

ALIMENTAÇÃO DE ZERO A UM ANO DE IDADE DA TEORIA À REALIDADE ALIMENTAR

*Maria da Glória Miotto Wright**
*José Eduardo Dutra de Oliveira***

RESUMO: Este artigo questiona a viabilidade das recomendações das escolas médicas no que se refere a alimentação infantil frente a realidade alimentar de famílias de baixa renda e suas implicações para os profissionais de saúde.

1 – INTRODUÇÃO

Nutrição é um dos mais importantes fatores de manutenção da saúde. A nutrição infantil é, portanto, não somente um problema de prover os nutrientes essenciais em quantidades adequadas, mas também, a interação da saúde materna, saúde da criança e o ambiente familiar⁹.

O regime alimentar para crianças de zero a um ano de idade, deve atingir as necessidades nutricionais de uma criança em desenvolvimento e compatibilizar com o ambiente ecológico em que ela vive. Sabe-se que o valor nutricional da dieta é fator primordial e, portanto, vai depender das disponibilidades econômicas e acesso aos alimentos. Assim sendo, observa-se que hábitos alimentares, diferentes podem resultar em perfis dietéticos semelhantes.

Observa-se que a alimentação de crianças de zero a um ano de idade está intimamente ligada aos padrões e hábitos alimentares da família. É difícil estabelecer um padrão alimentar para as várias regiões ou para as diferentes idades no Brasil. De uma forma ou de outra, a população tenta cobrir todo o leque de suas exigências biológicas através de uma "cesta básica de alimentos". Os produtos dessa cesta refletem os hábitos de consumo da população e representam a política de orientação do sistema produtor e comercializador de alimentos.

*Assistente Doutora do Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina Geral e Comunitária, Universidade Nacional de Brasília/UnB, Brasília, D.F., Brasil.

**Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Divisão de Nutrição, Universidade de São Paulo, Brasil.

A "cesta básica de alimentos" da família brasileira é composta de 7 produtos: arroz, açúcar, feijão, óleo, gorduras, trigo, carnes e farinha de trigo. Nas populações de mais baixa renda (menos de 0,2 salários mínimos), o arroz é o principal componente calórico, com excessão do Nordeste e Norte, onde a farinha de mandioca tem predominância; depois seguem-se pela ordem, o feijão e o açúcar.⁴

As dietas das famílias, quanto ao aspecto do valor nutritivo, acham-se estreitamente relacionados à posição dos diversos estratos populacionais, dentro de uma escala de renda.^{5,7,13,8} Por outro lado, outros estudos tem evidenciado adequação na escolha e compra dos alimentos² bem como racionalidade na escolha de suas dietas.^{15,3}

Levando-se esses aspectos em consideração esse artigo traça alguns paralelos sobre o posicionamento das escolas médicas e algumas instituições governamentais em relação ao esquema alimentar de crianças de zero a um ano de idade e questiona a viabilidade desses posicionamentos face à realidade de vida das crianças das populações de baixa renda e que vivem à margem da sociedade.

Os resultados apresentados neste artigo são considerados representativos da realidade alimentar específica de um dado grupo social brasileiro, num contexto histórico também determinado.

2 – TEORIA ALIMENTAR

Até os fins do século passado e início deste, a escola alemã têm influenciado as recomendações das dietas de crianças de zero a um ano de idade na comunidade científica brasileira da área de saúde.

A orientação se baseia na introdução de papas de vegetais ao 6º mês de vida, com a finalidade de fornecer sais minerais e outros elementos e assim prevenir alterações tais como anemia, raquitismo, escorbuto. Além disso, passa a ser obrigatório no cardápio infantil os preparados de frutas frescas, especialmente as cítricas e outras fontes de proteínas animais como ovo, carne, vísceras, de alto valor biológico e lipídios ricos em ácidos gordurosos não saturados e portadores de vitaminas.¹⁶

Assim, a alimentação da criança passou a ser mais rica e variada, sendo que no segundo ano de vida a criança já devia passar a se alimentar da mesa do adulto.

Em geral, o esquema preconizado pelos precursores da pediatria no Brasil como: WOISKI; GESTEIRA, PERNETTA, ALCANTARA et alii,^{16,11,14,1} se baseia no estímulo à prática do aleitamento materno e em alguns casos, a recomendação de completar o aleitamento com ma-

madeiras ou, então, substituir cada 2 mamadas pela oferta de mamadeiras. Ao final de três/quatro semanas recomenda-se iniciar caldo de frutas e vitaminas A e D. Aos três meses inicia-se papa de frutas antes da mamada ou da mamadeira (correspondente ao horário da merenda — 14 ou 15 horas). Entre quatro e cinco meses é introduzida papa de hortaliças (10 — 11 horas) e 10 a 15 dias após, gema de ovo. No quinto mês pode-se fazer a transição, gradual para o leite integral. No sexto e sétimo meses introduz-se carne, vísceras, na refeição correspondente ao almoço e a gema de ovo passa a ser dada com os cereais ao jantar. Do sétimo mês em diante introduz-se leguminosas ou massas ao jantar.

A proposta do grupo Asesor sobre Proteínas y Calorias del Sistema de las Naciones Unidas — GAP¹² recomenda o seguinte esquema alimentar: leite materno regularmente até aos 9 meses de idade e depois passa para o período de transição. Frutas e sucos a partir do terceiro mês de vida; misturas duplas aos quatro meses em diante; misturas múltiplas aos 6 meses e outras frutas e aos nove meses inicia-se a comida do adulto.

Por outro lado, a proposta do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição — INAN/MS⁶ está tendo a mesma tendência das recomendações do GAP, isto é, leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade, entre os seis e sete meses, além do leite materno inicia-se a mistura dupla ou múltipla e a fruta da estação; de oito a doze meses segue o mesmo esquema; entre um e dois anos se inicia a complementação do leite materno com leite de vaca in natura ou em pó à 15% e se introduz a alimentação da família. Para as crianças em aleitamento artificial desde o início, devem acompanhar o seguinte esquema: de zero a quatro meses leite de vaca in natura a 2/3 ou leite em pó a 10%. Dos quatro a seis meses, além do leite oferecer mistura dupla ou múltipla e fruta da estação. Dos seis meses em diante segue esse mesmo esquema e antes de completar um ano se introduz a alimentação da família.

3 — REALIDADE ALIMENTAR

a) Descrição da Área

A Vila do Paranoá, dista 25 km do centro de Brasília, DF, localizada próximo à barragem do Lago Paranoá. A Vila estabeleceu-se em 1957, com a construção do acampamento para a execução das obras da barragem. A comunidade do Paranoá conta atualmente com mais de 20.000 habitantes e se divide em dois núcleos principais, sendo o primeiro o chamado "Antigo acampamento da construção da barragem" e

o segundo a "Invasão do Paranoá", sendo que esta se subdivide em "Vila Piauí" e "Vila Paranoá". A Vila Paranoá se originou de "invasões", os residentes montaram seus próprios barracos e moram neles, estando livres de pagamento de aluguel ou tributos. Há energia elétrica, um posto da Legião Brasileira de Assistência (LBA), uma escola de primeiro grau e acesso a postos de saúde e hospitais na região de Brasília e distâncias de transportes inferiores às das "cidades satélites". Não há, entretanto, infra-estrutura apropriada no tocante a água e esgoto.

b) Material e Métodos

A amostra foi composta de 133 crianças, entre zero a doze meses de idade. Esta amostra representou a população total de uma das quatro áreas geográficas da Vila do Paranoá.

Todas as mães das crianças foram entrevistadas por duas enfermeiras treinadas previamente em técnicas padronizadas. Foram levantados aspectos demográficos, situação sócio-econômica e práticas sanitárias, além de dados da saúde da criança e da dieta das 24 horas anteriores.

c) Resultados

Os resultados do estudo sobre a dieta das 24 horas das crianças da Vila do Paranoá incluía em média de 5 a 8 alimentos por dia, dando-se uma refeição grande à hora do almoço. Os alimentos eram oferecidos à criança a cada 2 ou 3 horas.

Nota-se que até aos 3 meses de idade o alimento mais comum era o leite materno e/ou artificial e o chá. Após essa idade se iniciava a introdução de outros alimentos à base de sal.

A tabela 1 mostra os grupos de alimentos que apareceram por ordem de maior freqüência na dieta das 24 horas anteriores das crianças dessa amostra. Chama atenção o fato de que os alimentos que mais predominavam eram os à base de cereais.

Os alimentos mais introduzidos no primeiro ano de vida foram: leite materno ou artificial (em pó ou fresco), pão, bolo, bolacha, arroz, feijão ou caldo de feijão, macarrão, batata. Geralmente a introdução desses alimentos se deu a partir dos 4 a 6 meses de idade. Introduziam-se esporadicamente sucos de frutas como: limão, abacaxi, caju, maracujá. O uso de carnes, frango, ou até sarapatel e algumas verduras estavam na listagem dos esporádicos.

Foi encontrado com freqüência o uso de engrossantes no leite, tais como: maizena, creme de arroz, farinhas lácteas. Não foi encontrado o uso de sobremesas.

O padrão alimentar de crianças de zero a um ano de idade, na Vila do Paranoá, compunha-se basicamente de 5 alimentos básicos: 1) leite materno e/ou leite artificial (fresco ou em pó); 2) cereais e derivados; 3) feijão ou caldo de feijão; 4) chás; 5) de maneira esporádica algum tipo de carne, frutas e verduras. Nesta população as papas de hortaliças e os suplementos vitamínicos não fazem parte do padrão alimentar.

Outra constatação neste estudo foi a limitação penetrada das recomendações "ideais" nas comunidades carentes, onde as mães procuravam conselhos e orientações com pessoas não treinadas. Em geral as pessoas mais procuradas eram: parentes (mães), o vizinho, a parteira leiga e/ou benzedeira em casos de dúvidas sobre a alimentação da criança. Mais de 70,0% das mães decidiam introduzir a suplementação (leite artificial) por si só, sem seguir a orientação de nenhum esquema básico ou orientação do profissional de saúde.

Quando as mães foram questionadas sobre o tipo de informação que receberam durante o pré-natal, as respostas incluíram: aleitamento materno, higiene e alimentação, vacinação, crescimento e desenvolvimento da criança. Os profissionais de saúde que mais forneciam essas informações foram: a enfermeira e o médico, seguidos pela assistente social e estagiárias de nutrição.

4 – DISCUSSÃO – O DESAFIO IMPOSTO PELA REALIDADE À TEORIA ALIMENTAR

A teoria alimentar é aqui considerada como o posicionamento das diferentes correntes médicas à respeito da alimentação de crianças de zero a um ano de idade. Sua operacionalização se faz através da prática do profissional de saúde nos diferentes serviços de saúde à disponibilidade da população.

Assim, começamos por indagar: O que se ensina ao futuro profissional de saúde sobre alimentação infantil é compatível com a realidade em que a população brasileira de baixa renda está inserida?

As escolas médicas preconizam um esquema alimentar em que a criança de zero a 12 meses deve receber de 5 a 6 refeições diárias em intervalos de 3 a 4 horas, recebendo em média duas refeições grandes em horários que corresponderiam ao almoço e jantar, conforme a idade das crianças, além das refeições leves nos horários intercalados a estes.

Na composição do esquema da "Teoria Alimentar", existe um balanceamento dos nutrientes recomendados, embora os alimentos pareçam ser mais ricos em teor proteico do que calórico. Existe o incentivo de uso de frutas, verduras, sobremesa no cardápio da criança, além do enfoque para o uso do leite materno, bem como o uso do leite artificial após certa idade.

A filosofia inserida na "Teoria Alimentar" visa a manutenção da saúde da criança que vive em ambiente e com condições de atender a esse esquema básico de alimentação. Por outro lado, nesta pesquisa, verificou-se, que a alimentação que a mãe oferece para a criança de zero a um ano de idade tem um esquema e uma lógica que estão dentro de suas limitações econômicas e ambientais.

De uma maneira geral a dieta das crianças nesta faixa etária da "realidade alimentar" é proporcionalmente mais rica em alimentos energéticos do que em reguladores. Quanto aos proteicos o leite é a fonte que aparece de forma mais importante, não ocorrendo o mesmo com o ovo, a carne, a galinha ou as leguminosidades, nesse caso o feijão.

Segundo informações do ENDEF - (1974-1975) em ARRUDA⁴ no perfil alimentar da população do Distrito Federal existe a predominância do consumo de cereais e seus derivados, da mesma forma que foi constatado na dieta das crianças do Paranoá, o que se pode constatar que a alimentação da família muito cedo passa a fazer parte do esquema básico de alimentação de crianças de zero a um ano de idade.

Dada a reduzida renda dessa população, pode ser que essa solução seja mais adequada do que a dieta a preço elevado recomendada pelas escolas médicas, contendo alimentos mais ricos em proteínas. Essa dieta seria justificada somente se a deficiência proteica fosse muito maior que a calórica.

WRIGHT¹⁷, demonstrou que em duas comunidades da periferia de Ribeirão Preto a deficiência calórica é maior do que a proteica. JUL¹⁰, também em seus estudos confirmaram que é uma regra geral que as deficiências calóricas são relativamente mais graves que as proteicas em populações de baixa renda. Desta forma o esquema alimentar proposto pelas escolas médicas não estariam atendendo de imediato as necessidades das populações de baixa renda.

A lógica de sobrevivência implícito no esquema alimentar utilizado pelas mães parece não ser compatível com a lógica do esquema da "teoria alimentar", das escolas médicas.

Diante desses fatos, voltamos à questão da adequação da formação do profissional de saúde e se, de fato, esta formação é neutra e universal. Se os esquemas básicos de alimentação infantil preconizados pelas escolas médicas não podem ser seguidos pela população em geral, especialmente a camada de baixa renda, não podem ser considerados neutros e universais.

Tampouco se pode considerar que os profissionais de saúde são flexíveis a ponto de adaptarem essas técnicas para a realidade de camadas desfavorecidas quando sua formação está demarcada às exigências do tipo de profissional que o mercado de trabalho necessita — de uma formação elitizada que enfatiza o aspecto curativo principalmente em detrimento do preventivo.

Outro aspecto que ficou claro é que os canais e métodos de comunicação utilizados pelos profissionais de saúde para com a clientela assistida estão sendo ineficientes, de modo que as mensagens de educação para a saúde não têm chegado à população de baixa renda.

Esses dados indicaram que a atuação dos profissionais de saúde mostrou falhas no atendimento da população marginalizada, e quando existiu, geralmente não chegava a influenciar a população.

Nota-se, ainda, que isso ocorre no Distrito Federal, onde os serviços oferecidos às populações de baixa renda estão entre os mais completos do Brasil.

5 — CONCLUSÃO

O que se retira dos resultados desse estudo é que nas comunidades de baixa renda, os suplementos recomendados pelas escolas médicas são por demais caros para serem utilizados integralmente. É necessário adaptar as recomendações às possibilidades aquisitivas da população marginalizada ou, então, tomar medidas para elevar o poder aquisitivo dessa população, além de suas condições gerais de vida.

Devemos considerar que a nutrição deve ser vista e abordada na formação de qualquer profissional da área de saúde em toda a sua amplitude, isto é, desde a sua produção, comercialização e industrialização, bem como as políticas que norteiam essas fases, além dos aspectos econômicos-sociais e culturais que também interferem na nutrição.

É dentro deste contexto que se pode querer estabelecer algum padrão alimentar para as crianças de zero a um ano de idade e preconizá-lo como um dos modelos a ser ensinado na formação dos profissionais de saúde.

Desta forma, a alimentação das crianças de zero a um ano de idade de camadas de baixa renda está condicionada a fatores multivariados, e não à simples utilização de uma determinada prática alimentar.

Os cursos da área de saúde, em especial os de enfermagem, podem aproveitar e rever em seus currículos, qual a posição que a disciplina Nutrição ocupa; qual o enfoque usado nesta disciplina; qual o seu grau de aproveitamento e relevância para os alunos.

O enfermeiro tem responsabilidades direta ou indiretamente com a saúde materno-infantil e precisa, portanto, estar adequadamente preparado, isto é, com um conhecimento da realidade das comunidades em que vão atuar, responsabilizando-se conscientemente pelo desenvolvimento de programas que levam à saúde integral das famílias.

TABELA 1 – Alimentos que apareceram com maior freqüência na dieta das 24 horas anteriores das crianças de zero a um ano de idade da Vila do Paraíso

Mais Freqüente	Freqüência Intermediária	Menor Freqüência
– Leite em pó – Ninho	Carne de gado	Mucilon
– Maizena	Caldo de feijão	Suco de caju
– Arroz	Macarrão	ôvo
– Banana prata	Maçã	Bolo
– Pão	Farinha Neston	Caldo de arroz
– Creme de arroz	Cremogema	Araruta
– Feijão em pão	Café	Biscoito polvilho
– Leite em pó – Nestogeno	Biscoito maizena	Suco de abacaxi
– Suco de laranja	Batata	Creme de milho
– Leite de vaca	Chá de erva-doce e outros	Tomate, couve,
– Arrozina	chás	Abóbora, chuchú, alface
		Carne de galinha

SUMMARY: This article questions the feasibility of recommendations given in medical schools concerning children's diet in face of low income families feeding reality and its implications for health professionals.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, P. et alii. *Mãe e filho: noções de puericultura*. 3.ed. São Paulo, Ed. Saraiva, 1968.

2. ALVES, E.L.G. Nível alimentar: renda e educação. *Revista ABIA/SAPRO*. Campinas, 30: 17-45, 1977.
3. ALVES, E.L.G. & VIEIRA, J.L.T.M. Nível alimentar da população da cidade de São Paulo. *Pesquisa, Planejamento e Economia*. Rio de Janeiro, 8(3): 272-750, 1978.
4. ARRUDA, B.K.G. *Padrões e Hábitos Alimentares da População Brasileira*. Trabalho apresentado na conferência no Ciclo de Extensão da Escola Superior de Guerra – E.S.G. Rio de Janeiro, 1981. Mimeogr.
5. BATISTA FILHO, M. *Prevalência e estágio de desnutrição proteico-calórica em crianças da cidade de São Paulo*. São Paulo, USP/Faculdade de Saúde Pública, 1976. Tese de Dout.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Ações básicas na assistência integral à saúde da criança: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame*. Brasília, 1984. Mimeogr.
7. CONSUMO ALIMENTAR. Pesquisas nos conjuntos habitacionais. *Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, 29(10): 72-9, out. 1975.
8. DESAI, I.D. et alii. Food habits and nutritional status of agricultural migrant workins in southern Brazil. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Bethesda, 33(3): 702-15, 1980.
9. EŠPGAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition – III recomendations for infant feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*. Stockolm, Supplement 302, 1982.
10. JUL, M. *Alternatives for improving food policies to meet consumer needs. Proceeding of the World Food Conference AMES*. Iowa, State University Press, 1976.
11. GESTEIRA, R.M. *Puericultura, higiene física e social da criança*. 3.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1957. p.29-30.
12. GRUPO ASESOR SOBRE PROTEINAS Y CALORIAS DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS. *Manual sobre alimentación de lactentes y niños pequeños*. Nueva York, Naciones Unidas, 1977. p.100-17.
13. PERISSÉ, J. et alii. Efecto de los ingresos sobre la estrutura de racion alimentaria. *Noticiario de Nutrition*. Roma, 7(3): 1-10, 1969.
14. PERNETTA, C. *Alimentação do lactente sadio*. 5.ed. Rio de Janeiro, 1957. p.159-65.
15. ROSEMBERG, E. *O comportamento do consumidor em relação à nutrição*. Brasília, UNB, 1974. Mimeogr.

16. WOISKI, J.R. Alimentação do lactente. In:———. *Dietética pediátrica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1983. Cap.7, p.95-116.
17. WRIGHT, M.G.M. *A introdução da soja na dieta de famílias de baixa renda: um experimento educacional em duas comunidades brasileiras*. Ohio, State University, 1977. Tese de maestr.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é uma adaptação da Tese de Doutorado do primeiro autor, Maria da Glória Miotto Wright, "A Realidade Alimentar de Crianças de Zero a Um Ano de Idade de Área Periurbana – Um Desafio aos Profissionais de Saúde", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, S.P., Universidade de São Paulo, 1984.

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os autores gostariam de agradecer às entrevistadoras Naire Maria Guimarães Moraes e Leonora de Araújo Pinto.

Endereço do Autor: Maria da Glória M. Wright
Author's Address: S.Q.S. 309 - Bloco H. Ap. 105
70.362 - BRASÍLIA (DF).