




 Vinícius Vieira Benvindo¹
 Áquila Agnes Dutra²
 Maria Aurea de Souza
Menenguci²
 Nizia Araújo Vieira Almeida¹
 Angélica Heringer Rodrigues¹
 Pollyanna Costa Cardoso¹

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Nutrição, Campus Governador Valadares. Governador Valadares, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Medicina, Campus Governador Valadares. Governador Valadares, MG, Brasil.

Correspondência

Vinícius Vieira Benvindo
viniciusvieira.nutricao@gmail.com

Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade: uma realidade para a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil na atenção básica de Governador Valadares-MG

Health and nutrition indicators in children younger than two years: a reality for the implementation of the Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy in primary care in Governador Valadares County-MG, Brazil

Resumo

Este estudo objetivou analisar indicadores de saúde e nutrição em crianças menores de 2 anos de idade assistidas na atenção básica de Governador Valadares - Minas Gerais, para subsidiar a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Para o levantamento dos indicadores, utilizou-se o SISVAN-Web, de domínio público. A prática do aleitamento materno e da alimentação complementar de 301 crianças com menos de 6 meses de idade, e de 1.064 crianças entre 6 e 24 meses foram analisadas a partir dos dados do formulário de marcadores de consumo alimentar do SISVAN. Para o estado nutricional, analisaram-se 4.450 crianças menores de 2 anos, segundo o protocolo de avaliação antropométrica do SISVAN. A prática do aleitamento materno exclusivo correspondeu a um terço das crianças de 0-6 meses. A introdução de alimentos ocorreu entre 6-8 meses em um quinto das crianças. Nas crianças com idade de 6 a 24 meses, o aleitamento materno continuado foi de 54% e o consumo de alimentos ricos em ferro foi 21%; bebidas adoçadas foi 41%; de biscoito recheado e doces, 35%; de macarrão instantâneo e salgadinhos de pacote, 34%. A maioria das crianças menores de 2 anos se encontravam eutróficas,

contudo, o risco de sobrepeso foi verificado em um terço delas, e a altura muito baixa em aproximadamente um quinto delas. Conclui-se que o cenário atual subsidia esforços para a implantação da EAAB no município, uma vez que foram encontrados valores insatisfatórios e preocupantes de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses e de aleitamento continuado entre 6-24 meses.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde. Aleitamento materno. Alimentação complementar. Lactente. Educação em saúde.

Abstract

The aim of the current study is to analyze health and nutrition indicators in children younger than 2 years, who were treated in the primary healthcare service in Governador Valadares County - Minas Gerais State. It was done in order to substantiate the implementation of the Brazilian Breastfeeding and Complementary Feeding Strategy (EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil). The public domain SISVAN - Web was used to survey the investigated indicators. Breastfeeding of 301 children younger than 6 months and the complementary feeding of 1,064 children in the age group 6-24 months were analyzed based on data collected in SISVAN Food Consumption Marker Forms. The nutritional status of 4,450 children younger than 2 years was analyzed based on the SISVAN anthropometric assessment protocol. Exclusive breastfeeding practice comprised one third of children in the age group 0-6 months. Food introduction was recorded for one-fifth of children in the age group 6-8 months. The following food consumption rates were recorded for children in the age group 6-24 months: continued breastfeeding (54%), iron-rich food (21%); sweetened drinks (41%); stuffed cookies and candies (35%); instant noodles and snacks (34%). Most children younger than 2 years were eutrophic; however, the risk of overweight development was identified in one third of these children, whereas approximately one fifth of them presented very short stature. It was possible concluding that the current scenario subsidizes efforts for EAAB implementation in the investigated county, since children younger than 6 months and children in the age group 6-24 months recorded unsatisfactory and disturbing values for the prevalence of exclusive and continued breastfeeding, respectively.

Keywords: Primary healthcare. Breastfeeding. Complementary feeding. Infant. Health education.

INTRODUÇÃO

A amamentação e a alimentação complementar saudável melhoram a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças. Os benefícios atingem populações que vivem em países de alta, média e baixa renda. O Ministério da Saúde (MS), seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza o aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida da criança, estendendo-se até os dois anos ou mais, aliado à introdução de outros tipos de alimentos, de forma balanceada e equilibrada.¹⁻⁴

O leite materno é considerado o melhor alimento para a criança, pois a protege contra doenças infecciosas, crônicas e agudas; além disso, a amamentação contribui para o adequado estado físico, emocional e psicológico da mãe e do bebê.^{5,6}

As crianças que são amamentadas por mais tempo têm menor morbidade e mortalidade, menos má oclusão dentária e maior inteligência do que aquelas que são amamentadas por períodos mais curtos ou não o são. A proteção que o leite materno traz para o lactente tem, como consequência, menores custos para os sistemas de saúde, sobretudo na redução de hospitalizações infantis, além de acarretar benefícios em longo prazo, como o capital humano, uma vez que a amamentação prolongada pode influenciar a inteligência dos bebês e, consequentemente, ter impacto positivo no nível de renda na vida adulta.⁷⁻⁹

Assim como o aleitamento materno (AM), a alimentação complementar (AC) é essencial para fornecer o aporte de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor infantil, sendo definida como o período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Deve ser composta por alimentos saudáveis, *in natura*, com custo aceitável, e com ingredientes culinários consumidos pela família. Nessa fase, o lactente entrará em um novo ciclo, no qual serão apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas, que até então desconhecia, e que serão necessários para a formação do hábito alimentar adequado.^{4,10}

Desta forma, são consensuais e inegáveis os inúmeros benefícios da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade.

Nas últimas três décadas, o Brasil passou por sucessivas mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população. As melhorias ocorridas na saúde de mães e crianças no país evidenciam como os sistemas e condições de saúde e determinantes sociais evoluíram até 2011. Entretanto, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco),¹¹ ao analisar dados do Sistema de Informação sobre

Mortalidade (SIM) no período de 2010 a 2016, publicou que, após um período de declínio sustentado, os coeficientes de mortalidade no primeiro ano de vida em todo o país aumentaram. São dados preocupantes relacionados ao aumento do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e do período pós-neonatal (óbitos de 28 a 364 dias de vida) em 2016, que ocorrem em consequência da exposição a fatores externos associados à piora das condições de vida e do acesso ao serviço de saúde.^{11,12}

O AM é considerado fator protetor de morbimortalidade infantil, sendo uma das estratégias necessárias para a redução da mortalidade infantil, quarta meta dos Objetivos do Milênio das Nações Unidas, em que o Brasil assumiu compromisso em nível internacional.¹³ Nesse contexto, o cenário epidemiológico atual do CMI¹¹ demonstra a necessidade da implantação de programas que promovam, incentivem e apoiem o AM e a AC saudável no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

A EAAB é uma estratégia governamental, implementada pelo Ministério da Saúde em 2013, através da Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013.¹⁴ Esta estratégia pretende contribuir para a redução das práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável; para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos ou mais; para a diminuição de crianças que recebam alimentos precocemente; para o aumento de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; para a diminuição do número de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; para a melhora do perfil nutricional das crianças, com diminuição de deficiências nutricionais, de baixo-peso e de excesso de peso.¹⁴ Para tanto, a EAAB desenvolve oficinas de formação de tutores, que objetiva qualificar os processos de trabalho e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para ações de promoção, proteção e apoio ao AM e a AC para crianças menores de dois anos, no âmbito da atenção básica, para a melhoria nos indicadores de saúde e nutrição infantil.^{4,11,12}

Ressalta-se, assim, que o levantamento de indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade pode subsidiar o desenvolvimento, a avaliação e o redirecionamento de políticas de AM e AC saudável,^{11,14-17} sendo, portanto, um dos pilares para a implementação e o monitoramento da EAAB.¹⁸

A implementação da EAAB busca a melhoria dos indicadores de AM e AC saudável, o incentivo à orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, o manejo na

amamentação e seus determinantes, a introdução da AC em tempo oportuno e de qualidade, e o respeito à identidade cultural e alimentar das regiões brasileiras.^{4,12}

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar os indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade, assistidas na Rede de Atenção Básica do município de Governador Valadares - Minas Gerais, para subsidiar a implantação da EAAB.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e população

Tratou-se de estudo epidemiológico de delineamento transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo, utilizando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Web (SISVAN-Web), no ano de 2017.

Considerou-se, como unidade de análise, o universo (100%) das Estratégias de Saúde da Família (ESF) (n=59) do município de Governador Valadares-MG.

Levantamento dos dados

Através do módulo gerenciador de relatórios do SISVAN-Web,¹⁹ analisaram-se os indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos (quadro 1), adotados pela EAAB.

Quadro 1. Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos. Fonte: Manual de Implementação da EAAB.¹⁸

Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos
<ul style="list-style-type: none">– Aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses.– Consumo de verduras, legumes, frutas e carnes por crianças entre 6 e 24 meses.– Consumo de outros leites por crianças menores de dois anos.– Consumo de refrigerantes, salgadinhos, bolachas recheadas por crianças menores de dois anos.– Estado nutricional das crianças menores de dois anos.

Para a prática do AM e da AC, foram analisados dados de 301 crianças menores de 6 meses e de 1.064 crianças de 6 a 24 meses de idade. O cálculo amostral foi baseado no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município, tendo como meta a cobertura de 15% dessa população.²⁰

Os dados analisados do SISVAN-Web advêm dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN, disponibilizados pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), para uso na atenção básica²¹ e, portanto, foram preenchidos por profissionais de saúde das ESF.

Em relação aos dados referentes ao estado nutricional de crianças de 0 a 24 meses, as informações foram levantadas no mesmo sítio, considerando-se uma amostragem maior (n=4.450), sendo 552 crianças de 0-6 meses e 3.898 crianças de 6-24 meses, em decorrência das condicionalidades propostas pelo programa de transferência de renda Bolsa Família.²²

A classificação do estado nutricional foi realizada por meio dos índices antropométricos: Peso por Idade (P/I); Estatura por Idade (E/I); Peso por Estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I). Para a classificação dos índices antropométricos, foi utilizada a escala de Escore Z, segundo as recomendações da OMS, adotadas pelo MS, para crianças menores de cinco anos.²¹

Questões éticas

Conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, fica estabelecido que pesquisas que utilizem informações de domínio público, pesquisas com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, excluem-se da necessidade de serem registradas e avaliadas pelo sistema Conselho de Ética em Pesquisa e/ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.²³

Análise dos dados

Os dados foram analisados e apresentados em frequências, através dos relatórios públicos gerados no próprio sistema do SISVAN-Web, para crianças menores de dois de idade no município correspondente.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a prevalência de AM exclusivo em crianças menores de 6 meses e o uso de substitutos ao leite materno na população do município em questão.

Tabela 1. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e de outros leites em crianças menores de seis meses acompanhadas na atenção básica do município de Governador Valadares-MG, 2017.

Fonte: SISVAN-Web, 2017.

Tipo de aleitamento em menores de 6 meses de idade	n	%
Aleitamento materno exclusivo	100	33,3
Consumo de leite de vaca	70	23,3
Consumo de fórmulas infantis	55	18,4
Não informado	76	25,0

Na faixa etária de 6-8 meses (n=264), a introdução de alimentos se mostrou presente em apenas 22,7% das crianças (n= 60). Dentre as crianças de 6-24 meses, a prevalência de AM continuado foi de 53,9% (n=573).

Conforme mostrado na tabela 2, a maioria das crianças apresentou maior consumo de frutas, alimentos ricos em vitamina A, legumes, carnes e ovos. A menor parte das crianças consumiu alimentos ricos em ferro e verduras. Cabe salientar que houve consumo representativo de alimentos ultraprocessados, e consumo inapropriado e inadequado de hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e salgadinhos de pacote e/ou biscoitos salgados, além de biscoito recheado, doces e guloseimas.

Tabela 2. Consumo alimentar de crianças de 6-24 meses acompanhadas na atenção básica do município de Governador Valadares -MG, 2017. Fonte: SISVAN-Web, 2017.

Marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 24 meses de idade	n	%
Frequência mínima e consistência adequada	627	58,9
Diversidade alimentar mínima	871	81,9
Consumo de alimentos ricos em ferro	217	20,4

Tabela 2. Consumo alimentar de crianças de 6-24 meses acompanhadas na atenção básica do município de Governador Valadares -MG, 2017. Fonte: SISVAN-Web, 2017. (cont.)

Marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 24 meses de idade	n	%
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	714	67,1
Consumo de legumes	704	66,2
Consumo de verduras de folha	265	24,9
Consumo de frutas	797	74,9
Consumo de carnes e ovos	720	67,7
Consumo de alimentos ultraprocessados	628	59,0
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	170	16,0
Consumo de bebidas adoçadas	438	41,2
Consumo de macarrão instantâneo e salgadinhos de pacote e/ou biscoitos salgados	361	33,9
Consumo de biscoito recheado, doces e guloseimas	407	38,2

A tabela 3 mostra, para todos os índices antropométricos, que a maior parte das crianças de 6-24 meses de idade se encontravam no estado de normalidade; contudo, ressalta-se o risco de sobrepeso como segundo estado nutricional mais prevalente, e a altura muito baixa prevalente em um quinto das crianças.⁵

Tabela 3. Estado nutricional de crianças de 0-24 meses de idade assistidas na atenção básica do município de Governador Valadares-MG, 2017. Fonte: SISVAN-Web, 2017.

Índices antropométricos	Crianças de 0 a 6 meses	Crianças de 6 a 24 meses
	n (%)	n (%)
<i>Peso para idade</i>		
Peso muito baixo para a idade	66 (12,0)	178 (4,6)
Peso baixo para a idade	45 (8,1)	216 (5,5)
Peso adequado ou eutrófico	401 (72,6)	3262 (83,7)
Peso elevado para a idade	40 (7,2)	242 (6,2)

Tabela 3. Estado nutricional de crianças de 0-24 meses de idade assistidas na atenção básica do município de Governador Valadares-MG, 2017. Fonte: SISVAN-Web, 2017. (Cont.)

Índices antropométricos (cont.)	Crianças de 0 a 6 meses	Crianças de 6 a 24 meses
	n (%)	n (%)
<i>Peso para altura</i>		
Magreza acentuada	44 (8,0)	154 (3,9)
Magreza	55 (9,9)	154 (3,9)
Peso adequado ou eutrófico	330 (59,8)	2344 (60,1)
Risco de sobrepeso	48 (8,7)	807 (20,7)
Sobrepeso	26 (4,7)	232 (6,0)
Obesidade	49 (8,9)	207 (5,3)
<i>Altura para idade</i>		
Altura muito baixa para a idade	96 (17,4)	776 (19,9)
Altura baixa para a idade	42 (7,6)	475 (12,2)
Altura adequada para a idade	414 (75)	2647 (67,9)
<i>IMC para idade</i>		
Magreza acentuada	36 (6,5)	171 (4,4)
Magreza	38 (6,9)	140 (3,6)
Eutrofia	334 (60,5)	1848 (47,4)
Risco de sobrepeso	66 (12,0)	1154 (29,6)
Sobrepeso	36 (6,5)	312 (8,0)
Obesidade	42 (7,6)	273 (7,0)

DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo permitiram verificar que a prática do AM exclusivo no município de Governador Valadares-MG é baixa e alarmante, atingindo a prevalência de apenas um terço das crianças de 0-6 meses de idade.

No ano de 2012, a OMS apresentou seis metas globais, até o ano de 2025, para a melhoria da nutrição materno-infantil e de crianças até cinco anos de idade. As metas incluem o aumento da taxa global da prática de AM exclusivo nos primeiros 6 meses de vida das crianças para pelo menos 50%, significando que deve haver uma melhoria considerável no índice do município para atender a esta recomendação.³

Segundo orientações publicadas pela OMS em 2017, a taxa global de amamentação exclusiva de 0-6 meses de idade é de 40%, e 45% das crianças de 6-24 meses de idade são amamentadas. Essas estatísticas revelam que o índice de AM exclusivo no município (33,11%) está abaixo da média global, que ainda assim não é satisfatória;²⁴ e que a prevalência de AM continuado no município foi de 53,9%, um pouco acima da média global. Segundo a OMS, indicadores de AM exclusivo na faixa de 12 a 49% são considerados ruins/razoáveis, classificação em que se enquadram o município de Governador Valadares e a média global. O indicador é considerado muito bom na faixa de 90 a 100%; bom de 50 a 89%; e muito ruim de 0 a 11%.²⁵

A tendência de AM exclusivo na América Latina, no período de 1990 a 2000, foi de mudança positiva na prevalência de aleitamento. Dos cinco países analisados no estudo de Bersot,²⁶ apenas a República Dominicana apresentou diminuição na taxa de AM (de 28,3% para 11,3%). Ainda com base nesse estudo, o AM exclusivo no Brasil passou de 25,7% para 45%, e no Peru, de 53,7% para 65,8%, no período estudado. O Peru apresentou 67% de prevalência no AM exclusivo em 2000, sendo a taxa mais alta descrita. Apenas Peru, Bolívia e Guatemala foram classificados como “bom” no espectro de avaliação do AM; os demais países estudados permanecem no espectro “ruim/razoável”.²⁷

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde em 2009, mostrou a prevalência do AME de 41% no conjunto das capitais brasileiras, sendo o comportamento do indicador muito heterogêneo entre as regiões do país e suas capitais. A Região Norte apresentou a maior prevalência dessa prática (45,9%), e a Região Nordeste, a pior situação (37,0%). Ainda segundo a pesquisa, as classificações nacional e regional em relação ao indicador AME não atingiram níveis satisfatórios, permanecendo em situação ruim/razoável.²⁸

No estudo de Boccolini et al.,²⁹ que apresentou os indicadores de AME nacionais em análise temporal por 30 anos, houve ascensão nos valores do indicador desde 1986 até 2013, sendo que, neste último ano, atingiu a prevalência de 36,6%, indicador considerado como ruim/razoável.

Contrapondo-se aos indicadores de AME, verifica-se que a introdução de outros leites na alimentação ocorre de forma precoce, pois 18% das crianças no Brasil já recebiam outros leites no primeiro mês de vida, com tendência crescente nas faixas etárias subsequentes. A prevalência foi de 48,8% entre 120 e 180 dias de vida,²⁷ corroborando as altas taxas de consumo de leite de vaca e consumo de fórmulas encontradas no município. Segundo o estudo de Bortolini,²⁷ entre as crianças menores de seis meses que receberam leite não materno, o leite de vaca foi consumido por 62,4%, as fórmulas infantis por 23% das crianças e o leite de soja variou de 14,6% a 20% na idade de 0 a 12 meses. Notou-se ainda que o consumo de leite não materno antes de seis meses é mais frequente no Sul e Nordeste.²⁷

Quanto à introdução da alimentação complementar em tempo oportuno, constatou-se baixa prevalência no município em relação às médias nacionais. Os dados encontravam-se muito abaixo dos valores da PNDS/2006,³⁰ que verificou que 64,4% das crianças de 6-8 meses haviam recebido comida de sal, frequência que aumentou para 81% na faixa etária de 8-10 meses. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal verificou ainda que, no conjunto das capitais brasileiras e DF, ocorreu a introdução precoce da refeição de sal, com 21% das crianças apresentando este consumo entre 3-6 meses de idade, contrariando as recomendações da OMS.²⁸

A prevalência do consumo de bebidas adoçadas (41,2%) na faixa etária dos 6-24 meses, neste estudo, mostrou valores acima da média das capitais brasileiras, que tiveram a prevalência do mesmo indicador de 4,9% para crianças de 6-9 meses e 11,6% para crianças de 9-12 meses.³⁰ Na PNDS (2006), que analisou crianças de 6-59 meses de idade, a prevalência do consumo de refrigerantes foi de 40,5%.³⁰

A prevalência do consumo de biscoitos recheados e doces na faixa etária de 6-24 meses, neste estudo, foi de 38,2 %, ficando abaixo da média das capitais nacionais, que é 46,4% na faixa etária de 6-9 meses e 71,7% de 9-12 meses. Ainda segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a introdução de bolachas/salgadinhos ocorre de forma precoce, sendo que 8,9% das crianças já consomem esses produtos entre 3-6 meses de idade. Na faixa etária entre 6-9 meses, o consumo sobe para 46,4%, chegando a 71,7% na faixa de 9-12 meses.²⁸

As bebidas adoçadas, os salgadinhos/bolachas e doces são considerados alimentos inadequados para essa faixa etária, e os altos valores na prevalência de consumo indicam a necessidade de intervenções, no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação. Nas últimas décadas, verificou-se uma inversão dos padrões alimentares da população, com redução do consumo de alimentos tradicionais e aumento daqueles que estão prontos para

consumo.^{31,32} A alta palatabilidade, disponibilidade e *marketing* das indústrias de alimentos dificultam o consumo consciente e os tornam substitutos preferenciais aos alimentos *in natura* ou minimamente processados.³³

Em relação ao estado nutricional verificado no município, os achados podem refletir a inadequação das práticas alimentares, como relatado nos estudos de revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno ou da falta dele em longo prazo.³³ Indivíduos amamentados têm chance menor de vir a apresentar sobrepeso, devido ao melhor desenvolvimento da autorregulação de ingestão de alimentos e a composição única do leite materno.³⁴ Em estudo realizado em 2015 na cidade de São Paulo, foi possível verificar que, dentre as crianças que estavam em AME, 58,8% foram identificadas e classificadas como eutróficas. Já entre as crianças que receberam algum tipo de alimento além do leite materno antes do 6º mês de idade, 47,8% estavam acima do peso.³⁵ Estudos realizados no Brasil identificaram, ainda, que o maior consumo de produtos ultraprocessados e a interrupção do aleitamento materno, além da introdução inadequada da alimentação complementar, foi relacionado à ocorrência de obesidade em adolescentes e adultos^{11,36-38} e alteração do perfil lipídico na infância.¹⁵

Em relação ao baixo índice estatural, a causa mais provável é a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas, o que pode ser reflexo do passado de vida da criança, sobretudo suas condições de alimentação e morbidade. Segundo a PNDS de 2006, a taxa de prevalência de déficit estatural de 7% no país para menores de cinco anos de idade é classificada como baixa.²⁹ Já a prevalência encontrada no município em estudo foi classificada como média.

Tendo como base os baixos índices de AME do município, a introdução inadequada da alimentação complementar e a associação desses fatores ao comprometimento do estado nutricional e desenvolvimento das crianças, faz-se prudente a implantação de estratégias que promovam e estabeleçam a execução das recomendações de MS, OMS e ONU para a melhoria da nutrição infantil das crianças de 0 a 24 meses de idade.

O país já mostra resultados positivos dos indicadores de amamentação ao longo dos anos. Em análise do inquérito nutricional de 1974-75, a duração mediana da amamentação foi de somente 2,5 meses, uma das mais curtas entre os países em desenvolvimento.³⁹ O indicador aumentou para 5,5 meses em 1990, e 14 meses em 2006-07.⁴⁰⁻⁴² Já a prevalência de AME aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006-07, em menores de quatro meses.²⁹

A situação de nutrição das crianças brasileiras também melhorou sensivelmente. Dados de quatro inquéritos nacionais realizados em um período de 33 anos mostraram redução substancial na prevalência de déficit de altura (definido como altura para a idade abaixo de -2 escores Z dos padrões da OMS)⁴³ de 37,1% em 1974-75 para 7,1% em 2006-07,^{5,29} sendo este indicador antropométrico *proxy* do desenvolvimento de uma população.⁴³

O Brasil tem mostrado esforços para manter e ampliar os avanços nos indicadores que abrangem a nutrição materno-infantil. Em 2013, a Rede Amamenta Brasil, juntamente com a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, lançou a EAAB com o propósito de qualificar os profissionais da atenção básica para atender à demanda populacional com o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar.⁴ Nesta perspectiva, estudos apresentaram resultados satisfatórios após a criação de grupos de apoio à amamentação e orientação sobre seu manejo, com aumento da prevalência do indicador de AME de forma significativa em estudo realizado no Rio de Janeiro.⁴⁴ Em Londrina, um estudo de 2012 também mostrou resultados satisfatórios, com impacto direto nos indicadores de saúde e nutrição de crianças, como resultado do melhor treinamento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumento no grau de instrução e informação recebido pela população.⁴⁵ Recentemente, grupo de estudos da série sobre amamentação do *The Lancet*, publicada em 2016, indicou que as práticas de amamentação são altamente responsivas a intervenções fornecidas nos sistemas de saúde.¹

Tendo em vista o impacto positivo da implantação da EAAB na rede de atenção básica do município de Governador Valadares-MG, a Universidade Federal de Juiz de Fora - campus Governador Valadares, junto com o Governo do Estado de Minas Gerais, tem formado tutores e desenvolvido oficinas que visam qualificar o processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Buscam ainda aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, por meio da educação continuada em saúde. Acredita-se que a implantação da EAAB trará impacto positivo nos indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade do município.

Vale ainda destacar que o SISVAN-Web foi imprescindível para a análise dos indicadores e o será para monitoramento destes no município em questão; a alimentação do sistema informatizado é um grande desafio, tanto em relação ao treinamento dos profissionais da ponta, responsáveis pela obtenção dos dados, como em relação à necessidade de responsabilização e maior incentivo à alimentação do sistema informatizado.

CONCLUSÃO

A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade apresentou valores insatisfatórios em Governador Valadares-MG, assim como a prática da alimentação complementar se mostrou inadequada. A prevalência do aleitamento materno continuado foi baixa. A ingestão de alimentos ricos em proteína, ferro e outros nutrientes não atende, em sua grande maioria, às recomendações necessárias para a faixa etária de 6-24 meses de idade. O consumo de alimentos ultraprocessados é alarmante. A introdução de bolachas, salgadinhos, bebidas adoçadas e doces ocorre de forma precoce, e estes são considerados alimentos inadequados para a faixa etária, com valores relevantes na prevalência de consumo. O desmame precoce e a introdução inadequada da alimentação complementar comprometem o estado nutricional e desenvolvimento infantil, com influência no baixo índice estatural e sobrepeso.

A implantação da EAAB é uma medida legítima e possível para a mudança desse cenário no município. A sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para a orientação e acompanhamento das crianças e famílias. Através do fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, é possível melhorar os indicadores de saúde e o estado nutricional das crianças em médio e longo prazos.

O apoio da Universidade auxilia no processo educativo, cultural e científico, possibilitando a integração ensino-serviço e a articulação do ensino, pesquisa e extensão com a comunidade; como consequência, há uma rica troca de saberes, a identificação de nós críticos e a possibilidade de mudança de cenário.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017): 475–90.
2. Flores TR, et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(11):01-15.
3. World Health Organization. Essential Nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

5. Victora CG, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 2015; 3(4):199-205.
6. Duijts L, et al. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 2010; 126(1): 18-25.
7. Guilherme JP, Nascimento MBR. O leite humano – Anatomia e fisiologia da lactação. 1ª edição. Santiago LB, organizador. Manual de Aleitamento Materno. Barueri: Manole. 2013: 1-19.
8. Renfrew MJ, et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: United Nations Children's Fund. 2012.
9. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar (Cadernos de Atenção Básica, 23). Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
10. Dallazen C, et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(2): 1-13.
11. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Especial ABRASCO sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. [internet] Rio de Janeiro – RJ [31 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>
12. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
13. Ferreira HLO, et al. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciênc. Saúde colet*. 2018; 23(3).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920 de 15 de setembro de 2013. [acesso em 2019 ago 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html
15. Victora CG, Aquino EML, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 377(9780): 1863-76.
16. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1759-71
17. Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(2): 377-94.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

19. Ministério da Saúde. Núcleo de Tecnologia da Informação. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –Web [base de dados na Internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>
20. Ministério da Saúde (Brasil). Tabnet do Departamento de informática do SUS. Sistema de Informação de nascidos vivos [base de dados na Internet]. 2012 [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
22. Ministério do Desenvolvimento Social (Brasil). Bolsa Família – transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009.
23. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Publicada no DOU nº 98, 24 de maio de 2016 - seção 1, p. 44-16. [Acesso em 2018 jan 30]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
24. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization, 2017.
25. World Health Organization. Complementary feeding for young children in developing countries: a review of the current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization; 1998.
26. Bersot VF. Mudança temporal do aleitamento materno exclusivo na América Latina e Caribe: atualização de seus determinantes e da tendência secular [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
27. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. Rio de Janeiro; Jornal de Pediatria; 2013.
28. Brasil. 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 : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
29. Boccolini CS, et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saude Publica 2017; 51:108.
30. Ministério da Saúde/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
31. Martins AP, et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). Rev Saude Publica. 2013; 47(4):656-65.

32. Popkin BM. Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition. *Proc Nutr Soc.* 2011; 70(1):82-91
33. Moodie, R. et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet.* m2013; 381(9867): 670-679.
34. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000; 355(9202): 451-5.
35. Haisma, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. *J. Nutr.* 2005; 135: 1889.
36. Oliveira MF, Fanaro GB. Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergias. *ver Bras Nutr Clin.* 2015; 30(4): 328-7.
37. Louzada MLC, et al. Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. *Revista Saude Publica* 2015; 49: 1-8.
38. Batalha MA, et al. Consumo de alimentos processados e ultraprocessados e fatores associados em crianças entre 13 e 35 meses de idade . *Cad. Saúde Pública.* 2016; 33(11).
39. IBGE/UNICEF. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Nutricionais, 1974-75. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1982.
40. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [publicação online].2008 [acesso em 07 mar 2011. Disponível em [http://www. ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/ pnad2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm)
41. Bettiol H, et al. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000; 14: 30-38.
42. Goldani MZ, Barbieri MA, Rona RJ, Da Silva AA, Bettiol H. Increasing pre-term and low-birth-weight rates over time and their impact on infant mortality in south-east Brazil. *J Biosoc Sci* 2004; 36: 177-88.
43. WHO. child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
44. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.*2010. 26(12): 2343-2354.
45. Deggau SN, Thais M, Giovanini RE, Falleiros MD. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta paulista de enfermagem.* 2012; 25(1).

Colaboradores

Benvindo VV, Dutra AA e Menenguci MAS: trabalharam na concepção, planejamento e elaboração do rascunho do manuscrito. Almeida NAV e Rodrigues AH: trabalharam na revisão crítica do manuscrito. Cardoso PC trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 20 de junho de 2019

Revisado: 23 de julho de 2019

Aceito: 10 de agosto de 2019