

# Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses: um panorama da alimentação infantil no município de Jacareí - SP

*Feeding practices of children under 12 months: an overview of infant feeding in Jacareí - SP*

Natália da Costa Selinger<sup>I</sup>, Mariana Tarricone Garcia<sup>II</sup>, Sonia Isoyama Venancio<sup>III</sup>

## Resumo

**Objetivos:** Caracterizar as práticas alimentares de crianças entre 0 e 12 meses e o perfil das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no tocante à promoção do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC) no município de Jacareí. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo de base populacional. Realizou-se um inquérito domiciliar com cuidadores de lactentes menores de 12 meses e entrevistas com supervisores de todas as UBS do município. **Resultados:** Participaram do estudo 253 lactentes menores de 6 meses e 287 entre 6 e 12 meses. A prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 34,3% e de aleitamento materno continuado, de 55,1%. Identificou-se associações significativas entre escolaridade materna e trabalho materno fora do lar, e oferta de alimentos saudáveis e não saudáveis para crianças entre 6 e 12 meses. Quanto ao perfil de trabalho das UBS, a promoção do AM e AC adequada em ações de puericultura foi menor do que em grupos no pré-natal. A prevalência de visita domiciliar pós-parto até sete dias foi de 27,8%. **Conclusão:** Identificar o perfil alimentar e o processo de trabalho das equipes de saúde permite apoiar o planejamento de políticas públicas, em especial para promoção do AME, introdução alimentar adequada, capacitação dos profissionais e implementação de protocolos para pós-parto e puericultura.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Alimentação complementar; Atenção Primária à Saúde.

## Abstract

**Objectives:** To characterize the feeding practices of children aged between 0 and 12 months and the profile of the UBS regarding the promotion of breastfeeding (BF) and complementary feeding (CF) in the municipality of Jacareí. **Methodology:** Population-based descriptive cross-sectional study. A household survey was carried out with caregivers of infants younger than 12 months and interviews with supervisors from all UBS in the municipality. **Results:** 253 infants younger than six months and 287 between six and twelve months participated in the study. The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) was 34.3%, and continued breastfeeding was 55.1%. Significant associations were identified between maternal schooling and maternal work outside the home and offering healthy and unhealthy foods to children aged between six and twelve months. As for the work profile of the UBS, the promotion of adequate BF and AC in childcare actions was lower than in prenatal care groups. The prevalence of postpartum home visits within seven days was 27.8%. **Conclusion:** Identifying dietary profiles and the work process of health teams support the planning of public policies, especially for the promotion of EBF, adequate food introduction, training of professionals, and implementation of postpartum and childcare protocols.

**Keywords:** Breastfeeding; Supplementary feeding; Primary Health Care.

<sup>I</sup> Natália da Costa Selinger (ncs.111@gmail.com) é nutricionista na Prefeitura Municipal de Jacareí, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Mariana Tarricone Garcia (mariana.garcia@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública e PqC II no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública, PqC VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; docente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

## Introdução

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e consideráveis avanços no processo de desenvolvimento de habilidades psicomotoras e neurológicas que são adquiridas e aperfeiçoadas a cada mês. Há evidências de que, nesta fase, a quantidade e a qualidade de alimentos apresentados e consumidos pela criança refletirão no aspecto nutricional ao longo da vida e no padrão alimentar cultural do adulto<sup>1</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) estão incluídos entre as 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo para a redução da mortalidade infantil, sendo o AM a mais efetiva dentre elas.<sup>2,3</sup>

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade. A partir desta idade é necessário introduzir gradualmente outros alimentos na rotina da criança, definida como alimentação complementar, de forma a agregar benefícios nutricionais às inúmeras qualidades e funções do leite materno, devendo manter esta rotina alimentar por dois anos ou mais<sup>4,2</sup>. A introdução alimentar se configura como uma fase que envolve processos complexos e que são influenciados por diversos fatores sociais, culturais, étnicos, comportamentais e econômicos que podem interferir no estado nutricional da criança.<sup>5</sup>

Estudos apontam que fatores ligados à mãe e família, à gestação e parto e a condições socioeconômicas estariam associados ao desmame precoce e à inadequação na qualidade da alimentação complementar<sup>6</sup>. A atuação dos serviços de saúde também pode interferir positivamente na decisão da nutriz em amamentar e no sucesso da prática do AM, podendo haver aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses quando existem serviços de saúde e programas locais em favor do estímulo ao AM<sup>7</sup>. Em uma revisão de literatura, identificou-se que mulheres que passam por ações e aconselhamento em amamentação tiveram taxas significativamente mais altas de AM em comparação àquelas que não receberam.<sup>8</sup>

A orientação adequada na fase da introdução da AC pode ter impactos positivos na adequação da oferta

de alimentos e os profissionais de saúde desempenham papel fundamental auxiliando e orientando mães e cuidadores<sup>1</sup>. A falta de atualização sobre o tema por parte dos profissionais e dificuldades na comunicação entre profissional e mãe no momento de contato parecem ser fatores que influenciam negativamente na realização de práticas adequadas em introdução alimentar.<sup>9,10</sup>

No Brasil, desde a década de 1970, existem estudos que descrevem tendências da prevalência de AM e sobre o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses em nível nacional, que, apesar de ascendentes, continuam abaixo dos parâmetros preconizados pela OMS<sup>11,12,13,14</sup>. Os dados nacionais sobre AC são escassos de maneira geral, e são ainda mais escassos quando comparados aos estudos relacionados ao AM. Considerando a importância dos dados locais no apoio à tomada de decisões dos gestores no tocante à disponibilização orçamentária, fortalecimento das ações exitosas e definição de estratégias em prol da alimentação infantil adequada, o propósito deste trabalho foi caracterizar as práticas alimentares da população menor de 12 meses de idade e do perfil de trabalho das UBS para promoção do AM e AC no município de Jacareí.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo envolvendo um inquérito de base populacional direcionado a cuidadores de lactentes menores de 12 meses e entrevistas com supervisores administrativos dos equipamentos da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS – sob o número de parecer 3.471.379.

## Amostragem

A amostra de lactentes foi definida a partir das crianças com cadastros completos no sistema de gestão de prontuários eletrônicos do município, ou seja, com situação de confirmação do endereço cedido, independentemente de realizar ou não o acompanhamento em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O tamanho da amostra foi fixado considerando os dados

sobre aleitamento materno da última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, com prevalência de AME até o sexto mês de 36,6%.<sup>15</sup>

Levando-se em conta uma perda de 10%, a amostra foi composta de 580 crianças, dividida em dois domínios de estudo: crianças menores de 6 meses (n=290) e crianças de 6 a 12 meses (n = 290).

Uma vez obtidos os dados municipais consolidados de cadastros completos de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e a definição do tamanho da amostra, distribuiu-se o número de crianças proporcionalmente ao total de cadastros completos de cada UBS, definindo-se, assim, o número de crianças elegíveis por UBS e divididas segundo os grupos etários de interesse. A partir daí, foi realizado o sorteio aleatório das crianças que tiveram seus cuidadores convidados a participar da pesquisa. Foram considerados como critérios de exclusão relacionados à criança: anomalias congênitas que impeçam a alimentação via oral sem a adaptação de consistência, o uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia, crianças em que a mãe recebeu contraindicação ao aleitamento materno por apresentar algum fator de risco à mãe ou à criança.

Para a realização das entrevistas referentes ao perfil de trabalho das unidades direcionadas às supervisoras administrativas de UBS, todos os supervisores foram convidados a participar.

### **Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário baseado no formulário “Marcadores de Consumo Alimentar”<sup>16</sup>, composto por perguntas fechadas, direcionado ao consumo de alimentos no dia anterior à entrevista.

O instrumento para coleta de dados quanto ao perfil das UBS consistiu em um formulário baseado na proposta da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e nas recomendações da OMS/Fundo das Nações Unidas para a infância (Unicef)/MS<sup>17</sup>, composto por questões fechadas.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2019 no município de Jacareí,

no estado de São Paulo. A coleta de dados referentes às crianças foi efetuada por meio de entrevista individual realizada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) treinados na semana que antecedeu o início da coleta de dados.

Contatos realizados por três vezes sem sucesso, crianças não residentes nos locais cadastrados, crianças que não pertenciam à faixa etária de interesse no dia da entrevista e recusas foram consideradas como perdas.

Quanto à caracterização do perfil das UBS, a coleta dos dados aconteceu por meio de entrevistas individuais realizadas por estagiários de nutrição previamente treinados, com todas as supervisoras responsáveis pelas atividades administrativas das UBS.

### **Análise dos dados**

Os dados do inquérito foram digitados no programa *Microsoft Excel* e o banco de dados foi posteriormente transportado para o software *Stata* para análise estatística, por meio da descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para as análises, as crianças foram estratificadas em dois grupos principais: crianças menores de 6 meses e entre 6 e 12 meses. As práticas de amamentação e alimentação complementar foram analisadas segundo os indicadores propostos pelo MS<sup>17</sup>, e para as análises de associação entre a prevalência dos desfechos e as variáveis relacionadas à mãe, o recebimento de orientação alimentar e o acesso à creche, foi utilizado o teste de *qui-quadrado*, considerando o nível de significância de  $p < 0,05$ .

### **Resultados e discussão**

Foram entrevistados cuidadores de 540 crianças, sendo 253 menores de 6 meses (180 dias) e 287 entre 6 e 12 meses (180 dias e 365 dias). Obteve-se um número de crianças menor do que o calculado devido a recusas, endereços desatualizados e crianças que estavam em idade fora da faixa de interesse no dia da entrevista.

A Tabela 1 refere-se às características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 540), segundo variáveis maternas, das crianças e da atenção à saúde. Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	Total (n=540)		<6meses (n=253)		Entre 6 e 12 meses (n=287)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade materna</b>						
<9 anos	26	4,8	18	7,1	8	2,8
>=19anos <35anos	415	76,9	189	74,7	226	78,7
>=35anos	99	18,3	46	18,2	53	18,5
<b>Escolaridade materna (n=451*)</b>						
Sem escolaridade	1	0,2	1	0,5	0	0,0
Ensino Fundamental incompleto	7	1,6	4	1,8	3	1,3
Ensino Fundamental completo	71	15,7	37	16,9	34	14,7
Ensino Médio completo	310	68,7	148	67,6	162	69,8
Ensino Superior incompleto	26	5,8	13	5,9	13	5,6
Ensino Superior completo	36	8,0	16	7,3	20	8,6
<b>Situação conjugal (n=539)</b>						
Tem companheiro	453	84,0	212	84,1	241	84,0
Não tem companheiro	86	16,0	40	15,9	46	16,0
<b>Situação de trabalho materno (n=537)</b>						
Trabalha fora do lar	133	24,8	44	17,5	89	31,1
Não trabalha fora do lar	364	67,8	169	67,3	195	68,2
Está em licença maternidade	40	7,4	38	15,1	2	0,4
<b>Beneficiário de programas sociais</b>						
Não	409	75,7	196	77,5	213	74,2
Programa Bolsa Família	119	22,0	53	20,9	66	23,0
Outros programas	12	2,2	4	1,6	8	2,8
<b>Tipo de parto (n=539)</b>						
Vaginal	254	47,1	133	52,8	121	42,2
Cesárea	285	52,9	119	47,2	166	57,8
<b>Mãe tem outros filhos</b>	315	58,3	145	57,3	170	59,2
<b>Criança possui convênio</b>	156	28,9	54	21,3	102	35,5
<b>Criança frequenta creche</b>	43	8,0	4	1,6	39	13,6
<b>Criança faz uso de chupeta</b>	297	55,0	139	54,9	158	55,1
<b>Criança faz uso de mamadeira</b>	320	59,3	123	48,6	197	68,6
<b>Receberam orientações</b>	230	42,6	110	43,5	120	41,8
<b>Fonte das orientações (n=230)</b>						
Unidade Básica de Saúde	94	40,9	36	32,7	58	48,3
Hospital	111	48,3	65	59,1	46	38,3
Outros	25	10,9	9	8,2	16	13,3

\* Para distribuição da Escolaridade foram excluídos 89 entrevistados que não eram mães das crianças da amostra. Fonte: Elaboração própria, 2020.

Verificou-se que 76,9% das mães tinham entre 19 e 35 anos. Com relação à escolaridade e ao emprego, 74,5% haviam concluído o Ensino Médio, 67,8% não trabalhavam fora de casa e 22% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família. Os dados relativos às crianças, também apresentados na Tabela 1, apontaram que 52,9% nasceram de parto cesárea, 71,1% não possuíam convênio médico e 92% não frequentavam a creche. Quanto à atenção à saúde, verificou-se que 42,6% dos cuidadores informaram ter recebido orientações sobre alimentação infantil pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores às entrevistas.

### O aleitamento materno

A Tabela 2 apresenta dados sobre a distribuição

de crianças menores de 12 meses de acordo com o tipo de aleitamento, indicadores da AC e consumo de alimentos ultraprocessados. Verificou-se que a prevalência de AM em menores de 180 dias foi de 81,8% e de AME foi de 34,4%, indicando menor tendência à prática no município de Jacareí do que a tendência nacional de aumento, considerando os resultados do Estudo Nacional de Nutrição e Alimentação Infantil (ENANI-2019), que apontou prevalência AME de 45,8% em menores de 6 meses<sup>14</sup>. Com relação à prevalência da prática do AM em menores de 12 meses, o resultado de 67,6% apontou tendência aproximada aos resultados no âmbito nacional, verificados em 2013.<sup>12</sup>

**Tabela 2 – Distribuição de crianças menores de 12 meses de acordo com o tipo de aleitamento materno, indicadores de alimentação complementar e consumo de alimentos ultraprocessados, Jacareí, São Paulo, 2019.**

Tipo de Aleitamento	n	% (IC 95%)
<b>Aleitamento materno exclusivo em &lt;6 meses</b>	87	34,4 (28,5 – 40,6)
<b>Aleitamento materno (AM)</b>		
<180 dias (n=253)	207	81,8 (76,5 – 86,4)
180 a 364 dias (n=287)	158	55,1 (49,1 – 60,9)
<365 dias (n=540)	365	67,6 (63,5 – 71,5)
Indicador por faixa etária	n	% (IC 95%)
<b>Introdução alimentar adequada</b>		
6 a 9 meses (n=125)	37	29,6 (21,8 – 38,4)
6 a 7 meses (n=33)	8	24,2 (11,1 – 42,3)
7 a 9 meses (n=91)	28	30,7 (21,3 – 40,9)
<b>Diversidade alimentar adequada</b>		
6 a 12 meses (n=286)	123	43,0 (37,1 – 48,8)
<b>Frequência alimentar mínima e consistência adequada</b>		
6 a 12 meses (n=287)	197	68,6 (62,9 – 74,0)
6 a 7 meses (n=33)	21	63,6 (45,1 – 79,6)
7 a 8 meses (n=254)	176	69,3 (63,2 – 74,9)

Consumo de feijão ou fígado e miúdos ou carne ou ovo		
6 a 12 meses (n=287)	198	70,2 (63,4 – 74,6)
Consumo de alimentos ultraprocessados (n=287)		
	n	%
Hambúrguer ou embutidos	33	11,5 (8,0 – 15,8)
Bebidas adoçadas ultraprocessadas	60	20,9 (16,4 – 26,1)
Bebidas <i>in natura</i> adoçadas	81	28,2 (23,1 – 33,8)
Bebidas adoçadas (AUP ou <i>in natura</i> )	122	42,5 (36,7 – 48,4)
Macarrão instantâneo ou salgadinho ou biscoito salgado	57	19,9 (15,4 – 24,9)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	52	18,1 (13,8 – 23,1)
Consumiu pelo menos um dos alimentos ultraprocessados	164	57,1 (51,2 – 62,9)

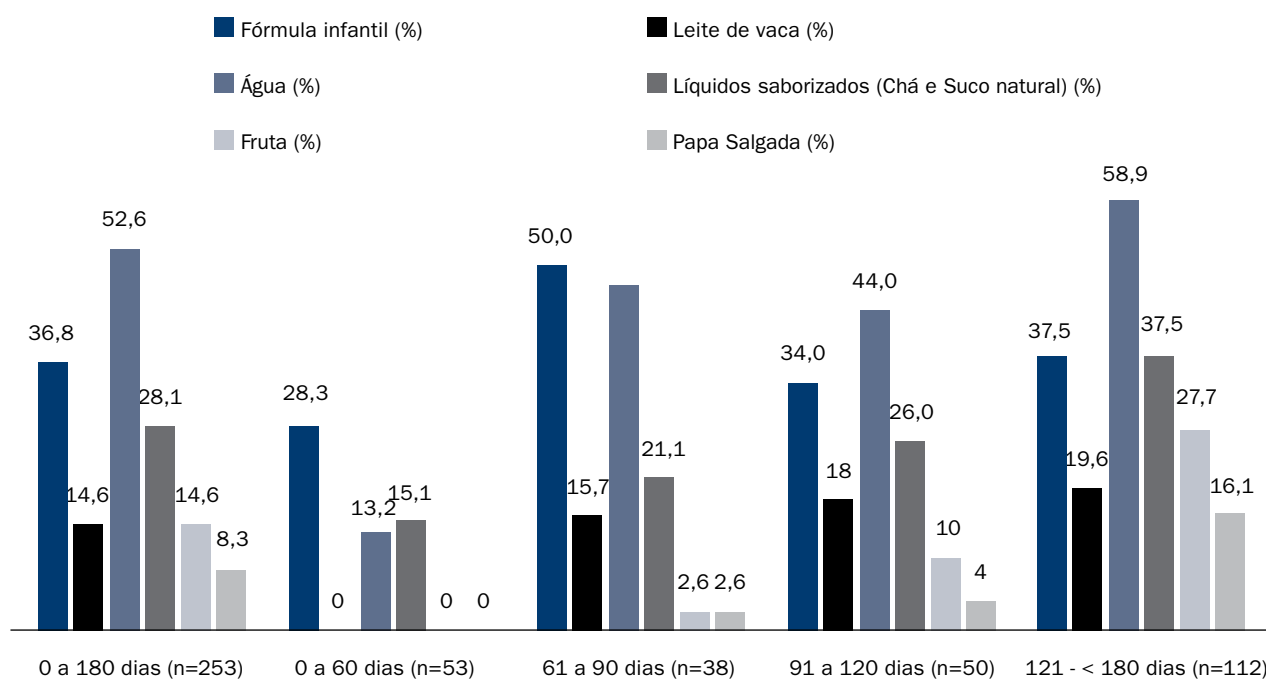
Fonte: Elaboração própria, 2020.

### A alimentação infantil em crianças menores de 6 meses

O consumo de leite não materno, líquidos e outros alimentos em crianças menores de 6 meses é apresentado na Figura 1. Embora a introdução precoce de líquidos e alimentos antes dos 6 meses de vida seja

inadequada, a prevalência encontrada, de 65,6%, esteve alinhada ao resultado de 70% no âmbito nacional<sup>12</sup>. Ao estratificar os alimentos ofertados, as prevalências do consumo de água (52,6%) e outros líquidos (28,1%) foram maiores do que os resultados obtidos em um município da Grande São Paulo.<sup>18</sup>

**Figura 1 - Distribuição do consumo de líquidos e alimentos em lactentes menores de 6 meses por faixa etária. Jacareí, São Paulo, 2019.**



## A alimentação infantil em crianças entre 6 e 12 meses

A Tabela 2 apresenta os indicadores propostos pelo MS para verificação da alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses de idade. Devido às definições dos parâmetros propostos pela OMS<sup>16</sup> diferirem dos propostos pelo MS (2015), a baixa comparabilidade com outros autores mostrou-se como um desafio frente à diversidade de resultados encontrados. Mesmo estudos nacionais recentes como o ENANI-2019 utilizaram metodologias mesclando indicadores propostos pela OMS (2021) e pelo MS.<sup>16</sup>

Identificou-se que a introdução alimentar, que considera o consumo de grupos alimentares específicos e idade oportuna, estava adequada em 29,6% das crianças entre 6 e 9 meses. A adequação foi menor quanto menor era a idade do lactente. Apesar do período avaliado ser um momento de transição que implica em um grande número de mudanças na rotina do lactente e da família, o resultado obtido no presente estudo mostrou-se diferente do estudo realizado com lactentes paulistas<sup>19</sup>, que utilizou o mesmo indicador e mesma faixa etária, identificando maior adequação, de aproximadamente 70%, na introdução alimentar das crianças avaliadas.

A diversidade alimentar mínima considera o consumo no dia anterior de pelo menos um alimento de cada grupo de seis grupos alimentares diferentes, sendo eles: 1. leite e substitutos; 2. frutas; 3. legumes ou verduras; 4. carnes ou ovos; 5. feijões; e 6. cereais ou tubérculos. Na Tabela 2, identificou-se este indicador adequado em 43% dos lactentes, que, mesmo aquém do resultado esperado, é maior do que a proporção de 37,1% identificada em lactentes de uma cidade da região metropolitana de São Paulo<sup>20</sup>, que utilizou definição equivalente de diversidade alimentar. Mesmo em estudos que consideraram um menor espectro de grupos alimentares, como um realizado no Estado de São Paulo<sup>19</sup>, e na avaliação de dados nacionais (2015)<sup>21</sup>, em que ambos os estudos consideraram consumo mínimo de quatro grupos alimentares, a tendência à adequação destes estudos aproximadamente ou menor que um terço da população estudada, respectivamente 31,8 % e 20%.

O indicador “frequência alimentar mínima e consistência adequada”, recomendado pelo MS<sup>16</sup>, avalia de maneira combinada a papa salgada, em diferentes consistências e frequência oferecida, estratificada segundo a adequação por faixa etária. Segundo o MS<sup>23</sup>, a investigação desse indicador é importante, pois pode identificar tanto o desenvolvimento mastigatório quanto a concentração de energia e nutrientes ofertada, seja pela consistência, seja pela frequência. O resultado encontrado, evidenciado na Tabela 2, foi de 68,6% de adequação em crianças entre 6 e 12 meses, e apresentou tendência semelhante aos demais municípios do Estado de São Paulo.<sup>19</sup>

Ainda na Tabela 2, 91,6% das crianças haviam consumido pelo menos um dos alimentos fontes de ferro investigados e 70,2% consumiram pelo menos um alimento amarelo-alaranjado ou folhosos verde-escuros no dia anterior à entrevista. Apesar da faixa etária investigada pelo estudo ENANI-2019<sup>14</sup> ser entre 6 e 23 meses, foi identificada alta prevalência no consumo dos grupos alimentares fonte de ferro (90,9%) e menor prevalência do consumo de alimentos amarelo-alaranjados ou folhosos verde-escuros (40,9%) na Região Sudeste, o que pode indicar menor consumo de alimentos *in natura* como frutas e hortaliças, que compõem o grupo de alimentos investigados.<sup>14</sup>

Os dados sobre o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) em crianças entre 6 e 12 meses estão na Tabela 2. Verificou-se que 57,1% dos entrevistados consumiram precocemente pelo menos um dos AUP investigados no dia anterior à entrevista. Destaca-se o consumo de bebidas adoçadas, com prevalência de 42,5%. Desta forma, a alta proporção de consumo de AUP encontrada indicou que a necessidade de intervenções não se resume apenas às crianças, mas a toda a família, uma vez que o consumo alimentar infantil reflete o hábito familiar.<sup>26</sup>

A Tabela 3 apresenta as associações significativas entre a alimentação infantil e variáveis relacionadas à situação de escolaridade materna, situação materna de trabalho e acesso à creche. A escolaridade materna, no presente estudo, foi utilizada como *proxy* de renda, e estudos realizados por Relvas et al.<sup>20</sup> e Coelho

et al.<sup>18</sup> correlacionaram a melhor condição social ao maior acesso a alimentos in natura e minimamente processados, que possuem maior custo e menor durabilidade. Contudo, os AUP foram amplamente consumidos, independentemente da escolaridade materna. O resultado dialoga com o estudo de análise da tendência temporal do consumo alimentar em domicílios brasileiros entre os anos de 1987 e 2009, realizado por Martins et al.<sup>25</sup>, que apontou para o maior consumo de AUP por todos os extratos de renda, embora tenha apresentado tendência a ser maior entre os domicílios de menor renda.

Ainda na Tabela 3, foram encontradas associações significativas entre a condição materna de trabalho fora do lar e o consumo de embutidos. Não foram

encontrados relatos sobre tal achado na literatura, embora mães que trabalham fora podem se basear na ideia de que seria necessário disponibilizar maior tempo diário para preparações culinárias, podendo assim, dar preferência às preparações prontas e ultraprocessadas como discutida no Guia Alimentar para a População Brasileira.<sup>26</sup>

Também se identificou associação significativa entre frequentar creche e a maior adequação à frequência e consistência alimentar. Não foram encontrados na literatura dados sobre esse achado, embora Pedraza et al.<sup>27</sup>, em uma revisão sistemática, tenham apontado a escassez e limitações de estudos voltados para a investigação do consumo alimentar de crianças em creches.

**Tabela 3 – Proporção de consumo de alimentos investigados segundo variáveis: escolaridade materna, recebimento de orientação alimentar, situação materna de trabalho e acesso à creche de crianças e lactentes entre 6 e 12 meses (n=287) no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Variáveis	% Leite não materno	% Fórmula infantil	% Grupo hortaliças	% Fruta	% Bebidas ultraprocessadas adoçadas <sup>c</sup>	% Biscoitos e doces	% Embutidos	% Frequência e consistência adequadas
<b>Escolaridade materna<sup>a</sup></b>	<i>p</i> =0,256	<i>p</i> =0,017*	<i>p</i> =0,001*	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,001*	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,525	<i>p</i> =0,684
≤ Ensino fundamental	56,8	28,6	64,9	64,9	45,9	37,8	13,5	70,3
≥ Ensino médio	67,5	58,0	88,7	86,6	18,4	15,5	10,8	74,4
<b>Situação materna de trabalho</b>	<i>p</i> =0,244	<i>p</i> =0,043*	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,225	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,005*	<i>p</i> =0,525
Trabalhando fora	66,1	68,3	16,1	74,2	48,4	12,3	17,7	43,8
Não trabalhando fora <sup>b</sup>	74,1	49,1	16,6	75,0	57,9	13,7	4,8	49,7
<b>Acesso à creche</b>	<i>p</i> =0,013*	<i>p</i> =1,000	**	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,864	<i>p</i> =1,000	<i>p</i> =0,180	<i>p</i> =0,025*
Frequenta creche	86,8	57,6	7,7	74,2	59,0	17,9	17,9	84,6
Não frequenta creche	66,8	57,6	16,1	75,0	57,3	18,1	10,5	66,1

<sup>a</sup> Foram excluídos da amostra entrevistados fora do público de interesse – mãe de lactentes da amostra.

<sup>b</sup> Soma das mães que estavam desempregadas e das mães que estavam em licença-maternidade.

<sup>c</sup> Para a variável "Bebidas ultraprocessadas adoçadas" foi considerado o consumo de refrigerante e/ou suco de caixinha e/ou suco em pó e/ou xarope de groselha e/ou água de coco de caixinha.

\* Variável estatisticamente significativa.

\*\* O número de casos não permitiu a realização dos testes de associação qui-quadrado.

Fonte: elaboração própria, 2020



### O perfil das Unidades Básicas de Saúde no município de Jacareí

A partir do relato das supervisoras administrativas locais, a Tabela 4 evidencia os dados referentes à caracterização das UBS do município de Jacareí. Verificou-se que em 2019, 88,9% das 18 UBS atuavam no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em relação às atividades prestadas para promoção, apoio e manutenção do AM e AC nas UBS, 77,8% realizavam grupos sobre cuidados na gestação e 61,1% orientavam para cuidados em puericultura. Segundo a revisão sistemática de Silva et al.<sup>28</sup> e os resultados descritos na revisão rápida realizada por Venancio et al.<sup>29</sup>, ações combinadas no pré e pós-natal aumentaram as taxas de AM a médio e longo prazo, enquanto ações educativas apenas no pré-natal têm efeito na taxa de AM a curto prazo. Desta forma, tais resultados sugerem possibilidades de intervenção no modo de trabalho das equipes.

Todas as UBS investigadas realizavam visitas domiciliares (VD) pós-parto; entretanto, apenas 27,8% afirmaram que a visita domiciliar ocorre antes dos primeiros sete dias pós-parto. A VD pós-parto é uma estratégia importante para apoio do AME, pois propicia fortalecimento de vínculo entre equipe de saúde e família e é oportuna para a promoção do cuidado do lactente, segundo Baratieri & Natal.<sup>30</sup>

O MS<sup>31</sup> recomenda que para uma assistência efetiva à puérpera e ao bebê, deve-se buscar garantir a VD na primeira semana pós-parto. No geral, foi identificado que todas as UBS realizam VD pós-parto; no entanto, a prática mostrou-se frágil. Considerando a revisão rápida realizada por Venancio et al.<sup>29</sup>, o modelo de VD pós-parto é efetiva quando ocorre entre um e três dias após o parto e é feita a manutenção das visitas no primeiro mês. Sendo assim, a investigação das causas da menor proporção de VD dentro dos sete primeiros dias pós-parto e posterior adequação se faz necessária.

**Tabela 4 – Caracterização das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de Atenção à Saúde, das atividades voltadas para promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada, ofertadas nas UBS no município de Jacareí, São Paulo, 2019.**

Tipo de Aleitamento	n	% (IC 95%)
<b>Modelo de Atenção à Saúde</b>		
Modelo UBS tradicional	2	11,1
Estratégia Saúde da Família (ESF)	16	88,9
<b>Atividades coletivas para educação em saúde</b>		
Grupos sobre cuidados na gestação	14	77,8
Grupos sobre cuidados em puericultura	11	61,1
<b>Prazo visita domiciliar pós-parto</b>		
Menos de 7 dias	5	27,8
Entre 7 e 15 dias	12	66,7
Entre 15 e 30 dias	1	5,6
<b>Tempo de realização da última capacitação sobre alimentação infantil</b>		
Nunca foi realizada	6	33,3
Menos de 30 dias	3	16,7
>30 dias <12 meses	4	22,2
>12 meses	5	27,8
<b>Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em amamentação</b>	5	27,8
<b>Tem protocolo de atendimento para mãe/bebê em alimentação complementar</b>	3	16,7

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Sobre capacitações relacionadas ao AM e ao AC realizadas pelas equipes das UBS, constatou-se que 38,9% das supervisoras relataram que a equipe passou por treinamento sobre alimentação infantil nos últimos 12 meses. Entretanto, 33,3% das UBS informaram que a equipe nunca havia sido capacitada.

Embora não haja evidências robustas de que apenas capacitações sejam efetivas para promoção de mudanças nas práticas que envolvem o AM e AC<sup>29</sup>, investir em capacitações é uma possibilidade de melhorar o desempenho de profissionais na APS<sup>32</sup> e pode impactar positivamente na adequação da AC.<sup>20</sup> Nesse sentido, considerando a realidade local apresentada, referente à proporção de equipes que não receberam capacitações formais sobre alimentação infantil, a manutenção das equipes NASF-AP pode ser uma estratégia importante para o fortalecimento da rede de cuidados.

Quanto à disponibilidade de fluxos e protocolos para o acompanhamento e cuidados sobre alimentação, 27,8% afirmaram disponibilizar protocolos para atendimento sobre AM e 16,7% afirmaram ter protocolos sobre AC.

## Conclusão

A pesquisa realizada permitiu que se pudesse caracterizar o perfil alimentar de crianças menores de 12 meses, compreendendo no âmbito municipal a prevalência do AME, a evolução da introdução alimentar quanto à temporalidade e escolha dos alimentos a serem ofertados ao longo dos meses e a influência de variáveis de interesse. Também foi possível caracterizar as práticas de trabalho das equipes da APS realizadas no pré-natal e pós-parto, no que tange ao apoio e promoção do AM e AC adequados e oportunos. Foi possível identificar que existem importantes desafios locais a serem enfrentados quanto ao início e prolongamento do AME, baixa proporção de adequação dos indicadores da alimentação complementar, capacitação dos profissionais e implementação de protocolos para pós-parto e puericultura.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília (DF); 2010.
2. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, Escuder MML. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *Bepa* 2010;7(83):4-15
3. World Health Organization - WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); 2019.
5. Vitolo MR. Nutrição, da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2014.
6. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krusevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 30 mar 2019]; 25(1). Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>
7. Venâncio SI, Rios G. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad. saúde pública*. 2016;32(3): e00010315
8. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J. Pediatr*. 2004;80(5):411-416.
9. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel ML, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J. Pediatr*. 2013;89(5):485-491
10. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc. saúde colet*. 2014;19(1):93-104
11. Boccolini FRM, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Pública* 2017; 51:108

12. Flores TR, Nunes BP, NevesRG, Wendt AT, Costa CS, Wehrmeister FC, Bertoldi AD. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(11):e00068816
13. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev. saúde pública.* 2013;47(6):1205-1208.
14. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UERJ. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019 [internet]. 2021 [acesso em 16 dez 2022]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões [internet]. 2015 [acesso em 25 maio 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar a atenção básica [internet]. Brasília (DF); 2015 [acesso em 03 mar 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf).
17. Organização Mundial da Saúde - OMS. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA [internet]. Geneva; 2007 [acesso em 01 jun 2019]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1).
18. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGAG. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Ciênc. saúde colet.* 2015;20(3):727-738.
19. Passanha A, Benicio MHD, Venâncio SI. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. *Ciênc. saúde colet* 2020;25(1):375-385.
20. Relvas GRB, Buccini G, Venâncio SI, Potvin L. Effectiveness of an educational manual to promote infant feeding practices in primary health care. *Food and Nutrition Bulletin.* 2019;40(4):544-561.
21. Bortolini GA, Vítolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cad. saúde pública.* 2015;31(11):2413-2424.
22. Brasil. Decreto número 8.552, de 03 de novembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União.* [internet] 2006 [acesso em 26 set 2020]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-8.552-de-2015.pdf>.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças menores de dois anos [internet]. Brasília (DF); 2019 [acesso em 05 jan 2019]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf).
24. Jaime PC, Prado RR, Malta DC. Family influence on the consumption of sugary drinks by children under two years old. *Rev. saúde pública [internet].* 2017 [acesso em 18 jun 2020]; 51(1), 13s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000038>
25. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. saúde pública.* 2013;47(4):656-665.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF); 2014.
27. Pedraza DF, Queiroz D, Gama JSFAG. Avaliação do consumo alimentar de crianças brasileiras assistidas em creches: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Matern. Infant.* 2015;15(1):17-31.
28. Silva EP, Lima RT, Osorio MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc. saúde colet.* 2016;21(9):2935-2948.
29. Venâncio SI, Bortoli MC, Melo DS, Relvas GRB, Araújo BC, Oliveira CF, Silva LAM, Melo RC, Moreira HOM, Rodrigues JM. Intervenções efetivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão rápida [internet]. 2020 [acesso 10 em maio 2020]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145891/intervencoes.pdf>.
30. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde colet.* 2019;24(11): 4227-4238.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. (Caderno de atenção básica; 33). Brasília (DF); [internet]. 2012 [acesso em 26 abr 2019]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_33.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf)
32. Vasques J, Dumith SC, Susin LRO. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2015;15(2):181-192.