Avaliação dietética em creches municipais de Teresina, Piauí, Brasil**. *Rev. Nutr.*, jan./abr. 2001, vol. 14, no. 1, p. 21-32. ISSN 1415-5273.

CTENAS, M. L. de Brito. **Crescendo com saúde**: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição, 1999.

DIERINGS, S. M. **Alimentação saudável para adultos**: uma revisão bibliográfica. Francisco Beltrão, 2003. Monografia (Graduação em Economia Doméstica) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E. e MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: SARVIER, 1998.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Ver. Atual. Viçosa, 2000.

FERNANDES, Benedito Scaranci. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 17, n. 48, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2006. doi: 10.1590/S0103-40142003000200007.

FERREIRA, H. da S.; OTT. A. M. T. Avaliação do estado nutricional das crianças menores de cinco anos do estado de Rondônia – Brasil. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo, 22 (3), 1998.

GAVA, A. J. **Princípios de tecnologia de alimentos**. Nobel: São Paulo, 1984.

JUNQUEIRA, E. O triunfo do hambúrguer. **Revista Época**. São Paulo, p. 54-60, 24 de abril de 2000.

KRAUSE, M. V.; MAHAN, L. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 6. ed. São Paulo: Roca Ltda, 1985.

MAHAN, L. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARTIN, C. A.; MATSHUSHITA, M.; SOUZA, N. E. de. Ácidos graxos trans: implicações nutricionais e fontes na dieta. **Rev. Nutr.**, jul./set. 2004, vol. 17, no. 3, p. 351-359. ISSN 1415-5273.

MEZOMO, I. F. de B. **O serviço da nutrição**. São Paulo: FASC/CEDAS, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Departamento de Ações Básicas. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: 2000(a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Dez passos para uma alimentação sadia: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: 2002(b).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002(c).

MONASSA, O. A. **Orientação alimentar do lactente**. 2. ed. Curitiba: 1990.

MONTEIRO, C. A. *Anthropometric criteria in the diagnosis of malnutrition in child-assistance programs*. **Rev. Saúde Pública**, Jun. 1984, vol. 18, no. 3, p. 209-217.

OLIVEIRA, É.; OLIVEIRA, É. A. de F. **Desnutrição**. Nutrição e dieta. Disponível em: <<http://www.abcdocorposalutar.com.br/artigo.php?CodArt=389>>. Acesso em: 6 abr. 2005.

OLIVEIRA, J. E. D. de; MARCHINI, S. **Ciências nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998.

OLIVEIRA, L. P. M. de, ASSIS, A. M. de O., PINHEIRO, S. M. C. et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Nutr.**, jul./ago. 2005, vol. 18, no. 4, p. 459-469. ISSN 1415-5273.

PHILIPPI, S. T.; SZARFARC, S. C.; LATTERZA, A. R., 1996. **Virtual Nutri**. Versão 1.0 for Windows. São Paulo: Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PHILIPPI, S. T, LATTERZA, A. R., CRUZ A. T. R., RIBEIRO L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.** Campinas, 12(1): 65-80, jan./abr. 1999.

PHILIPPI, S.T., CRUZ, A.T.R. e COLUCCI, A.C.A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. **Rev. Nutr.** Campinas, 16 (1): jan./mar. 2003, p. 5-19.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. de. **Puericultura**: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2000.

SIAB. **Sistema de Atenção Básica do Município de Salto do Lontra-PR**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>> Acesso em: 15 abr 2005.

SILVA L. S. M., GIULIANA E. R. J., AERTS D. G. C. Prevalência de determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2001, 35.

SISVAN. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes *et al.*]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

UNICEF. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. New York, USA, 1990.

UNICEF. **Situação mundial da infância 1998**. Brasília, 1998.

VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

V A R I A
S C I E N T I A

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

REVISTA VARIA SCIENTIA

Versão eletrônica disponível na internet:

www.unioeste.br/saber