

Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil

Situation of the supplementary diet of children between 6 and 24 months attended in the Primary Care Network of Macaé, RJ, Brazil

Leticia Maia Forte Marinho¹
Jane de Carlos Santana Capelli¹
Camilla Medeiros Macedo da Rocha¹
Alice Bouskela¹
Cleber Nascimento do Carmo²
Sílvia Eliza Almeida Pereira de Freitas³
Alexandra da Silva Anastácio³
Maria Fernanda Larcher de Almeida¹
Juliana da Silva Pontes⁴

Abstract *This study aimed to analyze the supplementary nutritional situation of children aged 6-24 months attended by the Primary Care unit of Macaé/RJ. It was conducted as a cross-sectional study, and data was obtained from the SISVAN Web website, including and analyzing all of the records (n=218) of children between 6-24 months in the year 2013. In infants between 6-12 months, the consumption of 72.3% of vegetables, 75.3% of fruits, and 63.4% of meats was detected, considered indicators of healthy supplementary nutrition. In contrast, 23.8% were already consuming sugar-based food sources (honey, molasses, simple sugar, and unrefined cane sugar), 34.7% industrialized juice, and 17.8% soft drinks. The consumption of industrialized juice was significantly greater in boys (p-value <0.001). In children between 12-18 months, 77.6% consumed vegetables, 77.4% fruits, and 86.3% meats. The consumption of sugar-based foods was 31%, 58.6% for industrialized juices, and 50% for soft drinks. Between 18-24 months, it was recorded that 89.9% of children consumed vegetables, 83.1% fruits, and 96.7% meat. The consumption of sugar-based foods was 33.9%, 69.5% for industrialized juices, and 55.5% for soft drinks. We conclude that the indicators of healthy complementary nutrition come close to the target set by the Ministry of Health (80%).*

Key words *Child health, infants, complementary nutrition*

Resumo *O estudo objetivou analisar a situação da alimentação complementar de crianças entre 6-24 meses assistidas na Atenção Básica de Saúde de Macaé/RJ. Realizou-se um estudo seccional e os dados foram obtidos do SisvanWEB, sendo incluídos e analisados todos os registros (n = 218) de crianças entre 6-24 meses, no ano de 2013. Em lactentes entre 6-12 meses detectou-se o consumo de 72,3% de verduras/legumes, 75,3% de frutas e 63,4% de carnes, sendo considerados indicadores de alimentação complementar saudável. Em contrapartida, 23,8% já consumiam alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes. O consumo de suco industrializado foi significativamente maior em meninos (p valor < 0,001). Em crianças entre 12-18 meses detectou-se que 77,6% consumiam verduras/legumes, 77,4% frutas e 86,3% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar era de 31%, 58,6% de suco industrializado e 50% de refrigerantes. Entre 18-24 meses, observou-se 89,9% das crianças consumindo verduras/legumes, 83,1% frutas e 96,7% carnes. O consumo de alimentos fontes de açúcar foi de 33,9%, 69,5% de suco industrializado e 55,5% de refrigerantes. Conclui-se que os indicadores de alimentação complementar saudável se aproximam da meta do Ministério da Saúde (80%).*

Palavras-chave *Saúde da criança, Lactente, Alimentação complementar*

¹ Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)-Campus UFRJ Macaé. R. Professor Aloísio Teixeira Gomes da Silva 50, Granja dos Cavaleiros. 27930-560 Macaé RJ Brasil. jscapelli@gmail.com

² Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Faculdade de Nutrição, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

⁴ Curso de Enfermagem e Obstetrícia, UFRJ. Macaé RJ Brasil.

Introdução

As práticas alimentares saudáveis nos dois primeiros anos de vida do ser humano interferem positivamente no seu estado nutricional e na sua sobrevivência, favorecendo o seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento, bem como em sua vida adulta¹.

Nos primeiros seis meses de vida do lactente, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo e, após esse período, a introdução da alimentação complementar adequada e oportuna^{2,3}, uma vez que irá satisfazer suas necessidades nutricionais, prevenir o aparecimento de doenças, auxiliar no aspecto psicológico, motor, cognitivo e possibilitar a aquisição de forma progressiva dos hábitos alimentares da família⁴⁻⁹. Nessa fase, o lactente entrará em um novo ciclo, no qual serão apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes que até então desconhecia¹⁰. Refere-se, portanto, a alimentação complementar, como a alimentação no período em que outros alimentos, sólidos, semissólidos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno¹¹. Nesta fase, cabe ao profissional de saúde traduzir os conceitos sobre alimentação complementar de forma prática à comunidade que assiste, lembrando que os familiares e demais cuidadores da criança passam a interagir mais com o lactente em contribuição à sua adequada nutrição^{3,4,10,12}.

O tipo de alimentação complementar introduzida na infância não influencia apenas o estado nutricional atual da criança, mas também nas suas preferências alimentares na fase adulta¹⁰⁻¹². Por isso, é perfeitamente aceitável que o aumento do consumo de legumes e frutas em etapa precoce da vida possa levar à manutenção deste hábito, contribuindo futuramente no controle de peso e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial, diabetes mellitus¹³⁻¹⁷.

Ao analisar a situação da alimentação complementar no Brasil, no período entre 1999 a 2008, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal apontou a introdução precoce de água, chá e outros leites – com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças recebendo esses líquidos, respectivamente, ainda no primeiro mês de vida. A pesquisa detectou também que pouco mais de um quinto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e quase um quarto delas recebia frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semisólidos,

não recebiam comida salgada. Nessa mesma faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido em algum momento frutas e 70,9% verduras e legumes. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerante (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses¹⁸.

Diante desse quadro, em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), que foi incorporada à Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil, em 2012, como forma de orientar e capacitar profissionais de saúde, visando o fortalecimento das ações voltadas ao incentivo e promoção da introdução da alimentação complementar adequada e oportuna de crianças menores de 24 meses na Rede de Atenção Básica de Saúde, e conseqüentemente, na formação de hábitos alimentares desde o início da vida do ser humano⁴.

Poucos são os estudos sobre a situação da alimentação complementar no país e, especificamente no município de Macaé, não há estudos sobre esse tema. A Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan/Semusa Macaé é responsável pelo Sisvan na Rede de Atenção à Saúde, recebendo mensalmente, de forma contínua, desde 2012, dados sobre consumo alimentar da população, em todas as fases do curso da vida, com abrangência de 36% da população assistida. É responsável também pela alimentação de dados do Sisvan WEB. Em 2013, a Catan realizou uma chamada nutricional para crianças menores de 60 meses, visando ampliar o conhecimento sobre o consumo alimentar do público infantil residente de Macaé. Essa chamada aconteceu na Segunda Campanha Anual de Vacinação, uma vez que há uma demanda praticamente universal de mães e crianças aos postos de vacinação, com cerca de 90% de abrangência^{13,14}. Os dados obtidos na chamada nutricional foram digitados e disponibilizados para análise no site do Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/Sisvan WEB, de acesso restrito.

Desta forma, o presente estudo objetivou analisar a situação da alimentação complementar de crianças entre 6-24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica do município de Macaé/RJ.

Casuística e métodos

Um estudo seccional, descritivo, quantitativo e de base secundária foi realizado, com o banco de dados, de acesso restrito, disponibilizado no

site¹⁹. A base de dados do Sisvan Web, referente ao ano de 2013, forneceu relatórios da população de estudo, constituída de todos os registros de crianças entre 6-24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica do município de Macaé, e incluídos na análise.

As variáveis selecionadas dos dados demográficos foram: sexo (masculino e feminino) e faixa etária (6-12 meses; 12-18 meses; 18-24 meses). As variáveis dos marcadores de alimentação saudável foram: consumo de verduras/legumes, frutas, carnes; e dos marcadores de alimentação não saudável foram: consumo de alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), suco industrializado e refrigerantes.

Para fins de análise da alimentação complementar saudável foram utilizados indicadores definidos na Enpacs⁴:

- Indicador 1: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido de verduras/legumes no dia anterior ao registro.

- Indicador 2: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido frutas no dia anterior ao registro.

- Indicador 3: percentual de crianças de 6-24 meses que tenham consumido carnes no dia anterior ao registro.

A meta do Ministério da Saúde é de que as prevalências dos indicadores de alimentação saudável (verduras/legumes, frutas e carnes) do dia anterior ao registro, em crianças menores de 24 meses, segundo sexo e faixa etária, sejam iguais ou superiores a 80%⁴.

A análise descritiva da distribuição dos marcadores de alimentação saudável e não saudável segundo covariáveis do estudo foi realizada por

meio de distribuições de frequência e aplicação dos testes estatísticos qui-quadrado e exato de Fisher para comparação de ocorrência do fenômeno entre os diferentes grupos. Os dados foram apresentados na forma de tabela e gráficos. O programa computacional SPSS 20.0 foi utilizado para as análises estatísticas e o nível de significância de 5% foi considerado em todas. A análise e a divulgação dos dados foram autorizadas pela gestão da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição/Secretaria Municipal de Saúde do município de Macaé/RJ.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes.

Resultados

Foram analisadas as informações de 218 crianças entre 6-24 meses, sendo a maioria (50,4%) do sexo masculino.

De acordo com os indicadores de alimentação complementar saudável do dia anterior, detectou-se que 78,9% (n = 172) das crianças de 6-24 meses consumiam verduras/legumes; 78% (n = 170) consumiam frutas; e 78% (n = 170) consumiam carne. Resultados estes próximos à meta recomendada pelo Enpacs (80%).

A Tabela 1 apresenta os marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo faixa etária, de crianças assistidas na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Macaé. Detectou-se que, entre 6-12 meses, as crianças apresentavam os percentuais de consumo de carnes, verduras/legumes e frutas, variando de 63,4% a

Tabela 1. Marcadores de alimentação não saudável e saudável segundo faixa etária, de crianças entre 6-24 meses (n=218) assistidas na Rede de Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/SisvanWeb, 2013.

Marcadores de alimentação	Faixa etária* (n) %				p valor**
	6-24 (218)	6-12 (101)	12-18 (58)	18.24 (59)	
Não saudável					
Refrigerantes	36,7	17,8	50,0	55,5	0,000
Suco industrializado	50,5	34,7	58,6	69,5	0,000
Açúcar	28,4	23,8	31,0	33,9	0,343
Saudável					
Carnes	78,0	63,4	86,3	96,7	0,000
Frutas	78,0	75,3	77,4	83,1	0,515
Verduras/legumes	78,9	72,3	77,6	89,9	0,045

* faixa etária dos lactentes que compuseram a amostra expressa em meses de vida. ** p valor do teste qui-quadrado para comparação de prevalências de consumo nas três faixas etárias (6-12 meses, 12-18 meses e 18-24 meses de vida).

75,3%. Em contrapartida, o percentual de consumo de refrigerantes, alimentos fontes de açúcar e suco industrializado variou de 17,8% a 34,7%. Na faixa entre 12-18 meses, detectaram-se percentuais de consumo de frutas, verduras/legumes e carnes, variando de 77,4% a 86,3%; já os alimentos fontes de açúcar, refrigerantes e suco industrializado apresentaram percentuais variando de 31% a 58,6%. Entre 18-24 meses, os percentuais de consumo de frutas, verduras/legumes e carnes variaram de 83,1% a 96,7%; e os percentuais para o consumo de alimentos fontes de açúcar, refrigerantes e suco industrializado variaram de 33,9% a 69,5%.

Para os marcadores de alimentação saudável, detectou-se que a prevalência de consumo de carne foi significativamente maior nas crianças entre 18-24 meses (p valor = 0,000), assim como a de consumo de verduras/legumes (p valor = 0,045). Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, verificou-se que o consumo dos três é iniciado muito precocemente na faixa etária de 6-12 meses, com prevalência crescente até a faixa etária de 18-24 meses, tendo um aumento estatisticamente significativo para o de refrigerantes (p valor = 0,000) e suco industrializado (p valor = 0,000) (Tabela 1).

Segundo sexo e faixa etária, detectaram-se percentuais de consumo mais elevados de todos

os alimentos complementares em crianças do sexo masculino, entre 6-12 meses, com os marcadores de alimentação saudável variando de 66,7% a 83,3%, com destaque para o consumo de frutas e verduras/legumes. Os marcadores de alimentação não saudável variaram de 20,1% a 43,7%, destacando-se o consumo de suco industrializado, que foi significativamente maior em meninos (41,7% versus 28,3%, p valor < 0,001) (Figura 1).

Na faixa entre 12-18 meses, essa situação se inverte segundo sexo, detectando-se percentuais elevados para os alimentos complementares em crianças do sexo feminino, com os marcadores de alimentação saudável apresentando valores acima de 80%, destacando-se o consumo de frutas (96,4%); e os marcadores de alimentação não saudável variando de 28,6% a 60,7%, destacando-se o consumo de refrigerantes e suco industrializado. Os alimentos fontes de açúcar tiveram menor percentual (28,6%) quando comparados às crianças do sexo masculino (33,3%) (Figura 2).

Analisando a faixa entre 18-24 meses, detectaram-se percentuais elevados para o consumo de alimentos complementares em ambos os sexos. O consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável foi elevado, porém, em crianças do sexo masculino, as frutas apresentaram o menor percentual nessa faixa etária (73,3%). Quanto ao

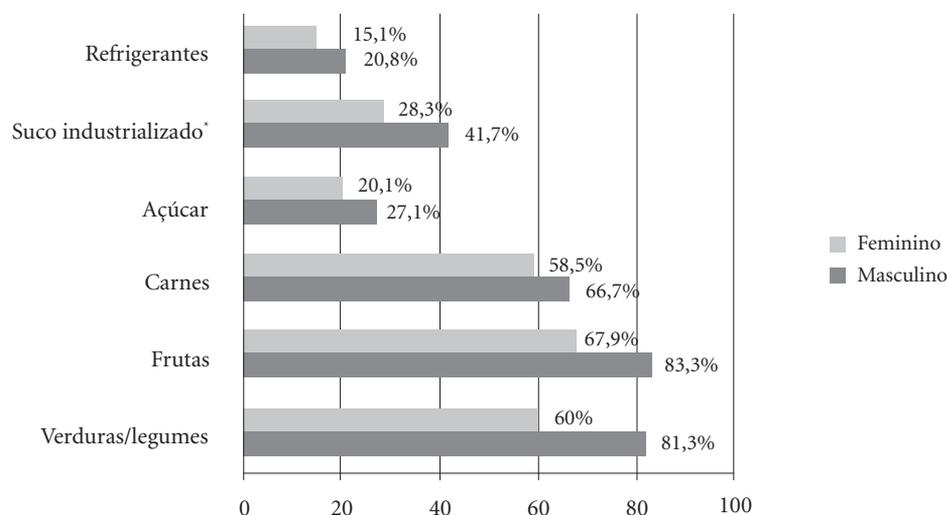


Figura 1. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 6-12 meses ($n = 101$), assistidos na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

* p valor < 0,001 no teste de qui-quadrado para comparação de prevalências entre sexos.

consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável, detectaram-se percentuais acima de 50% para o consumo de refrigerantes e suco industrializado. Todavia, o consumo de alimentos fontes de açúcar foi próximo a 40% em crianças do sexo feminino, que também é elevado (Figura 3).

Discussão

No presente estudo, o consumo de marcadores da alimentação saudável na população avaliada apresentou prevalências próximas àquela considerada ideal pela Enpac, ou seja, de pelo menos 80%. Em contrapartida, a introdução de marcadores

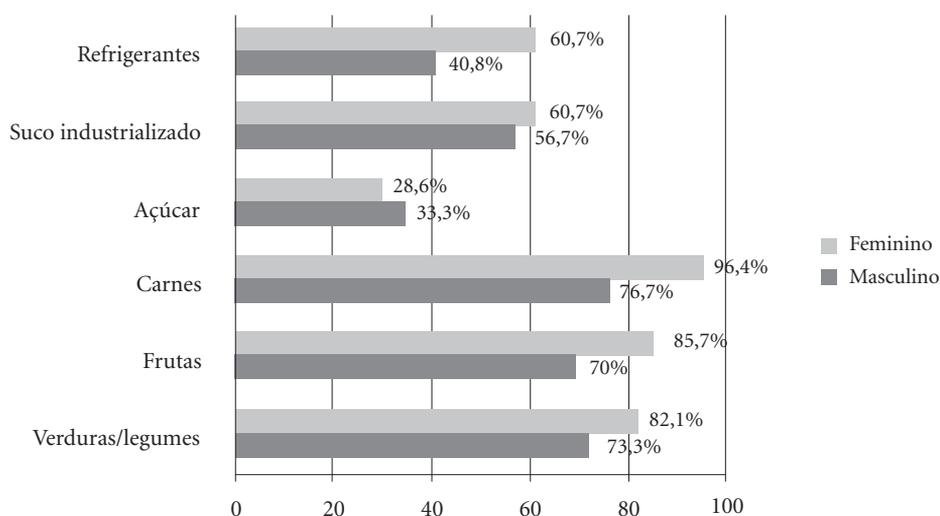


Figura 2. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 12-18 meses (n = 58), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

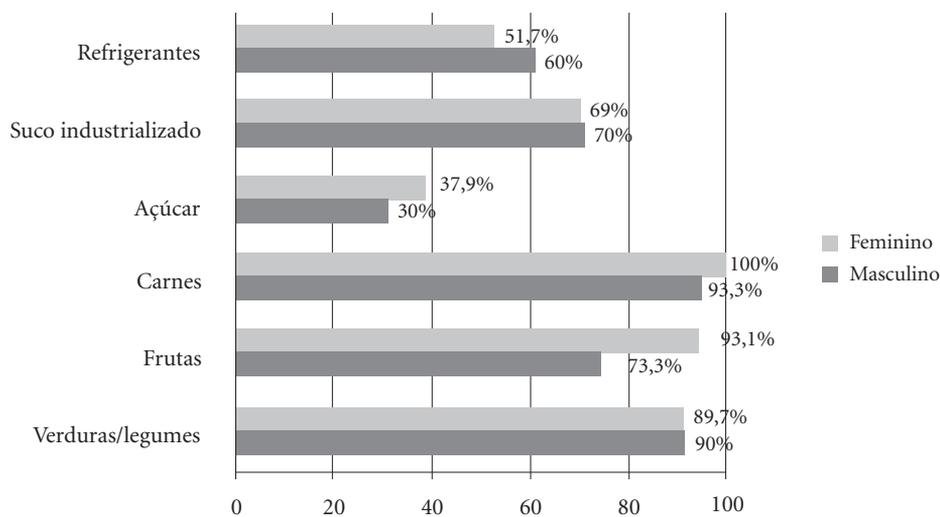


Figura 3. Marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo sexo, de lactentes entre 18-24 meses (n = 59), assistidas na Atenção Básica de Macaé. Ministério da Saúde/SAS/ DAB/CGAN/Sisvan Web, 2013.

de alimentação não saudável se mostrou precoce e crescente segundo a faixa etária (Tabela 1).

A introdução de alimentos considerados marcadores de alimentação não saudável sinalizam a introdução inadequada da alimentação complementar aos lactentes, bem como a adoção do comportamento de risco para o aparecimento da deficiência de ferro, do desenvolvimento do excesso de peso, obesidade, dislipidemias e alteração da pressão arterial^{10,20}. Sabe-se que o consumo alimentar na infância está intimamente associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente, entre as crianças menores de dois anos de idade. Ou seja, a prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, sobretudo entre as populações menos favorecidas, está intimamente associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e por carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A²¹.

Garcia *et al.*²², estudando 165 crianças de 6-24 meses da Amazônia Ocidental Brasileira, encontraram um baixo consumo de frutas, hortaliças e carnes com o consumo excessivo de leite de vaca e mingau, o que resultou na prevalência de 12% para déficit de estatura/idade e de 40% para anemia. Os autores também encontraram 20% das crianças de 6 a 8 meses se alimentando exclusivamente de líquidos.

De maneira geral, em nosso estudo, observamos tanto o aumento do consumo de alimentos saudáveis (carne, frutas, verduras/legumes) quanto de alimentos não saudáveis (açúcar, refrigerantes e suco industrializado) com o avanço da idade em ambos os sexos. Em crianças de 6-12 meses, bem como nas demais faixas etárias, o suco industrializado foi o alimento que se destacou dentre os outros marcadores de alimentação não saudável (Tabela 1) e apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p < 0,001$). É importante destacar que os sucos industrializados, também conhecidos como sucos artificiais, devem ser excluídos da alimentação infantil pela sua quantidade elevada de açúcares, essências e corantes artificiais, apresentando potencial alergênico, contribuindo para o excesso de peso bem como para o aparecimento de cáries¹⁰.

Nossos dados são semelhantes aos encontrados por Parada *et al.*²³ com crianças menores de 1 ano em Botucatu/SP, os quais verificaram que a oferta de alimentos complementares como carne e feijão aumentou com a idade. A contribuição do profissional de saúde na promoção da alimentação infantil saudável é de extrema importância

para o sucesso do desenvolvimento de hábitos saudáveis no primeiro ano de vida. Vitolo *et al.*²⁴ apontaram um impacto positivo na qualidade da alimentação infantil em Porto Alegre (RS) por meio da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas da alimentação complementar. Houve uma maior prevalência de lactentes que receberam frutas, carnes e fígado com frequência adequada nas unidades de saúde de intervenção, o que reflete uma das prioridades das práticas alimentares preconizadas na diretriz nacional para crianças menores de dois anos, com a oferta do ferro de alta biodisponibilidade²⁵.

O Guia alimentar para crianças menores de dois anos é uma publicação elaborada e recomendada pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para divulgação na população e de uso dos profissionais da rede de atenção básica no atendimento infantil; o mesmo reforça a importância do aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar adequada, saudável e oportuna que garantam a segurança alimentar. O Guia recomenda os “Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos”, a fim de nortear conteúdos e mensagens a serem repassadas, principalmente, às mães, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e nutrizes, cuidadores/familiares. Todavia, há muito que investir e incentivar no campo da alimentação e nutrição infantil, principalmente, devido ao consumo elevado de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, como sucos industrializados, refrigerante, farináceos, biscoitos doces e recheados, salgadinhos, dentre outros²⁶.

Nosso estudo revelou a introdução precoce e inoportuna de alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar simples e rapadura), refrigerantes e suco industrializado na dieta das crianças estudadas. A literatura já refere a introdução precoce de alimentos não saudáveis como fator de risco para a redução da duração e da frequência do aleitamento materno e predisposição para a obesidade e desenvolvimento de DCNT na vida adulta²⁷.

Detectamos que o consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável em crianças maiores de 6 meses de idade foi maior do que em outros estudos realizados em cidades como Acrelândia/AC²², Belo Horizonte/MG²⁸, São Bernardo do Campo/SP²⁹, Salvador/BA³⁰. Palmeira *et al.*³¹ realizaram um trabalho em aproximadamente 660 municípios do estado da Paraíba e obtiveram resultados semelhantes àqueles observados em Salvador/BA³⁰. Em relação aos marcadores

de alimentação não saudável, Longo-Silva et al.³² estudando 636 crianças atendidas em berçários/creches públicas de São Paulo, verificaram que o refrigerante foi consumido antes do primeiro ano de vida por mais da metade (53,8%) das crianças estudadas e o suco industrializado por quase dois terços delas (62,9%). O consumo de refrigerantes (36,7%) e suco industrializado (50,5%) pelas crianças de Macaé foi menor do que o observado nas cidades acima citadas, mas também são dados preocupantes.

Sabe-se que as condições socioeconômicas e a região de moradia são fatores que influenciam o consumo alimentar de adultos e, por consequência, de crianças. O estudo realizado por Kitoko et al.³³, nas cidades de João Pessoa/PB e Florianópolis/SC, mostrou que 59,5% e 83,5%, respectivamente, das crianças entre 6 a 9 meses, que receberam alimentação complementar, consumiam feijão e carne. Ao compararmos nossos resultados aos de estudos desenvolvidos em cidades da região sudeste, Belo Horizonte/MG²⁸ e São Bernardo do Campo/SP²⁹, verificamos que a prevalência da alimentação complementar no município de Macaé/RJ foi a que mais se aproximou da meta da Enpacs.

Os melhores resultados encontrados para o Município de Macaé, em nosso estudo, quando comparados aos de outras cidades brasileiras, devem-se aos intensos investimentos da gestão da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan/Secretaria Municipal de Saúde de Macaé, em ações voltadas às atividades de educação alimentar e nutricional aos profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde, por meio de cursos de capacitação e atualização em parceria com o Campus UFRJ – Macaé Professor Aloisio Teixeira. Além disso, atividades voltadas para a comunidade em geral, como por exemplo, o projeto Nutrição Itinerante, que mensalmente leva à população, nas praças e na Atenção Básica, temas ligados à alimentação no primeiro ano de vida, a realização anual da Semana Nacional de Aleitamento Materno, realizada não apenas na primeira semana do mês de agosto, e sim no mês inteiro, também colaboram para a boa situação dos indicadores avaliados.

A adequação nutricional dos alimentos complementares é de fundamental importância na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso². A Organização Mundial da Saúde (OMS) revela a ocorrência de avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a da alimentação com-

plementar adequada tem tido menos progresso¹². Há muito que investir e incentivar no campo da alimentação e nutrição infantil, principalmente, devido ao consumo elevado de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, como sucos industrializados, refrigerantes, farináceos, biscoitos doces e recheados, salgadinhos, dentre outros^{22,28-32}.

Para o cenário brasileiro, o estudo de Bernardi et al.³⁴ propôs que a oferta precoce de doces e refrigerantes, assim como a tardia de legumes e frutas na alimentação infantil, associadas ao aumento da figura materna no mercado de trabalho, têm provável impacto sobre o aumento da obesidade no país.

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 indicaram que a desnutrição, nos primeiros anos de vida, e o excesso de peso e a obesidade, em idades mais avançadas, constituem-se em problemas de grande relevância na saúde pública brasileira. Na infância, a desnutrição se concentra nas famílias de estratos de renda mais baixos, principalmente na região Norte. A partir dos 5 anos de idade, encontram-se mais frequentemente o excesso de peso e a obesidade em todos os grupos de renda e nas regiões de todo o Brasil³⁵.

No campo das políticas e programas públicos voltados para a alimentação do lactente, encontram-se as ações de Promoção da Alimentação Saudável (PAAS) que devem atender as diferentes fases do curso da vida. Desta forma, programas como a “Promoção do Aleitamento Materno”, que perpassa pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e pela Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), além da “Rede Amamenta Brasil” e da “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação” (IUBAAM), dentre inúmeras, incrementam as taxas de aleitamento materno e diminuem o desmame precoce³⁶.

Em relação ao incentivo à introdução da alimentação complementar adequada e oportuna, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN); e em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e OPAS/OMS, em 2010, propôs a Enpacs²⁰.

Em 2012, visando promover o aleitamento materno e incentivar a alimentação complementar saudável, o Ministério da Saúde lançou a “Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, cujo objetivo é qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento

materno e da alimentação saudável voltadas as crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁷. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é o resultado da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Enpac, que se uniram para formar essa nova estratégia, tendo o compromisso qualificar profissionais de referência³⁸.

O presente estudo possui algumas limitações. O primeiro é o viés de memória, uma vez que, no processo de coleta de dados sobre o consumo alimentar, com os responsáveis/cuidadores das crianças, é possível que alguns destes possam ter omitido ou não respondido de forma correta. Contudo, esse viés é minimizado devido às perguntas se referirem ao dia anterior (últimas 24 horas). Por isso, orienta-se paciência e cuidado na aplicação e na utilização do instrumento pelo profissional de saúde ao abordar o usuário. O formulário utilizado no estudo é o instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde, na perspectiva do Sisvan, objetivando caracterizar a introdução de alimentos e a adoção de comportamentos de risco para anemia ferropriva e para o aparecimento de excesso de peso, permitindo a detecção precoce pelas marcadores de consumo alimentar, sendo estes divididos em saudáveis e não saudáveis³⁹. No entanto, vale ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo não objetiva quantificar a dieta, com suas calorias e nutrientes, mas indicar a qualidade da alimentação em suas características, tanto positivas como negativas²⁰.

Conclusão

A partir dos resultados deste estudo, observou-se um consumo de alimentos marcadores de alimentação complementar saudável próximo à meta proposta pelo Ministério da Saúde. Apesar do consumo relevante de alimentos marcadores de alimentação não saudável em crianças de 6-24 meses no município de Macaé, o mesmo se encontra abaixo do descrito em outros estudos. No entanto, o consumo desses marcadores se mostrou ascendente, dos 6-12 meses até os 18-24 meses de vida do lactente, podendo atingir, futuramente, cifras preocupantes em pré-escolares e escolares, demandando, por isso, mais estudos que esclareçam esta tendência.

Consideramos que esforços têm sido investidos por parte da gestão do Município de Macaé para incentivar o consumo de alimentos adequados no primeiro ano de vida, principalmente, o do leite materno. Todavia, reforçamos que devem ser ampliadas, por parte dos gestores, as ações voltadas para a introdução adequada e oportuna da alimentação complementar visando minimizar o consumo de alimentos contraindicados para esta fase bem como reforçar a orientação profissional à população quanto aos alimentos indicados aos lactentes entre 6-24 meses. Espera-se, portanto, que, com a implementação da Estratégia Rede Amamenta e Alimenta Brasil e a continuidade das ações de educação alimentar e nutricional, no município de Macaé, haja a redução do consumo de alimentos considerados não saudáveis em idades tão precoces e estímulo à introdução da alimentação complementar saudável de forma adequada e oportuna.

Colaboradores

LMF Marinho, JCS Capelli, CMM Rocha, A Bou-skela, CN Carmo, SEAP Freitas, AS Anastácio, MFL Almeida e JS Pontes contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos ao secretário municipal de saúde de Macaé, Dr. Michel Oliveira Hadaad, pela autorização da análise e divulgação dos dados do Sisvan Web; à gestora e nutricionista Carine Santos Tavares de Lima, da Coordenadoria da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Catan, do município de Macaé; e à nutricionista e coordenadora do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan, na Catan, Carolina da Costa Pires pelas informações dadas no decorrer da pesquisa e em nos disponibilizar os relatórios gerados na base de dados do Sisvan Web.

Referências

1. Guilherme JP, Nascimento MBR. O leite humano – Anatomia e fisiologia da lactação. In: Santiago LB, organizador. *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri: Manole; 2013. p. 1-19.
2. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J. Pediatr* 2004; 80(Supl. 5):s131-s141.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*. 3ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor*. Brasília: MS; 2010.
5. Chaves RG. Por que amamentar exclusivamente até 6 meses e manter a amamentação até 2 anos ou mais? In: Santiago LB, organizador. *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri: Manole; 2013. p. 21-30.
6. Correa 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 Pediatr* 2009; 27(3):258-264.
7. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2461-2468.
8. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):103-109.
9. Michaelsen KF. Breastfeeding. In: Koletzko B. *Pediatric Nutrition in Practice*. Switzerland: Karger; 2008. p. 85-89.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Editora do MS; 2009.
11. World Health Organization (WHO). *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: WHO, NUT; 1998.
12. World Health Organization (WHO). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO, UNICEF; 2003.
13. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr* 2009; 5(1):75-85.
14. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1638-1646
15. Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(5 Supl. 1):s98-s103.
16. Dias MCA, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Rev. Nutr* 2010; 23(3):475-486.
17. World Health Organization (WHO). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO; 2002.

18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito*. Brasília: MS; 2009.
19. Brasil. Ministério da Saúde/SAS/DAB/CGAN/SisvanWEB. Dados do município de Macaé, Rio de Janeiro. [acessado 2015 fev 15]. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde*. Brasília: MS; 2008.
21. O'Donnell A, Torun, B, Caballero B, Pantin EL, Bengoa JM. *La Alimentación del niño menores de 6 años en América Latina. Base para el desarrollo de Guías de Alimentación*. Venezuela: Ediciones Cavendes; 1994.
22. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):305-316.
23. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(2):282-289.
24. Vitolo MR, Louzada MR, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(8):1695-1707.
25. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc*. National Academic Press. Food and Nutrition Board. Washington: Institute of Medicine; 2001.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). *Guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Brasília: MS; 2002.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Versão preliminar. Brasília: MS; 2012. Série B. Textos Básicos de Saúde.
28. Alves CRL, Santos LC, Goulart LMHF, Castro PR. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(4):499-506.
29. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr* 2010; 23(6):983-992.
30. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto, ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr* 2005; 18(4):459-469.
31. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev Nutr* 2011; 24(4):553-563.
32. Longo-Silva G, Tolini MHA, Menezes RCE, Azakura L, Oliveira MAA, Taddei JAAC. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. *Rev Paul Pediatr* 2015. [acessado 12 fev 2015]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.06.009>
33. Kitoko PM, Rea MF, Venâncio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1111-1119.
34. Bernardi, JLD, Jordão RE, Barros Filho, AA. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(5):405-411.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
36. Silva JP, Baião MR, Santos MS. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: Barros, DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR, organizadoras. *Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p.58-105.
37. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr* 2011; 24(6):809-824.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Estratégia amamenta e alimenta Brasil*. [acessado 10 mar 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta>.
39. Santiago LB, Fernandez DF. Programas e políticas de saúde em favor do aleitamento materno. In: Santiago LB, organizador. *Manual de Aleitamento Materno*. Barueri: Manole; 2013. p. 191-202.

Artigo apresentado em 21/04/2015

Aceito em 22/07/2015

Versão final apresentada em 24/07/2015