

Práticas alimentares e estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos de idade em comparação com os 10 passos para uma alimentação saudável

Food practices and nutritional status of children from 6 months to 2 years of age in comparison with the 10 steps for a healthy food

DOI:10.34119/bjhrv5n5-006

Recebimento dos originais: 29/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Priscila da Silva Cenci

Nutricionista

Instituição: Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 60, Centro, São José do Herval - RS

E-mail: pdscenci@universo.univates.br

Fernanda Scherer Adami

Doutora em Ambiente e Desenvolvimento

Instituição: Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

Endereço: Av. Avelino Talini, 171, Universitário, Lajeado - RS

E-mail: fernandascherer@univates.br

Isabel Cristina Kasper Machado

Doutora em Psicologia Clínica

Instituição: Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

Endereço: Av. Avelino Talini, 171, Universitário, Lajeado - RS

E-mail: isakasper@univates.br

Patricia Fassina

Doutora em Biotecnologia

Instituição: Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

Endereço: Av. Avelino Talini, 171, Universitário, Lajeado - RS

E-mail: patriciafassina@univates.br

RESUMO

Objetivo: Analisar as práticas alimentares e o estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos de idade em relação ao aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar e comparar com os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do Ministério da Saúde. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo realizado entre janeiro e dezembro de 2018 na Estratégia de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, com um censo de 45 crianças. A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário estruturado baseado nos dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde, além da avaliação nutricional por meio da verificação de peso e estatura, classificada pelas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$) e o *software* utilizado foi o SPSS versão 22.0. **Resultados:** As práticas alimentares analisadas mostraram que 20,0% ($n=9$) das crianças receberam aleitamento materno

exclusivo pelo período de 6 meses, 4,4% (n=2) tiveram aleitamento materno total por mais de 6 meses e que a maioria recebeu introdução da alimentação complementar antes dos 4 meses de idade (73,3%; n=33). Quanto ao estado nutricional, a maioria das crianças apresentou Eutrofia (60,0%; n=27). Conclusão: Identificou-se que as práticas alimentares das crianças avaliadas não foram atendidas conforme os dez passos, apesar de o estado nutricional apresentar Eutrofia, na maioria dos casos.

Palavras-chave: aleitamento materno, nutrição da criança, guias alimentares.

ABSTRACT

Objective: To analyze the feeding practices and nutritional status of children from 6 months to 2 years of age in relation to exclusive breastfeeding and the introduction of complementary feeding and compare it with the ten steps for healthy eating in the food guide for children under two years old. from the Ministry of Health. **Methods:** Cross-sectional, quantitative, descriptive study carried out between January and December 2018 in the Family Health Strategy of a municipality in Rio Grande do Sul, with a census of 45 children. Data collection included the application of a structured questionnaire based on the ten steps for healthy eating in the Ministry of Health's food guide for children under two years of age, in addition to nutritional assessment through weight and height verification, classified by weight curves. growth of the World Health Organization. The results were considered significant at a maximum significance level of 5% ($p \leq 0.05$) and the software used was SPSS version 22.0. **Results:** The analyzed feeding practices showed that 20.0% (n = 9) of the children received exclusive breastfeeding for a period of 6 months, 4.4% (n = 2) had total breastfeeding for more than 6 months and that Most received complementary feeding before 4 months of age (73.3%; n = 33). As for nutritional status, most children showed normal weight (60.0%; n = 27). **Conclusion:** It was identified that the dietary practices of the children evaluated were not met according to the ten steps, despite the nutritional status showing normal weight, in most cases.

Keywords: breast feeding, child nutrition, food guides.

1 INTRODUÇÃO

Até os seis meses de idade, segundo as orientações do Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno (AM) deve ser exclusivo, pois o leite humano (LH) é um alimento completo para o bebê e pode ser mantido, juntamente com a alimentação complementar, até os dois anos de idade ou mais¹. O LH promove ao lactente proteção contra infecções e alergias, estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e neurológico. Constitui assim, um alimento vivo e ativo por conter substâncias imunomoduladoras e com atividades protetoras, podendo ser definido também como um perfeito conjunto de nutrientes para o bebê².

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade traz, à criança e à mãe, amplos benefícios para a saúde³. Além de combater alterações nutricionais, estabelece uma estratégia para prevenção de obesidade infantil⁴. Porém, a partir do sexto mês de idade,

apenas o LH não mais atende a todas as necessidades da criança. Por isso, a prática correta da introdução da alimentação complementar (IAC) também tem papel fundamental no combate a desvios do estado nutricional, bem como no desenvolvimento e saúde da criança, já que o período entre os seis e 24 meses é relativamente crítico para o seu crescimento⁵.

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno do MS realizada em 2009 com 34.366 crianças menores de um ano de idade nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, o tempo médio de AME foi de 1,8 meses e AM foi de 11,2 meses. Na mesma pesquisa observou-se que a introdução precoce de alimentos já ocorre nas primeiras semanas ou meses de vida, com a oferta de água, chás, sucos e outros leites⁶. A introdução antecipada de alimentos complementares, assim como o desmame precoce podem interferir na velocidade de crescimento, os quais, em médio e longo prazo, acarretam consequências para o desenvolvimento e saúde das crianças. Além disso, há maiores riscos para o desenvolvimento precoce de sobrepeso e obesidade, que já pode se manifestar na idade pré-escolar⁵.

No Brasil, a prevalência do consumo alimentar e de micronutrientes em crianças é inadequada, principalmente em ferro, vitamina A e zinco, tanto em excessos como em deficiências. Essas inadequações são reflexos de práticas incorretas na infância, como a interrupção precoce de AM, IAC inapropriada e consumo de produtos industrializados⁷. Neste sentido, verificar as práticas alimentares desde o nascimento que previnam não só a carência de nutrientes, mas também a predisposição para o desenvolvimento da obesidade é tarefa importante para definir os aspectos a serem alterados, visto que a oferta de alimentos não saudáveis, inserida precocemente na infância, pode resultar na formação de hábitos alimentares não satisfatórios para a saúde dos mesmos⁸.

Os dois primeiros anos de vida de uma criança são reconhecidos pelo crescimento e desenvolvimento acelerados, sendo também um período crucial para o desenvolvimento neuropsicomotor⁹. Assim, os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos, foi elaborado pelo MS e destinado aos profissionais da atenção básica, a fim de orientar as mães e cuidadores quanto a alimentação saudável das crianças desta faixa etária, garantindo a elas uma alimentação saudável, adequada, segura e equilibrada¹⁰. É de grande valia que os profissionais de saúde da atenção básica adotem medidas de intervenção desde o período pré-natal, diminuindo assim, a morbidade e mortalidade e colaborando para a melhora dos indicadores de saúde e nutrição¹¹.

Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar as práticas alimentares e o estado nutricional de crianças de 6 meses a 2 anos de idade em relação ao AME e a IAC e

comparar com os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do MS.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de modelo transversal realizado entre os meses de janeiro e dezembro de 2018 na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul (RS).

Foram incluídas, neste estudo, todas as crianças de seis meses a dois anos de idade do município, cujos pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando um número censo de 45 crianças, as quais preencheram os critérios de inclusão. Estes consideraram ambos os sexos, idade maior ou igual a 6 meses e menor ou igual a 2 anos, com residência no município no período da coleta de dados.

Os critérios de exclusão abrangeram desistência da pesquisa em qualquer momento, pais que se negassem a responder ao questionário ou que não permitissem avaliação antropométrica em seus filhos, crianças que por algum motivo estivessem impossibilitadas de realização da avaliação antropométrica, famílias que passassem a residir em outro município e indivíduos que apresentassem déficit de compreensão. Apesar dos critérios de exclusão, todas as crianças de seis meses a dois anos de idade do município participaram do estudo.

A coleta de dados foi realizada na ESF, entre os atendimentos da equipe de saúde e envolveu à mãe ou responsável da criança, a aplicação de um questionário estruturado não validado, elaborado pelas próprias autoras, baseado nos dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde¹⁰. Ainda, foram incluídas, neste mesmo questionário, perguntas referentes a idade gestacional, peso ao nascer, idade atual e sexo da criança, nível socioeconômico da mãe ou responsável, número de gestações da mãe, tempo de duração do AME, tempo total do AM, idade da IAC, tipo de leite oferecido ao bebê após o desmame, uso e composição da mamadeira, idade de introdução do leite de vaca e recebimento de orientações da equipe de saúde sobre a alimentação infantil desde a gestação.

Após a aplicação do questionário, foi realizada a avaliação nutricional por meio da antropometria das crianças, incluindo a verificação de peso e estatura. O peso corporal foi aferido através de uma balança pediátrica eletrônica, calibrada, da marca Welmy®, modelo 109E Polipropileno, com capacidade de 30 kg e precisão de 200 g. No momento da pesagem, após calibrar e travar a balança, a criança foi despida (com o auxílio da mãe ou responsável) e sentada ou deitada no centro da balança, mantendo-a o máximo possível nessa posição,

orientando a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento¹².

Para a aferição da estatura, utilizou-se uma régua antropométrica pediátrica da marca Cauduro®, com faixa de medição de 0 até 1,00 m em milímetros. Foi medido a distância que vai da sola dos pés descalços, ao topo da cabeça, comprimindo os cabelos, com a criança deitada em superfície horizontal, firme e lisa. Também foram retiradas toucas, fivelas ou enfeites de cabelo que pudessem interferir na tomada da medida. Pressionou-se, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles ficassem estendidos. Após, foi juntado os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas, levando a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexessem¹².

A partir dos dados de peso, estatura e idade foi realizada a avaliação do estado nutricional por meio dos pontos de corte dos valores de escores-z das curvas de crescimento da OMS¹³ em relação aos índices de Estatura para Idade (E/I), Peso para Estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal para a Idade (IMC/I) para meninos e meninas, a fim de se obter o diagnóstico nutricional, sendo o IMC calculado por meio da fórmula que divide o peso (kg) pela estatura (cm) ao quadrado ($IMC = \text{Peso}/\text{Estatura}^2$).

Os dados foram analisados através de tabelas, estatísticas descritivas e pelo teste estatístico: Teste de associação Exato de Fisher. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$) e o *software* utilizado para esta análise foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari – Univates com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 80974517.7.0000.5310 e parecer de número 2.452.823.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 se refere à análise descritiva referente ao censo de 45 crianças investigadas no presente estudo. Entre elas, a maioria apresentou mais de 12 meses de idade (37,8%; n=17) e pertencia ao sexo masculino (60%; n=27). Quanto ao peso ao nascer, prevaleceu o peso adequado (75,6%; n=34), com idade gestacional à termo (95,6%; n=43), tratando-se de filhos de mães primíparas (44,4%; n=20). A maior parte das famílias apresentou renda de 1 a 3 salários mínimos (62,2%; n=28), com predomínio de mães que não trabalhavam (53,3%; n=24) e, dentre aquelas que trabalhavam, tiveram tempo inferior à 6 meses de licença maternidade (46,7%; n=21). O ensino médio foi o nível de escolaridade da maioria das mães (55,6%; n=25). A situação conjugal da mãe com companheiro prevaleceu em 86,7% (n= 39) dos casos. Quanto

ao AME, constatou-se que apenas 20% (n=9) o manteve pelo período de 6 meses, apenas 4,4% (n=2) tiveram aleitamento materno total (AMT) por mais de 6 meses de idade e que o maior número de crianças recebeu a IAC antes dos 4 meses de idade (73,3%; n=33).

Tabela 1. Caracterização das crianças investigadas em relação às variáveis de idade, sexo, renda familiar, maternidade e práticas alimentares na infância.

Variável	Categoria	Nº casos	%
Idade	6 - 8 meses	15	33,3
	9 - 12 meses	13	28,9
	> 12 meses	17	37,8
Sexo	Feminino	18	40,0
	Masculino	27	60,0
Renda familiar mensal	< 1 SM	9	20,0
	1 - 3 SM	28	62,2
	3 - 5 SM	8	17,8
Escolaridade materna	Ensino Fundamental	13	28,9
	Ensino Médio	25	55,6
	Ensino Superior	7	15,6
Situação conjugal	Com companheiro	39	86,7
	Sem companheiro	6	13,3
Trabalho materno. Se sim, qual o tempo de regresso ao serviço?	Não trabalha	24	53,3
	Até 6 meses	21	46,7
Número de gestações	1,0	20	44,4
	2,0	18	40,0
	3,0	5	11,1
	> 4,0	2	4,4
Peso ao nascer	Baixo peso	2	4,4
	Insuficiente	8	17,8
	Adequado	34	75,6
	Excessivamente grande	1	2,2
Idade gestacional	Pré-termo	2	4,4
	À termo	43	95,6
Duração do AME	Não amamentou	6	13,3
	< 3 meses	10	22,2
	4 a 5 meses	20	44,4
	6 meses	9	20,0
Duração do AMT	< 4 meses	16	35,6
	5 meses	17	37,8
	6 meses ou mais	2	4,4
	Não se aplica	10	22,2
Idade da IAC	< 4 meses	33	73,3
	4 meses ou mais	12	26,7

Nº - Número, SM – salário mínimo, AME – Aleitamento Materno Exclusivo, AMT – Aleitamento materno total, IAC – Introdução da Alimentação Complementar.

Já a Tabela 2 explana as variáveis do estudo, no que se refere ao tipo de leite oferecido ao bebê após o desmame, constatando-se que o leite de vaca foi o principal leite ofertado (48,9%; n=22) e que o uso de mamadeira prevaleceu em 71,1% (n=32) dos casos cuja composição predominou com o acréscimo de farinhas açucaradas, achocolatado com açúcar ou somente açúcar, entre outros (37,8%; n=17), seguido de menor frequência de oferta de leite de vaca ou fórmula infantil (33,3 %; n=15). Observou-se ainda que a maioria das crianças recebeu

a introdução do leite de vaca antes dos 6 meses de idade (40%; n=18), ao passo que a maior parte das mães recebeu orientações sobre alimentação infantil durante a gestação (77,8%; n=35). Quanto ao estado nutricional das crianças identificou-se eutrofia na maioria dos casos, mediante as classificações de IMC/I e P/E (60%; n=27), bem como estatura adequada para a idade, conforme a classificação E/I (53,3%; n=24).

Tabela 2. Caracterização das crianças investigadas em relação às variáveis de práticas alimentares e estado nutricional.

Variável	Categoria	Nº casos	%
Alimentos/bebidas inseridos na alimentação da criança antes dos 6 meses	Frutas	30	66,6
	Papa salgada	24	53,3
	Água	24	53,3
	Chás	16	35,5
	Leite de vaca/fórmula/iogurte	25	55,5
	Biscoitos	9	20
	Sucos	4	8,9
	Achocolatado/farinhas açucaradas/açúcar	5	11,1
	Macarrão instantâneo/salgadinho	4	8,9
	Papa sem sal/aveia	3	6,6
	Após o desmame, que tipo de leite foi oferecido ao bebê?	Fórmula infantil	9
Leite de vaca		21	46,7
Leite de vaca diluído		1	2,2
Outro		1	2,2
Não se aplica		13	28,9
Uso de mamadeira	Sim	32	71,1
	Não	13	28,9
Composição da mamadeira	Somente o leite	13	28,9
	Fórmulas infantis	2	4,4
	Farinhas açucaradas	3	6,7
	Achocolatado com açúcar	8	17,8
	Açúcar	4	8,9
	Outros	2	4,4
Idade de introdução do leite de vaca	Não se aplica	13	28,9
	< 6 meses	18	40,0
	6 - 12 meses	10	22,2
Orientações nutricionais sobre alimentação infantil na gestação?	Não se aplica	17	37,8
	Sim	35	77,8
IMC para idade	Não	10	22,2
	Magreza acentuada	1	2,2
	Magreza	3	6,7
	Eutrofia	27	60,0
	Risco de Sobrepeso	7	15,6
	Sobrepeso	5	11,1
Peso para estatura	Obesidade	2	4,4
	Magreza acentuada	1	2,2
	Magreza	2	4,4
	Eutrofia	27	60,0
	Risco de Sobrepeso	8	17,8
	Sobrepeso	6	13,3
Estatura para idade	Obesidade	1	2,2
	Muito baixa estatura para a idade	2	4,4
	Baixa estatura para a idade	19	42,2
	Estatura adequada para a idade	24	53,3

IMC – Índice de massa corporal.

A Tabela 3 apresenta as práticas alimentares conforme os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do MS. Observou-se que a maioria das mães não atendeu aos três primeiros passos, deixando de fornecer AME até os 6 meses de idade e de introduzir alimentos complementares à criança, de forma lenta e gradual, após os 6 meses de idade mantendo o LM, no mínimo, até os 2 anos, 80% (n=36), bem como não ofertou alimentos complementares 3 vezes ao dia para crianças com mais de 6 meses que ainda estavam em AM, 51,1% (n=23). Entretanto, os passos de número quatro a sete foram atendidos com a oferta de AC de acordo com os horários da família, respeitando o apetite da criança, em 97,8% (n=44) dos casos; 93,3% (n=42) com a oferta de AC espessa e aumento da consistência gradativa até chegar à alimentação da família juntamente ao fornecimento de uma alimentação colorida e variada e 95,6% (n=43) com estímulo do consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. O oitavo passo revelou que a maior parte das crianças recebeu guloseimas antes dos dois primeiros anos de vida, 51,1% (n=23), enquanto que os passos seguintes foram atendidos considerando o cuidado com a higiene no preparo e manuseio dos alimentos, garantindo o seu armazenamento e conservação adequados, 97,8% (n=44), e estimulando a criança quando doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos conforme a sua aceitação, 91,1% (n=41).

Tabela 3. Práticas alimentares conforme os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do Ministério da Saúde.

Passos para uma alimentação saudável	Categoria	Nº casos	%
Passo 1 - Foi fornecido ao bebê, apenas leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento? Se não, quais foram?	Sim	9	20,0
	Não	36	80,0
Passo 2 - Ao completar 6 meses, foi introduzido de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o LM até os 2 anos de idade ou mais?	Sim	9	20,0
	Não	36	80,0
Passo 3 - Ao completar 6 meses, foi oferecido alimentos complementares 3 vezes ao dia, se a criança ainda estava em AM?	Sim	22	48,9
	Não	23	51,1
Passo 4 - A AC foi oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança?	Sim	44	97,8
	Não	1	2,2
Passo 5 - A AC foi espessa desde o início e oferecida de colher, iniciada com a consistência pastosa e gradativamente, aumentada a consistência até chegar à alimentação da família?	Sim	42	93,3
	Não	3	6,7
Passo 6 - Foi oferecido à criança diferentes alimentos ao dia para se obter uma alimentação variada e colorida?	Sim	42	93,3
	Não	3	6,7
Passo 7 - Foi estimulado o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições?	Sim	43	95,6
	Não	2	4,4
Passo 8 - Foi ofertado açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, sal, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida?	Sim	23	51,1
	Não	22	48,9
Passo 9 - Houve cuidado com a higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantido o seu armazenamento e conservação adequados?	Sim	44	97,7
	Não	1	2,2
Passo 10 - Foi estimulado quando a criança está doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação?	Sim	41	91,1
	Não	4	8,9

LM – leite materno, AM – aleitamento materno, AC – alimentação complementar.

Os resultados da Tabela 4 relacionaram os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos com o tempo de duração do AME até os 6 meses de idade. Verificou-se associação significativa dos passos 1, 2 e 3 com a duração da AME, sendo que no passo 1 foi fornecido ao bebê apenas leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento ao completar 6 meses ($p < 0,01$) e que no passo 2 verificou-se a introdução de forma lenta e gradual de outros alimentos, mantendo o LM até os 2 anos de idade ou mais ($p = 0,001$). Já, no passo 3, observou-se que, ao completar 6 meses, foi oferecido alimentos complementares 3 vezes ao dia, se a criança ainda estava em aleitamento materno ($p = 0,010$). Em vista disso evidencia-se que as mães que praticaram os 3 primeiros passos ofertaram AME por 6 meses, sendo o contrário também evidenciado.

Tabela 4. Relação entre o tempo de AME e as práticas alimentares conforme os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do Ministério da Saúde.

Passos para uma alimentação saudável	Categoria	Duração do AME				p
		< 6 meses		6 meses		
		n	%	n	%	
Passo 1 - Foi fornecido ao bebê, apenas leite materno até os 6 meses de idade, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento?	Sim	-	-	9	100,0	<0,001
	Não	36	100,0	-	-	
Passo 2 - Ao completar 6 meses, foi introduzido de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o LM até os 2 anos de idade ou mais?	Sim	3	8,3	6	66,7	0,001
	Não	33	91,7	3	33,3	
Passo 3 - Ao completar 6 meses, foi oferecido alimentos complementares 3 vezes ao dia, se a criança ainda estava em AM?	Sim	14	38,9	8	88,9	0,010
	Não	22	61,1	1	11,1	
Passo 4 - A AC foi oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança?	Sim	35	97,2	9	100,0	NSA
	Não	1	2,8	-	-	
Passo 5 - A AC foi espessa desde o início e oferecida de colher, iniciada com a consistência pastosa e gradativamente, aumentada a consistência até chegar à alimentação da família?	Sim	33	91,7	9	100,0	1,000
	Não	3	8,3	-	-	
Passo 6 - Foi oferecido à criança diferentes alimentos ao dia para se obter uma alimentação variada e colorida?	Sim	34	94,4	8	88,9	0,497
	Não	2	5,6	1	11,1	
Passo 7 - Foi estimulado o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições?	Sim	35	97,2	8	88,9	NSA
	Não	1	2,8	1	11,1	
Passo 8 - Foi ofertado açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, sal, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida?	Sim	21	58,3	2	22,2	0,071
	Não	15	41,7	7	77,8	
Passo 9 - Houve cuidado com a higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantido o seu armazenamento e conservação adequados?	Sim	36	100,0	8	88,9	NSA
	Não	-	-	1	11,1	
Passo 10 - Foi estimulado quando a criança está doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação?	Sim	32	88,9	9	100,0	0,569
	Não	4	11,1	-	-	

AME - aleitamento materno exclusivo, LM – leite materno, AM – aleitamento materno, AC – alimentação complementar, NSA – não se aplica o teste devido ao número insuficiente de casos, Teste de associação Exato de Fisher.

4 DISCUSSÃO

Na análise das práticas alimentares conforme os dez passos para uma alimentação saudável do MS, no presente estudo, constatou-se que 80,0% das crianças avaliadas não receberam AME até os seis meses de idade, evidenciando baixo índice de mães que se adequaram ao primeiro passo do guia alimentar. Diferente da pesquisa de Rimes et al.¹⁴, realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Rio de Janeiro, os quais constataram que 50,1% das crianças receberam AME até os seis meses de vida. Já Forero et al.¹⁵ encontraram dados semelhantes ao presente estudo, verificando que apenas 22,9% dos bebês de uma UBS receberam AME até os seis meses. Assim como no estudo de Rieth e Coimbra¹⁶ realizado em dez unidades hospitalares, públicas e privadas, o qual apresentou baixa prevalência, 42,97%, de crianças amamentadas até o sexto mês de vida. Diante disso, cabe ressaltar que a falta do AME pode causar consequências à saúde da criança, como o aumento das taxas de mortalidade infantil, predisposição para o desenvolvimento de alergias e doenças crônicas não transmissíveis, além de não auxiliar no desenvolvimento neurológico e no vínculo afetivo entre a mãe e o bebê¹.

No questionário aplicado no presente estudo, observou-se ainda, a oferta de água, chás e outros alimentos, como leite de vaca, fórmula infantil, farinhas/achocolatados açucarados, frutas, papas salgadas e biscoitos doces antes dos seis meses de idade. De forma semelhante, Schincaglia et al.¹⁷ observaram que o consumo de água, chás, leites, sucos e comidas de sal foram introduzidos às crianças antes mesmo dos quatro meses de idade. Também, em equivalência ao atual estudo, Oliveira et al.¹⁸ observaram alta prevalência do consumo de frutas *in natura* pelas crianças que deveriam estar em período AME, em uma UBS do interior do Ceará/Nordeste. Além da ingestão dos alimentos já citados, Martin et al.¹⁹ ainda constataram consumo precoce de macarrão instantâneo, biscoitos doces, salgadinho industrial e iogurtes entre os lactentes avaliados. Novamente, Lopes et al.²⁰ verificaram que a IAC mostrou-se muito precoce, entre 50% das crianças menores de um ano de idade, para os líquidos, açúcares e guloseimas, o que pode ter influência direta no êxito do AM. Considerando a inserção de alimentos complementares enquanto as crianças deveriam estar em AME e o aumento da densidade energética e de proteína de tais alimentos, pode ocorrer o aumento da secreção da insulina, levando assim, ao excesso de peso precoce das crianças^{21,8}. O excesso de peso infantil possui causas multifatoriais, que são impactos de uma associação de fatores genéticos, ambientais, metabólicos e comportamentais²².

Ainda, referente ao segundo passo do guia alimentar para menores de dois anos do MS, observou-se, no atual estudo, que apenas 20% das crianças receberam AM até os dois anos de

idade ou mais. De modo similar, Santos et al.²³ encontraram a mediana de AMT de aproximadamente 6 meses, entre 141 crianças atendidas em UBS do Recife-PE. Além disso, Nascimento et al.⁵ verificaram que, da amostra de 817 crianças, somente 10% das mesmas receberam LM pelo período de dois anos. Em consequência à baixa adesão ao AM, a população infantil fica mais vulnerável à incidência de infecções, as quais são consideradas importantes causas de mortalidade na infância e que poderiam ser apaziguadas, através de maior duração do AMT²⁴.

No presente estudo, a maioria das mães, 51,1%, não seguiu o terceiro passo do guia alimentar de forma adequada, o qual recomenda ofertar alimentos complementares 3 vezes ao dia para crianças com mais de 6 meses que ainda estão em AM. Em comparação a esse fato e, com maior prevalência, Albuquerque et al.²⁵ observaram que 70,4% das crianças do seu estudo não receberam alimentação complementar três vezes ao dia em associação com o LM, conforme o preconizado pelo MS. Nunes et al.²⁶ tiveram resultados inferiores ao presente estudo, encontrando em média, apenas 30% de mães que cumpriram o passo 3 adequadamente. Em vista disso, ressalta-se que a IAC deve ser inserida de forma lenta e gradual a partir do sexto mês de vida, pois é o período no qual os primeiros hábitos alimentares são formados. Além disso, a correta inserção dos alimentos tem o papel de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas no decorrer da vida²⁷.

Visto que a maioria das crianças teve a IAC antes dos 6 meses de idade, no presente estudo, o leite de vaca foi identificado como o principal alimento oferecido após o desmame, demonstrando a sua introdução precoce na alimentação das crianças. Corroborando com o estudo de Carrazzoni et al.²⁸, no qual verificaram que 70% dos bebês receberam a introdução de leite de vaca antes mesmo do sexto mês de vida. Já Albuquerque et al.²⁵ contrariaram os resultados do atual estudo, pois observaram que apenas 4,8% da população estudada obteve a introdução precoce de leite de vaca. A introdução antecipada deste alimento favorece o desmame precoce, predispõe o desenvolvimento de problemas nutricionais e alérgicos, além de constituir 30% dos casos de Diabetes *Mellitus* tipo I, que poderiam ser evitados pela introdução adequada do leite de vaca na alimentação infantil²⁹.

Através do atual estudo, identificou-se a predominância do uso da mamadeira, sendo compostas, em sua maioria, por leite adicionado de açúcares, farinhas açucaradas e achocolatados com açúcar. Em semelhança aos achados deste estudo, Mendonça³⁰ verificou que, aproximadamente, 90% dos bebês menores de dois anos receberam a oferta de mamadeira com leite de vaca ou fórmulas infantis acrescidas de mucilagens, alimento este, que é rico em carboidratos simples e açúcar. Entretanto, desfechos diferentes foram evidenciados por Backes

e Cancelier³¹, os quais constataram que somente 12,5% das crianças menores de cinco meses receberam a oferta de mamadeira com leite de vaca adoçado. O consumo de alimentos açucarados nos primeiros anos de vida constitui um fator extremamente preocupante, pois está associado ao aumento de sobrepeso e obesidade no futuro³² além disso, pode estar relacionado às causas do desmame precoce³³. Desse modo, o uso da mamadeira atrapalha o AM, pois é mais fácil para o bebê mamar na mamadeira, considerando que o leite desce de forma instantânea, diferente da descida do LM, que é mais lenta, necessitando de maior esforço do bebê para sugar o leite¹.

Neste contexto, ao comparar as práticas alimentares das crianças com os dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para menores de dois anos do MS evidenciou-se associação significativa dos passos 1, 2 e 3 com a duração do AME. Assim, as mães que praticaram os 3 primeiros passos do guia ofertaram AME por 6 meses, AM até os dois anos de idade e a IAC de forma adequada, sendo o contrário também evidenciado, onde as mães que não seguiram os 3 primeiros passos ofertaram AME por um período inferior a 6 meses, ao passo que a maior parte das mesmas afirmou ter recebido orientações sobre alimentação infantil durante a gestação e, mesmo assim, não seguiram adequadamente as recomendações do MS. Diferente dos achados de Alves et al.³⁴ ao observarem que o recebimento de orientações sobre a nutrição adequada da criança contribuiu para maior prevalência do AME, enquanto que as mães que não receberam as devidas orientações tiveram menor sucesso nesse desfecho. De forma semelhante ao presente estudo, Ferreira et al.³⁵ observaram que a maioria das 24 gestantes avaliadas recebeu orientações quanto a importância do AM, AME até o sexto mês de vida e a adequada IAC após os seis meses de idade. Porém, foram menos orientadas em relação aos mitos, crenças e medos quanto ao AM, fatos estes, que podem ter influenciado negativamente na baixa adesão do AME.

O oitavo passo não foi considerado significativo no presente estudo, contudo, o mesmo revelou que a maior parte das crianças recebeu guloseimas antes dos dois primeiros anos de vida. Em semelhança a isso, Mello et al.³⁶ constataram o consumo precoce de doces e guloseimas por crianças de 6 a 24 meses. Por outro lado, Backes e Cancelier³¹ verificaram menor frequência de consumo de açúcar e bebidas adoçadas em menores de dois anos. Frente a isso, destaca-se que o consumo destes alimentos torna-se desfavorável para a saúde das crianças, por estarem diretamente ligados ao excesso de peso, anemias e alergias alimentares^{1,32}. Além disso, cabe ressaltar que a criança já nasce com o paladar propenso a preferir os sabores doces, por isso a oferta de açúcares de forma precoce deve ser evitada, a fim de não estimular o paladar apurado pelas guloseimas e posteriormente, interferir nas suas escolhas

alimentares^{1,37}. Além do mais, na infância, aumenta-se a necessidade de nutrientes. Por isso, a ingestão necessária de vitaminas e minerais é fundamental para garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados, a prevenção de doenças infecciosas e secundárias à carência de micronutrientes, como cegueira, anemia ferropriva e raquitismo¹¹.

Em relação ao estado nutricional das crianças, identificou-se eutrofia na maioria dos casos do presente estudo, apesar das práticas inadequadas, principalmente nos três primeiros passos do guia. Diferente dos estudos de Silva et al.²⁰ e Gurmini et al.³⁸, que também analisaram as condições nutricionais das crianças em relação a baixa prevalência de AM e AME, onde encontraram maior índice de sobrepeso e obesidade entre as crianças avaliadas por meio das curvas de crescimento da OMS. Estudos com menores populações podem sofrer influência em demonstrar menor efeito protetor ao excesso de peso em relação ao AME, pois o AME no seu tempo adequado tem fator protetivo contra o excesso de peso das crianças. Stadler et al.³⁹ realizaram sua análise com o mesmo número de crianças do presente estudo (n=45), porém com crianças de 4 a 6 anos de idade e apesar da baixa oferta de AM e AME quando bebês, não houve correlação com o aumento de peso das crianças. Entretanto, Caldeira et al.⁴⁰ verificaram maiores índices de excesso de peso em 219 crianças em idade pré-escolar e puderam relacionar com o baixo recebimento de AME nos seis primeiros meses de vida.

De modo a justificar algumas questões quanto ao não cumprimento das recomendações do guia alimentar no presente estudo, cabe destacar alguns fatores que podem ter relação com as práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade, dentre eles os socioeconômicos, o trabalho fora de casa e a licença maternidade inferior a seis meses. No atual estudo, observou-se a predominância de famílias que apresentaram renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Em semelhança a isso, o estudo de Gurmini et al.³⁸ que avaliou a alimentação de 80 crianças da mesma faixa etária deste estudo, identificou que 79% das famílias viviam com renda inferior a 3 salários mínimos, a qual também se assemelhou com o baixo índice de recebimento do AME. Diferente do estudo de Dallazen et al.⁴¹, no qual foi averiguado que 1/3 das famílias contavam com renda mensal inferior ou igual à um salário mínimo, porém, assemelhou-se a este estudo em relação a oferta precoce de alimentos não indicados para a faixa etária. Em justificativa a isso, Carvalho et al.⁴² acreditam que o baixo recebimento de AME em associação à uma situação financeira desfavorável pode ter relação com a mãe ter que sair para trabalhar a fim de ajudar no sustento da família. Ainda, segundo Oliveira et al.⁴³, crianças com pais com melhores condições financeiras, usufruíram de uma alimentação complementar mais diversificada, além de AM mais duradouro, provavelmente pelo poder à aquisição de alimentos mais saudáveis e variados e também, pelo maior acesso às informações.

Santos et al.²³, igualmente, encontraram baixa prevalência de AME e AMT de crianças até dois anos de idade e, dentre os fatos relacionados a isso, também encontraram predominância de mães que não trabalhavam fora de casa, assim como no atual estudo. Diferente do presente estudo quanto ao trabalho materno, Bessa et al.⁴⁴ perceberam que a maior parte das mães do seu estudo tinha vínculo empregatício, sendo justificado por elas, como uma das causas de desmamarem seus filhos precocemente. O Ministério do Trabalho e Emprego não corrobora com as recomendações do MS, pois a licença maternidade prevista para as mães é de apenas 120 dias⁴⁵, dado que prejudica o AME até o sexto mês de vida¹. A partir disso e assim como no presente estudo, nota-se que mesmo a maioria das mães não ter trabalho regular, acabaram não cumprindo com os 3 primeiros passos do guia alimentar para crianças menores de dois anos.

Todavia, o estudo em questão teve algumas limitações que podem ter influenciado nos resultados do mesmo. Uma delas pode ter sido em relação à coleta de dados retrospectivos, que estão sujeitos ao viés de memória. Salienta-se a dificuldade de abordar questões alimentares, pois as mães/responsáveis podem omitir ou não responder de forma correta as informações que lhe são questionadas. Por fim, cabe ainda ressaltar que não foram estudadas as causas do desmame precoce neste estudo, não sendo possível identificar os motivos pelos quais a maioria das mães não realizou o AME nos 6 primeiros meses de vida da criança.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que, a partir do presente estudo, foi possível identificar que as práticas alimentares das crianças de 6 meses a 2 anos de idade em relação às recomendações dos dez passos para uma alimentação saudável do guia alimentar para crianças menores de dois anos do MS, não foram atendidas da melhor maneira, visto que foram poucas as mães que ofertaram AME até os seis meses de idade e realizaram a IAC de forma adequada.

Mesmo que no presente estudo a maioria das crianças foi avaliada nutricionalmente com Eutrofia, evidencia-se o descumprimento dos três primeiros passos do guia alimentar, relacionados à baixa adesão ao AME e AMT, além da IAC inadequada, bem como do oitavo passo, relacionado à oferta de alimentos doces e salgados industrializados, ressaltando-se que estes hábitos inadequados nos primeiros anos de vida podem comprometer a saúde da criança, em curto ou longo prazo. Enfatiza-se a partir disso, a importância de maiores ações que promovam e incentivem com maior veemência estas práticas, a fim de beneficiar a saúde geral das crianças e aumentar estes índices no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 23. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: DF [internet]; 2015 [acesso em 23 mar 2019]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Rio de Janeiro: RJ [internet]; 2013. [acesso em 20 fev. 2019]. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf.
3. Al-Nuaimi N, Katende G, Arulappan J. Breastfeeding trends and determinants – implications and recommendations for Gulf Cooperation Council countries. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2017; 17(2):e155-e161. DOI: <http://dx.doi.org/10.18295/squmj.2016.17.02.004>
4. Reiter MGR, Krebs C, Rosa AS, Chiste LC, Demarco CL, Bispo LV et al. Relação entre o aleitamento e o desenvolvimento de obesidade infantil. *International Journal of Nutrology*. 2018; 11(S 01):S24-S327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1674984>
5. Nascimento VG, Silva JPC, Ferreira PC, Bertoli CJ, Leone C. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(4):454-459. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2016.05.004>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: DF [internet]; 2009. [acesso em 05 jun 2019]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
7. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Priore SE, Franceschini SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*.; 2015; 33(2):211-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002>
8. Gonzalez PS, Retondario A, Bricarello LP, Chica DAG, Silva DAS, Vasconcelos FAG. Aleitamento materno exclusivo, alimentação complementar e associação com excesso de gordura corporal em escolares de Florianópolis, SC, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17(1):115-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100007>
9. Araujo LB, Melo TR, Israel VL. Low birth weight income and paternal absence as risk factors in neuropsychomotor development. *J Hum Growth Dev*. 2017; 27(3):272-280. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: DF [internet]; 2015. [acesso em 20 fev 2019]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_saudavel_2ed.pdf
11. Vaz MA, Oliveira GG, Pinheiro MS, Medeiros EFF. Suplementação na infância e a prevenção da carência de micronutrientes: artigo de revisão. *Rev Med Saúde Brasileira*. 2017; 6(1):116-31.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: DF [internet]; 2011. [acesso em 24 fev 2019]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.
13. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO child growth standards. Geneva [internet]; 2006. [acesso em 05 jun. 2019]. Disponível em https://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.
14. Rimes KA, Oliveira MIC, Boccolini CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding. *Rev Saúde Pública*. 2019; 53:10. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000244>
15. Forero Y, Hernandez A, Morales G. Breastfeeding and complementary services program in Bogota, Colombia. *Rev Chil Nutr*. 2018; 45(4):356-362.
16. Rieth NFA, Coimbra LC. Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão, Brasil. *Rev Pesqu Saúde*. 2016; 17(1):7-12.
17. Schincaglia RM, Oliveira OC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):465-474. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>
18. Oliveira ES, Viana VVP, Araújo TS, Martins MC, Cardoso MVLM, Pinto LMO. Alimentação complementar de lactantes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família do nordeste brasileiro. *Cogitare Enferm*. 2018; 23(1):e51220. DOI: <http://dx.doi.org/0.5380/ce.v23i1.51220>
19. Martin KS, Ghosh D, Page M, Wolff M, Mcminimee K, Zangh M. What role do local grocery stores play in urban food environment? A case study of Hartford-Connecticut. *PLoS One*. 2014; 9(4):e94033. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0094033>
20. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 36(2):164-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004>.
21. Contarato AAPF, Rocha EDM, Czarnobay SA, Mastroeni SSBS, Veugelers PJ, Mastroeni MF. Independent effect of type of breastfeeding on overweight and obesity in children aged 12-24 months. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(12):e00119015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00119015>.
22. Gurnani, M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: causes, consequences and management. *Pediatr Clin North Am*. 2015; 62(4):821-840. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2015.04.001>.
23. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMZ et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24(3):1211-1222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.126120171>.
24. Duarte BM, Tobias KRC. A importância do aleitamento materno para nutrição e qualidade de vida do lactente. *Saber Científico*. 2018.

25. Albuquerque AO, Dantas KB, Tomé MABG, Aire JS, Gubert FA, Martins MC. Hábitos alimentares de crianças com até 6 meses em alimentação complementar e/ou desmame precoce. *Revista Enfermagem Atual*. 2018; 2018(86).
26. Nunes LM, Vigo A, De Oliveira LD, Giugliani ERJ. Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(6):e00205615. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00205615>.
27. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):727-738. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.15952014>
28. Carrazzoni DS, Pretto ADB, Albernaz EP, Pastore CA. Prevalência de fatores na primeira infância relacionados à gênese da obesidade em crianças atendidas em um ambulatório de Nutrição. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2015; 9(50):74-81.
29. Oliveira CM, Dos Santos TC, Melo IM, Aguiar DT, Netto JJM. Promoção do aleitamento materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enfermagem Revista*. 2017; 20(2):99-108.
30. Mendonça JSC. Início da introdução de açúcar na dieta e presença de cárie dentária em bebês com e sem fissura labiopalatina [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
31. Backes AC, Cancelier ACL. Práticas alimentares em crianças menores de dois anos: consumo de açúcar e bebidas adoçadas. *Arq Catarin Med*. 2018; 47(1):71-81.
32. Rose CM, Birch LL, Savage JS. Dietary patterns in infancy are associated with child diet and weight outcomes at 6 years. *International Journal of Obesity*. 2017; 41(5):783-788. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2017.27>
33. Alves LL, Cirino IP, Santos MDS, Oliveira EAR, De Souza AF, Lima LHO. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e seus fatores de risco. *Saúde e Pesq*. 2018; 11(3):527-534.
34. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23:1077-1088. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>
35. Ferreira MGC, Gomes MFP, Fracolli LA. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. *Rev Aten Saúde*. 2018; 16(55):36-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol16n55.4888>
36. Mello CS, Barros KV, Morais MB. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. *J Pediatr*. 2016; 92(5):451-463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.013>
37. Stephn A, Alles M, Graaf C, Fleith M, Hadjilucas EH, Isaacs E et al. The role and requirements of digestible dietary carbohydrates in infants and toddlers. *Eur J Clin Nutr*. 2012;66(7):765. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2012.27>
38. Gurmini J, Porello EB, Belleza MSS, Silva KN, Kusma SZ. Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de Escolas Públicas. *Rev Med UFPR*. 2017; 4(2):55-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i2.55187.g33467>

39. Stadler F, Tsupal PA, Brecailo MK, Vieira DG. Relação entre a alimentação complementar e a prevalência de excesso de peso em pré-escolares. *Saúde*. 2016; 42(1):197-204.
40. Caldeira KMS, De Souza JMP, De Souza SB. Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2015; 25(1):89-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.96786>.
41. Dallazen C, Silva SA, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF 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):e00202816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00202816>.
42. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 36(1):66-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00001>.
43. Oliveira MIC, Rigotti RR, Boccolini CS. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. *Cad Saúde Colet*. 2017; 25(1):65-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010204>.
44. Bessa MG, Valério P, Dos Santos ILF. Fatores que influenciam o desmame precoce em uma unidade de saúde da família no município de Várzea Grande-MT. *TCC-Enfermagem*. 2018.
45. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Trabalho doméstico. Brasília: DF [internet]; 2013. [acesso em 05 jun. 2019]. Disponível em <http://agenciaprisma.com.br/Manual-do-Trabalho-Domestico-Direitos-e-Deveres.pdf>.