

PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Feeding practices in the first year of life: challenges to food and nutrition policies

Lorena dos Santos Tinôco^a , Clélia de Oliveira Lyra^b ,
Tamires Carneiro de Oliveira Mendes^b , Yan Nogueira Leite de Freitas^{c,*} ,
Adriana Souza da Silva^b , Ana Maria Silva Souza^a , Maria Ângela Fernandes Ferreira^b 

RESUMO

Objetivo: Avaliar as práticas alimentares em menores de um ano de idade, de acordo com as políticas de alimentação e nutrição.

Métodos: Estudo transversal descritivo, com dados secundários da Chamada Neonatal no Estado do Rio Grande do Norte. A amostra analisada foi de 837 pares mãe/filho menor de um ano de idade, e observou-se a prevalência de dados do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), na primeira hora de vida, parcial e total, assim como dos alimentos ingeridos pelas crianças nas últimas 24 horas anteriores à entrevista. Por meio da análise de probitos, estimaram-se as probabilidades de consumo dos alimentos por idade da criança, em dias.

Resultados: A prática de aleitamento na primeira hora de vida foi relatada por 64,8% (IC95% 62,4–70,8) das mães entrevistadas e, ao final do primeiro ano de vida, 60% (IC95% 56,41–63,07) das crianças ainda estavam sendo amamentadas. A mediana de aleitamento exclusivo foi de 63 dias (IC95% 60–67). Água ou chá, alimentos lácteos, frutas, legumes e verduras foram introduzidos precocemente, com medianas menores que 180 dias. Observou-se por análise de probitos que o consumo de leite materno tendeu a diminuir e o de alimentos a aumentar, de acordo com a idade da criança, com aumento exponencial do grupo “alimentos não saudáveis”.

Conclusões: Apesar de a maioria das crianças ser amamentada até um ano de vida, poucas estavam em aleitamento exclusivo. Alimentos foram introduzidos precocemente, com aumento do consumo dos não saudáveis, resultando em inadequação da qualidade alimentar frente ao preconizado pelas políticas públicas de alimentação e nutrição.

Palavras-chave: Nutrição do lactente; Aleitamento materno; Comportamento alimentar; Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the feeding practices for infants under one year of age, according to food and nutrition policies.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study based on secondary data from the *Chamada Neonatal* project (research on prenatal, childbirth, and infant care) in the state of Rio Grande do Norte. The sample analyzed comprised 837 mother/child (under one year of age) pairs. We found a prevalence of data on exclusive breastfeeding (EBF) in the first hour of life – partial and total –, as well as on food consumed by children 24 hours prior to the interview. We estimated the probability of consumption according to the child's age in days using the probit analysis.

Results: Among the interviewed mothers, 64.8% (95%CI 62.4–70.8) declared breastfeeding in the first hour of life, and 60% (95%CI 56.41–63.07) of the children were still breastfed at the end of their first year of life. The median duration of EBF was 63 days (95%CI 60–67). Water or tea, dairy products, fruits, and vegetables were introduced early, with medians lower than 180 days. The probit analysis revealed that the consumption of breast milk tended to decrease and food intake to increase as the child gets older, with exponential growth in the “unhealthy food” group.

Conclusions: Although most children were breastfed up to one year of life, few did so exclusively. Foods were introduced early, with increased consumption of unhealthy ones, resulting in inadequate dietary quality according to recommendations from food and nutrition public policies.

Keywords: Infant nutrition; Breast feeding; Feeding behavior; Public health.

*Autor correspondente. E-mail: nlfyan@hotmail.com (Y.N.L. Freitas).

^aCentro Universitário do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

^cUniversidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Recebido em 15 de dezembro de 2018; aprovado em 20 de abril de 2019; disponível on-line em 28 de julho de 2020.

INTRODUÇÃO

As crianças até os seis meses não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água.¹ A introdução de líquidos ou sólidos antes dos seis meses diminui a duração e a frequência do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes, como o ferro, reduz a eficácia da lactação no período intergestacional e aumenta a morbimortalidade infantil.²

Após os seis meses, deve-se administrar alimentação complementar apropriada, mas a amamentação precisa continuar até o segundo ano de vida ou mais. Aos seis meses, deverão ser oferecidos alimentos inicialmente em consistência pastosa (papa salgada e papa de fruta) até chegar à alimentação da família, o que deve ocorrer a partir dos oito meses de idade.³

Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil se preocupa com a promoção do aleitamento materno e a qualidade da alimentação complementar das crianças menores de dois anos. O MS, com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabeleceu os “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos”, orientando mães e profissionais de saúde.⁴ Posteriormente, o MS, por meio da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), propôs a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) como um instrumento para fortalecer as ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS).³

Apesar de todas as evidências científicas que provam a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação da criança menor de um ano, e mesmo com a existência das políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para crianças, as taxas de aleitamento materno no Brasil e a qualidade da alimentação, principalmente no Nordeste, estão bastante aquém do recomendado, contribuindo para os níveis de morbimortalidade infantil ainda altos no país.⁵ Portanto, conhecer o perfil da introdução dos alimentos é importante para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, como a continuidade da amamentação.⁶ Assim, o objetivo do estudo foi avaliar as práticas alimentares em menores de um ano de idade, de acordo com o que é recomendado pelas políticas públicas de alimentação e nutrição.^{3,4,7-9}

MÉTODO

Este estudo transversal utilizou o banco de dados da pesquisa nacional de base populacional intitulada “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010”,¹⁰ que envolveu mães e crianças menores de um ano que compareceram na primeira etapa da campanha de multivacinação em 12 de junho de 2010, em 252 municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil. Neste estudo, foram utilizados dados de

nove municípios do Rio Grande do Norte – RN (Natal, Currais Novos, Mossoró, Caicó, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Ceará-Mirim e Parnamirim) prioritários para o pacto.¹⁰

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se uma prevalência de 35,9% para o desfecho “qualquer complicação durante a gravidez” no Rio Grande do Norte, já que o objetivo principal da Chamada Neonatal não foi investigar o aleitamento materno, com erro de 4,0% e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A amostra, assim, foi composta de 837 pares mãe/filho (482 da capital e 355 do interior), que foram recrutados a partir de uma amostragem por conglomerados em dois estágios: no primeiro, foram sorteados os postos de vacinação, e no segundo, definiu-se uma fração de sorteio para cada posto, para efetivação da seleção sistemática na fila de vacinação.¹⁰

Nesta pesquisa, participaram somente crianças menores de um ano de idade, moradoras do mesmo município do posto de vacinação onde se realizou o estudo e que não eram gemelares ou adotadas. Caso a mãe tivesse duas crianças menores de um ano de idade, a criança mais nova foi recrutada para o estudo, na tentativa de diminuir o viés de memória da mãe.

O instrumento de coleta dos dados foi o formulário padrão elaborado e pré-testado pelos pesquisadores da Chamada Neonatal, aplicado nos postos de vacinação ou em visita domiciliar (neste caso, somente nas capitais para crianças menores de três meses de idade não acompanhadas pela mãe).

As variáveis dependentes foram obtidas a partir dos seguintes indicadores:

- Aleitamento materno na primeira hora de vida: foram consideradas respostas positivas aquelas em que a criança foi amamentada logo após o nascimento, na primeira hora de vida.
- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): foram consideradas respostas positivas o consumo de leite materno nas últimas 24 horas antecedentes à entrevista e negativa aos demais alimentos questionados, conforme recomendação da OMS, em que o limite de 24 horas é utilizado para reduzir vieses de memória da informante.
- Aleitamento Materno Misto (AMM): quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite nas últimas 24 horas antecedentes à entrevista.
- Aleitamento Materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Também foi considerada variável dependente a alimentação complementar, avaliada a partir de grupos alimentares com características nutricionais comuns, baseados no MS,⁴ resultando, assim, em oito grupos de alimentos: leite materno; água ou chá; frutas, legumes e verduras (suco de fruta, frutas, legumes/verduras, açaí); alimentos

láticos (mingau com leite, outro leite); cereais e tubérculos (mingau sem leite, batata/mandioca/cará/inhame/mandioquinha, farinha de mandioca); cereais refinados (biscoitos/bolachas/pães/bolos); “alimentos não saudáveis” (salgadinhos de pacote, refrigerantes, balas/bombons/pirulitos/doces de bar); e comida da família/panela.

Quanto às variáveis independentes, foram consideradas a idade da criança, a idade da mãe, a escolaridade materna, o local de residência (capital ou interior), a adesão a algum programa de renda do governo federal e o tempo, em dias, de introdução dos grupos de alimentos em relação à idade da criança, estimado por meio da análise de probitos.¹¹

Os dados foram tabulados no *software* Stata 12.0 e uma análise descritiva possibilitou a caracterização da amostra de acordo com as variáveis investigadas. Além disso, buscou-se a

probabilidade de introdução alimentar por idade da criança, em dias, por meio de uma análise de probitos.¹²

RESULTADOS

Neste estudo, foram entrevistados 837 pares mãe/filho menor de um ano de idade. A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra segundo as características da população de estudo.

A prática de aleitamento na primeira hora de vida foi relatada por 64,8% (IC95% 62,4–70,8) das mães entrevistadas, com maior percentual para a capital (66,6%; IC95% 66,6–68,6). No entanto, chama a atenção o percentual de AME (20%; IC95% 14,1–25,8). Além disso, observou-se que, no momento da entrevista, mais da metade das crianças (55,1%; IC95% 49,3–60,7) estava em

Tabela 1 Distribuição ponderada* da população estudada nos nove municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil que participaram da Chamada Neonatal, segundo características sociodemográficas. Rio Grande do Norte, 2010.

Variáveis	Categorias	n	%	IC95%
Sexo da criança	Feminino	408	48,8	45,1–52,5
	Masculino	429	51,2	47,5–54,9
	Total	837	100	
Idade da criança	>6 meses	403	48,1	43,6–52,6
	<6 meses	434	51,9	47,4–56,4
	Total	837	100	
Idade da mãe	<20 anos	145	17,5	15,9–19,2
	20 a 29 anos	458	55,2	52,5–57,9
	≥30 anos	226	27,3	24,7–30,2
	Total	829	100	
Escolaridade da mãe	Ensino fundamental incompleto (0 a 7 anos)	202	24,3	19,2–30,2
	Ensino fundamental completo (8 a 10 anos)	257	31,0	26,3–36,1
	Ensino médio completo (≥11 anos)	371	44,7	35,7–54,1
	Total	830	100	
Raça da mãe	Branca	279	33,4	29,7–37,4
	Parda	444	53,2	48,9–57,5
	Negra	94	11,2	9,4–13,2
	Amarela e indígena	18	2,2	-4,6–9,0
	Total	835	100	
Chefe de família	Mãe	199	23,8	18,7–29,8
	Outra pessoa	636	76,2	70,2–81,3
	Total	835	100	
Beneficiário de algum programa de renda	Não	591	70,9	67,2–74,6
	Sim	243	29,1	23,4–34,8
	Total	834	100	
Localidade de residência	Capital	482	57,6	53,2–62,0
	Interior	355	42,4	37,3–47,5
	Total	837	100	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *ponderada para representar a proporcionalidade de participação de cada criança no conjunto da amostra em cada um dos municípios avaliados, conforme distribuição censitária de 2010.

AMM, e 75,9% (IC95% 73,0–78,8), em AM. Destaca-se, ainda, que a mediana do tempo para AME e AM foi de 63 dias (IC95% 60–67) e 358 dias (IC95% 353–364), respectivamente.

A Figura 1 mostra o percentual de AME e AM de acordo com os dias de vida das crianças investigadas. Nela, é possível observar que quase a totalidade das crianças foi amamentada nos primeiros 30 dias de vida, a redução do percentual de AM ocorre de forma lenta e gradual e, próximo de completar o primeiro ano de vida, 60% (IC95% 56,41–63,07) das crianças ainda estavam sendo amamentadas. Já o AME mostra percentuais muito menores: nos primeiros 30 dias de vida, mais da metade das crianças não estava recebendo leite materno exclusivamente, percentual que aumentou com o decorrer dos dias: 70% aos 120 dias, quase 90% aos 150 dias e 100% aos 180 dias.

Na Tabela 2 são apresentadas as medianas de introdução desses grupos de alimentos, em dias, e na Figura 2, as curvas de probabilidade de introdução dos alimentos, de acordo com a idade da criança, em dias, calculadas por meio da análise de probitos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, com uma amostra considerável em relação a outros estudos semelhantes,¹³⁻¹⁶ observa-se algumas práticas satisfatórias de amamentação no RN, com a maior parte das crianças de até um ano de idade ainda sendo amamentada e tendo mamado na primeira hora de vida. Porém, faz-se necessário ações, programas

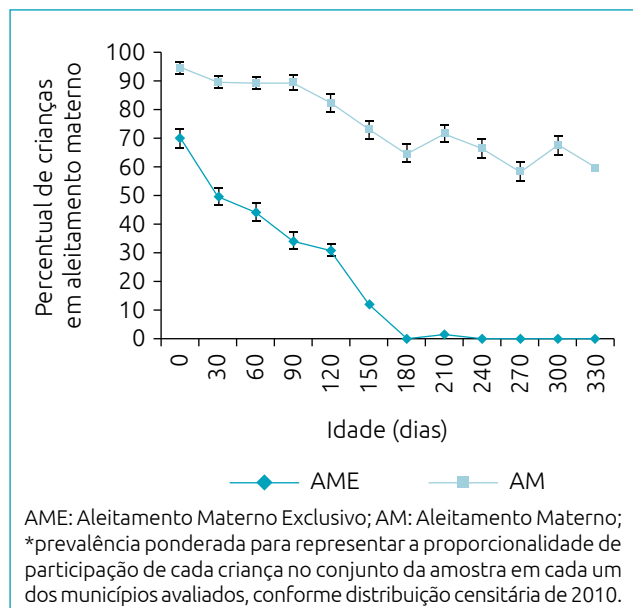


Figura 1 Percentual* de aleitamento materno, exclusivo e total, nos nove municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil que participaram da Chamada Neonatal, segundo idade da criança (dias). Rio Grande do Norte, 2010.

e estratégias que reduzam a prevalência da introdução de outros alimentos precocemente, especialmente dos não saudáveis.

Em 2009, 67,7% das crianças das capitais brasileiras e do Distrito Federal mamaram na primeira hora de vida,¹⁷ ao passo que em Natal, capital do Rio Grande do Norte, esse percentual foi

Tabela 2 Medianas de idade em dias de introdução dos alimentos em crianças menores de um ano, dos nove municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil que participaram da Chamada Neonatal. Rio Grande do Norte 2010.

Alimentos	Mediana (dias)	IC95%
Água e chá	80	75,6–84,3
Frutas, legumes e verduras	141	137,7–144,3
Alimentos lácteos	119	111,0–127,0
Cereais e tubérculos	208	204,4–211,6
Cereais refinados	234	230,2–237,8
“Alimentos não saudáveis”*	364	362,4–365,6
Comida da família/panela	234	230,9–237,1

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *salgadinhos de pacote, refrigerantes, balas/bombons/pirulitos/doces de bar.

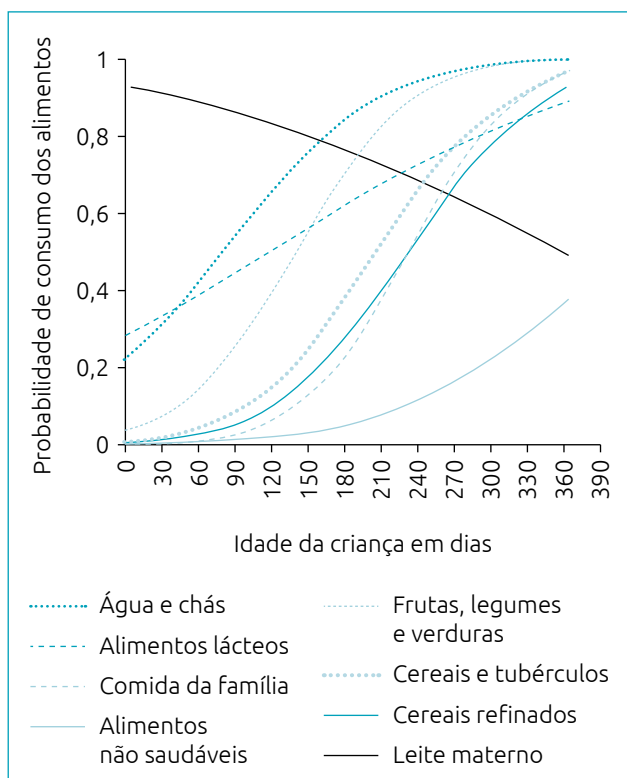


Figura 2 Probabilidade de consumo de alimentos por idade, em dias, das crianças menores de um ano dos nove municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil que participaram da Chamada Neonatal. Rio Grande do Norte, 2010.

de 66,6%, durante os anos de 2009 a 2010, de acordo com esta pesquisa. No entanto, sabe-se que o percentual encontrado em Natal pode ser considerado bom, segundo a OMS.¹⁰ Dados gerais do Nordeste revelaram que a mamada na primeira hora, passo quatro da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), foi fator protetor no conjunto das crianças menores de seis meses de idade, conferindo componentes imunológicos e probióticos.^{10,8}

A duração da mediana de AME encontrada mostra que as crianças avaliadas começaram o processo de desmame muito cedo, pois já no primeiro mês de vida mais da metade delas não estava recebendo leite materno de forma exclusiva, mediana bem inferior ao recomendado pela OMS.¹ Por outro lado, o percentual de AME encontrado é considerado razoável, segundo a classificação da OMS⁷. As prevalências de AME em menores de seis meses raramente ultrapassaram os 50%, como observado nos trabalhos mais recentes: 28,0% no Piauí,¹² 4,0 % em Minas Gerais,¹⁵ 34,8% no Rio de Janeiro¹⁶ e na revisão sistemática de Uema et al.¹³

Em relação ao tempo de AM, observou-se que mais da metade das crianças era amamentada, o que garante que, mesmo que tenha sido introduzido precocemente outros tipos de leite, esses bebês continuaram sendo amamentados até quase um ano de vida. A proposta da OMS é de permanecer em aleitamento materno, mesmo complementado, até os dois anos de vida.¹ A duração da amamentação no Brasil vem aumentando: 72 dias em 1975, 165 dias em 1989, 210 dias em 1996⁷ e 342 dias em 2008.¹⁷ No RN, a duração da amamentação, em 1999,¹⁸ era de 231 dias, aumentando para 330 dias em 2008.¹⁷ Em 2010, o RN teve um aumento de 28 dias na mediana de AM, que permanece acima da média nacional.¹⁷

Já na duração mediana do AME, constatou-se aumento de aproximadamente um mês no Brasil, passando de 23,4 dias, em 1999,¹⁸ para 54,1 dias, em 2008.¹⁷ No RN, especificamente na capital Natal, esse intervalo de tempo passou de 25 para 56 dias (em 1999¹⁸ e 2008,¹⁷ respectivamente), sofrendo um aumento de 10 dias em 2010.⁷ Esses aumentos podem ser resultado das políticas públicas de promoção à amamentação, que subsidiaram o governo a melhorar suas campanhas educacionais de aleitamento, capacitando os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, aprimorando o serviço de pré-natal na rede básica de saúde.⁸ Porém, os resultados ainda não são satisfatórios: a maioria dos estudos recentes apresenta medianas de AME muito menores que a recomendada pela OMS.¹³

Sabe-se que o consumo de água e chás tende a aumentar e permanecer constante conforme o avançar da idade da criança. Em 2011, Lopes e Polônio¹⁹ observaram que a introdução de água ocorreu em 95% das crianças avaliadas, e a de chá, em 55%. Simon et al.²⁰ observaram uma mediana de 28 dias de introdução desses líquidos nas crianças de seis a 12 meses. Supõe-se que essa introdução precoce ocorra por se tratar de uma prática cultural,

na qual as mães acreditam que os líquidos são necessários porque a criança sente sede e evitam que ela se desidrate.⁹ No Nordeste, os chás são utilizados como “remédios” em casos de cólicas e gases.²¹

As frutas, os legumes e as verduras foram outro grupo de alimentos introduzidos precocemente. A probabilidade de consumo desses alimentos aumenta de acordo com a idade, mas tende a permanecer constante principalmente no último trimestre antes dos 12 meses. Neste estudo, observou-se mediana de introdução desse grupo de alimentos por volta do quinto mês de vida, em que quase 90% das crianças não estavam mais em AME. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006/2007 revelaram que as regiões Norte e Nordeste foram as que possuíram os menores percentuais de consumo de frutas, legumes e verduras.²²

As frutas, os legumes e as verduras fazem parte das papas doces e salgadas que, segundo o manual do MS,⁴ devem ser oferecidas somente após o sexto mês. Esses alimentos podem oferecer maior variedade e biodisponibilidade de vitaminas e minerais para as crianças, favorecendo a prática da alimentação saudável diária, conforme recomendação da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde²³. Assim, mesmo sabendo que a maioria das crianças maiores de seis meses consumia frutas, legumes e verduras, não foi possível afirmar se esse consumo é frequente e em quantidade suficiente, pois foi avaliado somente o consumo desses alimentos nas 24 horas que antecederam esta pesquisa.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o leite de vaca não é recomendado para crianças menores de um ano por ser alergênico; ter elevado teor de proteína; inadequada proporção entre caseína e proteínas do soro; altos níveis de sódio; e quantidades insuficientes de carboidratos, ácidos graxos essenciais, vitaminas, ferro e minerais para essa idade.²³ Na população estudada, foi observado que a introdução de alimentos lácteos ocorreu antes dos 180 dias, e que há a possibilidade de esse consumo aumentar com o avançar da idade, enquanto o consumo de leite materno decai nos trimestres de vida. Em 2003, Simon et al.²⁰ observaram que à medida que aumenta a idade da criança a probabilidade de ela receber outros leites e mingau é maior do que a de receber leite materno, sendo a mediana de introdução de 60 dias para o leite não materno. Acredita-se que, além da facilidade de acesso do leite não materno e dos espessantes para as populações mais vulneráveis, essa escolha também esteja enraizada na cultura materna.²³

Entre os seis e os 12 meses de vida, a criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno, como os cereais e os tubérculos, que aumentam a densidade energética e fornecem proteínas.⁴ Observou-se uma mediana de introdução satisfatória desses alimentos em relação ao que é preconizado pela OMS¹ e pelo MS,⁴ assim como um aumento na probabilidade

de consumo de acordo com o aumento da idade, diferentemente de Simon et al.,²⁰ que encontraram mediana de introdução desse grupo de alimentos inferior aos 180 dias de vida. Recomenda-se que sejam oferecidos alimentos regionais e da época, e o Nordeste possui grande disponibilidade de cereais e tubérculos, como mandioca, inhame e batata.²⁴

Entre os alimentos energéticos, notou-se um percentual considerável de crianças que consumia bolo, bolacha, pão e biscoito, os chamados “cereais refinados”, pois contêm farinha branca refinada em sua composição²⁵ — resultado também apontado na Bahia²¹ e na Paraíba.²⁶ Mesmo sendo introduzidos após os seis meses, observa-se um aumento na probabilidade de introdução desses alimentos de acordo com a idade, e no quarto trimestre de vida, o percentual de crianças que os consomem é maior do que o de crianças que consomem alimentos lácteos e leite materno, favorecendo o acúmulo de gordura corporal.

Nesta pesquisa, constatou-se uma mediana de introdução em dias de comida da família um pouco menor que a recomendada a partir dos oito meses (240 dias).⁴ O passo oito dos “Dez passos para alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” consiste em “evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida, e usar sal com moderação”.⁴ Neste estudo, foi observado que o consumo de alimentos ditos “não saudáveis”⁴ teve mediana de introdução por volta dos 11 meses. Percebe-se também que a probabilidade de consumo desses alimentos apresenta uma curva com crescimento exponencial, ou seja, com tendência sempre a aumentar, de acordo com o avançar da idade da criança. O aumento no consumo de “alimentos não saudáveis” é bastante preocupante, uma vez que esses alimentos só fornecem calorias em excesso e possuem pouco valor nutricional, além de ofertarem substâncias não recomendadas para a idade, como açúcares em grande quantidade, corantes e conservantes presentes nos alimentos ultraprocessados. Assim, aumenta-se o risco de obesidade, hoje observada como uma epidemia no Brasil, bem como a cárie dentária.^{6,26,27} Ademais, o sódio presente nesses alimentos pode estimular as crianças ao consumo ainda maior de outros alimentos ricos em sódio, levando esse hábito até a vida adulta, aumentando o risco de hipertensão arterial.²⁸

Quanto às limitações do estudo, pode-se citar o delineamento transversal, o qual não possibilita avaliar causalidade entre as práticas alimentares em crianças menores de um ano, e a vulnerabilidade social da população. No entanto, os conhecimentos advindos deste estudo permitem descrever a linha-base para futuras comparações e/ou discussões. Considerando-se a preocupação com a mortalidade infantil, as práticas alimentares de crianças menores de um ano podem representar um ponto de reflexão, tendo em vista que a qualidade da atenção prestada à saúde do binômio mãe-filho se constitui em uma importante ferramenta para o cumprimento de ações a fim de melhorar os indicadores de saúde.²⁹

Ademais, cabe destacar que apresentar e discutir os dados coletados em 2010 referentes às práticas alimentares em crianças menores de um ano nascidas no Nordeste é de extrema relevância. Isso porque o último estudo de base populacional realizado no Brasil com esse objetivo havia sido a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, em 2008.¹⁷ Portanto, faz-se necessário discutir os dados da Chamada Neonatal, uma vez que estes representam, de forma segura, a possibilidade de se obter informações relevantes a respeito de uma população extremamente vulnerável e que pode servir de base para outros estudos dessa natureza.

Assim, apesar de a maioria das crianças ser amamentada até um ano de vida, poucas com até seis meses de idade estavam em aleitamento exclusivo. Constatou-se introdução precoce de alimentos, com aumento no consumo dos considerados “não saudáveis”, resultando em inadequação da qualidade alimentar frente ao preconizado pelas políticas públicas de alimentação e nutrição. Diante disto, faz-se necessário um fortalecimento dessas políticas na educação popular em saúde nas comunidades e na educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, que são essenciais na promoção do aleitamento materno e na orientação das famílias acerca da alimentação complementar saudável e no momento oportuno.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.
2. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Feeding practices and factors associated with early introduction of complementary feeding of children aged under six months in the northwest region of Goiânia, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24:465-74. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>
3. Brazil - Ministério da Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável (ENPACS) no Sistema Único de Saúde – Manual de Implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

4. Brazil - Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
5. Bühler HF, Ignotti E, Neves SM, Hacon SS. Spatial analysis of integrated health and environmental indicators for morbidity and mortality due to infant diarrhea in Brazil, 2010. *Cad Saude Publica*. 2014;30:1921-34. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00078013>
6. Passanha A, Benício MH, Venâncio SI. Influence of breastfeeding on consumption of sweetened beverages or foods. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36:148-54. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00008>
7. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and Health Survey/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS/IBGE/MS/UNICEF; 1997.
8. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. World Health Organization. Breastfeeding and use of water and teas. Geneva: WHO; 1991.
10. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Recine E, Radaelli P. Obesidade e Desnutrição. Departamento de Nutrição/Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e a Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SPS/MS). Brasília; 2010.
12. Ferreira UM, Cardoso MA, Santos AL, Ferreira CS, Szarfarc SC, et al. Rapid epidemiologic assessment of breastfeeding practices: probit analysis of current status data. *J Trop Pediatr*. 1999;42:50-3. <https://doi.org/10.1093/tropej/42.1.50>
13. Uema RT, Souza SN, Mello DF, Capellini VK. Prevalence and factors associated with breastfeeding in Brazil between the years 1998 and 2013: a systematic review. *Semina Cienc Biol Saude*. 2015;36 (Supl 1):349-62.
14. Rodrigues AM, Mendes RLS. Prevalence of exclusive breastfeeding in the municipality of Simplício Mendes in the state of Piauí, in the period from 2012 to 2016. *R Interd*. 2017;10(1):165-72.
15. Lopes WC, Marques FK, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Almeida AP, et al. Infant feeding in the first two years of life. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36:164-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004>
16. Souza MH, Sodrê VR, Silva FN. Prevalence and factors associated with breastfeeding for children attending a public communitarian child daycare center. *Cienc Enferm*. 2015;21:55-67. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100006>
17. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Brazil - Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Lopes CC, Polônio MLT. Alimentação complementar de crianças de seis a doze meses de idade atendidas em instituição pública de saúde. *Nutr Bras*. 2011;10:143-9.
20. Simon VG, Souza JM, Souza SB. Introduction of complementary foods and its relation with demographic and socioeconomic variables during the first year of life of children born in a University Hospital in the city of Sao Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6:29-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000100005>
21. Oliveira LP, Assis AM, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Breastfeeding duration, infant feeding regimes, and factors related to living conditions in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1519-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500025>
22. Brazil - Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006: aspectos metodológicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
23. Brazil. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. 57ª Assembleia Mundial de Saúde. Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentos regionais brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
25. United States Department of Agriculture [homepage on the Internet]. National Nutrient Database for Standard Reference [cited 2018 Jun 8]. Available from: <http://www.ars.usda.gov/services/docs.htm?docid=22113>
26. Palmeira PA, Santos SM, Vianna RP. Feeding practice among children under 24 months in the semi-arid area of Paraíba, Brazil. *Rev Nutr*. 2011;24:553-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000400004>
27. Toloni MHA, Longo-Silva G, Konstantyner T, Taddei JA. Consumption of industrialized food by infants attending child day care centers. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32:37-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100007>
28. Bernardi L, França MC, Xavier AM, Novello D. Interdisciplinarity as a strategy for the prevention of systemic arterial hypertension in children: a systematic review. *Cienc Saude Colet*. 2017;22:3987-4000. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.09052016>
29. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LM. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2015;15:91-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>