






-  Adriana César da Silveira¹
 Álvaro Jorge Madeiro Leite²
 Poliana Coelho Cabral³
 Antônio Brazil Viana Júnior⁴
 Pedro Israel Cabral de Lira³

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Recife, PE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição. Recife, PE, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Ceará, Setor de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospitalar. Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência

Adriana César da Silveira
adrianaacesardasilveira@yahoo.com.br

Este artigo é parte da tese “Estresse crônico e sua relação com as condições sociais, clínicas e nutricionais de crianças institucionalizadas no município de Fortaleza”, autoria de Adriana César da Silveira, sob orientação de Pedro Israel Cabral de Lira e Álvaro Jorge Madeiro Leite, defendida em 27 de fevereiro de 2019 (ainda não publicada), Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco.

Marcadores de consumo alimentar de crianças com até cinco anos de idade vivendo em abrigos na cidade de Fortaleza, Ceará

Markers of food consumption in children up to five years of age living in shelters in the city of Fortaleza, Ceará

Resumo

Introdução: Alimentação é um direito assegurado por lei, e as instituições de acolhimento devem garanti-lo às crianças acolhidas, fornecendo alimentação saudável para evitar distúrbios nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** Avaliar o consumo alimentar de crianças institucionalizadas. **Método:** estudo realizado em cinco instituições de acolhimento na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, com 62 crianças de 0-5 anos de idade, entre maio e agosto de 2017. As variáveis estudadas foram sexo, idade, idade quando do acolhimento na instituição, tempo de acolhimento e consumo alimentar. Para avaliar o consumo alimentar, utilizou-se o formulário “Marcadores do Consumo Alimentar” do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que considera marcador de alimentação saudável o consumo de frutas, verduras e feijão; e não saudável, o consumo de alimentos ultraprocessados. Para análise dos dados do consumo alimentar, seguiram-se as recomendações do documento *Orientação para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*. Os dados foram coletados por um nutricionista em entrevistas presenciais. **Resultados:** Predominaram crianças do sexo feminino, com idade média de 30,19±16,67 meses. Verificou-se que 92,7% das crianças apresentavam algum indicador de consumo alimentar não saudável para sua faixa etária. O consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas pelas crianças com idade de 6-23 meses e 29 dias foi alto (83,33%). **Conclusão:** A maioria das crianças apresentava algum indicador de consumo alimentar não saudável para sua faixa etária, além de alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, sobretudo de bebidas adoçadas em todas as instituições.

Palavras-chave: Nutrição. Consumo Alimentar. Alimentação.

Abstract

Introduction: Food is a right ensured by law, and foster care institutions must ensure it to the children they admit by providing healthy food to avoid nutritional disorders and non-communicable diseases. **Objective:** To assess food consumption in institutionalized children. **Method:** a study was carried out in five foster care institutions in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil, with 62 children aged 0-5 years between May and August 2017. The variables studied were sex, age, age at admission to the institution, duration of foster care and food consumption. Food consumption was assessed using the “Food Consumption Markers” form designed by the Food and Nutrition Surveillance System, which considers the consumption of fruits, vegetables and beans as markers of healthy

eating and the consumption of ultra-processed foods as a marker of unhealthy eating. Food consumption data were analyzed based on the recommendations of the Guidelines for the Assessment of Food Consumption Markers in Primary Care. Data were collected by a nutritionist in face-to-face interviews. **Results:** There was a predominance of female children, with a mean age of 30.19 ± 16.67 months. In all, 92.7% of the children exhibited some indicator of unhealthy food consumption for their age group. The consumption of ultra-processed foods and sweetened beverages by children aged 6-23 months and 29 days was high (83.33%). **Conclusion:** Most children exhibited some indicator of unhealthy food consumption for their age group in addition to the high frequency of consumption of ultra-processed foods, especially sweetened beverages, in all institutions.

Keywords: Nutrition. Food Consumption. Diet.

INTRODUÇÃO

A saúde e a nutrição de crianças são direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹ A alimentação é um direito humano básico e foi reconhecida como direito social pela Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.² Foi uma conquista importante para a população brasileira, sobretudo para crianças, pois estão entre os grupos populacionais de maior risco de agravos à saúde e nutrição.

A violação desse direito para crianças em regime de acolhimento institucional poderá significar a manutenção do estado de vulnerabilidade social. No Brasil, não há políticas públicas de segurança alimentar e nutricional voltadas especificamente para pessoas institucionalizadas, a despeito de outros grupos vulneráveis, como povos e comunidades tradicionais.³

O processo de transição nutricional ocorrido nas últimas décadas no Brasil é evidenciado pelo decréscimo da prevalência de desnutrição e aumento expressivo do sobrepeso e obesidade,^{4,5} assim como ocorre em outros países. Entretanto, entre crianças em instituições de acolhimento, o panorama nutricional é diferente, com maior prevalência de baixo peso, baixa estatura e presença de carências nutricionais específicas.⁶⁻⁸

Apesar de descrever crianças em ambientes marcados por adversidades, estudos não apontam associações causais em comum para esse fato, mas sabe-se que separação precoce entre mãe e filho tem consequências negativas para o comportamento da criança,⁹ e o fraco vínculo mãe-filho é um fator determinante para a presença de distúrbios nutricionais na infância,¹⁰ ambos presentes nas histórias de vida dessas crianças e, ao se associar a outros fatores, podem culminar com índices nutricionais abaixo do recomendado.

A tendência temporal da diminuição da aquisição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados, bem como do aumento de alimentos ultraprocessados pela população brasileira é preocupante, haja vista a baixa qualidade nutricional desses últimos.¹¹ Isso se reflete no consumo alimentar das famílias, incluindo as crianças, conforme demonstrado por vários estudos.¹²⁻¹⁵ O consumo desses alimentos implica aumento da ingestão de gordura, colesterol, sódio e calorias.¹⁶

Crianças institucionalizadas não são incluídas nos grandes inquéritos que investigam aquisição de alimentos e consumo alimentar realizados no Brasil, nos quais são estudados somente domicílios particulares.^{11,17,18} Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o consumo alimentar de crianças com até cinco anos de idade em regime de acolhimento institucional.

MÉTODOS

Este estudo, de caráter observacional e analítico, teve coleta de dados realizada entre maio e agosto de 2017. Todas as crianças com até cinco anos, acolhidas na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas, foram selecionadas para o estudo. Consideraram-se critérios de exclusão o desconhecimento da data de nascimento da criança e a existência de condições que impedissem a alimentação oral.

As variáveis estudadas foram sexo, idade, idade quando do acolhimento na instituição, tempo de acolhimento e o consumo alimentar das crianças. Os dados foram coletados por um nutricionista em entrevistas presenciais, através de questionários estruturados. Responderam sobre o consumo alimentar as funcionárias que cuidavam diretamente das crianças e, em uma instituição, a nutricionista. Os outros dados foram fornecidos pelos assistentes sociais ou coordenadores das instituições.

O consumo alimentar foi avaliado através do formulário "Marcadores do Consumo Alimentar" do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (MS), elaborado com o objetivo de identificar

comportamento alimentar saudável ou não saudável. Segundo esse documento, é considerado marcador de alimentação saudável o consumo de frutas, verduras e feijão; e marcador de alimentação não saudável, o consumo de alimentos ultraprocessados¹⁹ (embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados).²⁰ Foi realizada a análise comparativa segundo tempo de acolhimento, sexo e idade das crianças.

Para os menores de dois anos de idade, o formulário foi baseado em marcadores para avaliação das práticas de alimentação nesta faixa etária publicado pela Organização Mundial da Saúde, que, para atingir o objetivo proposto, divide crianças de até cinco meses e 29 dias, faixa para a qual avalia a prática do aleitamento materno e introdução precoce de alimentos; e crianças de 6-23 meses e 29 dias, para a qual avalia a introdução de alimentos e identifica marcadores de risco ou proteção para distúrbios nutricionais, bem como a manutenção do aleitamento materno após os seis meses de vida.¹⁹ Os marcadores para crianças menores de dois anos são: aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses; aleitamento materno continuado (crianças de 6-23 meses e 29 dias); introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro (carnes de boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras ou ovo; fígado; e feijão); consumo de alimentos ricos em vitamina A (hortaliça ou fruta de cor alaranjada ou folhas verde-escuras); consumo de alimentos ultraprocessados.^{19,21,22}

Para esta faixa etária, é adequado o consumo de leite materno de forma exclusiva até os seis meses; a manutenção do aleitamento materno até dois anos ou mais; o consumo diário de duas frutas e uma “comida de sal” dos 6-6 meses e 29 dias; e o consumo de duas frutas e duas “comidas de sal” ao dia para as crianças de 7-8 meses e 29 dias; o consumo de alimentos ricos em ferro diariamente; a presença de alimentos ricos em vitamina A nas porções diárias de verduras e legumes recomendada. É inadequado o consumo de pelo menos um alimento ultraprocessado ao dia.^{19,21,22}

Considera-se diversidade alimentar mínima (para crianças de 6-23 meses e 29 dias) a ingestão de qualquer quantidade de alimentos dos seis grupos alimentares, que são: leite materno ou outro leite que não do peito, mingau com leite ou iogurte; frutas, legumes e verduras; hortaliça ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras; carnes e ovos; feijão; cereais e tubérculos; e a frequência mínima o consumo de pelo menos uma vez ao dia de “comida de sal” dos 6-6 meses e 29 dias, e pelo menos duas vezes ao dia de “comida de sal” dos 7-23 meses e 29 dias; e consistência amassados, desfiados, picados a partir dos seis meses.^{19,21,22}

Para crianças com dois anos de idade ou mais, os marcadores de consumo alimentar foram construídos com base no *Guia Alimentar para a População Brasileira*.²¹ Os marcadores para essa faixa etária são: hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia (café da manhã, almoço e jantar); hábito de realizar as refeições assistindo à televisão (televisão, computador e/ou celular); consumo de feijão; consumo de fruta; consumo de verduras e legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.¹⁹

Para essa faixa etária, considera-se adequado realizar no mínimo as três refeições principais do dia (café da manhã, almoço e jantar); não realizar as refeições assistindo à televisão, usando computador e/ou celular; evitar o consumo de alimentos ultraprocessados ou consumir ocasionalmente; e tornar a base da alimentação alimentos naturais, com variedade e contemplando todos os grupos.²¹

Para a análise dos dados do consumo alimentar, seguiram-se as recomendações do documento *Orientação para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*,¹⁹ que norteia a avaliação do consumo alimentar a partir de indicadores, de acordo com as questões que compõem o formulário de marcadores de consumo alimentar. Para as análises estatísticas, utilizou-se o programa SPSS versão 20.0. As variáveis contínuas foram descritas na forma de média e desvio padrão, e mediana e intervalo interquartilico, conforme a adesão destas

à distribuição normal, testadas por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparação das frequências, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2). Adotou-se o nível de significância de 5%, sendo consideradas estatisticamente significantes associações com valor de $p < 0,05$.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo juiz responsável pela Coordenadoria da Infância e da Adolescência do Tribunal de Justiça do Ceará. A pesquisa obedeceu às normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinki, tendo início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, protocolo n. 2.019.560 (CAAE:64680116.4.00005208).

RESULTADOS

Participaram do estudo cinco das seis instituições de acolhimento para crianças com até cinco anos de idade na cidade de Fortaleza. Dois abrigos eram geridos pelo governo estadual; dois, pela prefeitura do município; e um era uma organização não-governamental (ONG). Três crianças foram excluídas, pois se alimentavam por sonda nasoenteral. Portanto, das 78 crianças acolhidas nessa faixa etária, 62 formaram a amostra estudada.

Predominaram crianças do sexo feminino (51,6%), com idade variando entre 1-60 meses (média = $30,19 \pm 16,67$ meses), e a idade de admissão nas instituições entre 0-56 meses, (média de $17,6 \pm 16,2$ meses). Verificou-se que 36,1% chegaram com menos de seis meses de idade. A mediana do tempo de acolhimento foi de 10 meses (intervalo interquartilico: 4-15 meses), sendo que 10 (16,1%) crianças estavam acolhidas por mais de dois anos (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das crianças de 0 a 60 meses residentes em instituições de acolhimento em Fortaleza, Brasil, 2017.

Características	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	32	51,6
Masculino	30	48,4
<i>Idade</i>		
até 5 meses e 29 dias	3	4,8
de 6 a 23 meses e 29 dias	18	29,0
a partir de 24 meses	41	66,1
<i>Idade quando foi acolhido</i>		
≤ 12 meses	28	46,8
> 12 meses	33	53,2
<i>Tempo de acolhimento</i>		
< 24 meses	52	83,9
≥ 24 meses	10	16,1
<i>Instituição</i>		
ONG*	10	16,1
governamental	52	83,9

*Organização Não governamental

Algumas crianças tinham alergia à proteína do leite de vaca (2), intolerância à lactose (1), doença do refluxo gastroesofágico (1) e constipação crônica (1). Em todos os casos, havia atenção especial quanto à alimentação. Todas as crianças menores de um ano de idade usavam fórmulas infantis adequadas a sua idade. Nenhuma criança tinha hábito de fazer refeições assistindo à televisão e em todas as instituições eram oferecidas seis refeições ao dia.

Algumas instituições apresentavam infraestruturas inadequadas para preparo de grande número de refeições. Somente em duas instituições havia nutricionista no quadro de funcionários; nas outras, o cardápio era elaborado pelas cozinheiras com os alimentos disponíveis no dia.

Considerando o total da amostra na avaliação do consumo alimentar, verificou-se que 92,7% das crianças apresentavam algum indicador de consumo alimentar não saudável para sua faixa etária. Três crianças eram menores de seis meses de idade; uma, com apenas um mês de vida, só se alimentava com fórmula láctea; as outras duas, ambas com quatro meses, recebiam, além da fórmula láctea, suco de fruta não adoçado (dados não mostrados em tabelas).

Dos menores de 24 meses, nenhum recebia leite materno, nem consumia hambúrguer e/ou embutidos. Apenas uma criança, das cinco com idade entre 6-8 meses e 29 dias recebia alimento na frequência recomendada para a idade. A maioria (72,22%) com idade de 6-23 meses e 29 dias recebia seis grupos alimentares na frequência recomendada para a idade, mas 38,98% não recebiam “comida de sal” com frequência e consistência adequadas para a idade. Verificou-se, nessa faixa etária, que a maioria (83,33%) fazia uso de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas (tabela 2).

Tabela 2. Consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias residentes em instituições de acolhimento em Fortaleza, Brasil, 2017.

Indicadores*	Frequência	
	N (18)	%
<i>Diversidade alimentar mínima</i> recebem seis grupos alimentares na frequência recomendada para a idade	13	72,22
<i>Frequência mínima e consistência adequada</i> recebem “comida de sal” com frequência e consistência adequada para idade	11	61,11
<i>Consumo de alimentos ricos em ferro</i> consomem carne, ovo, fígado e feijão	4	22,22
<i>Consumo de alimentos ricos em vitamina A</i> consomem hortaliças ou fruta de cor alaranjada ou folhas verde-escuras	17	94,44
<i>Consumo de alimentos ultra processados</i> consomem pelo menos um alimento do grupo dos ultraprocessados	15	83,33
<i>Consumo de bebidas adoçadas</i> refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar	15	83,33
<i>Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados</i>	2	11,11
<i>Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas</i>	2	11,11

*Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2015

A maioria das crianças entre dois e cinco anos consumiam feijão, frutas, verduras e legumes; entretanto, observou-se também o consumo de alimentos ultraprocessados em proporções expressivas, nessa faixa etária (tabela 3).

Tabela 3. Consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos residentes em instituições de acolhimento em Fortaleza, Brasil, 2017.

Marcador *	Consumo	
	N (41)	%
<i>Marcadores de alimentação saudável</i>		
Consumo de feijão	37	90,2
Consumo de fruta	40	97,61
Consumo de verduras e legumes	35	85,36
<i>Marcadores de alimentação não saudável</i>		
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	11	26,19
Consumo de bebidas adoçadas**	38	92,7
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados***	29	69,04
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	14	33,33

* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2015

**neste item, somente foi observado o consumo de suco de fruta com adição de açúcar

*** neste item, somente foi observado o consumo de biscoitos salgados

O consumo de bebidas adoçadas foi alto entre as crianças com idade igual ou maior que seis meses e ambos os sexos. Observou-se maior consumo de macarrão instantâneo e salgadinho de pacote ($p=0,019$) e biscoito recheado, doces e guloseimas ($p=0,044$) pelos meninos. O consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ($p=0,044$) e biscoito recheado ($p=0,000$) foi maior entre os maiores de 24 meses. A tabela 4 mostra a proporção do consumo de crianças com seis meses ou mais.

Tabela 4. Marcadores do consumo alimentar de crianças residentes em instituições de acolhimento em Fortaleza, Brasil, 2017, segundo sexo e faixa etária.

Marcador*	Consumo					
	Sexo		Faixa Etária** (meses)			
	Masculino n=30	Feminino n=29	≥6 < 24 n=18		≥24 n=41	
%	%	p-valor***		%	%	p-valor***
Marcadores de alimentação não saudável						
Consumo de bebidas adoçadas	90,0	89,7	0,965	83,3	92,7	0,274
Consumo de macarrão instantâneo	50,0	20,7	0,019	16,7	43,9	0,044
Consumo de salgadinho de pacote	50,0	20,7	0,019	16,7	43,9	0,044
Consumo de biscoito salgado	60,0	37,9	0,090	11,1	65,9	0,000
Consumo de biscoito recheado	36,7	13,8	0,044	11,1	31,7	0,094
Consumo de doces	36,7	13,8	0,044	11,1	31,7	0,094
Consumo de guloseimas	36,7	13,8	0,044	11,1	31,7	0,094
Marcadores de alimentação saudável						
Consumo de feijão	93,3	79,3	0,116	77,8	90,2	0,198
Consumo de fruta	96,7	89,7	0,284	83,3	97,6	0,045
Consumo de legumes	90,0	93,1	0,669	94,4	90,2	0,594
Consumo de verduras	73,3	79,3	0,590	55,6	85,4	0,013

* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2015

**as crianças menores de seis meses de idade não foram incluídas, pois ainda não consumiam os alimentos analisados.

***teste do Qui-quadrado

Não houve diferença no consumo alimentar segundo tempo de acolhimento. Avaliando o consumo entre as instituições, observaram-se diferenças no consumo de alguns alimentos. O adequado consumo de verduras variou de 38,9% a 100% entre as instituições ($p=0,000$), e de feijão de 50% a 100% ($p=0,006$). Vale ressaltar que a diferença do consumo do feijão se deu também entre instituições que eram da mesma esfera administrativa. Com exceção do consumo de bebidas adoçadas, diferenças entre as instituições também foram encontradas no consumo de alimentos ultraprocessados: guloseima ($p=0,002$), doce ($p=0,002$), biscoito recheado ($p=0,002$), biscoito salgado ($p=0,002$), salgadinho ($p=0,047$), e macarrão instantâneo ($p=0,047$).

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo sobre o consumo alimentar de crianças institucionalizadas no Nordeste do Brasil utilizando os marcadores de consumo alimentar e abrangendo crianças de várias instituições. Embora o número de crianças estudadas seja pequeno, representa 79,5% das crianças abrigadas no município na faixa etária escolhida para o estudo. Freitas²³ estudou o consumo alimentar de 67 crianças e adolescentes em cinco instituições de acolhimento no Município de Nova Iguaçu-RJ, a partir dos marcadores do consumo alimentar, mas só oito crianças eram menores de cinco anos de idade, e uma das instituições avaliadas eram do tipo casa-lar, que é outra forma de acolhimento, o que dificulta comparações.

Parcela considerável de crianças chegou às instituições antes dos seis meses de vida, tendo sido, portanto, desmamadas precocemente. A ausência de aleitamento materno em crianças menores de 24 meses é condição de risco à saúde;²⁴ portanto, crianças afastadas de suas mães nesta idade precisam de atenção especial. O fornecimento de leite humano pasteurizado por Bancos de Leite Humano seria a melhor alternativa para alimentar crianças que são institucionalizadas com menos de seis meses de idade, mas infelizmente não há condições, pois no Brasil esses serviços geralmente não têm leite suficiente para atender suas próprias demandas.²⁵

Nossos resultados divergem das recomendações do *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*,²² nos seguintes passos: 1 (Dar somente leite materno até os 6 meses); 2 (Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais); 3 (oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas); 5 (não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade), e 6 (não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança).

Algumas crianças com idade entre 6-24 meses não recebiam alimentos na frequência e consistência adequadas para sua faixa etária. Dados atuais mostram que, em nível mundial, crianças nessa faixa etária sofrem com a ausência de frutas ou hortaliças.²⁶ Em abrigos, sopas e mingaus substituindo refeições sólidas podem ser ofertadas às crianças para confortá-las. A frequência inadequada talvez possa ocorrer pela irregularidade no fornecimento dos gêneros alimentícios em algumas instituições, ou pela ausência de apoio técnico sobre a composição de uma alimentação adequada aos doadores, funcionários e gestores dos abrigos.

Observou-se alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, resultados semelhantes aos de Holland & Szarfarc²⁷ em instituições de acolhimento em São Paulo. O consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e biscoito recheado foi significativamente maior entre os maiores de 24 meses, provavelmente devido ao julgamento dos adultos em relação à qualidade da alimentação por faixa etária, evitando dar aos menores alimentos menos nutritivos.

Sobre a instituição que se recusou a participar do estudo, sabemos apenas, que se tratava de uma ONG e que abrigava doze crianças na faixa etária estudada, o que nos impede de inferir se os resultados seriam diferentes ou não, caso a mesma tivesse participado do estudo.

Práticas alimentares inadequadas são observadas em crianças de todas as faixas etárias, institucionalizadas ou não.²⁸⁻³⁰ A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 verificou que 60,8% das crianças com menos de 24 meses de idade já consumiam biscoitos, bolachas ou bolo, e 32,3%, refrigerante ou suco artificial.¹⁸ Tão grave quanto esses dados é a queda da participação do grupo cereais, leguminosas e oleaginosas, passando de 10,4% para 5,0% na despesa com alimentação nos domicílios brasileiros, como observado no último inquérito nacional.¹¹ Holland²⁷ e Freitas²³ verificaram, em seus estudos com crianças e adolescentes em abrigos, que os cardápios eram elaborados a partir do que estava disponível no dia, e que a participação de doações tinha importância fundamental, embora não fosse suficiente para garantir a oferta adequada de frutas e legumes, por serem itens pouco doados, ao contrário de alimentos processados.

Nas instituições geridas pelo governo, os alimentos eram adquiridos através de processos licitatórios e, na ONG, por compra direta, mas todas necessitavam de doações de gêneros alimentícios para completar seu abastecimento. A qualidade dos alimentos doados não depende das instituições; e a escolha dos produtos ofertados é feita pelos próprios doadores, baseada em seus hábitos alimentares, sua renda e seu conhecimento sobre alimentação.

Inseridos no modelo atual de desenvolvimento, no qual muitos são os fatores que contribuem para o consumismo e para práticas alimentares não saudáveis,³¹ os doadores de alimentos nas instituições de acolhimento, representados por empresários e a sociedade civil, são frutos de gerações influenciadas pelo *marketing* da indústria alimentícia, que influencia escolhas,^{32,33} com consequente desconstrução de hábitos culturais. Foi criada e difundida uma narrativa de que o saudável não é saboroso, deixando, portanto, de ser atrativo, sobretudo para as crianças. Alguns alimentos, intitulados pela indústria como “para crianças”, num apelo constante da mídia, são amplamente divulgados e comercializados há décadas no Brasil.

A inexistência de políticas públicas específicas para esta população pode contribuir para esta situação, aliada à falta de nutricionista nas unidades. Infelizmente, esse profissional não é contemplado como essencial nos serviços socioassistenciais.³⁴

Os resultados desta pesquisa chamam atenção para a necessidade de se ter cuidado especial com a alimentação das crianças institucionalizadas, tanto por sua importância fundamental no crescimento e desenvolvimento,²² quanto por seu significado cultural, afetivo e social,^{21,31} já que, em regime de acolhimento institucional, as crianças estão em privação relativa de liberdade, e muitas passam anos institucionalizadas.³⁵ Portanto, é de suma importância que as instituições de acolhimento tenham condições de oferecer às crianças uma alimentação que contenha alimentos e preparações regionais, bem como de promover a comensalidade de forma saudável.

Hábitos alimentares não saudáveis são fatores de risco para distúrbios nutricionais^{36,37} e para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, e embora diagnosticadas na vida adulta, têm patogênese lenta, com início na infância.³⁸ Portanto, a oferta de alimentação saudável e equilibrada para crianças na primeira infância, sobretudo nos primeiros mil dias, que vão desde a concepção até o fim do segundo ano de vida, é fundamental, pois é um período de crescimento rápido e desenvolvimento de várias funções, em que a nutrição é fundamental para que esse processo ocorra de forma plena e saudável.³⁹

De acordo com dados do *Global Burden of Disease 2015*, dieta inadequada foi o principal fator de risco no Brasil na análise sobre a proporção da carga global de doenças, segundo anos de vida ajustados por incapacidade,⁴⁰ o que justifica esforços para a oferta de dietas saudáveis para crianças.

Vários fatores estão relacionados com os padrões alimentares da criança, e estão envolvidos com o contexto em que a família está inserida.^{41,42} Esta exerce papel importante na construção dos hábitos alimentares das crianças, pois podem reproduzir o modelo aprendido na infância. Nas instituições de acolhimento, os cuidadores “substituem” os familiares, sendo susceptíveis aos mesmos erros e acertos, mas pelo caráter profissional desta relação, devem exercer papel educativo.

A chance de desenvolvimento pleno de acordo com o potencial genético da criança se relaciona com boas condições ambientais;⁴³ portanto, as instituições de acolhimento devem ser ambientes saudáveis, o que inclui a oferta e a promoção de alimentação saudável. A preocupação não deve ser somente com excessos, mas também com as carências nutricionais específicas, mais difíceis de serem diagnosticadas. No Brasil, embora as prevalências de anemia possam estar diminuindo em termos gerais, não se conhece em que medida o mesmo esteja ocorrendo entre crianças institucionalizadas, visto que não são incluídas nos inquéritos populacionais.⁴⁴

O relatório *Situação Mundial da Infância 2019* examina a má nutrição infantil na atualidade e descreve as mudanças globais nos últimos 20 anos no cenário ambiental, político, e cultural, e sua influência na alimentação de crianças, e chama atenção para o que classifica de “tripla carga da má nutrição” (subnutrição, fome oculta e sobrepeso), ameaçadora do desenvolvimento pleno não só das crianças, mas da sociedade global.²⁶

Educação permanente para as equipes dos abrigos, com temas relacionados à educação nutricional, precisa ser implementada para a garantia de alimentação saudável para as crianças, já que elas não têm autonomia nas escolhas alimentares, e mesmo que lhes fosse dada, não teriam condições de compor uma alimentação adequada. Com esta publicação, esperamos alertar para a necessidade da coleta de dados sistemática dessa população. Muitos são os desafios que a sociedade brasileira precisa enfrentar urgentemente para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada a crianças em abrigos, pois, após 30 anos de criação do ECA e da ratificação, pelo Brasil, da Convenção sobre os Direitos da Criança, elas não podem ser privadas de direitos fundamentais, a despeito de tantas conquistas igualmente importantes.⁴⁵

Em investigações futuras, seria importante a coleta de informações sobre o conhecimento das equipes sobre saúde e alimentação, bem como a política de abastecimento das instituições para a identificação dos determinantes dos hábitos alimentares de populações semelhantes.

CONCLUSÃO

A maioria das crianças apresentava algum indicador de consumo alimentar não saudável para sua faixa etária. Observou-se alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, sobretudo de bebidas adoçadas em todas as instituições, o que justifica, no contexto da institucionalização de crianças, a adoção de medidas de intervenção como a assessoria de nutricionistas para o planejamento de cardápios e promoção de educação nutricional, e o monitoramento das condições de saúde das crianças por parte do Poder Judiciário

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990. Legislação.
2. Brasil. Emenda constitucional 64 de 4 de fevereiro de 2010. Brasília; 2010.

3. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2016-2019. Brasília, DF: CAISAN; set. 2018.
4. Souza NP, Lira PIC, Fontbonne A, Pinto FCL, Cesse EAP. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(7):2257-66. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03042017>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130.: il. Acesso em 30 maio 2019. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf>
6. Silveira AC, Costa SCMF, Pinho CPS, Santana SCS. Condição nutricional de crianças admitidas em uma instituição de acolhimento. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29 (1): 5-13. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p5>.
7. Kamath SM, Venkatappa KG, Sparshadeep EM. Impact of Nutritional Status on Cognition in Institutionalized Orphans: A Pilot Study. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(3): CC01-CC04. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2017/22181.9383>.
8. Kassas GEI, Ziade F. The Dual Burden of Malnutrition and Associated Dietary and Lifestyle Habits among Lebanese School Age Children Living in Orphanages in North Lebanon. *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2017;2017:1-12. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/4863431>.
9. Howard K, Martin A, Berlin LJ, Brooks-Gunn J. Early Mother-Child Separation, Parenting, and Child Well-Being in Early Head Start Families. *Attach Hum Dev*. 2011;13(1): 5-26. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2010.488119>.
10. Vieira VL, Souza JMP, Cervato-Mancuso AM. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010;10 (2): 199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000200007>
11. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
12. Karnopp EVN, Vaz JS, Schafer AA, Muniz LC, Souza RLVeleda, Santos I et al . Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 fev; 93(1): 70-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.04.007>.
13. opes WC, Pinho L, Caldeira AP, Lessa AC. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018277. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>.
14. Silva APR, Bernardes FB, Santos JA, Miranda NM, Sperb M, Zoche e cols. Práticas alimentares em crianças de zero a dois anos internadas em um hospital universitário do Sul do Brasil. *Demetra*, Rio de Janeiro. nov.2019;14(Supl.1): 1-18. <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.43304>.

15. Freitas LG, Escobar RS, Cortés MAP, Faustino-Silva DD. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2016a Mar [citado 2019 nov 17]; 34(1):46-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.10.001>.
16. Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2021 fev 7]; 49: 28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100221&lng=en. Epub May 26, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005572>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília, DF, 2009. 300p.
18. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Organização Pan-americana de Saúde. Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Brasília, DF: OPAS; 2018.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 156 p.: il.
22. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p.
23. Freitas, El. Avaliação das condições nutricionais e sanitárias de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes do município de Nova Iguaçu- RJ [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro: INCQS / FIOCRUZ; 2016. 144 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36339>
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). World Health Organization Global Breastfeeding Investment Case; 2017. Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding.
25. Luna FDT, Oliveira JDL, Silva LRM. Banco de leite humano e Estratégia Saúde da Família: parceria em favor da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(33):358-364. [https://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)824](https://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)824).
26. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação Mundial da Infância 2019. Crianças, alimentação e nutrição: crescendo saudável em um mundo em transformação. SUMÁRIO EXECUTIVO, out. 2019a.
27. Holland CV, Szarfarc SC. Todos juntos ao redor da mesa: uma avaliação qualitativa da alimentação em abrigos do município de São Paulo. *Nutrire* 2006;31(2): 39-52.
28. Toloni MHA, Longo-Silva G, Konstantyner T, Taddei JAAC. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr* 2014;32(1):37-43. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100007>.

29. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, Spaniol AM, Nilson EAF, Moura IF. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. Jul. 2019; 28(2):1-11. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200012>.
30. Moreira LCQ, Oliveira EB, Lopes LHK, Bauleo ME, Sarno F. Introdução de alimentos complementares em lactentes Introduction of complementary foods in infants, *Einstein* (São Paulo). 2019;17(3): 1-6. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4412.
31. Lima RS, Neto JAF, Farias RCP. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. *Demetra*. 2015;10(3):507-22. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2015.16072>.
32. Smith R, Kelly B, Yeatman H, Boyland E. Food Marketing Influences Children's Attitudes, Preferences and Consumption: A Systematic Critical Review. *Nutrients*. 2019 Apr;11(4): 875. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11040875>.
33. Hartung PAD, Karageorgiadis EV. A regulação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. March 2017;17(3): 160-84 <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p160-184>.
34. Freitas EI, Clementino MBM, Lima RS. Políticas para crianças e adolescentes e a relevância do profissional de nutrição em abrigos. *O Social em Questão*. 2016b;19 (35): 103-28.
35. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Reis DC. Análise Comparativa do Perfil de Crianças em Acolhimento Institucional nos Anos de 2004 e 2009. *Psico*, PUCRS. 2014;45 (1): 90-9. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.1.13180>.
36. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, Ginebra; 2014.
37. Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. *Eur J Clin Nutr*. 2011;65: 454-62. <https://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2011.7>.
38. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2005;85(6): 8-36.
39. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida IS. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 July 29]; 91(6 Supl. 1): S44-S51. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.07002>.
40. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017;20(Supl. 1): 217-232. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>.
41. Dallazen C, Silva AS, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad. Saúde Pública*. 19 fev 2018; 34 (2):1-13 <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00202816>
42. Villa JKD, Silva AR, Santos TSS, Ribeiro AQ, Pessoa MC, Sant'Ana LFR. Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33 (3): 302-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.05.001>.

43. Monteiro CA, Benicio MHA, Conde WL, Konno SC, Lima ALL, Barros AJD, *et al.* Desigualdades socioeconômicas na baixa estatura infantil: a experiência brasileira, 1974-2007. *Estud. Av.* 2013;27(78): 35 -49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200004>
44. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças brasileiras de 6 a 59 meses. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 28p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
45. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil / Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); [coordenação editorial Elisa Meirelles Reis...[et al.]. São Paulo: UNICEF; 2019bFundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil / Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); [coordenação editorial Elisa Meirelles Reis...[et al.]. São Paulo: UNICEF; 2019b

Colaboradores

Silveira AC responsável pela concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo; Leite AJM e Lira PIC responsáveis pela concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo; Cabral PC e Viana Júnior AB responsáveis pela análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 03 de outubro de 2020

Aceito: 19 de abril de 2021