

**Avaliação das principais práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças atendidas no Núcleo de Atenção a Mulher e Criança de Macaé - RJ**

**Evaluation of the main dietary practices in the first year of life of children assisted at the Center for Women and Child Care in Macaé - RJ**

DOI:10.34119/bjhrv4n2-420

Recebimento dos originais: 20/03/2021

Aceitação para publicação: 20/04/2021

**Sthepane Dorméa Araújo**

Graduação em Nutrição

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Campus Macaé  
Av. Aloísio da Silva Gomes, 50. Novo Cavaleiros, Macaé – RJ. CEP. 27930-560.  
E-mail. stephane.dormea@gmail.com

**Jane de Carlos Santana Capelli**

Doutor em Ciências

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Campus Macaé  
Av. Aloísio da Silva Gomes, 50. Novo Cavaleiros, Macaé – RJ. CEP. 27930-560.  
E-mail. jescapelli@gmail.com

**Alice Bouskelá**

Doutor em Ciências

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Campus Macaé  
Av. Aloísio da Silva Gomes, 50. Novo Cavaleiros, Macaé – RJ. CEP. 27930-560.  
E-mail. alice\_bouskela@hotmail.com

**Júlia Baptista Geminiani**

Mestre em Nutrição

Universidade Estácio de Sá – UNESA, Campus Macaé  
R. Luis Carlos de Almeida, 113 – Granja dos Cavaleiros, Macaé – RJ.  
CEP.27930-050  
E-mail. jugeminiani@gmail.com

**Fernanda Amorim de Moraes Nascimento Braga**

Doutor em Ciências

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Campus Macaé  
Av. Aloísio da Silva Gomes, 50. Novo Cavaleiros, Macaé – RJ. CEP. 27930-560.  
E-mail. fernanda.amorim@gmail.com

**RESUMO**

Introdução: A fase inicial da vida humana constitui um importante período de desenvolvimento e crescimento, na qual práticas alimentares inadequadas podem comprometer a saúde e o crescimento, elevando o risco de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Objetivo: Descrever os principais fatores que participam das práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças acompanhadas pelo Núcleo

de Atenção à Mulher e Criança de Macaé. Métodos: Estudo transversal e descritivo, realizado em 2017, no Núcleo de Atenção à Mulher e Criança (NUAMC, Aroeira, Macaé – RJ). A amostra foi conduzida por conveniência das mães de crianças entre zero e doze meses e que concordaram livremente em participarem da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi aplicado um questionário composto por perguntas fechadas e abertas a fim de avaliarem-se as variáveis maternas, variáveis infantis e avaliação dietética da criança, por meio de 12 questões objetivas e um questionário de frequência alimentar (QFA) semanal. Foram determinados os dados de frequência relativa. O protocolo da pesquisa foi aceito pelo Comitê de Ética (CAAE: 65072317.8.0000.5699). Resultados: Foram analisadas 40 crianças, maioria do sexo masculino (57,5%; n=23), que nunca fez uso da chupeta (57,5%; n=23) e peso ao nascer médio de 3197g. As variáveis maternas mostraram idade média de 26,8 ( $\pm 6,8$  anos), renda familiar de um salário mínimo (60,0%; n=24) e um filho (45,0%; n=18). Apenas 37,5% das mães estavam inseridas no mercado de trabalho e 52,5% delas possuía ensino médio completo. Todas as mães realizaram consultas de pré-natal, sendo a média de 10 ( $\pm 4$  consultas), e 62,5% delas (n=25) receberam informações sobre a alimentação no primeiro ano de vida. Apesar disso, 56,0% (n=23) achavam que o aleitamento materno exclusivo (AME) deve ir até o sexto mês de vida e 60,0% (n=24) acreditavam que a alimentação complementar (AC) deve ser iniciada com legumes e frutas. Quanto às práticas alimentares no primeiro ano de vida viu-se que: 25,0% das crianças (n=10) receberam AME nos primeiros seis meses de vida; 70,0% (n=28) receberam dois ou mais alimentos/bebidas nesse período. Das que já estavam em AC (n=20), observou-se o uso do sal (90,0%; n=18), gorduras (85,0%; n=17) e açúcar refinado (35,0%; n=7). A consistência ‘amassado’ foi presente para a maioria (55,0%; n=11) e o consumo pelo QFA mostrou que o biscoito doce era o mais consumido (50,0%; n=10) diariamente ou em quatro a seis vezes na semana. Conclusão: A amostra estudada foi predominante de meninos, de famílias com até um salário mínimo, onde a maioria recebeu informações sobre AME e AC, apesar dos índices de AME abaixo do encontrado para a região e Estado. Ainda, verifica-se a necessidade de ações educativas para a população de Macaé a fim de esclarecer sobre o AME além das políticas já existentes e principalmente sobre a AC.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Alimentação complementar. Nutrição do lactente. Hábitos alimentares.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The early stage of human life constitutes an important period of development and growth, in which inadequate feeding practices can compromise health and growth, raising the risk of developing Chronic Noncommunicable Diseases. **Objective:** To describe the main factors that participate in the feeding practices in the first year of life of children followed by the Center for Women and Child Care of Macaé. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study, conducted in 2017, at the Núcleo de Atenção à Mulher e Criança (NUAMC, Aroeira, Macaé - RJ). The sample was conducted by convenience of mothers of children between zero and twelve months and who freely agreed to participate in the research, with signature of the Informed Consent Form (ICF). A questionnaire composed of closed and open questions was applied in order to assess maternal variables, child variables and dietary assessment of the child, through 12 objective questions and a weekly food frequency questionnaire (FFQ). Relative frequency data were determined. The research protocol was accepted by the Ethics Committee (CAAE: 65072317.8.0000.5699). **Results:** Forty children were analyzed, majority male

(57.5%; n=23), who never used a pacifier (57.5%; n=23) and mean birth weight of 3197g. Maternal variables showed a mean age of 26.8 ( $\pm 6.8$  years), family income of one minimum wage (60.0%; n=24) and one child (45.0%; n=18). Only 37.5% of the mothers were in the labor market and 52.5% of them had completed high school. All mothers had prenatal visits, with a mean of 10 ( $\pm 4$  visits), and 62.5% of them (n=25) received information about feeding in the first year of life. Nevertheless, 56.0% (n=23) thought that exclusive breastfeeding (EBF) should go until the sixth month of life and 60.0% (n=24) believed that complementary feeding (CA) should be started with vegetables and fruits. Regarding feeding practices in the first year of life, we saw that: 25.0% of children (n=10) received EB in the first six months of life; 70.0% (n=28) received two or more foods/drinks during this period. Of those already on AC (n=20), the use of salt (90.0%; n=18), fats (85.0%; n=17) and refined sugar (35.0%; n=7) was observed. The 'crumpled' consistency was present for the majority (55.0%; n=11) and consumption by QFA showed that sweet cookie was the most consumed (50.0%; n=10) daily or four to six times a week. Conclusion: The sample studied was predominantly boys, from families with up to one minimum wage, where the majority received information about SMA and CA, despite the rates of SMA below those found for the region and state. Still, there is a need for educational actions for the population of Macaé in order to clarify about EB in addition to existing policies and especially about CA.

**Key words:** Breastfeeding. Complementary feeding. Infant Nutrition. Food habits.

## 1 INTRODUÇÃO:

Os primeiros anos de vida de uma criança são de essencial importância para que se tenha um desenvolvimento adequado. Sabe-se que a alimentação exerce função importante nesse processo e o consumo alimentar inadequado, em períodos críticos do desenvolvimento, está relacionado à ocorrência de morbimortalidades em crianças, podendo também influenciar negativamente o desenvolvimento e o crescimento infantis (FUZETO, 2010, CAVALCANTE, 2015).

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) publicou a versão atualizada do '*Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos de Idade*' que reforça a necessidade de manter o aleitamento materno até os dois anos ou mais da criança, sendo este exclusivo até os seis primeiros meses de vida. Isso deve-se ao fato do leite humano fornecer adequadamente todos os nutrientes necessários para o crescimento e ganho de peso do lactente, assim como está associado com maior proteção contra doenças infecciosas, garante proteção imunológica e está adaptado ao metabolismo da criança (BRASIL, 2019).

Aos seis meses de idade espera-se que haja a introdução de novas fontes alimentares, ato conhecido como alimentação complementar, que é definida como a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno, ou qualquer

alimento oferecido durante o período de alimentação complementar e que não seja o leite materno (BRASIL, 2019). Todavia, quando ocorre a introdução precoce de alimentos, ou seja, antes dos seis meses de idade, isto pode interferir na duração do aleitamento materno, assim como, pode prejudicar a absorção de nutrientes do leite materno ou até mesmo relacionar-se com doenças e reações alérgicas. Porém, a introdução tardia pode levar à desaceleração do crescimento da criança, aumento do risco de desnutrição e de deficiências de micronutrientes (CORRÊA, 2009).

Cabe acrescentar que a introdução alimentar também é influenciada por fatores externos, tais como, o contexto familiar, a condição socioeconômica e sociocultural que a criança está inserida, assim como o papel da mãe nos cuidados à criança (BRASIL, 2006). Para muitos autores, a mãe é considerada como referência na formação dos hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida e esses hábitos são capazes de interferir no estado de saúde e na nutrição ao longo da vida e, por isso, merece atenção (BORTOLINI, 2012).

A análise dos hábitos alimentares de um indivíduo ou grupo é complexo, pois exige a compreensão do comportamento alimentar, sendo este feito a partir das relações sociais e culturais nas quais o indivíduo está inserido (ALVES, 2007). Desta forma, estudos como este podem gerar informações capazes de alavancar as possibilidades de construção de instrumentos e ações, voltadas para a promoção da saúde do público avaliado. Com isto, a Unidade Básica de Saúde (UBS) tende a ganhar meios para a melhoria dos serviços, melhoras nos processos de capacitação da comunidade e aumento na qualidade de vida desta população atendida. Além disso, a universidade desempenha importante papel na promoção de saúde e contribui ativamente com o seu papel na formação social, acadêmica e profissional do estudante, na medida que colabora com as práticas de saúde pública (BAQUIÃO, 2019). Sendo assim, objetivou-se avaliar as principais práticas alimentares no primeiro ano de vida das crianças, a fim de identificar padrões prejudiciais e subsidiar intervenções nutricionais com o intuito de melhoria das condições de saúde.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo sobre as principais práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças. A pesquisa foi realizada após a aceitação e liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ – Campus Macaé sob o número CAAE: 65072317.8.0000.5699.

A amostra decorreu por conveniência realizada em sala de espera de uma unidade de saúde, com as mães de crianças que se encontravam no aguardo da consulta. Não houve distinção de gênero e crianças com idade entre zero e doze meses foram incluídas, desde que os responsáveis concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, antes do início da mesma. Não foram incluídas neste estudo as crianças com má formação congênita, gêmeas, aquelas submetidas à internação hospitalar por um período superior a sete dias, crianças diagnosticadas com alergias ou intolerâncias alimentares e crianças nascidas com peso inferior a 1.500g (FERREIRA, 2009).

O questionário aplicado foi composto por perguntas abertas e fechadas e foi elaborado com o objetivo de avaliar as questões do estudo, sendo elas as principais variáveis relacionadas com as práticas alimentares infantis e as práticas dietéticas realizadas com as crianças. Este questionário foi aplicado por pesquisador treinado previamente. As entrevistas não foram gravadas, visto que, apesar de conter perguntas abertas, o questionário a ser aplicado nesta pesquisa não visava avaliar crenças e valores inseridos nas práticas alimentares adotadas pela amostra analisada. Ainda, ressalta-se que esta pesquisa não pretendia limitar o tempo destinado para a aplicação do questionário e obtenção dos dados.

No que tange às variáveis maternas, estas foram a idade, escolaridade, renda familiar, paridade, esclarecimentos obtidos sobre aleitamento materno durante a gestação, número de consultas realizadas no pré-natal e informações recebidas sobre as formas de introdução da alimentação complementar. Quanto as variáveis infantis estudadas, estas foram: a idade atual, sexo, data de nascimento, peso ao nascer, que serão buscadas no cartão da criança e as informações das práticas alimentares e se fez uso da chupeta por meio da entrevista.

Realizou-se uma análise descritiva sobre o recebimento de informações específicas, durante as consultas de pré-natal, sobre a alimentação no primeiro ano de vida. Somente as mães que responderam afirmativamente terem recebido tais informações foram perguntadas sobre a duração do aleitamento materno exclusivo e sobre consistência e tipos de alimentos a serem introduzidos na alimentação complementar no primeiro ano de vida. A avaliação das práticas dietéticas deu-se então com todas as crianças estudadas a partir da aplicação de 12 questões objetivas, das quais foram coletadas informações sobre o recebimento do aleitamento materno, oferta de algum outro

alimento antes do sexto mês, formas de preparo da alimentação da criança, características de consistência da alimentação, forma de porcionamento e o momento da oferta de água.

A avaliação dietética contou ainda com a aplicação de um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) adaptado para os principais alimentos consumidos no primeiro ano de vida pela população brasileira. Este QFA apresentou alimentos e bebidas adequados ou não para a idade e, por tanto, foram analisados posteriormente separados em: alimentos/bebidas saudáveis ou alimentos/bebidas não saudáveis. Para a formação deste questionário e análise desses dados, utilizou-se como referência, as principais publicações relacionadas à alimentação no primeiro ano de vida, com os principais alimentos e preparações frequentemente consumidas por esta população. Desta forma, chegou-se a um questionário com 24 itens alimentares considerados adequados ou inadequados, tais como: frutas, leguminosas, bebidas açucaradas e industrializadas, biscoitos, produtos infantis e outros. A análise e interpretação dos dados ocorreu por meio do software Microsoft Excel®, versão 2010, com cálculos de média, desvio padrão, porcentagem, frequência e gráficos para a melhor visualização dos dados obtidos.

### 3 RESULTADOS

Foram analisadas as informações de 40 crianças (n=40) com idade entre 15 e 365 dias. A coleta dos dados ocorreu durante todo o mês de maio de 2017, nos dias de puericultura da Unidade de Saúde.

A amostra estudada foi composta em sua maioria por crianças do sexo masculino (57,5%), que não faziam uso da chupeta (57,5%) e com peso ao nascer médio de 3197g ( $\pm 615,9$ g) (dado não apresentado), sendo apenas 12,5% delas com peso ao nascer inferior a 2500g. No que se refere aos dados maternos, a idade mínima materna foi de 17 e a máxima de 41 anos ( $26,8 \pm 6,8$  anos), no entanto, a maioria tinha idade entre 30 e 40 anos (35%). Ainda, a escolaridade predominante foi o Ensino Médio completo (52,5%), com apenas uma pequena parcela com Ensino Superior completo (5%). Além disso, observou-se que a maioria apresentava renda familiar de até um salário-mínimo (60,0%) e apenas 37,5% (n=15) delas trabalhavam, no momento da aplicação da pesquisa, com jornada média de trabalho entre quatro e oito horas (80,0%; n=15). Dessas mães que trabalhavam a grande maioria (80,0%; n=12) teve licença maternidade, sendo o período de até quatro meses o predominante (66,7%; n=8) (Tabela 1).

A figura 1 ilustra as informações quanto à paridade e a realização do pré-natal das crianças estudadas. Observou-se que todas as mães realizaram regularmente o pré-natal

(dado não apresentado) e a maioria realizou entre 10 e 15 consultas (60,0%), sendo o número médio de consultas pré-natais de 10 ( $\pm 4$  consultas) (dado não ilustrado). Além disso, 18 mães possuíam apenas um filho (45% da amostra estudada), 10 tinham dois filhos (25,0%), enquanto 12 mães relataram ter três ou mais filhos (30,0%). Quanto ao recebimento de informações específicas sobre a alimentação infantil no primeiro ano de vida durante as consultas do pré-natal, viu-se que somente 15 mães (37,5%) relataram que não foi esclarecido quanto ao tipo de alimentação do bebê no primeiro ano de vida, sejam essas informações sobre o AME ou quanto à alimentação complementar. Dessas, 96,0% (n=25) foram aconselhadas sobre o aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida da criança (Figura 2).

A avaliação das variáveis sobre o conhecimento de informações específicas da alimentação infantil só decorreu com as mães que afirmaram terem recebido tais informações durante o pré-natal (n=25). A figura 3 ilustra a frequência relativa sobre o conhecimento dessas informações da alimentação infantil, quanto à duração do AME, qual o tipo de alimento deve ser iniciado na alimentação complementar e a consistência correta para o início dos alimentos sólidos. Percebeu-se que 56,0% (n=14) das mães entrevistadas achavam que o AME deve ir até o sexto mês de vida da criança e 40,0% (n=10) achavam que a duração deve ser até o quarto mês. Sobre o primeiro alimento a ser ofertado, a maioria (60,0%; n=15) acha que deve iniciar com legumes e frutas, enquanto uma parte acredita que deve ser iniciado com chás e/ou sucos de frutas (36,0%; n=9) ou feijões (4,0%; n=1).

A respeito da consistência que deveria ser inicialmente ofertada a alimentação, 17 mães (68,0%) acreditava que os alimentos devem ser amassados, enquanto quatro (16,0%) delas acreditam que a melhor opção é o alimento batido no liquidificador e três responderam que estes deveriam ser em pedaços (12,0%). Apenas uma mãe (4,0%) respondeu que os alimentos devem ser peneirados (Figura 3).

Das 40 crianças avaliadas, somente 25,0% delas (n=10) recebeu AME nos primeiros seis meses de vida. Além disso, das que não foram AME (n=30), aproximadamente 70,0% delas (n=20) receberam dois ou mais alimentos ou bebidas nesse período (Tabela 2). Os principais alimentos e bebidas consumidos pelas crianças são apresentados pela figura 4, onde viu-se que dos que consumiam dois ou mais, a combinação de água e suco foi a que mostrou maior prevalência seguido de água e fórmula, já dos que consumiram apenas um dos alimentos a fórmula infantil foi a mais ingerida, logo depois a água.

A tabela 3 apresenta dos resultados referentes às práticas alimentares realizadas pelas mães e/ou cuidadores, no que se referem ao uso do sal, açúcares, tipos de temperos e gorduras. A maioria dos responsáveis pela preparação da alimentação da criança alegou fazer o uso do sal de cozinha (90,0%; n=18) e gorduras (85,0% n=17), sendo o óleo vegetal o tipo de gordura mais utilizada (53,0% n=9), seguido do azeite (23,5% n=4) e da manteiga (23,5% n=4), que foram os outros tipos mencionados nas respostas das entrevistadas. Sobre o uso do tempero, 75,0% (n=15) consomem temperos naturais, tais como a cebola e alho ou não usam nenhum tipo de tempero (25% n=5). Quanto ao uso dos açúcares, viu-se que 55,0% (n=11) das mães responderam que não utilizam nenhum tipo de açúcar nas preparações, enquanto 35,0% delas (n=7) declararam o consumo do açúcar refinado. Cabe acrescentar que a maioria das crianças tinham suas refeições preparadas pelas mães (80,0%; n=20), seguido da avó materna ou paterna (12,0%; n=3), enquanto as demais eram igualmente preparadas por babás ou na creche (4,0%; n=1; respectivamente) (dados não apresentados).

Em relação à consistência da alimentação das crianças estudadas, a maioria (55,0%; n=11) recebe os alimentos amassados com o garfo, enquanto 30,0% (n=6) delas afirmaram já oferecer os alimentos em consistência igual a da família. Todavia, somente uma criança (5,0%) consome os alimentos batidos. Observou-se também que 80,0% (n=16) dos responsáveis pela alimentação das crianças arrumavam seus pratos de forma que os alimentos se apresentavam todos juntos e/ou misturados e 20,0% (n=4) responderam que organizavam os alimentos de maneira em que todos eram juntos, mas sem misturar no prato (Figura 5).

A tabela 4 apresenta a frequência do consumo alimentar das crianças e teve as variáveis foram separadas em alimentos/bebidas não saudáveis e alimentos/bebidas saudáveis, para melhor visualização e discussão dos resultados. Somente as crianças que já tinham iniciado a alimentação complementar tiveram esta análise realizada (n=20). Em relação ao consumo não saudável, observou-se que a maioria das crianças consome biscoitos doces (50,0%; n=10), farinhas infantis (35,0%, n=7) e *petit suisse* (30,0%; n=6) diariamente. Percebeu-se também que, de uma a três vezes na semana, as crianças estudadas consomem biscoitos e bolos recheados (25,0%; n=5), geleias de fruta ou do tipo mocotó (25,0%; n=5) e macarrão instantâneo (20,0%; n=4). Entre os alimentos e bebidas considerados saudáveis, notou-se que 90,0% das crianças avaliadas (n=18) consumiam água diariamente. Além disso, houve alto consumo de legumes e verduras (80,0%; n=16) e frutas (65,0%; n=13). Porém, o consumo de feijões só esteve presente



diariamente para quatro crianças (20,0%). Ainda, destaca-se que o consumo de 27 suco de frutas naturais esteve presente em 100,0% das crianças, sendo o consumo de uma a três vezes na semana o mais frequente (45,0%; n=9).

#### 4 DISCUSSÃO

Sabe-se que a condição socioeconômica é um importante fator relacionado com o crescimento e o estado de saúde em crianças menores de dois anos (SANTOS, 2012). Em nosso estudo, analisamos crianças de até um ano de vida e suas situações familiares. A maior parte das famílias era composta por mães entre 30 e 40 anos, com mais de um filho e ensino médio completo. Além disso, a renda salarial era, em sua maioria, de um salário-mínimo, e poucas dessas mães estavam empregadas atualmente. Um estudo realizado em Mamonas (Minas Gerais), onde se avaliou sobre o AME, os resultados encontrados foram semelhantes, com renda familiar inferior a um salário-mínimo (69,70%) e ensino médio completo (60,6%).

A idade média foi de 29 a 40 anos e 39,40% possuíam apenas um filho (DIAS, 2015). Outro estudo recente, para avaliação do aleitamento materno no Maranhão, mostrou que a maior frequência das mães (62,9%) estava em situação de desemprego (RIET, 2016). É conhecido que o grau de escolaridade materna afeta o esclarecimento e a assimilação das informações sobre o AM e AC, assim, Molina (2013) afirma que a baixa escolaridade pode ser um dos fatores principais que influenciam o desmame e a introdução alimentar precoce, provavelmente por serem menos esclarecidas quanto ao assunto e por apresentarem maior dificuldade na compreensão dos benefícios e da importância dessas práticas.

Em relação ao pré-natal, o MS sugere que este é o momento ideal para o esclarecimento de informações importantes às gestantes, tais como os benefícios e recomendações do AM, a fim de tornar mais confiante essa prática. Espera-se também que sejam passadas orientações sobre a alimentação complementar do bebê (MARIA, 2015). Neste estudo, todas as mães realizaram consultas de pré-natal, porém, somente metade delas, aproximadamente, receberam as devidas orientações específicas quanto à alimentação infantil e AME no primeiro ano de vida durante as consultas. Um estudo realizado em Salvador (BA) detectou que mães que não foram orientadas na gestação sobre AM, indicaram maior probabilidade de desmamarem precocemente (DINIZ et al. 2007). É também durante o pré-natal que é realizada as orientações específicas sobre o manejo adequado da amamentação, onde um acolhimento e escuta humanizados fazem

parte das ações de promoção do aleitamento materno na atenção pré-natal (OLIVEIRA, 2005).

Nesta pesquisa, a maioria das mães que receberam essas informações possuía o conhecimento correto sobre a duração do AME, assim como os primeiros alimentos a serem ofertados na AC. Apesar disso, encontramos uma frequência de apenas 25,0% das crianças recebendo AME até o sexto mês de vida. Esta frequência foi abaixo dos valores encontrados para a cidade de Macaé, em 2014, onde 75,4% das crianças estudadas recebiam AME, embora tenha tido um pequeno aumento na prática do aleitamento materno misto e uma queda na prática de AME, entre o ano de 2013 e 2014, sem identificação das principais causas para esse aumento. Todavia, mesmo com essa elevação, não se conseguiu atingir as recomendações do MS, assim como o estudo anterior (LYRIO, 2014).

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e é capaz de desenvolver de forma reflexiva e contribuir para a melhoria na qualidade de vida e alimentação (SANTOS, 2009), nesse caso, com a provável elevação da frequência do AME na população estudada. Ainda sobre o recebimento de informações alimentares no primeiro ano de vida, nosso estudo mostrou que a maioria acreditava que a AC deve ser iniciada por legumes e frutas, enquanto 1/3, aproximadamente, acha que deve ser iniciada por chás e/ou sucos de frutas. Um estudo semelhante analisou o conhecimento de 70 mães sobre o AME e AC, durante as consultas do pré-natal, onde eles encontraram maior percentual de respostas erradas quando questionadas sobre os primeiros alimentos a serem oferecidos ao iniciar a AC percebendo semelhança com os dados obtidos no presente estudo (CARVALHO, 2016).

Um estudo realizado com 2.857 crianças menores de dois anos na cidade de Campinas SP identificou que 20,6% delas já recebiam chá e 13,5% recebiam água antes de completar um mês de vida (BERNADI, 2009). Embora o estudo aqui apresentado não tenha feito nenhuma análise quantitativa, em relação ao consumo de sucos de frutas e sua introdução, sabe-se que eles são comumente os alimentos mais consumidos nessa fase inicial, como demonstrado no estudo de Marques (2013), que identificou um consumo precoce de suco de frutas por crianças com média de 5.5 meses de idade.

Em relação à consistência da AC, a maioria (55,0%) das crianças estudadas em nossa pesquisa recebeu os alimentos amassados com o garfo e, apenas, uma recebia os alimentos batidos. No estudo de Golin (2011), observou-se que 49,4% das crianças estudadas recebiam os alimentos liquidificados e peneirados, demonstrando um padrão

de maior inadequação. Segundo o Guia Alimentar para Menores de Dois Anos, a introdução da AC deve ser lenta e gradual, de forma que os alimentos sejam espessos, ofertados amassados, desfiados ou picados em pequenos pedaços, com evolução gradativa da consistência até atingir a alimentação da família, entre oito e doze meses de idade (BRASIL, 2019).

Quanto ao consumo do açúcar, o mesmo só pode ser adicionado à alimentação da criança após dois anos de idade e, mesmo assim, recomenda-se moderação (BRASIL, 2019). Este estudo observou que a maioria (55,0%) não fazia uso, no entanto, uma criança tinha o hábito de consumir adoçantes dietéticos e sete faziam uso do açúcar refinado. Em relação à pesquisa realizada por Corrêa (2009) 55,2% das crianças já tinham recebido o alimento antes do primeiro ano de idade. Outro estudo alertou quanto ao açúcar de acréscimo nas preparações mesmo em crianças menores de seis meses ao qual foi identificada elevada frequência (CAETANO, 2010).

De modo geral, a análise da frequência alimentar mostrou que houve consumo dos alimentados considerados não saudáveis em nosso estudo, tais como sucos industrializados, biscoitos doces, *petit suisse* e iogurtes. No entanto, os números aqui apresentados são menores do que os vistos por Marinho e colaboradores (2016), que analisou a situação da alimentação complementar de 218 crianças de seis a 24 meses de idade, residentes/atendidas em Macaé. Os autores encontraram um alto consumo (70,0%) de bebidas açucaradas, principalmente dos sucos industrializados, porém, com maior consumo de frutas em relação à nossa amostra (93,1% vs 65,0% no consumo diário) (MARINHO, 2016).

Em contrapartida, o consumo de legumes e verduras foi expressivo na amostra estudada, onde 80,0% fez uso diário desse grupo alimentar. Identificou-se uma expressiva queda no consumo de frutas em 48,2% das crianças estudadas por Garcia (2011). Demonstrado também em um estudo realizado com crianças brasileiras de seis a 59 meses, o qual observou um consumo diário de frutas em 44,6% das crianças e um consumo de legumes em, aproximadamente, 20,0% da amostra avaliada (BORTOLINI, 2012).

Por fim, é importante dizer que nosso estudo apresenta limitações, tais como o curto tempo para a coleta dos dados e a presença de apenas um entrevistador disponível. Além disso, para alguns dados, as análises quantitativas poderiam expressar melhor a realidade da amostra avaliada. Esta pesquisa foi capaz de identificar alguns padrões prejudiciais que interferem na prática adequada do aleitamento materno, assim como a

alimentação complementar nas crianças menores de um ano de idade. Desta forma, apesar dessas limitações, espera-se contribuir e subsidiar intervenções nutricionais através da educação alimentar coletiva e individual, com o intuito de melhorar as condições de saúde da população ali assistida.

## 5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos pelo presente estudo, observou-se que a amostra estudada era composta por meninos, famílias com mais de um filho, renda familiar de até um salário-mínimo e com aproximadamente 1/3 das mães inseridas no mercado de trabalho. Além disso, a realização das consultas do pré-natal esteve presente em todas as crianças estudadas, onde a maioria recebeu informações sobre o AME e alimentação no primeiro ano de vida, embora tenha sido identificado o início da alimentação complementar precoce. Sobre as práticas alimentares, conclui-se que quase a metade fazia consumo de açúcar refinado e verificou-se também consumo de alimentos considerados não saudáveis, principalmente biscoitos e *petit suisse*; e alimentos saudáveis.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Hayda Josiane; BOOG, Maria Cristina Faber. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 41, n. 2, p. 197-204, abr. 2007.

BAQUIÃO, L. S. M., COSTA, A. M. B. A interação entre instituição de ensino e serviço de saúde: estágio em saúde coletiva. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, v. 2, n. 4, p. 3599-3602, 2019.

BERNADI J.L.D et al. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Rev Panam Salud Publica, São Paulo*, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.: Il.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.28, Setembro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: 2006.

CAETANO, M.C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *Jornal de Pediatria, SBP*, 2010.

CARVALHO J.L.S. Et al. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. *Saúde em Redes. Piauí*, 2016.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*, v. 86, n. 3, p. 179-188, 2010.

CAVALCANTE, I. S. Frequência de consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável entre crianças de 1 a 5 anos em uma população de baixa renda no Distrito Federal. 2015. 24 f., il. Monografia (Bacharelado em Nutrição) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CORRÊA, A.E et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr*, 2009.

DIAS E.G, Santos, MRA, Pereira PG. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de mamonas-mg em 2013. *Rev Contexto & Saúde*. 2015; 15(29);81-90.

DINIZ, A.B. et al. Influência do perfil sócio-econômico no aleitamento materno em Salvador, Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, v.77, p.13-22, 2007.

FUZETO, K.L.R; OLIVEIRA A.C.L. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 2010.

GARCIA, M. T.; GRANADO, S. F.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, fevereiro, 2011.

GOLIN, C.K. et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo. Rev Paul Pediatr, 2011.

LYRIO, I.F. et al. SITUAÇÃO DA PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO NA ATENÇÃO BÁSICA DE MACAÉ, EM 2014. UFRJ. Campus Macaé. Macaé, 2014.

MAIA E.M, Santiago LB, Sampaio ACF, Lamounier JA. Programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo para mães trabalhadoras da iniciativa privada. Rev Med Minas Gerais. 2015;

MARINHO, L.M.F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):977-986, 2016.

MOLINA, F. R.; GIL, N. L. M.; VICTORIANO, S. V. Z. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no município de Marialva-Paraná. Revista Uningá, Maringá-PR, n. 38, p. 71-83, out./dez. 2013.

RIET N.F.A, Coimbra LC. Caracterização do aleitamento materno em São Luiz, Maranhão. Rev Pesq Saúde. 2016;17(1):7-12.

SANTOS, A.M.A. et al. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural. Rev. Econ. Sociol.Rural vol.50 no.3 Brasília, 2012.

SANTOS, R.V. et al. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

Tabela 1. Caracterização das crianças estudadas e atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (Macaé, RJ), segundo as características sociodemográficas, 2017.

Variáveis (N=40)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
<b>Sexo da criança</b>		
Masculino	23	57,5
Feminino	17	42,5
<b>Idade da criança (dias)</b>		
0 —  30	4	10,0
30 —  120	10	25,0
120 —  180	6	15,0
180 —  300	8	20,0
300 —  365	12	30,0
<b>Uso da chupeta</b>		
Sim	17	42,5
Não	23	57,5
<b>Peso ao nascer</b>		
≤2500g	5	12,5
>2500g	35	87,5
<b>Idade materna (anos)</b>		
15 —  21	1	2,5
21 —  30	12	30,0
30 —  40	14	35,0
40 —  45	13	32,5
<b>Escolaridade materna</b>		
Analfabetismo	0	0,0
Ensino fundamental completo	17	42,5
Ensino médio completo	21	52,5
Ensino superior completo	2	5,0
Pós-graduação	0	0,0
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>		
0 —  1	24	60,0
1 —  3	12	30,0
3 —  6	4	10,0
6 —  10	0	0,0
<b>Trabalho atual</b>		
Sim	15	37,5
Não	25	62,5
<b>Jornada de trabalho atual <sup>(1)</sup></b>		
4 —  8	12	80,0
8 —  12	3	20,0
<b>Licença maternidade <sup>(1)</sup></b>		
Sim	12	80,0
Não	3	20,0
<b>Tempo da licença maternidade (meses) <sup>(2)</sup></b>		
0 —  4	8	66,7
4 —  6	4	33,3

Legenda: (1) Número da amostra: n=15; (2) Número da amostra: n=12.

Figura 1. Dados da frequência relativa da paridade e número de consultas realizadas do pré-natal em mães atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (n=40). Macaé (RJ), 2017.

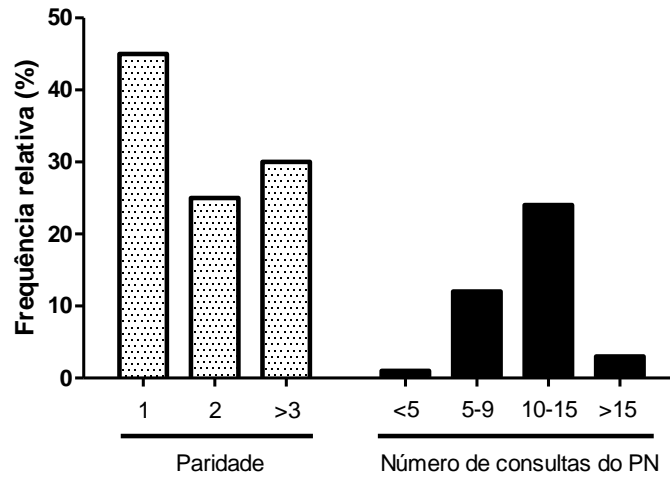


Figura 2. Dados da frequência relativa do recebimento de informações específicas quanto à alimentação infantil e aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida durante as consultas do pré-natal em mães atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC. Macaé (RJ), 2017.

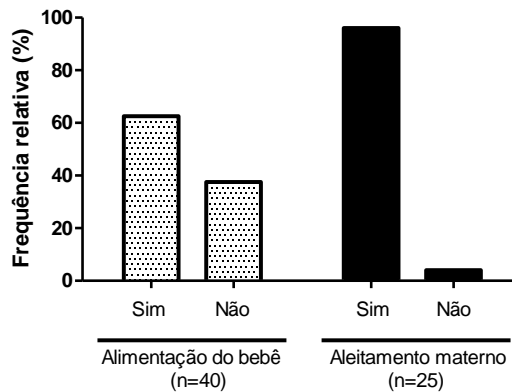


Figura 3. Dados da frequência relativa sobre os conhecimentos maternos quanto à duração do aleitamento materno exclusivo e características da alimentação complementar infantil em mães atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (n=25). Macaé (RJ), 2017.

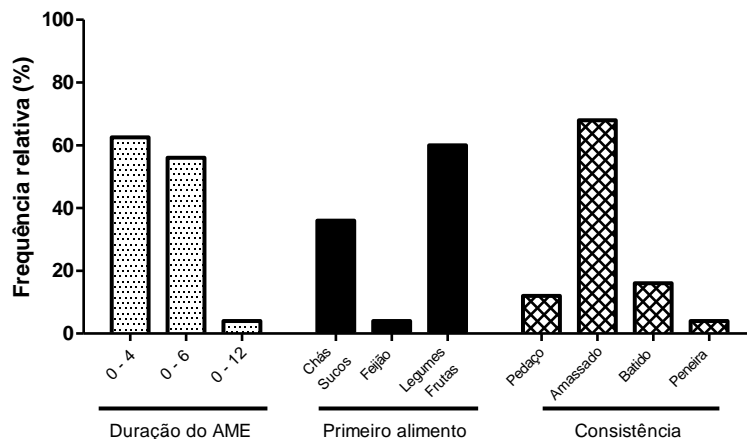




Tabela 2. Dados sobre aleitamento materno e introdução dos alimentos realizados nos primeiros seis meses de vida em crianças estudadas e atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (Macaé, RJ), 2017.

Variáveis (N=40)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
<b>Aleitamento materno exclusivo até o 6º mês</b>		
Sim	10	25,0%
Não	30	75,0%
<b>Alimento consumido antes do 6º mês <sup>(1)</sup></b>		
1 alimento	10	33,3%
2 ou mais alimentos	20	66,7%

Legenda: <sup>(1)</sup> Numero da amostra; N= 30

Figura 4. Dados da frequência relativa dos principais alimentos e bebidas consumidos, antes do sexto mês, por crianças atendidas no Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (n=30). Macaé (RJ), 2017.

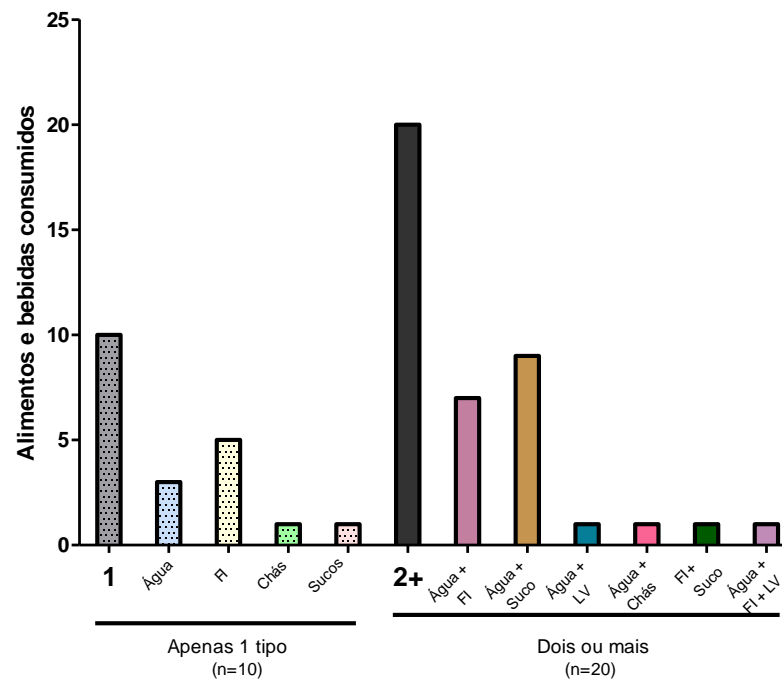


Tabela 3. Dados referentes às práticas alimentares quanto ao uso de sal, açúcares, tipos de temperos e gorduras, das crianças estudadas e atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC. Macaé (RJ), 2017.

Alimentos (N=20)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
<b>Sal</b>		
Sim	18	90,0
Não	2	10,0
<b>Gordura</b>		
Sim	17	85,0
Não	3	15,0
<b>Tipo de gordura</b>		
Azeite	4	23,5
Manteiga	4	23,5
Óleo	9	53,0
<b>Temperos</b>		
Cebola/alho	15	75,0
Temperos prontos	0	0,0
Nenhum	5	25,0
<b>Açúcares</b>		
Açúcar refinado	7	35,0
Mel	1	5,0
Adoçante	1	5,0
Nenhum	11	55,0

Figura 5. Dados da frequência relativa da consistência da alimentação e arrumação do prato de crianças atendidas no Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC (n=20). Macaé (RJ), 2017.

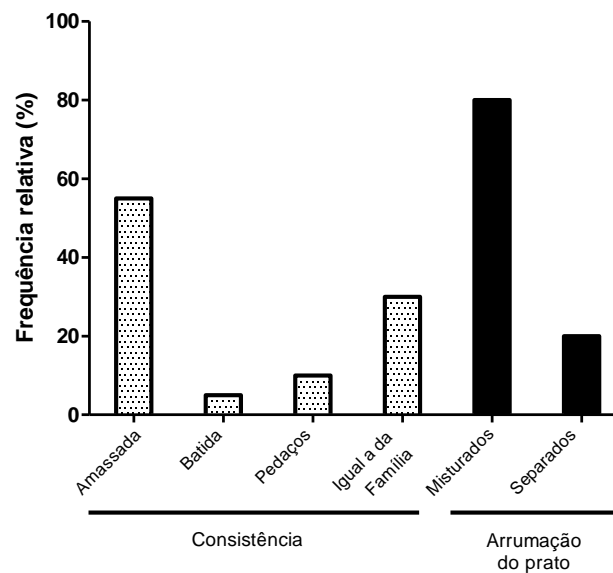


Tabela 4. Dados referentes à frequência do consumo alimentar das crianças estudadas e atendidas pelo Núcleo de Atenção à Mulher e Criança – NUAMC. Os alimentos e bebidas foram categorizados em não saudável ou saudável. Macaé (RJ), 2017.

Itens Alimentares	Frequência do consumo alimentar semanal			
	Diária	4 a 6 vezes/semana	1 a 3 vezes/semana	Não consome
<b><u>Não saudável</u></b>				
Achocolatados	0 (0,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	19 (95,0%)
Açúcar	3 (15,0%)	2 (10,0%)	1 (5,0%)	14 (70,0%)
Biscoitos e bolos recheados	2 (10,0%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)	13 (65,0%)
Biscoitos doces	10 (50,0%)	6 (30,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)
Biscoitos salgados	5 (25,0%)	5 (25,0%)	2 (10,0%)	8 (40,0%)
Doces	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (20,0%)	16 (80,0%)
Farinhas infantis	7 (35,0%)	2 (10,0%)	4 (20,0%)	7 (35,0%)
Geleias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)	15 (75,0%)
Iogurtes	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	18 (90,0%)
Leite fermentado	1 (5,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	18 (90,0%)
Macarrão instantâneo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (20,0%)	16 (80,0%)
Papas industrializadas	1 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	18 (90,0%)
Petit suisse	6 (30,0%)	4 (20,0%)	5 (25,0%)	5 (25,0%)
Refrigerantes	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)	18 (90,0%)
Suco de fruta industrializado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)	18 (90,0%)
<b><u>Saudável</u></b>				
Água	18 (90,0%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Arroz e cereais	9 (45,0%)	2 (10,0%)	3 (15,0%)	6 (30,0%)
Chás	2 (10,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	17 (85,0%)
Farinhas	1 (5,0%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)	18 (90,0%)
Feijões e leguminosas	4 (20,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	2 (10,0%)
Frutas	13 (65,0%)	4 (20,0%)	2 (10,0%)	1 (5,0%)
Legumes ou verduras	16 (80,0%)	2 (10,0%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)
Macarrão	4 (20,0%)	5 (25,0%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)
Suco de fruta natural	6 (30,0%)	5 (25,0%)	9 (45,0%)	0 (0,0%)