

## **Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses de idade usuárias da Atenção Básica de Saúde**

**Feeding practices of children under 12 months of age who use the primary health care**

### **Isabella Rodrigues Braga**

Nutricionista. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: isabellarodrigues01@hotmail.com.br

ORCID: 0000-0003-2359-5716

### **Luyane Lima Silva**

Nutricionista. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: luy-lima@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-9527-3022

### **Luana Silva Monteiro**

Doutora em Ciências Nutricionais. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: luananutrir@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3599-6947

### **Naiara Sperandio**

Doutora em Ciência da Nutrição. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do

Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: naiarasperandio28@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9015-3849

### **Flavia Farias Lima**

Doutora em Alimentação. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: flaviafariaslima@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0272-8241

### **Silvia Pereira**

Doutora em Ciências de Alimentos. Faculdade de Nutrição. Universidade Federal Fluminense – UFF.

E-mail: spereira@id.uff.br

ORCID: 003-0003-1538-4097

### **Jane de Carlos Santana Capelli**

Doutora em Ciências. Curso de Nutrição, Instituto de Alimentação e Nutrição, do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

E-mail: janecapelli@macae.ufrj.br

ORCID: 0000-0002-8009-3715

## **Resumo**

**Objetivo:** Analisar a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar de lactentes usuários de uma unidade básica de saúde da família (UBSF) de Macaé. **Métodos:** Realizou-se um estudo seccional, de base primária em uma UBSF, no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, com mães e responsáveis de lactentes. Os dados foram coletados por entrevistadores previamente capacitados. O consumo alimentar foi avaliado por meio dos marcadores de alimentação saudável proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. O aleitamento

materno foi classificado de acordo com os parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** Foram analisados os dados de 50 crianças, correspondendo a 80,0% do total da faixa etária da UBSF. Encontraram-se 44,8% de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo e 38,1% de crianças maiores de 6 meses em aleitamento materno. As proporções dos itens alimentares mais consumidos no dia anterior por crianças menores de 6 meses foram: leite de peito (85,7%), água/chá (41,4%), comida de sal (20,7%). Na faixa de 6 a 12 meses: bebidas adoçadas (53,3%), vegetal ou fruta de cor alaranjada (53,3%), iogurte (46,7%), biscoito recheado, doces ou guloseimas (26,7%), macarrão instantâneo (20,0%). Encontraram-se associações estatisticamente significativas entre o consumo de fruta e a idade materna ( $p$ -valor=0,021). Quanto aos marcadores alimentares de risco, detectou-se a associação entre o consumo de macarrão instantâneo ( $p$ -valor=0,018) e o estado civil. **Conclusões:** A introdução da alimentação complementar foi precoce em crianças menores de seis meses; e inadequada, considerando os itens alimentares observados, em crianças maiores de seis meses.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Alimentação Complementar; Nutrição Infantil.

### Abstract

**Objective:** To analyze the practice of breastfeeding and complementary feeding of user infants in a basic family health unit (BFHU) in Macaé. **Methods:** A sectional, primary-based study was carried out in a BFHU, from October 2016 to February 2017, with mothers and guardians of infants. Data were collected by previously trained interviewers. Consumption was assessed using the healthy eating markers proposed by the Food and Nutritional Surveillance System. Breastfeeding was classified according to the parameters proposed by the world health organization. **Results:** Data from 50 children were propagated, corresponding to 80.0% of the total age group at BFHU. 44.8% of children under 6 months of age were found to be exclusively breastfed and 38.1% of children over 6 months of age were being breastfed. The proportions of the most consumed food items the day before by children under 6 months were: breast milk (85.7%), water/tea (41.4%), salt foods (20.7%). In the range of 6 to 12 months: sweetened beverages (53.3%), orange-colored fruit or vegetables (53.3%), yogurt (46.7%), stuffed biscuits, sweets or treats (26.7%), instant noodles (20.0%). Statistically related associations were found between fruit consumption and maternal age ( $p$ -value = 0.021). As for dietary risk markers, an association was detected between consumption of instant noodles ( $p$ -value = 0.018) and marital status. **Conclusions:** The introduction of complementary feeding was early in children younger than six months; and inadequate, considering the food items observed, in children older than six months.

**Keywords:** Breastfeeding; Complementary Food; Child Nutrition.

### Introdução

A alimentação adequada, saudável e oportuna no primeiro ano de vida do ser humano interfere positivamente no seu estado nutricional, na sua condição de morbimortalidade, na formação de hábitos alimentares saudáveis, dentre outros fatores, permitindo que o mesmo atinja o seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento, no decorrer das fases do curso da vida<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam como alimentação segura e eficaz nesse período, o aleitamento materno exclusivo (AME) até a criança completar seis meses<sup>2</sup>, e a partir dessa idade, a introdução da alimentação complementar (IAC) de forma adequada e oportuna, com a continuidade do aleitamento materno (AM) até os dois anos de idade ou mais<sup>1</sup>.

A oferta do AME até o sexto mês se constitui em uma importante estratégia de fortalecimento do vínculo, do afeto, da proteção e da nutrição do lactente, colaborando para a diminuição da morbimortalidade, uma vez que apresenta forte relação com a proteção para doenças infecciosas e crônicas<sup>3</sup>, além de não apresentarem déficits de ganho de peso e comprimento/estatura na infância<sup>4</sup>.

Boccolini et al.<sup>3</sup> apontam que a duração do aleitamento materno (AM) pode contribuir para a redução das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias em crianças menores de um ano. No Brasil, resultados preliminares de indicadores de aleitamento materno divulgados pelo Estudo Nacional de Alimentação Nutrição Infantil (ENANI-2019) revelaram que 60,0% das crianças menores de quatro meses estavam em AME, destacando-se a Região Sudeste com 63,5%. A Região Nordeste apresentou menor prevalência (55,8%). Em crianças menores de seis meses, a prevalência observada do AME foi de 45,7%, sendo mais prevalente na Região Sul (53,1%) e de menor prevalência na Região Nordeste (38,0%)<sup>5</sup>. Os dados do ENANI-2019 revelaram um incremento da prevalência do AME em menores de seis meses, quando comparados com aqueles divulgados pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009, 41,0%<sup>6</sup>.

A introdução precoce dos alimentos complementares aumenta a vulnerabilidade da criança às diarreias, às infecções e à desnutrição devido a imaturidade fisiológica e a menor ingestão de leite materno<sup>4</sup>, tendo como consequência imediata a má-nutrição, o aumento da morbimortalidade e o atraso no desenvolvimento mental e motor. Todavia, a introdução de alimentos complementares de forma tardia também é inoportuna uma vez que pode ocorrer um retardo no crescimento da criança e o aumento do risco das deficiências nutricionais<sup>7</sup>.

A situação da alimentação complementar de crianças brasileiras, analisada a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, revelou a prevalência elevada do consumo precoce de água (13,8%), chás (15,3%) e outros leites (17,8%) em crianças menores de seis meses, podendo contribuir para o aparecimento de desnutrição, obesidade e outras doenças, e até mesmo levar a mortalidade de crianças<sup>4</sup>.

Diante da introdução precoce de alimentos considerados não saudáveis aos lactentes, acredita-se que as mudanças no padrão alimentar da sociedade brasileira, marcada pela combinação de alimentos tradicionais, como o arroz e feijão, com alimentos ricos em gordura, açúcar e sódio<sup>8</sup>, possa impactar negativamente na alimentação complementar. Cabe ressaltar, que as práticas inadequadas no período de IAC têm sido relacionadas a múltiplos fatores como: baixa renda familiar e escolaridade materna, com elevada exposição precoce de alimentos não nutritivos<sup>9</sup>.

No município de Macaé, localizado no estado do Rio de Janeiro, foram desenvolvidos estudos descritivos, de base secundária entre 2012 e 2015, a partir da base de dados do SIAB/SUS – DATASUS/Ministério da Saúde, com crianças menores de dois anos, que revelaram a prevalência de AME em cerca de 70,0% das crianças menores de 4 meses<sup>10</sup>. O estudo de Marinho et al.<sup>11</sup> realizado a partir dos dados secundários do Sisvan Web de 2013, com crianças entre 6 e 24 meses, detectou que aproximadamente 25,0% dos alimentos oferecidos às crianças no período da introdução alimentar não eram saudáveis como, por exemplo, os embutidos, as bebidas adoçadas e os biscoitos doces/salgadinhos. Esses achados revelaram que as práticas alimentares nos primeiros dois anos de vida, principalmente no período de IAC, ainda estão aquém daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde e pela OMS, assemelhando-se àquelas encontradas em outras regiões do Brasil<sup>3,4</sup>.

Nesta perspectiva, o presente estudo visa analisar a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar de lactentes usuários em uma unidade básica de saúde da família (UBSF) de Macaé.

## Métodos

Realizou-se um estudo seccional, de base primária, em uma UBSF, localizada no bairro Botafogo, no município de Macaé, entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017.

O bairro Botafogo, que apresenta população de baixa renda, corresponde a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. Macaé possui uma economia baseada no setor petrolífero, especialmente na extração de petróleo, contribuindo para o surgimento de várias pequenas, médias e grandes empresas e, como consequência, levando ao crescimento demográfico desordenado da cidade. Essa realidade fez com que a população aumentasse significativamente em pouco tempo<sup>12,13</sup>.

Neste estudo, os critérios de elegibilidade foram: todos os lactentes (crianças de 0 a 11 meses e 29 dias), de ambos os sexos, cadastrados e usuários da UBSF. Foram excluídos todos os lactentes com malformação congênita em prejuízo da prática de AM, como fissura labial e fenda palatina.

Os dados foram coletados no período de cinco meses, com quatro entrevistadores previamente treinados e, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, fizeram, inicialmente, o levantamento de prontuários de todos os lactentes menores de seis meses.

Após identificação dos lactentes, os entrevistadores, individualmente, realizaram visitas domiciliares pelo menos uma vez por semana para explicar a proposta do estudo à mãe ou cuidador e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, em caso de aceite. Quando o entrevistador não encontrava a mãe ou o cuidador da criança na casa, ele retornava ao domicílio, em semanas alternadas até o fim do estudo, para tentar obter a entrevista.

Para avaliar o consumo alimentar, utilizou-se como instrumento o formulário “Marcadores de Consumo Alimentar”, proposto pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) em contribuição ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Ele visa reconhecer os alimentos ou os comportamentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável, sendo específico para crianças de 0 a 6 meses e 6 a 23 meses<sup>14</sup>.

Os formulários são formados por perguntas do tipo “sim”, “não” e “não sabe”, que visa avaliar o consumo no dia anterior a entrevista, com a pergunta “Ontem a criança consumiu?”. Para as crianças de 0 a 6 meses o formulário inclui oito opções de itens alimentares sendo esses: mingau, água/chá, leite de vaca, fórmula infantil, suco de fruta, fruta, comida de sal (de panela, papa ou sopa) e outros alimentos/bebidas. Adicionalmente, também é realizada a pergunta “A criança ontem tomou leite do peito?”. Em relação as crianças com idade entre 6 a 23 meses, o formulário contém 17 opções de itens alimentares sendo esses: outro leite que não o leite do peito, mingau com leite, iogurte, legumes, vegetal ou fruta de cor alaranjada, verdura de folha, carne/ovos, fígado, feijão, cereais/tubérculos, hambúrguer e/ou embutido, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo/salgadinho de pacote /biscoitos salgados e biscoitos recheados, doces e guloseimas. Ele também contém as perguntas: “A criança ontem tomou leite do peito?”, “Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?” e “Ontem a criança comeu comida de sal?”.

Para avaliar o consumo alimentar das crianças de 0 a 6 meses, estimou-se a frequência de AME e dos oito itens alimentares presentes no formulário. O AME em menores de seis meses, como indicador, foi classificado de acordo com os parâmetros propostos pela OMS (Ruim: 0-11%;

Razoável: 12-49%; Bom: 50-89%; Muito Bom: 90-100%)<sup>15,16</sup>. Para avaliar o consumo alimentar das crianças com idade entre 6 a 23 meses, estimou-se a frequência de consumo dos 17 itens alimentares sendo classificados em alimentos/grupos de alimentos considerados marcadores da alimentação saudável [hortaliças (legumes, vegetal ou fruta de cor alaranjada e verdura de folha); fruta (inteira, em pedaço e amassada); feijão; carne ou ovo] e de risco [hambúrguer e/ou embutido; bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/ groselha, suco de fruta com adição de açúcar); macarrão instantâneo/ salgadinho de pacote/biscoitos salgados; biscoitos recheados, doces e guloseimas].

Adicionalmente, também foram avaliados os indicadores de alimentação saudável<sup>17</sup> propostos por Latorre et al.<sup>18</sup> para a faixa etária de 6 a 12 meses, apresentados a seguir.

- **Indicador 1:** percentual de crianças de 6 a 12 meses que tenham consumido verdura de folha no dia anterior ao registro.
- **Indicador 3:** percentual de crianças de 6 a 12 meses que tenham consumido legumes no dia anterior ao registro.
- **Indicador 5:** percentual de crianças de 6 a 12 meses que tenham consumido frutas no dia anterior ao registro.
- **Indicador 7:** percentual de crianças de 6 a 12 meses que tenham consumido carnes ou ovo no dia anterior ao registro.

A meta proposta pelo Ministério da Saúde para que se atinja uma alimentação saudável é a frequência de consumo de 80,0% para cada indicador de alimentação saudável (Verduras, Legumes, Frutas e Carnes) no dia anterior<sup>17</sup>.

O segundo instrumento foi o questionário desenvolvido para o estudo, testado previamente, contemplando: Dados demográficos: sexo; idade da criança (0-6 meses; 6-12 meses incompletos); idade materna ( $\leq 24$  anos;  $\geq 25$  anos); estado civil (sem companheiro e com companheiro); paridade (número de filhos:  $\leq 2$ ;  $\geq 3$ ). Socioeconômicos: renda per capita (em salários mínimos:  $< 1$  e  $\geq 1$ , pois a renda foi menor que dois salários mínimos, no grupo estudado); escolaridade materna (em anos de estudo:  $\leq 9$ ;  $> 9$ ); situação de emprego materno (trabalha fora: sim e não).

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis estudadas por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas. Para verificar a significância das diferenças encontradas nas respostas por categorias foi utilizado o teste estatístico Exato de Fisher. Em todas as análises, o nível de significância estatística foi de 5%. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 20.

A pesquisa está em atendimento à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes com protocolo de nº 30378514.1.0000.5244; e faz parte do Núcleo de Ações e Estudos em Materno Infantil (NAEMI).

## Resultados

Foram analisados dados de 50 lactentes, de ambos os sexos, correspondendo a 80,0% da população total nesta faixa etária, residentes e usuárias da UBSF de Botafogo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual das características socioeconômicas e demográficas das crianças menores de 12 meses e de suas mães, verificando-se que 58,0% das crianças apresentaram idade menor de 6 meses de idade, e 42,0% entre 6 e 12 meses; 58,0% das mães tinham idade igual ou inferior a 24 anos; 50,0% eram casadas; 64,0% tinham escolaridade acima de 9 anos; 78,0% não exerciam atividade remunerada; 53,1% tinham 3 ou mais filhos; 51,0% apresentaram renda familiar inferior a um salário mínimo.

Neste estudo, observou-se que 44,8% das crianças menores de 6 meses estavam em AME, sendo esse valor considerado razoável, e 38,1% das crianças maiores de 6 meses em AM (Figura 1).

Dados da tabela 2 apresentam as proporções dos itens alimentares consumidos no dia anterior de crianças menores de seis meses, detectando-se as seguintes proporções (de forma decrescente): leite de peito (85,7%), água/chá (41,4%), comida de sal (20,7%), mingau (17,2%), leite de vaca (17,2%), suco de fruta (17,2%), fórmula infantil (13,8%), fruta (13,8%) e outros alimentos/bebidas (3,4%).

A tabela 3 apresenta as proporções dos itens alimentares consumidos no dia anterior de crianças entre 6 e 12 meses, destacando-se: comida de sal (80,0%), feijão (80,0%), cereais e tubérculos (73,3%), leite de peito (53,3%), bebidas adoçadas (53,3%), vegetal ou fruta de cor alaranjada (53,3%), iogurte (46,7%), biscoito recheado, doces ou guloseimas (26,7%), macarrão instantâneo (20,0%).

Nas crianças entre 6-12 meses, quanto aos indicadores de alimentação saudável (verduras de folhas, legumes, frutas, carnes ou ovo), pode-se observar que não atingiram a meta proposta pelo Ministério da Saúde (80,0%) (Tabela 3).

A tabela 4 apresenta a associação entre o consumo de marcadores alimentares (saudáveis e não saudáveis) e variáveis socioeconômicas de crianças entre seis e doze meses. O estudo detectou a associação entre o consumo de carnes ou ovo e macarrão instantâneo e o estado civil ( $p$ -valor=0,01;  $p$ -valor=0,018, respectivamente), ou seja, o consumo de macarrão é maior nas mães que têm companheiro. Observou-se a associação *boderline* entre o consumo de fruta, bebidas adoçadas e estado civil ( $p$ -valor=0,057); e o consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas com a renda familiar ( $p$ -valor=0,057).

Ao avaliar o consumo das crianças acima de 6 meses ( $n=21$ ), segundo itens consumidos dos marcadores alimentares, verificou-se que 53,3% ( $n=8$ ) das crianças consumiram pelo menos um item marcador do consumo alimentar de risco, apresentando a média $\pm$ DP de 1,1 $\pm$ 1,1. Quanto aos marcadores saudáveis, observou-se o consumo de pelo menos um item em 93,3% ( $n=14$ ) das crianças avaliadas, com média $\pm$ DP de 2,5 $\pm$ 1,1 (dados não apresentados em tabela).

## Discussão

O estudo revelou que mais da metade das mães entrevistadas eram jovens, tinham companheiro, possuíam escolaridade acima de 9 anos, não exerciam atividade remunerada, tinham 3 ou mais filhos e renda per capita menor que um salário-mínimo. Verificou-se que menos da metade das crianças menores de seis meses estava em AME e cerca de um terço das crianças maiores de seis meses estava em aleitamento materno. Observou-se que pelo menos um quarto das crianças entre 6 e 12 meses já consumia alimentos considerados inadequados à saúde como bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos recheados. Detectou-se também que as crianças entre 6 e 12 meses não atingiram a meta de 80,0% para o consumo de verduras de folhas, legumes, frutas, carnes ou ovo, indicadores de alimentação saudável preconizados pelo Ministério da Saúde<sup>17</sup>.

Em relação aos dados socioeconômicos e demográficos, pesquisas que analisaram as características dos usuários de unidades básicas de saúde, apresentam resultados próximos ao do presente estudo, como a de Corrêa et al.<sup>19</sup> que, em um estudo de cunho transversal, com 516 mães de crianças menores de dois anos, entrevistadas no dia da Campanha Nacional de Vacinação em unidades de saúde, em 2004, na cidade de Florianópolis (SC), encontraram 65,3% das mães com baixa escolaridade, 87,2% residindo com companheiro, 49,0% apresentando renda per capita inferior a um salário mínimo e 57,4% não exercendo atividade fora do lar.

Lopes et al.<sup>20</sup> avaliando a frequência do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar em crianças de zero a 24 meses, em um estudo transversal, com 545 crianças menores de 24 meses da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, encontraram 26,2% das mães com escolaridade até o ensino fundamental, 77,1% casadas e/ou em união estável, 54,7% apresentando renda per capita inferior a dois salários-mínimos e 67,2% não exercendo atividade fora do lar.

Saldiva et al.<sup>21</sup> analisando dados de abrangência nacional, referentes a II Pesquisa sobre prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2008, visando avaliar a associação entre o consumo de alimentos não saudáveis em crianças menores de um ano e o nível de escolaridade das mães, encontraram, de um total de 30.242 mães, 62,4% com idade entre 20 e 35 anos, 31,6% apresentando ensino primário (Fundamental I) e 16,7% exercendo atividade fora do lar.

Nos estudos supracitados, verificaram-se resultados semelhantes aos do nosso estudo, com exceção da atividade fora do lar que, no estudo de Saldiva et al.<sup>21</sup>, apresentou menor proporção.

Nesse estudo, o consumo alimentar em crianças menores de seis meses evidenciou a introdução precoce de alimentos. De acordo com a OMS, 41,0% dos lactentes menores de seis meses são amamentados exclusivamente ao seio, ou seja, a cada 3 crianças, duas não recebem leite materno no período recomendado; além disso, as taxas de AME não têm melhorado nas últimas décadas<sup>2</sup>.

Estudos brasileiros desenvolvidos em populações com características similares, avaliando o AME têm encontrado percentuais próximos àqueles apontados pela OMS. Boccolini et al.<sup>3</sup>, analisando a tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, apontaram o aumento de 44,0% da prevalência de AME entre os bebês de zero a dois meses de idade e de 28,1% entre bebês de três a cinco meses, no período de 1986 a 2006. No ano de 2013, verificaram a redução da prevalência de AME de 0,3% entre os bebês de zero a dois meses de idade e 15,1% entre os bebês de três a cinco meses de idade, analisando o inquérito de 2006. O estudo de Corrêa et al.<sup>17</sup>, realizado com 123 crianças menores de seis meses, encontrou 49,6% dos lactentes em AME.

No município de Macaé, Bouskelá et al.<sup>22</sup> avaliaram a tendência temporal de AME em lactentes menores de quatro meses atendidos nas unidades básicas de saúde das Estratégias de Saúde da Família (UBS/ESF), no período de 15 anos (2001 a 2015), observando-se o aumento significativo de 47,2% para 69,0% entre 2001 e 2004. Todavia, analisando as taxas nos últimos dez anos, os autores observaram uma taxa de prevalência anual média de 71,4%, sem significância estatística.

No presente estudo, mais da metade das crianças menores de 6 meses não estava recebendo o leite materno exclusivamente. Esses achados vão ao encontro dos estudos nacionais, os quais verificaram que a oferta do AME se encontra abaixo dos valores recomendado na faixa etária<sup>1</sup>.

Esse é um dado preocupante, uma vez que o AME é essencial para garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor, atender as necessidades nutricionais da criança, proporcionar fatores de proteção contra doenças infecciosas, crônicas e agudas e reduzir a

morbimortalidade na primeira infância. São diversos os benefícios como diminuição da perda de peso inicial do recém-nascido, favorecimento da recuperação do peso de nascimento e a prevenção do ingurgitamento mamário<sup>14</sup>. Adicionalmente, a OMS destaca que mais de 820.000 crianças poderiam ser salvas se todas na faixa de 0 a 23 meses tivessem recebido exclusivamente o leite materno<sup>2</sup>.

A introdução precoce de alimentos, considerados inadequados para a saúde, é uma realidade observada na população estudada, principalmente em relação aos ultraprocessados, ricos em calorias, açúcar, gordura e sódio, que, nas últimas décadas, apresentou uma redução do consumo de alimentos tradicionais e aumento daqueles que estão prontos para o consumo nos padrões alimentares da população<sup>23</sup>. Assim, não sendo realizada de forma adequada, a introdução da alimentação complementar - que é um momento primordial para que a criança continue a receber o aporte adequado de nutrientes, por meio de uma alimentação saudável, adequada e oportuna -, não irá garantir que a criança atinja o seu pleno potencial de crescimento e de desenvolvimento, podendo refletir negativamente nos demais cursos da vida quanto a morbimortalidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>1</sup>.

Nessa linha, Latorre et. al<sup>18</sup> sugerem que a presença de alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável, por exemplo, hambúrgueres, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, biscoitos recheados, doces ou guloseimas, sinalizariam a introdução de alimentos inadequados, sendo esses definidos pelos autores como “alimentos sentinela”. Essa proposta pode ser indicada para utilização nas unidades básicas de saúde por meio da vigilância alimentar e nutricional, possibilitando a identificação precoce de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional, e conseqüentemente mais expostas à morbimortalidade.

Estudos têm observado a introdução precoce de alimentos em crianças menores de seis meses, como o de Silva et al.<sup>7</sup>, que avaliando 1.176 crianças menores de um ano, durante a Campanha Nacional de Vacinação de 2003, em São Bernardo do Campo (SP), revelou a probabilidade do consumo de alimentos complementares aos 4 meses para suco de fruta (29,0%), fruta (25,0%), mingau (25,0%), sopa ou papa de legumes (25,0%). Já o de Parada et al.<sup>24</sup> analisando as práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida, de 1.238 crianças menores de 1 ano na 1ª Etapa da Campanha Nacional de Multivacinação de 2004, em Botucatu, SP, observaram a introdução precoce de alimentos complementares, como o consumo de chás (30,7%) em crianças menores de 4 meses; e o consumo de frutas (54,1%) e de comida (19,2%) entre crianças de 4 e 6 meses.

O estudo de Schincaglia et al.<sup>25</sup> analisou as práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar de 2.909 crianças menores de seis meses, nascidas em maternidade na região noroeste de Goiânia, encontraram no primeiro mês, 32,6% e 19,1% de consumo de chás e água, respectivamente. No quarto mês, o consumo de água foi 54,1% e chás de 31,5%, acompanhado de outros leites em 18,0% e sucos em 11,5%. No sexto mês, os autores analisando o consumo de todos os alimentos investigados, encontraram percentuais elevados para a água (77,5%), as frutas (62,7%), os sucos (57,2%) e a comida de sal (55,1%).

Nesse contexto, o nosso estudo também verificou achados semelhantes aos estudos nacionais supracitados, os quais o período da introdução da alimentação complementar não segue aquele recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>. O crescimento adequado do lactente, cuja velocidade é acelerada, pode ser comprometido pela introdução precoce de alimentos considerados impróprios para essa fase<sup>26</sup>, como por exemplo, água e chás, pois levam a saciedade, e por conseqüência, à diminuição da ingestão do leite materno de forma exclusiva, podendo comprometer o potencial de



crescimento, aumentar as infecções gastrointestinais, levar a desnutrição ou desencadear processos alérgicos<sup>1</sup>.

Em relação a alimentação complementar em crianças maiores de seis meses, observou-se a oferta de alimentos ultraprocessados, como bebidas adoçadas, biscoito recheado, doces ou guloseimas e hambúrguer e/ou embutidos não sendo recomendados para a faixa etária, revelando o início do padrão alimentar inadequado podendo ser mantido nos demais cursos da vida. O estudo de Lopes et al.<sup>20</sup> encontraram aproximadamente metade das crianças ingerindo doces (pirulitos, balas e caramelos) antes de um ano de vida. Nesse mesmo período, o açúcar e o achocolatado foram introduzidos para aproximadamente 30,0% das crianças, enquanto 10,0% provaram mel pela primeira vez.

Caetano et al.<sup>27</sup> avaliaram as práticas e o consumo alimentar de 179 lactentes saudáveis, entre 4 e 12 meses das cidades de Curitiba, São Paulo e Recife em 7 dias consecutivos, verificando o consumo precoce de 79,3% de bolachas, 26,1% de doces industrializados e 16,2% de macarrão instantâneo em lactentes maiores de seis meses. Esses achados são similares aos encontrados no presente estudo, pois revelaram elevada prevalência de introdução precoce de alimentos de alta densidade calórica e de baixa qualidade nutricional.

O consumo de alimentos processados e ultraprocessados são contraindicados por colocarem em risco a saúde dos indivíduos, influenciando no estado nutricional, podendo impactar negativamente na vida adulta, como hipertensão, diabetes, obesidade e câncer<sup>23</sup>. Dessa maneira, é importante fazer escolhas dos alimentos de forma oportuna, a fim de gerar hábitos alimentares saudáveis.

Estudos nacionais têm observado uma relação entre o consumo alimentar na infância e sua associação com as características socioeconômicas e demográficas maternas. Robinson et al.<sup>28</sup> referem que o hábito alimentar da criança é motivado por características maternas e familiares, ou seja, a prática alimentar inadequada pode ser influenciada por fatores, como a idade materna, renda familiar, escolaridade, estado civil e ocupação no lar<sup>29</sup>.

A pesquisa de Corrêa et al.<sup>19</sup> encontrou mães com baixa escolaridade apresentando duas vezes mais chances de oferecer alimentos do grupo dos doces na alimentação dos filhos, sendo oferecidos antes das crianças completarem oito meses de idade. O estudo de Saldiva et al.<sup>21</sup> detectou que crianças cujas mães apresentaram menor nível educacional são expostas à oferta de alimentos considerados marcadores não saudáveis, sendo um dado muito preocupante, uma vez que o percentual de mães com nível de escolaridade baixo é elevado em nossa população.

No presente estudo, para crianças de seis a doze meses, o consumo de macarrão instantâneo e outros teve associação com o estado civil. Desta forma, pode-se inferir que ter companheiro está associado a maior oferta desses alimentos. Os achados corroboram com os estudos nacionais que têm indicado a associação do estado civil como fator de risco para a introdução precoce de alimentos não saudáveis, com repercussões futuras na saúde da criança<sup>30</sup>.

Diante desse cenário, a OMS tem promovido de forma ativa a prática do aleitamento materno exclusivo, por ser a melhor fonte de nutrição das crianças, principalmente os lactentes, e tem trabalhado intensamente para que suas taxas na população mundial atinjam pelo menos 50,0% em 2025<sup>2</sup>.

No século XX, foram implementadas ações voltadas à alimentação e nutrição no campo infantil, criando Programas Nacionais de Saúde em Materno Infantil com intuito de aumentar a cobertura do atendimento à mulher e à criança, por meio da melhoria da qualidade da informação e do

estímulo ao aleitamento materno, a fim de contribuir com diminuição das prevalências de morbimortalidade de ambos<sup>31</sup>. Por meio do PNIAM, inúmeras ações têm sido realizadas, podendo-se destacar: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); os Bancos de Leite Humano; o monitoramento e a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno; o Método Canguru; as comemorações da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), dentre outros. Já Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, constitui em um instrumento que fortalece as ações de apoio e promoção à alimentação complementar das crianças menores de 2 anos, a fim de incentivar e orientar sobre alimentação no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>17</sup>.

Tendo em vista os impactos negativos da alimentação inadequada e a influência dos fatores socioeconômicos no estado de saúde e nutrição do lactente, é importante incentivar a realização das ações no campo de educação alimentar e nutricional voltadas a alimentação no primeiro ano de vida, principalmente direcionadas às gestantes, puérperas, nutrizes e mães de crianças menores de dois anos, que frequentam as unidades básicas de saúde.

Estratégias de educação permanente devem ser implementadas por meio de oficinas, roda de conversa e materiais educativos com base nas recomendações nutricionais do Guia Alimentar para menores de 2 anos<sup>1</sup>, com intuito de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica para reforçar, incentivar e promover o aleitamento materno e a alimentação saudável em crianças menores de dois anos que frequentam os serviços públicos de saúde.

A promoção da alimentação adequada e saudável de crianças menores de dois anos, no município de Macaé, é incentivada pela Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan/Secretaria Municipal de Saúde de Macaé, pelo Núcleo de Atenção à Mulher e à Criança (Nuamc), com o atendimento multiprofissional (Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Médico Obstetras e Enfermeiras), considerado um local de referência no acompanhamento de pré-natal de gravidez de alto risco de gestantes encaminhadas das ESF ou outras unidades de saúde do município<sup>12</sup>.

A Catan conta com a parceria de projetos de extensão do Campus UFRJ – Macaé Professor Aloisio Teixeira para a realização de ações de incentivo à alimentação saudável na infância, como por exemplo, o desenvolvimento de salas de espera ou atividades grupos de mães e de gestantes, usuárias das unidades de saúde; capacitação de profissionais de saúde, como agentes comunitários de saúde; e a realização de eventos em escolas, praças públicas e na própria instituição de ensino superior como recomendadas pelo Ministério da Saúde<sup>1,17</sup>.

O estudo apresenta como possíveis limitações, o viés de memória das entrevistadas ao responder sobre o consumo alimentar, bem como não refletir o consumo habitual da criança. Uma forma de minimizar esse viés, foi a utilização do formulário de marcadores de alimentação saudável do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)/Ministério da Saúde<sup>32</sup>, que possibilita verificar o consumo dos alimentos no dia anterior da entrevista. Cabe destacar que diferentes profissionais da Atenção Básica podem aplicar o instrumento, ampliando, assim, a sua cobertura. Outra limitação é a impossibilidade de generalizar os resultados encontrados para outras populações, por ser de uma população específica.

O presente estudo se destaca por apontar a situação da alimentação infantil e as condições socioeconômicas e demográficas das mães usuárias de uma UBSF de Macaé, e revelar um panorama alimentar preocupante. Neste sentido, há a necessidade de priorização de atividades de promoção

da saúde, por meio de ações e estratégias planejadas a partir de uma construção coletiva que valorize as experiências e vivências dessa população, de modo que sejam efetivas e atendam as demandas referentes ao grupo estudado.

### Considerações Finais

A proporção do AME foi considerada razoável em crianças menores de seis meses. No entanto, a introdução da alimentação complementar foi considerada precoce uma vez que as crianças menores de seis meses já recebiam bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos recheados.

Dessa forma, cabe destacar a importância do acompanhamento e do monitoramento da alimentação dessas crianças para evitar possíveis agravos à saúde na infância e na vida adulta.

### Referências

<sup>1</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 265p.

<sup>2</sup>World Health Organization [Internet]. Breastfeeding. Overview. [citado em 23 de maio de 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1).

<sup>3</sup>Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saúde Pública. 2017; 51:108. DOI:10.11606/S1518-8787.2017051000029.

<sup>4</sup>Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa CS, Wehrmeister FC, et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad Saúde Pública. 2017; 33: 1-15. DOI: 10.1590/0102-311x00068816.

<sup>5</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 10 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-preliminar-AM-Site.pdf>

<sup>6</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

<sup>7</sup>Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. Rev Nut. 2010; 23: 983-992. DOI: 10.1590/S1415-52732010000600005.

<sup>8</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares, 2017-2018. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro; 2020.

- <sup>9</sup>Dallazen C, Silva SA, Gonçalves VSS, Nilsson 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*. 2017; 34: 1-13. DOI: 10.1590/0102-311X00202816.
- <sup>10</sup>Lyrio IF, Rego TAS, Almeida MFL, Capelli JCS; Rocha CM M. Situação da prática de aleitamento materno na Atenção Básica de Macaé, em 2014. *Fiep Bulletin*. 2014; 86 (Special Edition - Article I). DOI: 10.16887/fiep\_bulletin.v86i1.5719
- <sup>11</sup>Marinho LMF, Capelli JCS, Rocha CMM, Bouskelá A, Carmo CN, Freitas SEAP, et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na rede de atenção básica de saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21: 977-986. DOI: 10.1590/1413-81232015213.06532015.
- <sup>12</sup>Macaé. Prefeitura de Macaé [Internet]. Secretaria de Saúde [citado em 23 de maio de 2020]. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/orgaosmunicipais/unidades/tipo/saude>
- <sup>13</sup>Silva Neto B, Brito FSR, Reis Filho PG. Crescimento versus desenvolvimento socioeconômico: Uma análise do município de Macaé a partir dos anos 2000. In: Silva, SRA; Carvalho MR, organizadores. Macaé, do Caos ao conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário de crise econômica. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé, 2019. p. 33-47.
- <sup>14</sup>Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 33p.
- <sup>15</sup>Lauer JA et al. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Publ. Health Nutr*. 2006; 9(6): 673-685.
- <sup>16</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
- <sup>17</sup>Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor/Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 108 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- <sup>18</sup>Latorre CG, Rocha CMM, Bouskelá A, Sperandio N, Monteiro L, Vianna MR, et al. Avaliação do consumo alimentar de crianças entre 6 e 24 meses usuárias de uma Unidade Básica da Atenção Primária à Saúde. *Demetra*. 2020; 15: e43355. DOI: 10.12957/demetra.2020.43355.
- <sup>19</sup>Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediat*. 2009; 27: 258-264. DOI: 10.1590/S0103-05822009000300005.
- <sup>20</sup>Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediat*. 2018; 36: 164-170. DOI: 10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004.

- <sup>21</sup>Saldiva SR, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escunder MM, Giuliani ER. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J*. 2014; 13:33. DOI: 10.1186/1475-2891-13-33
- <sup>22</sup>Bouskelá A, Capelli JCS, Rocha CMM, Lima FF, Sperandio N, Fonseca VM. Evolução do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 anos do século XXI: um estudo no município de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. *DEMETRA*. 2019;14:e43562. DOI: 10.12957/demetra.2019.43562.
- <sup>23</sup>Sperandio N, Monteiro LS. Avaliação do consumo alimentar na infância e adolescência: Possibilidades a partir do novo guia alimentar da população brasileira. Almeida MFL, Capelli JCS, Sperandio N, Rocha CMM, Ribeiro BG. (Org.) Alimentação e nutrição da infância à adolescência: diálogo multidisciplinar com a prática em saúde. – São Paulo. RED Publicações; 2018. pp. 103-108.
- <sup>24</sup>Parada CMGL, Carvalhaes MABL, James MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15: 282-289. DOI: 10.1590/S0104-11692007000200014
- <sup>25</sup>Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24: 465-474. DOI: 10.5123/S1679-49742015000300012.
- <sup>26</sup>Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
- <sup>27</sup>Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J Pediatr*. 2010; 86:196-201. DOI:10.2223/JPED.1994.
- <sup>28</sup>Robinson S, Marriott L, Poole J, Crozier S, Borland S, Lawrence W, et al. Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. *Br. J Nutr*. 2007; 98: 1029-1037. DOI: 10.1017 / S0007114507750936.
- <sup>29</sup>Campagnolo PB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Nutr*. 2012; 25: 431-439. DOI: 10.1590/S1415-52732012000400001.
- <sup>30</sup>Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática Alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residente em municípios do semi-árido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev Nutr*. 2011; 24: 553-563. DOI: 10.1590/S1415-52732011000400004.
- <sup>31</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde).

<sup>32</sup>Nota Técnica. Avaliação de marcadores do consumo alimentar e registro nos Sistemas de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas\\_tecnicas/nt\\_consumo\\_alimentar.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_consumo_alimentar.pdf)

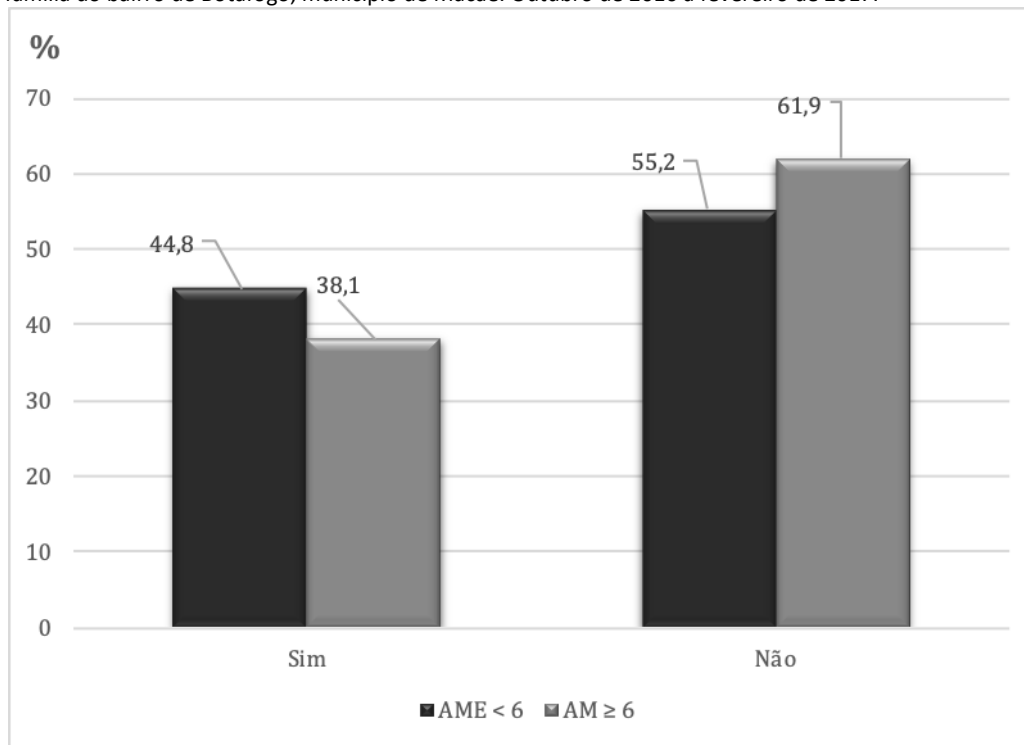
## Apêndice

**Tabela 1.** Distribuição percentual das características socioeconômicas e demográficas de crianças menores de 12 meses e de suas mães, usuárias da unidade básica de saúde da família do bairro de Botafogo, município de Macaé. Outubro de 2016 a fevereiro de 2017 (n=50).

Características	n	%
<b>Idade (meses)</b>		
0   - 6	29	58,0
6   -12	21	42,0
<b>Idade materna (anos)</b>		
≤ 24	29	58,0
≥ 25	21	42,0
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	25	50,0
Sem companheiro	25	50,0
<b>Escolaridade materna (anos)</b>		
≤ 9	18	36,0
> 9	32	64,0
<b>Trabalha fora</b>		
Sim	11	22,0
Não	39	78,0
<b>Paridade (n=32)</b>		
≤2 filhos	15	46,9
≥3 filhos	17	53,1
<b>Renda Familiar (n=45)</b>		
<1 salário-mínimo	23	51,0
≥1 salário-mínimo	22	49,0

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

**Figura 1.** Proporção de crianças menores de 6 meses (n total=29) em aleitamento materno exclusivo (AME) e crianças maiores de 6 meses (n total=21) em aleitamento materno (AM), usuárias da unidade básica de saúde da família do bairro de Botafogo, município de Macaé. Outubro de 2016 a fevereiro de 2017.



Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

**Tabela 2.** Proporção do consumo de marcadores alimentares no dia anterior para crianças entre zero e seis meses, usuárias da unidade básica de saúde da família do bairro de Botafogo, município de Macaé. Outubro de 2016 a fevereiro de 2017 (n=29).

Marcadores alimentares	0-6	
	Sim %(n)	Não %(n)
Leite de peito	85,7(24)	14,3(4)
Mingau	17,2(5)	82,9(24)
Água/chá	41,4(12)	58,6(17)
Leite de vaca	17,2(5)	82,8(24)
Fórmula infantil	13,8(4)	86,2(25)
Suco de fruta	17,2(5)	82,8(24)
Fruta	13,8(4)	86,2(25)
Comida de sal (panela, papa ou sopa)	20,7(6)	79,3(23)
Outros Alimentos/bebidas	3,4(1)	96,6(28)

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

**Tabela 3.** Proporção dos marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis, no dia anterior para crianças entre seis e doze meses, usuárias da unidade básica de saúde da família do bairro de Botafogo, município de Macaé. Outubro de 2016 a fevereiro de 2017 (n=15).

Marcadores alimentares	6- 12	
	Sim	Não
	%(n)	%(n)
Leite de peito	53,3(8)	46,7(7)
Fruta	73,3(11)	26,7(4)
Comida de sal	80,0(12)	20,0(3)
Outro tipo de leite que não o materno	73,3(11)	26,7(4)
Mingau com leite	26,7(4)	73,3(11)
logurte	46,7(7)	53,3(8)
Legumes	40,0(6)	60,0(9)
Vegetal ou fruta de cor alaranjada	53,3(8)	46,7(7)
Verdura de folha	13,3(2)	86,7(13)
Carnes ou ovo	40,0(6)	60,0(9)
Fígado	0	100,0(15)
Feijão	80,0(12)	20,0(3)
Cereais e tubérculos <sup>1</sup>	73,3(11)	26,7(4)
Hambúrguer e/ou embutidos	6,7(1)	93,3(14)
Bebidas adoçadas <sup>2</sup>	53,3(8)	46,7(7)
Macarrão instantâneo <sup>3</sup>	20,0(3)	80,0(12)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	26,7(4)	73,3(11)

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

<sup>1</sup>Arroz, batata, inhame, aipim, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo).

<sup>2</sup>Refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar.

<sup>3</sup>Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados.



**Tabela 4.** Associação entre o consumo adequado de marcadores alimentares saudáveis e não saudáveis e variáveis socioeconômicas de crianças entre seis e doze meses, usuárias da unidade básica de saúde da família do bairro de Botafogo, município de Macaé. Outubro de 2016 a fevereiro de 2017 (n=15).

Variáveis socioeconômicas	Marcadores de alimentação saudável						Marcadores de alimentação não saudável									
	Feijão % (n)	p valor <sup>1</sup>	Fruta % (n)	p valor <sup>1</sup>	Hortaliças <sup>2</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>	Carne <sup>3</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>	Hambúrguer <sup>4</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>	Bebida <sup>5</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>	Macarrão <sup>6</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>	Biscoito <sup>7</sup> % (n)	p valor <sup>1</sup>
<b>Idade materna (anos)</b>																
≤ 24	66,7(6)		88,8(8)		33,3(3)		44,4(4)		11,1(1)		44,4(4)		22,2(2)		22,2(2)	
≥ 25	100,0(6)	0,229	50,0(3)	0,235	83,3(5)	0,119	33,3(2)	1,000	0	1,000	66,7(4)	0,084	16,7(1)	0,194	33,3(2)	0,455
<b>Estado civil</b>																
Com companheiro	83,3(5)		100,0(6)		50,0(5)		83,3(5)		16,7(1)		83,3(5)		50,0(3)		50,0(3)	
Sem companheiro	77,8(7)	0,792	55,6(5)	0,057	55,6(5)	0,833	11,1(1)	<b>0,01</b>	0	0,205	33,3(3)	0,057	0	<b>0,018</b>	11,1(1)	0,093
<b>Escolaridade materna (anos)</b>																
≤ 9	85,7(6)		57,1(4)		28,6(2)		42,9(3)		0		71,4(5)		14,3(1)		42,9(3)	
> 9	75,0(6)	0,605	87,5(7)	0,185	75,0(6)	0,072	37,5(3)	0,833	12,5(1)	0,333	37,5(3)	0,189	25,0(2)	0,605	12,5(1)	0,185
<b>Trabalha fora</b>																
Sim	75,0(3)		75,0(3)		50,0(2)		50,0(2)		0		75,0(3)		25,0(1)		25,0(1)	
Não	81,8(9)	0,77	72,7(8)	0,93	54,5(6)	0,876	36,4(4)	0,634	9,1(1)	0,533	45,5(5)	0,31	18,2(2)	0,77	27,3(3)	0,93
<b>Paridade</b>																
≤ 2 filhos	83,3(5)		100,0(6)		66,7(4)		66,7(4)		16,7(1)		66,7(4)		50,0(3)		33,3(2)	
≥ 3 filhos	50,0(2)	1,000	60,0(3)	0,182	40,0(2)	0,567	20,0(1)	0,242	0	1,000	80,0(4)	1,000	0	0,182	40,0(2)	1,000
<b>Renda Familiar</b>																
<1 salário-mínimo	77,8(7)		77,8(7)		55,6(5)		55,6(5)		11,1(1)		55,6(5)		22,2(2)		44,4(4)	
≥1 salário-mínimo	83,3(5)	0,792	66,7(4)	0,634	50,0(3)	0,833	16,7(1)	0,132	0	0,398	50,0(3)	0,833	16,7(1)	0,792	0	0,057

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

<sup>1</sup>Teste Exato de Fisher.

<sup>2</sup>Folhas verdes, vegetais e frutas alaranjada.

<sup>3</sup>Carnes e ovos.

<sup>4</sup>Hambúrguer e/ou embutidos.

<sup>5</sup>Bebidas adoçadas.

<sup>6</sup>Macarrão instantâneo.

<sup>7</sup>Biscoito recheado, doces ou guloseimas.

**Submissão: 11/11/2020**

**Aceite: 12/06/2021**