

INGESTÃO DE BEBIDAS AÇUCARADAS E ADIÇÃO DE AÇÚCARES ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE ENTRE CRIANÇAS BRASILEIRAS PERTENCENTES A ESTUDO DE REFERÊNCIA ANTROPOMÉTRICA INFANTIL

NATHÁLIA VICTÓRIA PINTO DA SILVA¹; CAROLINE DOS SANTOS COSTA²;
INÁ DA SILVA DOS SANTOS³; BRUNA CELESTINO SCHNEIDER⁴; NEIVA
CRISTINA JORGE VALLE⁵; RENATA MORAES BIELEMANN⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – nath_vic@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – carolinercosta@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – inasantos@uol.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – brucelsch@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – njvalle@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – renatabielemann@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A nutrição adequada durante a infância é essencial para assegurar o crescimento e o desenvolvimento da criança, afetando diretamente o seu estado nutricional e, conseqüentemente, diminuindo a morbimortalidade infantil (WHO, 2004). Ainda, distúrbios nutricionais como a desnutrição e a obesidade, estão relacionados ao aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis por aproximadamente 32 milhões de mortes no mundo em 2012 (WHO, 2014).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a criança seja amamentada exclusivamente, até os seis meses de idade e continuada até os dois anos, juntamente à alimentação complementar (WHO, 2002). A fase de introdução alimentar é um período vulnerável para a ocorrência de infecções, atraso no desenvolvimento infantil e desenvolvimento de hábitos alimentares não saudáveis, contribuindo para problemas de saúde atuais e futuros (JONES; ICKES et al., 2014). A melhoria da qualidade dos alimentos complementares tem sido citada como uma das estratégias mais rentáveis para melhorar a saúde, reduzindo a morbidade e a mortalidade em crianças (BRASIL, 2015).

No Brasil tem sido observado importante aumento no consumo de produtos industrializados, mais especificamente na ingestão de bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos artificiais (BRASIL, 2002). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostraram que 32,3% das crianças menores de dois anos consumiam bebidas açucaradas regularmente. É apontado na literatura que a ingestão dessas bebidas e adição de açúcares aos líquidos contribui com o ganho de peso e surgimento precoce de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002). Ainda, existe uma relação direta entre consumo de refrigerantes e erosão dentária em crianças (SALAS; NASCIMENTO; FERREIRA et al., 2015).

Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever longitudinalmente o consumo de bebidas açucaradas e adição de mel e açúcar aos líquidos em crianças brasileiras acompanhadas dos zero a dois anos de idade pertencentes a estudo de referência antropométrica infantil.

2. METODOLOGIA

Estudo longitudinal observacional conduzido com recém nascidos de Pelotas, recrutados no primeiro ciclo de coleta de dados do *Multi-Centre Body*

Composition Reference Study (MBCRS) no Brasil. O estudo visa especialmente a construção de referência antropométrica para massas gorda e livre de gordura do nascimento até os dois anos de idade, utilizando técnicas de isótopos estáveis (óxido de deutério) em cinco países. Em Pelotas, o primeiro recrutamento foi realizado nas quatro maternidades existentes durante seis meses entre 2014 e 2015. Entrevistadoras treinadas e padronizadas para a tomada de medidas antropométricas foram responsáveis pelas entrevistas.

Como critérios de inclusão, as mães deveriam residir na zona urbana da cidade de Pelotas, ter mais de 18 anos de idade, não ter sido fumante pesada durante a gestação e não ter a intenção de ser após o parto, ter intenção de amamentar exclusivamente até os seis meses de idade da criança e prolongar a amamentação até, pelo menos, os 12 meses de idade da criança. Ainda, a gestação deveria ser única e o bebê deveria ter nascido a termo (entre 37 semanas e 41 semanas e seis dias de idade gestacional, inclusive) e sem morbidade importante. Por fim, a renda familiar deveria ser de, pelo menos, três salários mínimos. Após a admissão no estudo, as crianças foram medidas e demais informações sociodemográficas e obstétricas foram questionadas à mãe.

Aos três, seis, nove, 12, 18 e 24 meses de idade, mães e crianças foram convidadas a participar das visitas de acompanhamento junto à Clínica existente no Centro de Pesquisas em Saúde Amílcar Gigante. O consumo de bebidas açucaradas foi avaliado através de recordatório alimentar das 24 horas anteriores à entrevista (IR-24h), enquanto a adição de mel ou açúcares aos líquidos foi avaliada por questionário de frequência alimentar (QFA).

A análise estatística foi realizada através do software Stata versão 12.1. Foram descritas as prevalências do consumo de bebidas açucaradas e da adição de mel ou açúcares aos líquidos e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), a partir dos dados do R-24h de cada acompanhamento. Ainda, a adição de mel ou açúcares e o consumo de bebidas açucaradas aos 24 meses foram descritas segundo características maternas (idade, escolaridade e paridade). Foi admitido um nível de significância de 5% nas análises.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. A concordância para participação no estudo ocorreu através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 1344 mães, nas quais 168 duplas de mães e bebês preencheram os critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo. As taxas de todos os acompanhamentos variaram de 47% a 56%, com a menor taxa para o acompanhamento realizado aos 6 meses (47%). A maioria dos bebês nasceram de parto cesáreo (88,1%) e eram filhos únicos (60,7%).

Foi observado aumento do consumo de bebidas açucaradas e adição de mel ou acúcares com a idade. Aos três meses de idade, nenhuma das crianças consumiu bebidas açucaradas (Figura 1), enquanto que aos dois anos de idade quase uma a cada duas crianças havia ingerido bebidas açucaradas nas 24hs anteriores à entrevista e um terço das crianças havia ingerido líquidos com mel ou açúcar adicionado no último mês.

Estudo realizado nos Estados Unidos, apontou que o consumo de refrigerante entre crianças aumentava diretamente com a faixa etária (WATOWICZ, 2015). Outra pesquisa conduzida em creches na cidade de São Paulo, mostrou que mais da metade das crianças no primeiro ano de vida já havia

consumido bebidas açucaradas (LONGO-SILVA; TOLONI; MENEZES ET AL, 2015).

A Tabela 1 apresenta as prevalências e IC95% da adição de mel ou açúcares e consumo de bebidas açucaradas, segundo características maternas. Tanto para o consumo de bebidas açucaradas como para a adição de mel ou açúcares, as prevalências foram menores entre filhos de mães com ensino universitário e primíparas. Esses dados vão de acordo com resultados encontrados por Jaime et al, onde aponta que o consumo de bebidas açucaradas sofre influência da escolaridade materna. Uma possível explicação para tal associação pode ser pelo maior esclarecimento dessas mães sobre alimentação saudável e adequada para seus filhos (JAIME; DO PRADO; MALTA, 2017).

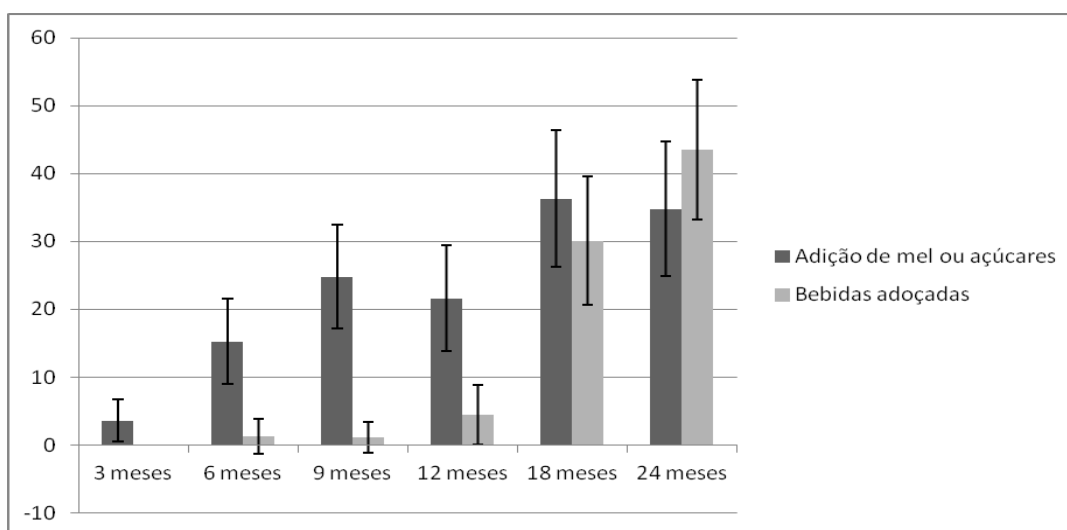


Figura 1. Prevalências e intervalos de confiança de 95% da adição de mel ou açúcares e consumo de bebidas adoçadas nos 28 dias anteriores à entrevista entre crianças de três a 24 meses de idade. Pelotas, 2014/2015.

Tabela 1. Prevalências da adição de mel ou açúcares e consumo de bebidas açucaradas nos 28 dias anteriores à entrevista entre crianças de 24 meses de idade, segundo características maternas. Pelotas, 2014/2015. (N=92)

Variáveis	Adição de mel e açúcares		Bebidas açucaradas	
	N (%)	Valor-p	N (%)	Valor-p
Idade (em anos)		0,561		0,631
18-24	6 (42,9)		10 (71,4)	
25-34	20 (31,3)		48 (75,0)	
35+	6 (42,9)		12 (85,7)	
Escolaridade		0,006		0,008
Sem estudo/Primário	5 (50,0)		8 (80,0)	
Secundário/ Profissional/técnico	20 (48,8)		37 (90,2)	
Universitário	7 (17,1)		25 (61,0)	
Número de nascimentos prévios		0,023		0,067
0	14 (25,9)		37 (68,5)	
1	11 (39,3)		23 (82,1)	
2+	7 (70,0)		10 (100,0)	

4. CONCLUSÕES

Concluiu-se, que o consumo de bebidas açucaradas e a adição de mel ou açúcares entre as crianças foi maior conforme o aumento em idade da criança, sendo que aproximadamente quatro a cada dez crianças experimentaram tal adição ou bebidas aos 24 meses de vida. Características demográficas maternas podem influenciar a escolha por hábitos alimentares infantis menos saudáveis, mesmo entre mães com melhores condições socioeconômicas e intenção de amamentar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2. ed. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília, 2002.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2013.

JONES, A.D.; ICKES, S.B.; SMITH, L.E.; MBUAYA, N.N.; CHASEKWA, B.; HEIDKAMP, R.A.; MENON, P.; ZONGRONE, A.A.; STOLZFUS, R.J. World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: a synthesis of recent findings. **Maternal and Child Nutrition**, v. 10, n. 1, p. 1-17, 2014.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H.A.; MENEZES, R.C.E.; ASAKURA, L.; OLIVEIRA, M.A.A.; TADDEI, J.A.A.C. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, Brasil, v. 33, n. 1, p. 34-41, 2015.

SALAS, M.M.S.; NASCIMENTO, G.G.; FERREIRA, F.V.; TARQUINIO, S.B.C.; HUYSMANS, M.C.D.N.J.M.; DEMARCO, F.F. Diet influenced tooth erosion prevalence in children and adolescents: Results of a meta-analysis and meta-regression. **Journal of Dentistry**, v. 43, n. 8, p. 865-875, 2015.

WATOWICZ, R.P.; ANDERSON, S.R.; KAYE, G.L.; TAYLOR, C.A. Energy Contribution of Beverages in US Children by Age, Weight, and Consumer Status. **Childhood Obesity**, v.11, n. 14, p. 475-483, 2015.

World Health Organization. WHO: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, 2002.

World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding Rev. ed. Division of Child Health and Development. 2004.

World Health Organization. WHO: World Health Statistics 2014. Geneva, 2014.