

# Aleitamento materno exclusivo em crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal

Exclusive breastfeeding in children attended at a Basic Health Unit in the Federal District

Neldiane Moura Lima<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-3710-6189

Lorrana Nascimento Grimes<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0003-4668-0745

Cleide Alves de Andrade Lopes<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0001-8510-9328

Juliana Carmozina Herculano<sup>4</sup>

ORCID: 0000-0001-6462-9383

Tatiany Cristine Silva<sup>5</sup>

ORCID: 0000-000302129863

---

<sup>1</sup>Graduada em Nutrição. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>2</sup>Mestranda em Psicologia Clínica e Cultura na Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>3</sup>Mestranda em Políticas Públicas da EGF - Fiocruz Brasília. Nutricionista na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>4</sup> Nutricionista na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>5</sup>Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP. Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Autor correspondente:** Tatiany Cristine Silva - UBS n.º de Sobradinho II - QMS 16 14 Lote 01 - Sobradinho II, Brasília - DF,. Email: tatianycristines@gmail.com.

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de seis meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. **Método:** estudo de natureza quantitativa observacional transversal. Foi utilizado o questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, antropometria e padrão de consumo alimentar, com 30 participantes de uma Unidade Básica do Distrito Federal, entre maio e julho de 2022. **Resultados:** 60% das crianças estavam em amamentação exclusiva no momento da entrevista, a introdução alimentar precoce foi percebida inclusive em crianças menores de um mês de vida, 86,7% das crianças estavam com peso adequado e 3,3% apresentaram valores abaixo do esperado. **Conclusão:** há necessidade da ampliação efetiva de políticas públicas de saúde e de educação permanente em saúde para os profissionais da atenção básica voltadas para a segurança alimentar e nutricional e aleitamento materno, além do acompanhamento nutricional durante a gestação e aleitamento materno.

**Palavras-chaves:** Alimentação Complementar; Desmame; Aleitamento Materno.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess the prevalence of breastfeeding in children under six months attended at a Basic Health Unit in the Federal District. **Method:** a quantitative cross-sectional observational study was conducted using the questionnaire from the Food and Nutritional Surveillance System, along with anthropometric data and dietary consumption patterns. The study involved 30 participants from a Basic Unit in the Federal District, between May and July 2022. **Results:** 60% of the children were exclusively breastfeeding at the time of the interview. Early introduction of complementary foods was observed, even in children less than one month old. 86.7% of the children had an appropriate weight, while 3.3% showed values below expectations. **Conclusion:** there is a need for the effective expansion of public health policies and ongoing education in health for primary healthcare professionals focusing on food and nutritional security, breastfeeding, as well as nutritional monitoring during pregnancy and breastfeeding.

**Keywords:** Infant Nutritional Physiological Phenomena; Weaning; Breast Feeding.

## INTRODUÇÃO

A construção de hábitos alimentares saudáveis é um fator primordial desde o nascimento do ser humano visto que influencia diretamente o seu crescimento e desenvolvimento e pode afetar todas as fases da vida. Deste modo, o leite materno é o primeiro alimento a ser ofertado, já na primeira hora de vida, e é a primeira barreira imunológica capaz de reduzir o risco de infecções respiratórias, gastrointestinais, entre outras, além de possuir todos os nutrientes necessários para manutenção e proteção do organismo<sup>1</sup>.

Boccolini et al. (2015)<sup>2</sup> apontam que a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês é influenciado pelos diferentes contextos culturais e sociais nos quais a família está inserida, como a escolaridade, idade, trabalho e renda maternos, residência em área urbana ou rural, raça, relações sociais e número de partos que uma mulher já teve, com mais de 20 semanas de gestação.

Cabe ressaltar que quando o trabalho materno concede licença-maternidade formal facilita a prática do AME durante o período de afastamento (120 dias). É oportuno, portanto, equiparar a licença-maternidade ao período recomendado para o AME, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3-4</sup>.

Dentre as possíveis causas relacionadas ao Desmame Precoce (DP) e a possibilidade de Introdução Alimentar Precoce (IAP) estão as condições associadas ao acompanhamento da gestação e puerpério, tais como atendimento médico público ou privado, número de consultas pré-natais, orientações em grupo, tipo de parto, atenção hospitalar, intercorrências pós-parto, peso ao nascer da criança, uso de chupeta, idade e sexo da criança, saúde mental materna, dificuldades em amamentar, entre outras<sup>2,5</sup>.

No Brasil, o Governo Federal oferece programas e políticas públicas, como a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) criada em 2010, e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) criada em 2012, cujos objetivos são incentivar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6-7</sup>.

Em 2017, a OMS disponibilizou as diretrizes da Atenção Básica, voltadas à saúde da criança e ao acompanhamento de seu estado nutricional por meio de avaliação antropométrica e bioquímica, bem como a práticas de amamentação e de consumo

alimentar como ferramentas importantes na identificação de prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)<sup>8-9</sup>. Já em 2019 foi lançado, no Brasil, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de dois anos, que preconiza e incentiva o AME até os seis meses e, em sequência, a introdução da alimentação complementar de forma adequada e saudável<sup>10</sup>.

Nos últimos anos o conhecimento sobre a alimentação vem sendo ampliado, porém ainda existem muitos mitos, como a questão do leite materno fraco ou insuficiente, e a necessidade de ofertar um alimento para complementar as necessidades da criança<sup>9-10</sup>.

Estudos, pesquisas e inquéritos populacionais confirmam a alta prevalência da IAP, e apontam que foram ofertados alimentos precocemente a 29% das crianças com quatro e cinco meses de vida entre 2010 e 2016 no mundo<sup>5,11</sup>. Na América Latina e no Caribe o percentual foi de 48%<sup>5,11-12</sup>.

Apesar de a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>12</sup>, de 2013, revelar que apenas cerca de 20% das crianças brasileiras menores de seis meses receberam AME, o relatório do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), de 2019, observou um aumento da prevalência de AME em crianças menores de seis meses de idade de 37,1% em 2006 para 45,7% em 2019.

Embora tenham ocorrido avanços quanto ao período total de AME nos últimos anos no Brasil, como observado no relatório ENANI, esses ainda são valores abaixo das metas propostas pela OMS, que são de 50% até 2025 e de 70% para o ano de 2030, evidenciando a necessidade de aumentar os investimentos em ações e estratégias para ampliar os valores encontrados<sup>1,13</sup>.

Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de seis meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com abordagem metodológica observacional transversal, realizado com crianças menores de seis meses atendidas na

Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 5 de Sobradinho II do Distrito Federal durante o período entre maio e julho de 2022.

A amostra, composta por 30 crianças foi definida a partir de relatórios gerados da plataforma de prontuário eletrônico do e-SUS<sup>®</sup>, considerando o número de atendimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a seis meses, bem como o atendimento a gestantes do território abrangido pela UBS que tiveram parto realizado entre dezembro de 2021 e julho de 2022.

Os critérios de inclusão foram crianças menores de seis meses atendidas na referida UBS; crianças cujos responsáveis aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); crianças cujos dados estavam registrados no e-SUS<sup>®</sup>, permitindo acesso ao histórico de atendimentos; e crianças nascidas entre dezembro de 2021 e julho de 2022.

O critério de exclusão foi crianças com condições de saúde que pudessem interferir nos dados antropométricos de forma significativa (por exemplo, síndromes genéticas ou doenças que afetam o crescimento).

Um questionário, construído pelas pesquisadoras, incluiu perguntas referentes ao perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes (sexo, idade, semanas de nascimento e se ocorreu alguma condição de saúde que impossibilitou a amamentação), dados antropométricos (peso e estatura) e marcadores de consumo alimentar adaptado do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)<sup>14</sup>. Foram coletados, portanto, os seguintes dados: (1) perfil sociodemográfico e de saúde da criança menor de seis meses atendida na UBS, bem como seu estado nutricional; (2) presença de amamentação e/ou introdução alimentar precoce (IAP) e (3) modo que estava sendo realizada a IAP, baseado no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de dois anos<sup>10</sup>. A entrevista ocorreu durante os atendimentos presenciais e teve tempo médio de 10 minutos de duração.

A coleta de dados ocorreu, dessa forma, em três etapas principais:

- a) Durante o acolhimento para consulta de crescimento e desenvolvimento da criança, os responsáveis foram informados da realização da pesquisa e convidados a participar da entrevista, a partir do aceite era então entregue o Termo de

- Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, em duas vias;
- b) Ao final da consulta e após assinatura do TCLE, a entrevista foi conduzida a partir do instrumento de pesquisa (questionário) previamente elaborado com perguntas objetivas e subjetivas;
  - c) Os dados antropométricos (peso e estatura) foram coletados por meio das anotações realizadas na caderneta da criança (dados secundários) e o IMC foi calculado a partir destes dados.

Após a coleta, os dados foram inseridos, organizados e armazenados, em uma planilha do software Microsoft Excel® Versão 16.70, de acesso exclusivo das pesquisadoras. Para classificar o estado nutricional foi utilizado o escore-z das curvas de crescimento referentes a peso para idade; estatura para idade; peso para estatura e IMC para idade, estabelecidas pela OMS e adotadas pela Norma Técnica do SISVAN para crianças menores de cinco anos de idade.

No caso das crianças pré-termo foi utilizada a idade corrigida, que é um ajuste na idade cronológica do bebê prematuro para considerar o tempo que ele teria passado no útero caso tivesse nascido a termo (ou seja, com 40 semanas de gestação). Trata-se de um conceito essencial para avaliar adequadamente o crescimento e o desenvolvimento de bebês prematuros. A fórmula básica para calcular a idade corrigida é: *Idade Corrigida = Idade Cronológica - (40 semanas - Idade Gestacional ao nascer)*<sup>3,14</sup>.

A análise dos dados considerou descrever a frequência absoluta (n), relativa (%) e a prevalência do AME, com intervalo de confiança de 95% para as variáveis de perfil sociodemográfico, de saúde e estado nutricional. Foram coletadas também informações referentes à idade de início da introdução de alimentos de forma complementar ao leite materno e quais os alimentos foram mais ofertados. A análise estatística foi realizada por meio de testes de comparação de grupos (Qui-quadrado), com nível de significância de 5%, por meio do programa SPSS® Versão 29.0.

A pesquisa foi aprovada Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 55973222.3.0000.5553, número: 5.373.437/2022.

## RESULTADOS

A população estudada, composta por crianças de até seis meses de idade, apresentou uma prevalência de 60% de AME. No entanto, duas crianças tiveram a introdução de alimentos (fórmula e água) em determinada situação, porém a família retornou com o aleitamento materno exclusivo.

Conforme apresentado na Tabela 1, observou-se um maior número de crianças do sexo feminino (56,7%) e nessas, a prevalência de AME foi de 76,5%. Na presente amostra, a maioria das crianças (93,3%) nasceu com idade gestacional acima de 37 semanas e, por isso, foram classificadas como termo. Apenas 6,7% das crianças nasceram com a idade gestacional entre 28 e 36 semanas, sendo, portanto, classificadas como de pré-termo extremo<sup>15</sup>. Deste modo, é estatisticamente nula a relação pré-termo e termo, devido ao baixo número de crianças com essa classificação. Quanto à idade cronológica da criança no momento da entrevista, houve maior proporção de crianças de cinco a seis meses incompletos (30%), seguida por crianças de um mês a dois meses incompletos de idade (23,3%).

**Tabela 1.** Perfil e proporção de crianças menores de seis meses em amamentação exclusiva, segundo características de crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, 2022.

Variável	n (%)	AME (%)	IC95%	p
Total	30 (100)	18 (60)	-	
<b>Sexo</b>				0,035 <sup>a</sup>
Feminino	17 (56,7)	13 (76,5)	53,3;91,5	
Masculino	13 (43,3)	5 (38,5)	16,5;65	
<b>Nascimento</b>				0,765 <sup>b, c</sup>
Pré-termo	2 (6,7)	1 (50)	6,1;93,9	
Termo	28 (93,3)	17 (60,7)	42,3;77	
<b>IC (meses)</b>				0,132 <sup>b, c</sup>
< 1	2 (6,7)	2 (100)	-	
1   2	8 (26,7)	6 (75)	40,8;94,4	

2   3	3 (10)	2 (66,7)	17,7;96,1
3   4	6 (20)	5 (83,3)	44,2;98,1
4   5	3 (10)	1 (33,3)	3,9;82,3
5   6	8 (26,7)	2 (25)	5,6;59,2

Nota: AME: Amamentação Exclusiva | IC: Idade Cronológica.

Teste qui-quadrado de Pearson: a) Diferença estatisticamente significativa quando  $p < 0,05$ ; b) Mais de 20% das células nesta subtabela esperavam contagens de células menores que 5. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos; c) A contagem de célula mínima esperada nessa subtabela é menor que 1. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.

Com relação à classificação do estado nutricional, a Tabela 2 mostra que 86,7% das crianças tinham peso adequado e 96,7% apresentavam estatura dentro dos padrões esperados, segundo os escores-z de peso-para-idade e estatura-para-idade, respectivamente. Observa-se que apenas uma criança estava em todos os índices com valores abaixo do adequado, dessa forma apresentando muito baixo peso e baixa estatura para idade com magreza associada.

**Tabela 2.** Estado nutricional e AME de crianças menores de seis meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, 2022.

Variável	n (%)	AME (%)	IC95%	p
<b>Peso/Idade</b>				0,677 <sup>a, b</sup>
< -3 escore-z (muito baixo peso para a idade)	1 (3,3)	1 (100)	-	
≥ -2 e ≤ +2 escore-z (peso adequado para a idade)	26 (86,7)	15 (57,7)	38,7;75	
> +2 escore-z (peso elevado para a idade*)	3 (10)	2 (66,7)	17,7;96,1	
<b>Estatura/Idade</b>				0,406 <sup>a, b</sup>
≥ -3 e < -2 escore-z (baixa estatura para a idade)	1 (3,3)	1 (100)	-	
≥ -2 escore-z (estatura adequada para a idade)	29 (96,7)	17 (58,6)	40,6;75	



**Peso/Estatura**0,112<sup>a, b</sup>

$\geq -3$ e $< -2$ escore-z (magreza)	1 (3,3)	1 (100)	-
$\geq -2$ e $\leq +1$ escore-z (eutrofia)	25 (83,3)	16 (64)	44,5;80,5
$> +1$ e $\leq +2$ escore-z (risco de sobrepeso)	3 (10)	0	-
$> +2$ / $\leq +3$ escore-z (sobrepeso)	1 (3,3)	1 (100)	-

**IMC/Idade**0,688<sup>a, b</sup>

$< -3$ escore-z (magreza acentuada)	1 (3,3)	1 (100)	-
$\geq -2$ e $\leq +1$ escore-z (eutrofia)	26 (86,7)	15 (57,7)	38,7;75
$> +1$ e $\leq +2$ escore-z (risco de sobrepeso)	2 (6,7)	1 (50)	6,1;93,9
$> +2$ / $\leq +3$ escore-z (sobrepeso)	1 (3,3)	1 (100)	-

---

Nota: Teste qui-quadrado de Pearson: a) Mais de 20% das células nesta subtabela esperavam contagens de células menores que 5. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos; b) A contagem de célula mínima esperada nessa subtabela é menor que 1. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.

Já com relação ao excesso de peso, três crianças (10%) apresentaram risco de sobrepeso segundo peso para estatura, e todas haviam passado pela IAP. Uma criança (3,3%) apresentou sobrepeso, segundo peso para estatura e IMC/Idade, contudo ela estava em AME. Dentre o percentual de crianças, que não estavam em AME (40%), a IAP esteve presente em todas as idades, inclusive em crianças com menos de um mês de vida, e com maior predominância aos quatro meses de idade. Deste modo, optou-se por separar a amostra em três subgrupos: menores de um mês, de um a quatro meses incompletos e de quatro a seis meses incompletos, para análise do consumo de alimentos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Consumo de alimentos por crianças menores de seis meses atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, 2022.

Variável	n (%) *	Água/Chá	Fórmula	Suco de Fruta	de Fruta	Comida de Sal
Idade (meses)	IAP					
< 1	3 (10)	2 (66,7)	3 (100)	0	0	0
1   4	3 (10)	3 (100)	3 (100)	0	0	0
4   6	6 (20)	4 (66,7)	5 (83,3)	0	4 (66,7)	1 (16,7)
Total	12 (40)	9 (75)	11 (91,6)	2 (16,6)	4 (33,3)	1 (8,3)

Nota: \* Percentual referente ao n total (30). | IAP: Introdução Alimentar Precoce.

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,05$  sem diferença significativa entre as variáveis.

De forma geral, dentre os alimentos mais ofertados às crianças sem AME, encontram-se a fórmula infantil (91,6%) e água/chá (75%), seguido por fruta (33,3%), suco de fruta (16,6%) e comida de sal (8,3%). Os demais alimentos ofertados para as crianças sem AME foram a fruta (33,3%), suco de fruta (8,3%) e comida de sal (de panela, papa ou sopa) (8,3%).

## DISCUSSÃO

A proporção de 60% de AME é maior que os valores que constam no ENANI 2019<sup>13</sup>, de 45,7% no Brasil e de 44,1% no Centro Oeste, para o mesmo grupo populacional. Já o estudo de Andrade et al. (2023)<sup>1</sup> realizado em uma UBS na Bahia apresentou a proporção de 33,8% de crianças em AME, também abaixo da encontrada no presente estudo.

Uma revisão sistemática identificou 14 estudos que analisaram a variável sexo do bebê em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME)<sup>2</sup>. Entre eles, dois estudos encontraram associação positiva entre o sexo feminino e o AME<sup>2</sup>, enquanto um estudo<sup>2</sup>

correlacionou positivamente o sexo masculino com o AME. A maior prevalência do aleitamento materno entre as meninas foi observada nas capitais de todo o Brasil, contudo, não está claro se essa maior prevalência está relacionada a algum aspecto cultural, como a crença de que meninos precisam de maior aporte nutricional por meio de outros alimentos além do leite materno<sup>2</sup>.

Outros fatores ligados ao aleitamento não exclusivo e ao desmame precoce estão relacionados ao grau de escolaridade materna, mitos sobre o leite materno perpassados por gerações - como o mito do "leite fraco" -, retorno materno ao trabalho/escola, amplificação de propagandas de fórmulas industrializadas, ausência de informações sobre o tema por parte dos profissionais de saúde que acompanham a gestação e puerpério, além das dificuldades no acompanhamento nos primeiros meses de vida nas consultas de crescimento e desenvolvimento<sup>16-17</sup>.

A prevalência de AME se mostrou maior em crianças menores de quatro meses de idade, em concordância com os dados do relatório ENANI - 2019, que indicou 60% das crianças menores de quatro meses em AME no Brasil e 60,8% no Centro Oeste<sup>13</sup>. Um estudo realizado no oeste catarinense, com 35 participantes, revelou que apenas seis crianças (17,1%) foram amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida<sup>18</sup>. Em pesquisa realizada em Galícia, a prevalência do AME foi de 28,2% até o sexto mês e de 52% até o quarto mês<sup>19</sup>. Em um outro estudo realizado em uma UBS de um município do oeste do estado do Paraná foi apresentado que, dentre as crianças avaliadas, entre o quinto e sexto mês de vida, somente 21% estavam em AME<sup>20</sup>. Esses dados corroboram com os resultados do presente estudo, que indicam maior prevalência de AME nos primeiros meses de vida.

Esse é um resultado preocupante, pois o AME beneficia o desenvolvimento cognitivo, da primeira infância até a fase adulta, sendo o ideal a sua manutenção até o sexto mês de vida do bebê, quando se torna necessária a introdução da alimentação complementar, já que o leite materno, isoladamente, não supre mais todas as demandas nutricionais e energéticas da criança a partir de então<sup>21-23</sup>. Contudo, também é recomendada a manutenção do aleitamento materno complementar pela OMS até os dois anos ou mais<sup>24</sup>. Nesse contexto, a entrevista realizada no presente estudo representa uma fotografia do estágio em que a criança se encontrava, permitindo avaliar se algum alimento já havia sido oferecido em detrimento ao leite materno, o que poderia influenciar ou não o desmame precoce.

O estado nutricional é considerado um dos mais importantes fatores no monitoramento de saúde populacional<sup>23</sup> e é essencial no desenvolvimento de programas e políticas públicas de alimentação e nutrição. Segundo a pesquisa de Gonçalves et al (2015)<sup>9</sup>, o maior déficit de peso foi encontrado em crianças menores de três meses de idade, provavelmente em decorrência de o bebê ter nascido pequeno para idade gestacional (< 2.500g), ou decorrente de perda de peso biológica após o nascimento e a não recuperação do peso até o momento da entrevista, devido ao pouco tempo desde o nascimento. Esse resultado ~~que~~ corrobora com os dados do presente estudo, no qual a criança com muito baixo peso e baixa estatura para a idade tinha um mês de idade.

O risco de IAP associado ao excesso de peso está em consonância com pesquisas que indicam que crianças submetidas à IAP apresentam maior ganho de peso<sup>21,24</sup>. Apesar disso, uma criança apresentou sobrepeso enquanto estava em AME. Supõe-se que a criança pode ter nascido grande para a idade gestacional e mantido seu crescimento e ganho de peso em uma curva ascendente. Ainda assim, é ideal continuar com o AME em livre demanda até os seis meses de idade e aleitamento complementar até os dois anos ou mais<sup>10</sup>.

Diversos estudos confirmam a alta proporção de crianças que iniciam a alimentação complementar antes dos seis meses de idade<sup>5,9,21</sup>. No entanto, o aleitamento materno exclusivo (AME) desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças infecciosas, diarreia, desidratação e desnutrição, além de reduzir o risco de desmame precoce<sup>24</sup>. Embora os mecanismos de ação ainda não estejam totalmente elucidados, o AME também pode contribuir para a redução do risco de sobrepeso e obesidade ao longo da infância, além de favorecer o desenvolvimento infantil e o aumento da inteligência<sup>26</sup>.

O presente estudo demonstrou que a cada dez crianças, uma teve DP, quadro que pode apresentar complicações relacionadas à saúde e desenvolvimento ao longo da vida. Um estudo realizado na Austrália com 2.868 crianças demonstrou que crianças com DP antes dos quatro meses de vida apresentaram risco significativamente maior de ganho de peso<sup>27</sup>. Uma pesquisa realizada na Grécia também constatou significativamente maior prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a cinco anos de idade, em decorrência do desmame precoce<sup>26</sup>.

Fatores econômicos, sociais, psicológicos, culturais e de assistência à saúde

podem motivar a interrupção do aleitamento materno<sup>28</sup>. Por isso, evidencia-se a necessidade de ampliar as ações e estratégias de promoção do AME em todos os níveis de atenção à saúde, de forma continuada, desde o pré-natal, parto, puerpério, atendimentos e acompanhamento domiciliar, e durante as consultas de crescimento e desenvolvimento da criança<sup>16,23</sup>. Para além disso, é importante que sejam realizadas pesquisas para verificar o perfil psicossocial dessas mães e familiares, bem como os fatores causais do DP.

A oferta de alimentos para menores de quatro meses de idade ocorreu predominantemente com fórmula infantil e água/chá. Já a partir do quarto mês de vida, além dos alimentos citados, houve também a introdução de frutas e em menor número de suco de fruta e comida de sal.

Castilho, Fernandes & Höfelmann (2023)<sup>29</sup> observaram que famílias com níveis socioeconômicos mais elevados e consequentemente com menor risco de insegurança alimentar apresentam maior possibilidade para adquirir fórmulas infantis e tendem a prolongar seu uso.

Deste modo, é essencial expandir as ações de promoção do AME em todos os níveis de atenção à saúde, desde o pré-natal até o acompanhamento das crianças<sup>30</sup>, para uma implantação efetiva da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), além da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), da educação continuada e permanente em saúde, do matriciamento e qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Estudos sobre o consumo alimentar das crianças nos primeiros meses de vida se mostram importantes, pois trazem levantamentos que oferecem um recorte relevante dos hábitos alimentares desse público e orientam ações para a promoção do AME e da Introdução Alimentar Complementar adequada e saudável em tempo oportuno, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destaca-se o papel fundamental dos profissionais de saúde da Atenção Básica à saúde no acompanhamento das gestantes, puérperas e das crianças nos primeiros anos

de vida, visando um acompanhamento integral e longitudinal dessas famílias, atuando de forma multiprofissional, em um trabalho conjunto entre as equipes de Saúde da Família, equipe de Saúde Bucal e equipe Multiprofissional, seja em atendimentos individuais, compartilhados ou em atividades coletivas. Outro ponto importante é a necessidade do acompanhamento das gestantes e lactantes também por nutricionistas, a fim de repassar orientações e desmistificar crenças relacionadas ao aleitamento materno e alimentação. Por isso a importância de ampliar a inserção desse profissional nas equipes multiprofissionais da Atenção Básica à Saúde.

Embora os valores de AME apresentados na pesquisa estejam acima da realidade da região Centro-Oeste e do país, a presença de introdução da alimentação precoce em crianças menores de seis meses necessita de atenção, devido ao seu caráter essencial e insubstituível na saúde infantil.

Deste modo, observa-se a necessidade de realizar novos estudos com crianças menores de seis meses, ampliando o tamanho da amostra, com análise de comportamento e incluindo novas condicionantes sociodemográficas e econômicas maternas e familiares, para um panorama ainda mais próximo da realidade da população brasileira, identificando fatores subjacentes à introdução alimentar precoce.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade LD, Gomes DR, Pires NCC, Silva ILD, Oliveira EA, Oliveira DS. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. *Revista Cmbio.* 2021;20(4): 610–618. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v20i4.42450>
2. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2015;49: 16 p. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>
3. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practice: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

4. Rimes KA, Oliveira MI C, Boccolini CS. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública*. 2019;53: 10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000244>
5. Neves AM, Madruga SW. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100019>
6. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;(1): 93-104. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2168>
7. Souza FIS, Caetano MC, Ortiz TT, Silva SGL, Sarni RO. Complementary feeding of infants in their first year of life: focus on the main pureed baby foods. *Rev Assoc Med Bras [Internet]* 2014; 60(3): 231-235. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.03.011>
8. Jaime PC, Rauber F. Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN). In: Jaime PC, organizadora. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 51-59.
9. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, Spaniol AM, Nilson EAF, Moura IF. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019; 28(2):e2018358. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200012>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 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)
11. Flores TR, Neves RG, Wendt A, Santos C, Bertoldi AD, Nunes BP. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc saúde coletiva [Internet]* 2021;(2): 625-636. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.13152020>

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde - 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências (Brasil, grandes regiões e unidades da federação) [Internet]. IBGE (Coordenação de Trabalho e Rendimento), editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2015;100. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf>
13. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Fundação Oswaldo Cruz. Aleitamento materno: Aleitamento materno: prevalência e práticas entre crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI – 2019 [Internet]. Kac G, editor. Vol. 4. Rio de Janeiro: UFRJ; 2021;108. Disponível em: [https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4\\_ENANI-2019\\_Aleitamento-Materno.pdf](https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf)
14. Ministério da Saúde (BR). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, editors. Vol. Série G. Brasília: Ministério da Saúde; 2011;76. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)
15. Tavares EC, Rego MAS. Prematuridade e crescimento fetal restrito. In: Lopes FA, Campo D, organizadores. Tratado de pediatria: sociedade brasileira de pediatria. 2nd ed. Barueri : Manole; 2010. p. 1445–54
16. Bonfim LA, Croêlhas BSC, Zunta RSB. Tipos de aleitamento adotados por um grupo de mães de crianças de 0 a 2 anos de idade. LS. 2019; 6(1): 47-56. <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v6.n1.p47-56>
17. Braun ALBS, Guedes OA, Silva PV, Berger C, Denise Leda Pedrini S, Aranha AMF. Maternal Confidence for Breastfeeding and Infant Feeding Practices in a Brazilian Population. J Health Sci [Internet] 2019;21(2): 121-128. <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2019v21n2p121-128>
18. Vieira AB, Zanardo VPS, Zemolin GP, Sturmer J. Introdução Alimentar em crianças de 06 a 24 meses em um município do Oeste Catarinense. PERSPECTIVA,



<https://doi.org/10.31512/persp.v.46.n.173.2022.200.p.145-157>

19. Suárez-Cotelo M del C, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novío S. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004503433>
20. Viera CS, Rocha LC, Christoffel M, Toso BRG de O, Peres JF. Amamentação e o desenvolvimento pondo-estatural do lactente até o sexto mês de vida. *Semin. Cienc. Biol. Saude*. 2021;42(2): 179-186. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2021v42n2p179>
21. Lockyer F, McCann S, Moore SE. Breast Milk Micronutrients and Infant Neurodevelopmental Outcomes: A Systematic Review. *Nutrients* [Internet] 2021. [acesso em 2023 set 2] 13(11): 3848. <https://doi.org/10.3390/nu13113848>
22. World Health Organization (WHO). WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age (methods and development) [Internet]. Geneva; 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
23. Nuzzi G, Gerini C, Comberiat P, Peroni DG. The weaning practices: A new challenge for pediatricians? *Pediatr Allergy Immunol*. 2022; 33(Suppl. 27): 44-46. <https://doi.org/10.1111/pai.13627>
24. Mantzorou M, Papandreou D, Vasios GK, Pavlidou E, Antasouras G, Psara E, Taha Z, Poullos E, Giaginis C. Exclusive Breastfeeding for at Least Four Months Is Associated with a Lower Prevalence of Overweight and Obesity in Mothers and Their Children after 2–5 Years from Delivery. *Nutrients*. 2022;14(17): 3599. <https://doi.org/10.3390/nu14173599>
25. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group. 2016;475–90. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901024-7>

26. Torquato IMB, Lima AGA, Neto VL, Souza C, Júnior CP, Collet N. Padrão do Aleitamento Materno de Crianças. *Rev enferm UFPE*. 2018;12(10): 2514-21. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237050p2514-2521-2018>
27. Oddy WH, Mori TA, Huang RC, Marsh JA, Pennell CE, Chivers PT, et al. Early Infant Feeding and Adiposity Risk: From Infancy to Adulthood. *Ann Nutr Metab*. 2014;64(3–4):262–70. <https://doi.org/10.1159/000365031>
28. Brandão PR, Rosana F, Gomes MS, Passos TU. Avaliação da Introdução Alimentar de Crianças Assistidas por uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. *Rev Saúde Desenv Hum*. 2021;9(1): 1-9. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i1.6343>
29. Castilho BM de, Fernandes RC, Höfelmann DA. Intention of breastfeeding and association with sociodemographic, obstetric characteristics and experience with breastfeeding among pregnant women. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2023;23: e20220097. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000097-en>
30. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins AK. 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(3): 465-474. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>