



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NUTRIÇÃO CLÍNICA



**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES:
DADOS DO ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
INFANTIL – 2019**

Pamela Fernandes da Cruz

RIO DE JANEIRO
OUTUBRO / 2023



**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES:
DADOS DO ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
INFANTIL – 2019**

Pamela Fernandes da Cruz

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição Clínica (PPGNC), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **mestre em Nutrição Clínica**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Dayana Rodrigues Farias

RIO DE JANEIRO

OUTUBRO / 2023

**PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES:
DADOS DO ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
INFANTIL – 2019**

Pamela Fernandes da Cruz

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE **MESTRE EM NUTRIÇÃO CLÍNICA**.

Examinada por:

Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Padilha
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Nutrição Josué de Castro
(Revisora)

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Passos
Universidade Federal de Ouro Preto
Departamento de Nutrição Clínica e Social

Prof.^a Dr.^a Jorginete de Jesus Damião
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Nutrição

Prof.^a Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Nutrição Josué de Castro
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Dayana Rodrigues Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Nutrição Josué de Castro
(Coorientadora)

Ficha catalográfica

Cruz, Pamela Fernandes da

Práticas alimentares de crianças menores de seis meses: dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – 2019. / Pamela Fernandes da Cruz. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição Josué de Castro, 2023.

81 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Elisa Maria de Aquino Lacerda.

Coorientadora: Dayana Rodrigues Farias.

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-Graduação em Nutrição Clínica, 2023.

Referências: f. 52-56; 63-70.

1. Aleitamento Materno. 2. Alimento Processado. 3. Comportamento Alimentar. 4. Nutrição do Lactente. 5. Inquéritos Nutricionais. – Tese. I. Lacerda, Elisa Maria de Aquino. II. Farias, Dayana Rodrigues. III. UFRJ, CCS, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-Graduação em Nutrição Clínica. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Roberta C. B. Galdencio CRB - 7/5662

APRESENTAÇÃO

Formada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em agosto de 2019, eu, Nutricionista Pamela Fernandes da Cruz, venho atuando na prática clínica e esportiva em consultório. Porém, desde a faculdade cultivava grande amor e interesse pela área materno infantil.

Essa dissertação, que possui como temática as práticas alimentares de crianças menores de seis meses, surgiu quando fui a procura de uma das minhas professoras da disciplina de materno infantil da graduação, Prof.^a Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda, informando que gostaria de ingressar no mestrado e de seguir essa temática, embora não fosse meu objeto de trabalho, pois gostaria de me aprofundar e desenvolver para começar a atuar com esse público, e que contava com a honra de tê-la como orientadora. Após iniciar, pude contar também com a coorientação de uma das professoras que mais admiro do Instituto de Nutrição Josué de Castro, Prof.^a Dr.^a Dayana Rodrigues Farias, que além de professora também foi minha preceptora de estágio na graduação e sempre passou todo o conhecimento com muito amor e dedicação.

Com o apoio de duas grandes pesquisadoras, pude conhecer o ENANI, no qual ambas estavam inseridas e tinham pleno conhecimento, e me foi disponibilizado um vasto banco de dados e uma longa jornada de pesquisa, resultando nessa dissertação que vos trago.

Sigo apaixonada pela área materno-infantil, mas também encontrei uma nova paixão pela qual ainda não havia identificado antes da pesquisa de mestrado: a nutrição em saúde pública.

AGRADECIMENTOS

A Deus, desde sempre, por permitir minha vida e iluminar meus caminhos.

Aos meus avós paternos, Marly Cruz e Coronel Oswaldo Cruz, por terem me criado e sido os melhores pais e melhores exemplos que eu poderia ter (*in memoriam*).

A minha família, minha raiz, os quais sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial.

A minha filha canina, Maggie Maria, que é a minha companheira das longas jornadas de estudo e pesquisa, não me largando um segundo sequer.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e entendiam meus momentos de ausência em prol do estudo e do meu futuro.

Às professoras Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda e Dr.^a Dayana Rodrigues Farias, deixo registrado aqui minha grande admiração e meu agradecimento por todo apoio e conhecimento passados por vocês durante essa jornada. Sinto-me realizada por ter tido ao meu lado profissionais tão íntegras, de caráter e comprometidas com a nutrição.

Aos professores do Instituto de Nutrição Josué de Castro, por terem sido fundamentais na minha formação profissional desde a graduação até aqui.

A todos os membros da banca de qualificação e defesa, Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Padilha, Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Passos, Prof.^a Dr.^a Jorginete de Jesus Damião e Prof. Dr. Cristiano Boccolini, deixo aqui registrada a honra de tê-los presentes como contribuidores desse trabalho e da minha formação profissional.

Ao Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI 2019, por estar abrindo portas para novas descobertas e fornecendo dados muito importantes para o desenvolvimento da saúde infantil no Brasil.

A todos as crianças e famílias participantes do ENANI, meu respeito e sincero agradecimento.

Aos meus colegas de turma do Mestrado Profissional 2021/1 em Nutrição Clínica da UFRJ, pessoas queridas e profissionais incríveis. Compartilhamos em conjunto de momentos felizes e angustiantes na jornada do mestrado, os levarei para toda a vida.

Resumo da dissertação apresentada ao PPGNC/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de **mestre em Nutrição Clínica**.

PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES: DADOS DO ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL – 2019

Pamela Fernandes da Cruz
Outubro/2023

Orientadoras: Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda e Dr.^a Dayana Rodrigues Farias

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado até os 6 meses de vida pela Organização Mundial de Saúde. Mesmo havendo aumento no indicador de AME no Brasil, mais da metade de brasileiros menores de 6 meses estão recebendo alimentos diferentes do leite materno (LM). A oferta de qualquer outro alimento nessa faixa etária está associada a maior risco de intercorrências, desenvolvimento de doenças e redução de fatores protetores da amamentação. O estudo teve como objetivo avaliar as práticas alimentares e o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) de crianças brasileiras menores de 6 meses segundo faixa etária e características sociodemográficas. Trata-se de análise descritiva de um recorte do banco de dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – 2019 (n=1.986). Foram calculadas as frequências das práticas alimentares, a frequência de consumo de AUP para o Brasil e segundo estratificadores sociodemográficos. O gráfico de área das frequências de práticas alimentares em menores de seis meses mostrou que foi decrescente a área do AME, do consumo de LM mais leite de vaca/fórmula e de LM e outros líquidos, representando redução dessas práticas com o decorrer dos meses. Entretanto, houve aumento das áreas referentes ao consumo de LM e alimentos sólidos/semissólidos e pastosos e LM e água, mostrando o aumento dessas práticas. O consumo de AUP em menores de 6 meses foi de 19,3%, sendo 6,9% entre crianças de 0–1 mês e 25,8% entre as de 4–5 meses. Os três AUP mais consumidos foram farinhas (14,5%), iogurte (6,1%) e biscoito (3,9%). Observa-se, portanto, maior prevalência de oferta de alimentos diferentes do LM entre 4-5 meses de idade em relação ao primeiro mês, e, dentre os alimentos oferecidos, há consumo excessivo de AUP. A situação observada deve ser alvo de políticas públicas que possibilitem melhorar a situação alimentar infantil no Brasil.

Palavras-chave: inquéritos nutricionais; aleitamento materno; alimentos ultraprocessados.

EATING PRACTICES OF CHILDREN UNDER SIX MONTHS: DATA FROM THE NATIONAL STUDY OF CHILD FOOD AND NUTRITION

Pamela Fernandes da Cruz
October/2023

Advisors: Dr.^a Elisa Maria de Aquino Lacerda e Dr.^a Dayana Rodrigues Farias

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EBF) is recommended until 6 months of age by the World Health Organization. Even though there is an increase in the indicator of exclusive breastfeeding in Brazil, more than half of Brazilians under 6 months of age are receiving foods other than breast milk. Offering any other food in this age group is associated with a greater risk of complications, development of diseases and a reduction in protective factors present in breastfeeding. The study aimed to evaluate the eating practices and consumption of ultra-processed foods of Brazilian children under 6 months according to age group and sociodemographic characteristics. This is a descriptive analysis of a sample from the database of the National Child Food and Nutrition Study – 2019 (n=1,986). The frequencies of eating practices, the frequency of consumption of ultra-processed foods for Brazil and according to sociodemographic stratifiers were calculated. The area graph of the frequencies of feeding practices in children under six months of age showed that the area of EBF for exclusive breastfeeding, the consumption of breast milk plus cow's milk/formula and breast milk and other liquids was decreasing, representing a reduction in these practices over the months. On the other hand, there was an increase in areas referring to the consumption of breast milk and solid/semi-solid and pasty foods and breast milk and water, showing an increase in these practices. The consumption of ultra-processed foods in children under 6 months was 19.3%, 6.9% among children aged 0–1 month and 25.8% among those aged 4–5 months. The three most consumed ultra-processed foods were flour (14.5%), yogurt (6.1%) and biscuits (3.9%). Therefore, there is a greater prevalence of food offerings other than breast milk between 4-5 months of age, compared to the first month, and, among the foods offered, there is excessive consumption of ultra-processed foods. The observed situation should be the target of public policies that make it possible to improve the child food situation in Brazil.

Keywords: nutritional surveys; breastfeeding; ultra-processed foods.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1	Aleitamento materno e seus benefícios	8
2.2	Alimentação complementar da criança	10
2.3	Alimentação de crianças não amamentadas	12
2.4	Fatores de risco associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar precoce	12
2.5	Consequências relacionadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar precoce	15
2.6	Políticas e programas de alimentação e nutrição infantil no Brasil.....	17
2.7	Inquéritos nacionais de alimentação e nutrição e tendência do AM no Brasil 21	
3	JUSTIFICATIVA	24
4	OBJETIVOS	25
4.1	Objetivo geral.....	25
4.2	Objetivos específicos.....	25
5	MÉTODOS.....	26
5.1	Desenho do estudo	26
5.2	Amostra do ENANI-2019 e população do estudo	26
5.3	Coleta de dados do ENANI-2019.....	28
5.4	Variáveis do estudo.....	29
5.4.1	Indicadores de práticas alimentares	29
5.4.2	Classificação dos alimentos segundo extensão e grau do processamento ...	32
5.4.3	Variáveis sociodemográficas (estratificadores)	34
5.5	Análise de dados.....	35
5.6	Aspectos éticos.....	35
6	RESULTADOS	36

6.1	Resumo	36
6.2	Introdução	37
6.3	Métodos.....	38
	População do estudo e amostra do ENANI-2019.....	38
	Coleta de dados do ENANI-2019.....	39
6.4	Resultados.....	44
6.5	Discussão.....	45
6.6	Conclusão	51
6.7	Referências	52
7	CONCLUSÃO.....	60
8	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE 1 – Questionário sobre práticas alimentares utilizado no ENANI-2019	
	71

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

DISSERTAÇÃO

FIGURAS E QUADROS	Pág.
Figura 1 - Distribuição espacial dos municípios selecionados na amostra do ENANI.	27
Figura 2 - Fluxograma da população de pesquisa do presente estudo.	28
Quadro 1 - Perguntas e opções de resposta do questionário estruturado sobre a alimentação da criança do ENANI-2019	30
Quadro 2 - Definições dos indicadores de práticas alimentares e alimentos que os compuseram	31
Quadro 3 - Cálculo dos indicadores de práticas alimentares por faixa etária	31
Quadro 4 - Classificação dos alimentos segundo extensão e grau de processamento	33

MANUSCRITO

FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma da população de pesquisa do presente estudo.	39
Quadro 1 - Cálculo dos indicadores de práticas alimentares por faixa etária.	40
Tabela 1 - Características sociodemográficas de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo e em ausência de aleitamento materno exclusivo. Brasil, 2019-2020.	57
Tabela 2 - Frequência das práticas alimentares em crianças brasileiras menores de 6 meses, de acordo com a faixa de idade. Brasil, 2019-2020.	58
Figura 2 - Gráfico de área das frequências de práticas alimentares em crianças brasileiras menores de 6 meses, de acordo com a faixa de idade. Brasil, 2019-2020.	59
Tabela 3 - Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 6 meses para o Brasil e segundo faixa etária. Brasil, 2019-2020.	59
Tabela 4 - Alimentos ultraprocessados consumidos por crianças menores de 6 meses. Brasil, 2019-2020.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
LM	Leite materno
AUP	Alimentos ultraprocessados
AC	Alimentação complementar
IMC	Índice de massa corporal
DC	Doença celíaca
SSP	Sólidos, semissólidos e pastosos
IC	Intervalo de confiança
CV	Coeficiente de variação
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IEN	Indicador Econômico Nacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>Science</i>	Sociedade para o Desenvolvimento da Pesquisa Científica
DMC	Dispositivo Móvel de Coleta
CSPRO	<i>software Census Survey Processing System</i>
PIB	Produto interno bruto
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e nutrição Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
EC	Emenda Constitucional
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
SMAM	Semana Mundial da Amamentação
RBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
AHRNBP – MC	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru
Enpacs	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
SUS	Sistema Único de Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

1 INTRODUÇÃO

Os 2 primeiros anos de vida caracterizam-se por intenso crescimento e desenvolvimento, sendo considerado período crítico na prevenção ou predisposição a doenças, como desnutrição, carências nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação, como a obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 2 (DIPASQUALE; ROMANO, 2020; JURADO et al., 2016; LAVING; HUSSAIN; ATIENO, 2018). Nesse período, há formação e maturidade do paladar e são estabelecidos hábitos e preferências alimentares que poderão perdurar por toda a vida (ARAUJO; FREITAS; LOBO, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o aleitamento materno exclusivo (AME) é a prática alimentar recomendada nos primeiros 6 meses de vida, não sendo necessária a oferta de nenhum outro alimento, nem mesmo água. Após esse período, além do leite materno (LM), recomenda-se o início da alimentação complementar (AC), que acontece até 2 anos de idade ou mais e é definida como “processo de introdução de outros alimentos quando o leite materno sozinho não é mais suficiente para atender às necessidades nutricionais da criança” (BRASIL, 2019; WHO e UNICEF, 2021). Ambas as práticas são importantes determinantes do crescimento, desenvolvimento e saúde infantil (UNICEF, 2020).

No Brasil, dados sobre consumo alimentar e estado nutricional da população brasileira são obtidos principalmente pelos inquéritos nacionais de base populacional, tendo sido o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado na década de 1970, o primeiro. Até o ano de 2019, não existia inquérito nacional de base populacional voltado exclusivamente para o estudo de crianças (SPERANDIO; PRIORE, 2017), até a realização do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). O ENANI-2019 foi o primeiro inquérito no país a avaliar as práticas de aleitamento materno (AM) e de consumo alimentar; o estado nutricional antropométrico e a prevalência de deficiências de micronutrientes em crianças menores de 5 anos de todas as regiões do Brasil (LACERDA et al., 2021).

Segundo o ENANI-2019, a prevalência de AME no Brasil aumentou 42,9 pontos percentuais entre os anos de 1986 e 2020, passando de 2,9% para 45,8% (UFRJ, 2021^a). Essa prevalência se encontra abaixo do recomendado pela OMS, que está trabalhando

para aumentar essa taxa nos primeiros 6 meses de vida para, pelo menos, 50% até 2025 (WHO & UNICEF, 2014) e para 70% até 2030 (WHO, 2019).

Mesmo havendo aumento significativo no indicador de AME, há que se considerar, por outro lado, que mais da metade das crianças brasileiras menores de 6 meses estão recebendo alimentos diferentes do LM. A oferta de qualquer outro alimento a crianças dessa faixa etária está associada a maior risco de intercorrências e desenvolvimento de doenças em médio e longo prazos, além de reduzir os fatores de proteção conferidos pela amamentação (MURARI et al., 2021; SALDAN, 2014).

No Brasil, ainda há desafios para a promoção do AME, sendo alguns deles a falta de conhecimento dos familiares acerca dos benefícios da amamentação exclusiva, introdução precoce de outros leites, rotina de trabalho, necessidade de maior apoio legislativo efetivo na amamentação e volta da mulher ao mercado de trabalho, falta de apoio familiar, abundância de produtos no mercado com marketing abusivo, rotulagens atrativas e convincentes, entre outros (FREITAS et al., 2022; MONTEIRO et al., 2016; MURARI et al., 2021; NEVES et al., 2021^a).

Estudo realizado pelo NICEF chamou atenção para o risco de crianças terem um desenvolvimento prejudicado, apresentando maior probabilidade de desenvolverem sobrepeso/obesidade e doenças crônicas após verificar consumo elevado de AUP em menores de 2 anos (72% já haviam consumido AUP) e de 2 a 6 anos (85% já havia consumido AUP) em lares beneficiados pelo programa Bolsa Família. As principais causas observadas foram sabor, preço, praticidade e falta de conhecimento acerca dos alimentos não serem saudáveis, fazendo com que muitos pais acreditem serem boas fontes de vitaminas e minerais (UNICEF, 2021).

Nesse sentido, o ENANI-2019 cobriu uma lacuna de conhecimento sobre alimentação e nutrição infantil. Através da avaliação das práticas alimentares das crianças estudadas no ENANI-2019 é possível analisar o aleitamento materno e consumo alimentar de crianças menores de 6 meses, fornecendo um novo cenário para a criação de políticas públicas inovadoras que possam modificar a situação alimentar infantil no Brasil, uma vez que são fatores diretamente ligados ao desenvolvimento saudável e prevenção de doenças, reduzindo futuramente a procura pelo sistema público de saúde e, conseqüentemente, desafogando-o.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aleitamento materno e seus benefícios

O ato de amamentar vai muito além de nutrir o lactente. Envolve conexão entre mãe e filho, há impacto no estado nutricional da criança, na defesa do seu organismo contra infecções, no desenvolvimento cognitivo e emocional, na saúde em longo prazo, além das implicações no estado físico e psíquico da mãe (DOS SANTOS et al., 2018).

O LM é o alimento mais completo para o recém-nascido, sendo considerado a fonte alimentar “padrão ouro” nos primeiros meses de vida pós-natal. Ele é absorvido facilmente, contém baixa carga de solutos e excelente disponibilidade de minerais, vitaminas e proteínas, todos em concentrações adequadas às necessidades da criança naquele período (STEINFELD et al., 2013; KROL; GROSSMANN, 2018). A OMS recomenda que os primeiros 6 meses de vida sejam realizados em AME (UNICEF, 2020).

O colostro, que é a primeira secreção láctea produzida, possui maior concentração de proteínas de soro de leite e menor teor de lactose e lipídio quando comparado ao leite maduro. Tem importante função imunológica, indicado pela alta concentração de compostos bioativos, como a imunoglobulina A secretora (IgA secretora), lactoferrina, leucócitos, além de oligossacarídeos em quantidade duas vezes maior que no leite maduro (MOSCA; GIANNÌ, 2017).

Estima-se que o leite humano maduro apresenta 65 a 70 kcal/dL. O conteúdo proteico é de aproximadamente 0,9 a 1,2 g/dL, sendo as principais proteínas a α -lactalbumina, caseína, lactoferrina, IgA secretora, lisozima e albumina sérica. Comparado com o leite de vaca, o leite humano contém maiores quantidades de aminoácidos essenciais, como a cistina e taurina, primordiais para o desenvolvimento do sistema nervoso central, especialmente para lactentes prematuros que não conseguem sintetizá-los (SILVA et al, 2007; BALLARD; MORROW, 2013). A quantidade de carboidratos do leite humano está entre 6,7 e 7,8 g/dL e corresponde a 45-50% da energia total. O principal carboidrato é o dissacarídeo lactose, e os oligossacarídeos e outros carboidratos totalizam aproximadamente 1 g/dL de leite maduro. O teor de gorduras varia de 3,2 a 3,6 g/dL e representa 45 a 55% do valor energético total. O leite humano contém maiores quantidades de ácidos graxos insaturados e elevados teores de ácidos palmítico e oleico (BALLARD; MORROW, 2013).

O leite humano de mães de crianças que nascem prematuras apresenta maior quantidade de proteínas e gorduras em relação ao de crianças a termo (BALLARD; MORROW, 2013; MOSCA; GIANNÌ, 2017). O teor de micronutrientes, como o das vitaminas A, B1, B2, B6, B12, D e de iodo, variam segundo a dieta e reservas corporais maternas. Independente da ingestão materna, a concentração de vitamina K e de vitamina D é baixa, principalmente em casos de baixa exposição materna ao sol (BALLARD; MORROW, 2013).

Dentre os diversos benefícios do AM para a criança, destacam-se as menores taxas de mortalidade; menor incidência de internação hospitalar por diarreia e infecção do trato respiratório inferior; menor incidência de otite média aguda; rinite alérgica, asma e má oclusão dentária. Em longo prazo, observa-se menor risco de sobrepeso, obesidade, diabetes *mellitus* tipos 1 e 2, leucemia, e possui correlação com índices de inteligência maiores (COLOMBO et al., 2018; VICTORA et al., 2016).

Para a mãe, os benefícios da amamentação são: efeito prolongador da amenorrea lactacional; menor chance de desenvolver câncer de mama, sendo constatada redução de 4,3% a cada 12 meses de amamentação em toda a vida; menor chance de ocorrência de câncer de útero e de ovário, sendo verificada uma redução de 18% desse último associada à períodos mais longos de amamentação; menor chance de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2, observando-se redução de 32% em mulheres que amamentaram por mais tempo quando comparadas às que amamentaram por menos tempo; e menor ocorrência de depressão pós-parto, apesar de haver uma maior probabilidade da depressão afetar a amamentação (VENANCIO, 2019).

É necessário observar que o nascimento de uma criança é um período que involuntariamente ocorre aumento nas despesas familiares, pois o surgimento de uma nova vida está diretamente ligado ao início de despesas que antes não existiam. Dessa forma, caso a criança não seja alimentada exclusivamente com leite materno, soma-se despesas com custo de fórmulas infantis, mamadeira, energia elétrica, gás de cozinha e água potável para prepará-las. Para além destes gastos, existe também o risco de despesas com possíveis doenças que a criança pode vir a ter caso não seja amamentada, sendo possível concluir que o AME proporciona às famílias diminuição de gastos financeiros extras (SILVA et al., 2020).

Torna-se notória a economia financeira proporcionada pelo AME, além de contribuir para a sustentabilidade e manutenção do meio ambiente (SILVA et al., 2020). O custo ambiental para a produção de leite de vaca, um dos alimentos utilizados para

substituir o LM, implica na utilização de recursos ergogênicos e antibióticos no gado, além de promover maior poluição e consumo de água (RAMOS et al., 2014).

Adicionalmente, para a fabricação de fórmulas infantis, é necessário o consumo de combustível, energia elétrica, produção de embalagens e outros elementos com elevado custo financeiro e impacto negativo ao meio ambiente. Quanto menor a fabricação de produtos industrializados, menor será a geração desnecessária de resíduos, a contaminação do ambiente e a economia de recursos hídricos (SILVA et al., 2020). Observa-se, portanto, forte relação entre AM e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente os objetivos 6 (assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos) e 12 (assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis) (CARVALHO, 2019).

O aumento dos índices de AM proporciona menor produção de resíduos industriais, farmacêuticos, menor utilização de combustíveis fósseis e de madeira, menor produção de alumínio, plástico e outros produtos (ZANGÃO, 2022), mostrando que o ato de amamentar contribui também para o desenvolvimento sustentável do planeta.

2.2 Alimentação complementar da criança

A alimentação complementar é caracterizada como o processo no qual os lactentes recebem alimentos diferentes do leite materno. Ela deve ser suficiente em quantidade de energia, macro e micronutrientes, água e deve ser ofertada através de alimentos seguros, aceitos culturalmente, financeiramente acessíveis e agradáveis à criança. Além de complementar as necessidades fisiológicas, ela aproxima de forma crescente a criança aos hábitos alimentares da família para que possa se inserir em um novo ciclo de vida, tendo contato com novos sabores, aromas, texturas e cores (BRASIL, 2019; DOS SANTOS et al., 2018).

O leite materno, por sua vez, vai sendo reduzido gradativamente até que a criança esteja plenamente adaptada à alimentação da família (BRASIL, 2019; DIPASQUALE; ROMANO, 2020). No início da vida, os hábitos alimentares podem impactar significativamente na saúde, composição corporal futura e gerar programação metabólica positiva, quando há menor predisposição no desenvolvimento de doenças metabólicas, ou negativa, quando há uma maior predisposição (D'AUREA et al., 2020; DIPASQUALE; ROMANO, 2020). A alimentação contribui para a formação da identidade e as práticas

alimentares da família desempenham importante papel na criação de hábitos saudáveis que influenciarão a relação com a comida por toda a vida (BRASIL, 2019).

O momento do início da AC coincide não apenas com as mudanças nas necessidades nutricionais, mas também com um sistema digestório maduro e a aquisição de algumas etapas fundamentais para o neurodesenvolvimento (D'AUREA et al., 2020). Por volta dos seis meses de vida, os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, estão mais bem desenvolvidos (DOS SANTOS et al., 2018). Os lactentes desenvolvem o ato de segurar a cabeça e o tronco coordenados com o movimento da língua para promover a deglutição (WERE; LIFSCHITZ, 2018), o que auxilia no recebimento da alimentação por meio da colher. Eles conseguem também manifestar excitação à visão do alimento e, com o surgimento dos primeiros dentes, a mastigação e facilitada e se desenvolvem ainda mais as sensações de olfato e paladar, fatores que intervêm nas preferências alimentares e que os acompanha até a vida adulta (DOS SANTOS et al., 2018). O início da AC também está relacionado com a socialização da criança (WERE; LIFSCHITZ, 2018).

Entre 6 meses e 2 anos de vida, os alimentos devem ser oferecidos gradativamente de acordo com a consistência e a quantidade adequada para a idade e o LM deverá ser mantido. A alimentação da criança deve seguir a alimentação da família desde que seja adequada e saudável, com temperos naturais e quantidades mínimas de sal. Açúcar e produtos ultraprocessados não devem ser oferecidos a crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2019).

As principais refeições (almoço e jantar) devem conter um alimento de cada grupo: feijões; cereais ou raízes ou tubérculos; carnes ou ovos; legumes e verduras. Para o último grupo, quando possível, aconselha-se colocar mais de um alimento. Nas pequenas refeições (café da manhã (ou desjejum) e lanches), o LM continua sendo importante e recomendado até 2 anos de idade ou mais em livre demanda. Após 6 meses de idade também deve ser oferecida à criança fruta nos lanches da manhã e da tarde. Após o primeiro ano, pode-se alternar, de acordo com o hábito familiar, oferecendo em alguns dias um alimento do grupo dos cereais, raízes e tubérculos no lugar da fruta (BRASIL, 2019).

O ambiente alimentar deve ser acolhedor e tranquilo, ocasionando influência positiva na aceitação de novos alimentos. Devem ser respeitados os sinais de fome e saciedade, observando as expressões e formas de se comunicar da criança de acordo com a idade. Assim, se a criança demonstrar querer comer mais, deve-se oferecer mais comida;

caso contrário, não se deve insistir para que ela coma. É aconselhado também interagir com a criança durante a refeição, tornando a atenção dela voltada ao momento da refeição e evitando que ela tenha distrações, especialmente as telas (BRASIL, 2019).

2.3 Alimentação de crianças não amamentadas

São raras as situações que contraindicam a amamentação. As relacionadas à mulher são algumas doenças maternas e uso de medicamentos que podem passar para o leite; as relacionadas à criança são galactosemia (ausência de enzima que metaboliza o açúcar do leite, também conhecido como lactose) e crianças em situação de adoção (BRASIL, 2019). Nestes casos, recomenda-se a oferta da fórmula infantil, cuja composição nutricional atende às normas específicas, o *Codex Alimentarius* da *Food and Agriculture Organization* (FAO) (CAC, 2020). O início da oferta de novos alimentos e água para crianças nascidas à termo e com desenvolvimento adequado que recebem fórmula infantil deve ocorrer a partir dos 6 meses (BRASIL, 2019).

Não sendo possível sua aquisição, o leite de vaca integral líquido ou em pó modificado em casa é a opção, devendo ser ofertado com orientação profissional. A introdução de novos alimentos poderá ocorrer a partir dos 4 meses de idade para evitar deficiências nutricionais, uma vez que o leite de vaca não possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil. A criança alimentada com o leite modificado necessita receber suplementação de vitaminas e minerais mais precocemente que uma criança amamentada (BRASIL, 2019).

2.4 Fatores de risco associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar precoce

A introdução precoce de alimentos diferentes do LM com o fim de substituí-lo ou complementá-lo, e também a ocorrência da alimentação pré-láctea à base de leite (fluidos diferentes do LM oferecidos nos três primeiros dias pós-nascimento) durante o período neonatal são fatores de risco para a redução da duração do AM e do AME (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2022). A introdução precoce de outros leites é justificada, em grande parte, por uma percepção ou alegação de insuficiente quantidade e baixa qualidade do LM produzido, causando muitas vezes uma prescrição equivocada ou arbitrária de substitutos do LM ao invés de auxílio e correção do que poderia estar causando tais

ocorrências. Historicamente, tal insegurança ou visão equivocada foi produzida pelo marketing do leite em pó com influencia direta também nos profissionais de saúde (MURARI et al., 2021; VELASCO; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2022).

Culturalmente, mulheres e famílias ao redor do mundo possuem crenças e práticas impregnadas no comportamento que conflitam com as recomendações para alimentação do lactente. A oferta de água para saciar a sede e chás para acalmar, aliviar cólicas ou tratar diferentes doenças são exemplos de práticas adotadas, mesmo sem recomendação de profissionais de saúde, mostrando a importância de maior apoio e instrução por parte da equipe de saúde e também pelas políticas que visam fortalecer o AME. A oferta de chupeta, também de uso cultural, é mais um exemplo que tem sido associado à interrupção do AM e à redução do tempo de amamentação (FREITAS et al., 2022).

O apoio da avó materna tem sido reconhecido como um forte influenciador em decisões. Sua opinião pode impactar o início, manutenção ou interrupção do AM, motivo pelo qual estudos enfatizam a importância de incluí-las nas orientações sobre a promoção e apoio ao AM. O apoio do cônjuge ou parceiro também mostrou correlação significativa com o início e manutenção da exclusividade da amamentação (FREITAS et al., 2022).

Crianças que nascem com peso adequado para idade são amamentadas exclusivamente por mais tempo, quando comparados às de baixo peso ao nascer. Uma explicação plausível é que os bebês de baixo peso costumam ter maior tempo de internação na unidade neonatal e, com isso, ficam mais tempo afastados das mães, podendo causar dificuldade em iniciar e manter o AM (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Fatores como a idade materna podem influenciar na introdução precoce de outros alimentos, sendo observado que mulheres adultas amamentam seus filhos por mais tempo quando comparadas às adolescentes, devido a fatores como retorno à vida escolar, mostrando com isso uma fragilidade da legislação no apoio à mães estudantes no retorno aos estudos (NEVES et al., 2021^b). Entre as mulheres adultas foi visto que as de idade intermediária demonstraram maior adesão ao AME quando comparadas às mulheres de 35 anos ou mais de idade. Além disso, também foi verificada associação positiva do AME e maior paridade materna (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

O número de consultas pré-natais também mostrou relação com a amamentação, demonstrando que o reduzido número de consultas afeta negativamente o AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). A ocorrência de traumas mamilares,

que poderiam ser solucionados com instrução e prática, também é um motivo do início precoce da oferta de outros alimentos (MURARI et al., 2021).

O trabalho materno fora do lar é outro obstáculo ao AM devido à crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, sendo verificada associação negativa entre o trabalho materno fora do lar e duração do AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 ampliou o direito à licença-maternidade, passando de 84 para 120 dias, e em 2008 foi aprovada a Lei nº 11.770 que deu às mulheres a possibilidade de ter a licença estendida por mais 60 dias, totalizando 180 dias, a critério da empresa no setor privado e obrigatório no setor público. Em 2010, o programa “Empresa Cidadã”, que previa a ampliação da licença maternidade para 180 dias, teve apoio do Congresso Nacional. Todavia, por ser facultativo, em 2016 apenas 10% das empresas brasileiras haviam aderido ao programa (RIMES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019).

Mulheres com licença-maternidade demonstram menor chance de interrupção do AME nos primeiros quatro meses de vida do lactente (MONTEIRO et al., 2017) corroborando com achados de Venâncio e colaboradores, que encontraram maior prevalência de AME entre as mulheres que trabalhavam, possuíam e utilizaram a licença (54,6%) e menor percentual (25,6%) entre as que trabalhavam e não possuíam (VENÂNCIO et al., 2010). Outro estudo de 2019 mostrou que as que trabalhavam com direito à licença maternidade tinham prevalência de AME 91% superior àquelas que trabalhavam sem licença, bem como mostrou que mulheres com direito à licença tinham maior prevalência de AME comparadas às que não tinham trabalho remunerado, evidenciando que a ausência de licença maternidade possui maior peso na amamentação exclusiva à participação delas no mercado de trabalho (RIMES; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2019).

Em relação à educação materna, em países de baixa e média renda observou-se que maior escolaridade está associada à menor duração de AM. Isso pode ser decorrente da associação entre educação materna e maior participação no mercado de trabalho (NEVES et al., 2021^b). Em contrapartida, pesquisas nacionais sobre AM contrastam com resultados de estudos globais, evidenciando que mulheres com maior nível de escolaridade amamentam por mais tempo, e a baixa escolaridade mostrou associação significativa com a interrupção precoce de AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

Por fim, um fator externo que influencia a amamentação são as estratégias de marketing em escala crescente de substitutos do LM através de sistemas de saúde e publicidade direta ao consumidor, constatado em estudos que mostraram um crescimento nas vendas desses alimentos em todo o mundo (NEVES et al., 2021^b).

2.5 Consequências relacionadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar precoce

O aleitamento materno exclusivo interrompido de forma precoce aliado à introdução de outros alimentos diferentes do LM também precocemente, ou seja, antes dos 6 meses, não são práticas incomuns e podem ter consequências para o desenvolvimento e saúde da criança. Situações indesejadas podem ocorrer como a exposição à agentes infecciosos, devido à contaminação de alimentos durante a manipulação e/ou preparo, principalmente em regiões de higiene precária, podendo causar diarreia, desnutrição e infecções; contato com substâncias e proteínas estranhas; prejuízo do processo digestivo; duração do AM reduzida; absorção de nutrientes importantes diminuída, principalmente o ferro. A consequência de maior gravidade é o aumento da mortalidade infantil, ocasionada principalmente por diarreia e infecções respiratórias, que ocorrem em frequência seis vezes maior do que nas crianças amamentadas (MURARI et al., 2021). Também existem consequências negativas em longo prazo sobre a alimentação complementar e seus impactos no desenvolvimento de doenças não transmissíveis tardias, principalmente o sobrepeso e a obesidade, doenças alérgicas, intolerâncias alimentares, doença celíaca, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, e outras (DIPASQUALE; ROMANO, 2020).

Estudo realizado em Curitiba, São Paulo e Recife, com 179 lactentes saudáveis de 4 a 12 meses, mostrou que 50,3% não recebiam LM e que a mediana de idade de introdução da alimentação complementar foi de 4 meses e a de oferta de alimentação da família foi de 5,5 meses. Entre lactentes de 6 a 12 meses que não estavam em aleitamento materno, 75% e 45% não apresentaram consumo adequado de zinco e ferro, respectivamente, sendo observada elevada frequência de práticas e consumo alimentar inadequados (CAETANO et al., 2010).

Em uma revisão sistemática, observou-se que a introdução de alimentos complementares antes do 4º mês de vida, o consumo excessivo de proteína e a não adesão

às diretrizes de alimentação são práticas associadas ao sobrepeso e à obesidade em longo prazo (LAVING et al., 2018).

Em uma revisão de literatura, observou-se que crianças amamentadas exclusivamente por menos de 6 meses e que consumiram alimentos diferentes do LM tiveram aos 5 anos de idade maior prevalência de desenvolver cárie no segundo molar (19%) que as amamentadas exclusivamente (9%). O maior consumo de bebidas açucaradas aos 6 anos de idade foi observado nas crianças que tiveram AC introduzida precocemente; a AC precoce dos 3 aos 6 meses de idade encontrou-se fortemente associada ao desenvolvimento de anemia e menores concentrações de hemoglobina em crianças de 4 a 6 anos (SILVA; MELLO, 2021).

Outros estudos também observaram associação entre AC precoce, índice de massa corporal (IMC) e desenvolvimento de sobrepeso e obesidade em crianças. Dois deles demonstraram que crianças que não permaneceram em AME e iniciaram a AC antes dos 6 meses tiveram maior propensão a desenvolver excesso de peso aos 2 anos de vida quando comparadas as que se mantiveram em AME. Aquelas que consumiram aleitamento misto ou fórmula infantil nesse período obtiveram maior propensão no desenvolvimento de sobrepeso e obesidade no futuro (SILVA; MELLO, 2021; MACHADO; SINES; BIZERRA, 2021).

O LM também tem sido descrito por reduzir a ocorrência de intolerâncias alimentares, como por exemplo o desenvolvimento de doença celíaca (DC). Diversos mecanismos demonstram que o LM é preventivo contra a DC, e que a AC precoce juntamente com menor duração de AME aumentam as chances de possíveis intolerâncias ao glúten. A intolerância secundária a lactose também é observada em casos de desmame e/ou AC precoce, explicado pelo consumo inadequado de outros alimentos e pela redução da oferta de LM, deixando o organismo vulnerável a patógenos que podem provocar problemas gastrointestinais, causando diarreia e conseqüentemente redução de enzimas lactases (MACHADO; SINES; BIZERRA, 2021).

Lactentes que consomem fórmulas infantis a base de leite de vaca podem desenvolver mais facilmente alergias alimentares, uma vez que possuem propensão ao desenvolvimento de disbiose intestinal, além de também ter sido vista associação entre redução do tempo de AME ao desenvolvimento de alergias alimentares. Complicações respiratórias como a asma, rinite e pneumonia foram correlacionadas ao desmame precoce, porém, não foi vista relação com a introdução alimentar e sim com a redução

dos fatores protetores promovidos pela amamentação (MACHADO; SINES; BIZERRA, 2021).

O uso de chupeta tem sido associado não apenas à interrupção do AM e à redução do tempo de amamentação, mas também ao aumento do risco de desenvolvimento de otite média aguda, gastroenterite, disfunção mastigatória e disocclusão (FREITAS et al., 2022). A chupeta impacta no desenvolvimento da dinâmica oral da criança e pode ocasionar diminuição na frequência da amamentação e até mesmo interrompê-la (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Em contrapartida, verificou-se efeito protetor do seu uso na morte súbita infantil, sendo sugerido que a introdução da chupeta em lactentes com fatores de risco para morte súbita seja postergada após o primeiro mês de vida, quando a amamentação parece estar melhor estabelecida (FREITAS et al., 2022).

A publicidade e propaganda aliadas a falta de conhecimento também geram consequências. Crianças e seus responsáveis encontram-se cada vez mais expostos a alimentos de baixo ou nenhum valor nutritivo, principalmente os ultraprocessados, os quais possuem alto teor de açúcar e sal, gorduras saturadas e *trans*, além de seres baratos, atrativos e apresentarem-se de forma prática, facilitando a oferta e introdução precoce (MONTEIRO et al., 2016), sendo extremamente prejudicial visto diversos estudos que os associam ao desenvolvimento de doenças não transmissíveis como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e câncer, assim como mortalidade por consequência delas (NILSON et al., 2023).

2.6 Políticas e programas de alimentação e nutrição infantil no Brasil

A alimentação humana adequada e saudável é um direito fundamental expresso no artigo 6º da Constituição Federal de 1988. A busca pela inclusão na Constituição desse direito foi solicitada em 2003 através da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 047, também chamada de “PEC da Alimentação” e incluída pela Emenda Constitucional (EC) nº 64, sendo dever do Estado brasileiro e também direito de toda criança (BRASIL, 1988; CFN, 2017).

O Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) é um direito básico de todas as pessoas, as quais devem ter acesso a alimentos em quantidades suficientes e permanentemente, evitando a fome e desnutrição. Ela deve atender às necessidades individuais das pessoas em cada fase da vida, suas preferências e especificidades, com foco importante nos 2 primeiros anos de vida, uma vez que a prevalência de obesidade

infantil cresce no Brasil a cada ano, tornando-se crucial minimizar o ganho de peso desnecessário para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas relacionadas à obesidade em longo prazo (BRASIL, 2019).

As políticas públicas e programas nacionais de alimentação infantil possuem como objetivo proteger, respeitar e promover acesso de crianças brasileiras à alimentação adequada e suficiente e aos direitos humanos à saúde (HAACK et al., 2018). Alguns merecem destaque no contexto da alimentação infantil, promoção de AME e de AC saudável, como: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), e o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BOCCOLINI et al., 2017).

Na década de 1970, o Brasil passou por uma “epidemia do desmame” e alguns fatores foram cruciais para o seu desenvolvimento, como a urbanização, a inserção feminina no mercado de trabalho e a divulgação desregulada no mundo todo sobre os leites industrializados. De forma a combater essa epidemia, o Brasil criou diversas políticas de promoção e apoio ao aleitamento materno (BOCCOLINI et al., 2017).

Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), com objetivo de aumentar as práticas de AME nos primeiros 6 meses de vida da criança e de AM nos primeiros 2 anos ou mais, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida infantil. Suas propostas incluem: variadas ações para promoção, proteção e apoio ao AME, como campanhas publicitárias, treinamento de profissionais, formulação de material educativo, entre outros; incentivo às mulheres para iniciarem o AM imediatamente pós parto, além da não oferta de outros tipos de leite e água nas maternidades; disponibilização de alojamento em conjunto; acréscimo no tempo de licença-maternidade; e formulação de leis para o mercado de trabalho feminino versando sobre creche (BRASIL, 2017^a; BOCCOLINI et al., 2017).

Ainda na década de 1980, foi criada a Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes, a qual foi posteriormente revisada, e em 1992, aprovada e nomeada como Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente (NBCAL), constituindo-se como um importante instrumento regulatório sobre a comercialização de complementos e substitutos ao LM, e também de mamadeiras, chupetas e simulares (BRASIL, 2017^a). A NBCAL, criada para proteger legalmente o AM, propõe-se a apoiar políticas públicas que minimizem a pressão de grandes indústrias do mercado de vendas de substitutos do LM, que acontece através de um marketing abusivo, tanto no setor

privado quanto no público. Em 03 de janeiro de 2006 foi transformada na Lei 11.265, estando dentre suas principais disposições a proibição do ato de promover, nas unidades de saúde e de doação de suprimentos gratuitos ou subsidiados, os substitutos do LM ou outros produtos correlacionados (BRASIL, 2014).

Com o passar dos anos houve um aumento na busca por uma vida mais saudável em todos os ciclos de idade, causando o surgimento de programas e projetos em inúmeras regiões do Brasil, incluindo a “distribuição de substitutos do LM para crianças em risco nutricional”. Sabendo-se da superioridade do LM em comparação as fórmulas infantis é necessário que esse tipo de ação seja vista com muita seriedade, pois pode causar um impacto extremamente negativo na amamentação e saúde infantil, sendo assim considerada condenável ações de distribuição em grande escala, principalmente em serviços de saúde e sem orientação individual e totalmente criteriosa que deve ser feita por um nutricionista ou médico responsável pelo acompanhamento da criança. Sabe-se que as indústrias que comercializam produtos de alimentação infantil possuem completa liberdade na venda e distribuição desses alimentos, entretanto, há a necessidade de desvincula-los dos sistemas de saúde (BRASIL, 2014).

Também foi instituído, por meio da Constituição Federal Brasileira de 1988, o direito à licença-maternidade de 120 dias e a licença-paternidade de 5 dias, os quais foram reformulados posteriormente, além de assegurar às mulheres que tivessem privadas do direito de liberdade, ou seja, cumprindo pena criminal, de permanecerem no período de amamentação junto aos seus filhos (BRASIL, 2017^a).

Em 1990, por meio da Lei Federal nº 8.069, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que regulamentou o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988, o qual prevê que seja executada uma integração de operações entre instituições, órgãos públicos e entidades civis para que os direitos de crianças e adolescentes sejam respeitados, assim como a violação desses direitos seja observada, corrigida e, se necessário, punida. Mesmo não sendo uma política pública, foi ato de extrema importância e fortalecimento para esse grupo (BRASIL, 1990).

Nessa mesma década, houve adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estratégia lançada pela OMS e UNICEF que objetivava o resgate ao AM devido a ocorrência de mudanças nas maternidades, tendo sido o Brasil um dos primeiros países a adotá-la. Para ter o credenciamento como “hospital amigo da criança” devem ser obrigatoriamente seguidos os *Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação*, sendo

proibido aceitar doações de substitutos do LM (BRASIL, 2017^a; BOCCOLINI et al., 2017; CARVALHO et al., 2010; VENANCIO et al., 2013).

Em 1992 foi criada, como forma de mobilização social, a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), possuindo foco na sobrevivência e desenvolvimento saudável das crianças. Todo ano um tema diferente é escolhido para, através de materiais educativos, promover o AME até os 6 meses e o AM até os 2 anos ou mais de idade. Na mesma década, também ocorreu a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH-BR), que previa a coleta e distribuição de leite humano através de doações feitas aos bancos de leite, incentivo ao AM e o treinamento de profissionais da saúde para auxiliar o combate ao desmame precoce (BRASIL, 2017^a; BOCCOLINI et al., 2017; CARVALHO et al., 2010; VENANCIO et al., 2013).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999, foi um ganho para a saúde da criança, na qual o Ministério da Saúde se comprometeu em cessar a desnutrição materna e infantil. Inserida na luta pela segurança alimentar e nutricional, foi criada com propósito de manter no país o consumo de alimentos de boa qualidade, estimular práticas alimentares saudáveis e prevenir/controlar distúrbios nutricionais, além de estimular ações que promovam o acesso universal à alimentação. Para atingir esses propósitos, foram estabelecidas sete diretrizes essenciais: “1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; 2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; 3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; 6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e 7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos” (BRASIL, 2013).

Em 1999 surgiu o modelo de assistência perinatal Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP – MC), voltado para recém-nascidos que precisam de internação neonatal após o nascimento, aumentando suas chances de vida. O Método Canguru consiste em promover, por meio de estratégias de intervenção biopsicossocial, a saúde e bem estar do neonato e sua família, fazendo parte da estratégia o contato pele a pele, evoluindo até a posição canguru, a qual ajuda na estabilização do recém-nascido (BRASIL, 2017^a; BRASIL, 2017^b).

A estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), criada em 2013, teve o objetivo de qualificar ações que promovem, protegem e apoiam tanto o AM quanto a AC saudável, por meio de instrução e aprimoramento dos profissionais de Atenção Básica em

Saúde, e sua criação foi estabelecida por meio da integração da Rede Amamenta Brasil, de 2008, e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), de 2009 (BRASIL, 2017^a; BOCCOLINI et al., 2017; VENANCIO et al., 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), criada em 2015, através da portaria nº 1.130 e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo central o olhar integral à saúde da criança, proteção e promoção do AM através de uma visão ampla para o enfrentamento e combate a vulnerabilidades sociais, como, por exemplo, a obesidade (BRASIL, 2017^b).

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos é um documento oficial do Ministério da Saúde que traz recomendações para a amamentação e alimentação infantil, e orienta políticas, programas e ações que busquem apoiar, promover e proteger a saúde e a segurança alimentar e nutricional das crianças brasileiras. Tem como objetivo a promoção em grande escala de saúde, crescimento e desenvolvimento. Publicado em 2019, buscou subsidiar tanto famílias em seu cotidiano, quanto profissionais de saúde, promovendo educação alimentar e nutricional em âmbito coletivo no Sistema Único de Saúde (SUS) e individual (BRASIL, 2019).

2.7 Inquéritos nacionais de alimentação e nutrição e tendência do AM no Brasil

Para proporcionar a avaliação, direcionamento e monitoramento de políticas públicas de alimentação e nutrição infantil, a OMS desenvolveu indicadores relacionados às práticas de AM e AC em 2008, revisados em 2018 e 2021, objetivando acompanhar tendências alimentares ao longo do tempo, detectar populações em risco de desnutrição, direcionar propostas interventivas e avaliar seus impactos (OMS, 2021).

O documento *“Indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil: definições e métodos de medição”*, publicado em 2021, apresenta uma revisão do conjunto de novos e reformulados indicadores para avaliar as práticas de alimentação infantil domiciliares e que possibilita comparações internacionais. São 17 em sua totalidade, sendo seis sobre AM e 11 sobre AC; sete deles são novos e quatro pertencentes ao documento anterior de 2008 foram excluídos. Ao contrário do documento antigo, na nova versão não houve qualquer distinção entre os indicadores principais e opcionais. O documento visa fornecer ferramentas para a coleta e cálculo dos indicadores, sendo destinado ao uso por responsáveis em projetos de inquéritos de base populacional em

grande escala que obtenham informações a respeito das práticas alimentares entre bebês e crianças menores de 2 anos de idade (WHO & UNICEF, 2021).

O Ministério da Saúde em 2015, seguindo as recomendações da OMS, elaborou o documento “*Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*”, com cinco indicadores para avaliar a AC, mas adaptados à realidade brasileira e modificados com base nos “*Dez passos para uma alimentação saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2013)*”. Porém, tanto os indicadores da OMS quanto o Guia foram reformulados após a publicação do documento do Ministério da Saúde de 2015. Na literatura nacional, são escassos os estudos que utilizaram indicadores de alimentação complementar da OMS e, por isso, se faz importante analisar a alimentação complementar também através de recomendações nacionais (LEONEZ et al., 2020).

O monitoramento da saúde, dieta e nutrição da população é de suma importância para melhor direcionamento de políticas públicas e definições de prioridades. Entretanto, a realização de inquéritos alimentares em território tão vasto e diverso culturalmente como o Brasil não é uma tarefa de baixa complexidade. O primeiro inquérito sobre consumo alimentar realizado no país foi executado na década de 1970, denominado de Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). Devido a limitações, como a complexidade e custo elevados, não foram mantidas avaliações com a periodicidade e profundidade de dados de acordo com a demanda. Os principais inquéritos domiciliares brasileiros que tratavam a respeito do consumo alimentar e/ou avaliação antropométrica, foram: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/1989); Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV/1997); Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS/1996 e 2006); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013); e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2019) (SPERANDIO et al., 2017; STOPA et al., 2020).

Apenas dois inquéritos haviam estudado e avaliado o consumo alimentar e nutrição de crianças menores de 5 anos de idade, sendo eles a PNDS de 1996 e de 2006, segundo fatores culturais e sociodemográficos, bem como a de mulheres em idade fértil (SPERANDIO et al., 2017; BRASIL, 1997; BRASIL, 2009). Posteriormente, surgiu o ENANI-2019, realizado para atender uma chamada do Ministério da Saúde e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foi organizado em três grandes eixos: avaliação das práticas de AM, alimentação complementar e consumo alimentar; avaliação do estado nutricionais por meio de dados

antropométricos; e prevalência de carências nutricionais por meio de análise bioquímica (UFRJ, 2021^b).

Como resultado das políticas implementadas no Brasil, os inquéritos realizados a partir da década de 1970 vêm mostrando avanços nas práticas de AME em crianças de até 6 meses de vida e também aumento na duração da amamentação, aproximando-se cada vez mais da recomendação da OMS. Nas crianças de 0 a 6 meses de vida, a prevalência do AME subiu 34,2 pontos percentuais entre os anos de 1986 e 2006, observando-se ganhos estatísticos significativos em cada década nesse período, passando de 2,9% para um total de 37,1% e apresentando posterior estabilização no ano de 2013. Foi possível observar também uma redução do acréscimo nas prevalências de AME de acordo com o crescimento das faixas etárias das crianças. Entre 1986 e 2006, a prevalência de AME entre os bebês de zero a dois meses aumentou 44%, e entre os de três a cinco meses houve aumento de 28,1%. No ano de 2013, ocorreu diminuição da prevalência de AME comparado ao ano de 2006, sendo verificada entre bebês de zero a dois meses redução de 0,3% e entre os de três a cinco meses a redução foi de 15,1 pontos percentuais (BOCCOLINI et al., 2017).

O ENANI-2019, que é inquérito mais recente, evidenciou importante melhora do AM entre os anos de 1986 e 2020 (LACERDA et al., 2021; UFRJ, 2021^a). Apesar da tendência ascendente do AM, o país ainda está abaixo das metas estabelecidas pela OMS de que os países atinjam prevalência de AME em menores de 6 meses de 50% até 2025 (WHO, 2014). Observa-se a necessidade de constituir novas ações pró-amamentação além de estimular e reformular iniciativas em andamento (VENANCIO, 2019).

A análise de dados de inquéritos realizados no Brasil mostra inegável evolução da amamentação, a qual foi determinante para a redução da mortalidade infantil e desnutrição no país, juntamente à melhoria das condições de vida e amplificação do acesso a serviços de saúde. Essa evolução teve e pode ainda influenciar no enfrentamento de outros desafios, como o combate à obesidade na infância além de outras doenças crônicas (VENANCIO, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

Visto que a nutrição na primeira infância é de suma importância não apenas para o desenvolvimento infantil e redução de futuras doenças cardiometabólicas relacionadas à alimentação, mas também para o sistema de saúde que atualmente se encontra sobrecarregado, faz-se necessário mais estudos sobre essa população. Devido a ausência de estudos detalhados sobre práticas alimentares na infância de abrangência nacional que pudessem trazer um cenário atual para correções futuras, foi realizada uma chamada pública e, assim, desenvolveu-se o ENANI-2019.

Estudo nacional de base domiciliar, avaliou 14.583 crianças brasileiras menores de cinco anos e teve como um de seus objetivos “avaliar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar”.

O banco de dados gerado pelo estudo permitiu evidenciar o aumento da prevalência da prática de aleitamento materno exclusivo no Brasil. Por outro lado, observou-se que mais da metade das crianças brasileiras menores de 6 meses recebem alimentos diferentes do leite materno.

Tendo em vista os riscos associados à introdução de outros alimentos e à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo na saúde da criança, bem como considerando a escassez de informações sobre o tema no Brasil, torna-se relevante mapear que tipos de alimentos estão sendo oferecidos às crianças menores de 6 meses, por faixa etária. Os resultados desse estudo permitirão estabelecer uma linha de base sobre os alimentos introduzidos precocemente na alimentação dos lactentes e, com isso, permitirão o direcionamento de propostas de intervenção em nível de saúde pública para orientar, incentivar e fortalecer o aleitamento materno exclusivo.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar as práticas alimentares de crianças brasileiras menores de 6 meses do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019)

4.2 Objetivos específicos

- I. Descrever as práticas alimentares das crianças menores de seis meses, por faixa etária e características sociodemográficas;
- II. Descrever o consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de seis meses, por faixa etária e características sociodemográficas;

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Esta dissertação consiste em análise transversal e descritiva realizada a partir dos microdados do ENANI-2019. Trata-se de um estudo de base domiciliar com amostra complexa e representatividade para o Brasil e macrorregiões (LACERDA, 2021).

5.2 Amostra do ENANI-2019 e população do estudo

Seu plano amostral foi composto por macrorregião e levou em consideração “município, setor censitário e domicílio”. A escolha dos municípios foi realizada com probabilidade proporcional à população de menores de cinco anos, por tendência linear.

A seleção dos setores observou o Censo demográfico de 2010 e a probabilidade proporcional em relação ao seu quantitativo de domicílios, considerando população urbana/rural e renda. Os pesos foram calibrados por faixa etária e pelo sexo da criança, e o grau de desagregação dos dados encontrava-se de acordo com a macrorregião do país, sexo e idade da criança (ALVES-SANTOS, 2021).

A amostra do ENANI-2019 foi inicialmente estimada em 15.000 domicílios distribuídos em 123 municípios selecionados dos 26 Estados da Federação e o Distrito Federal (**Figura 1**), para que fosse possível gerar estimativas por macrorregião e com alto grau de confiabilidade (95%) (ALVES-SANTOS, 2021).

A população de pesquisa foi determinada pelo conjunto de domicílios particulares permanentes onde morasse pelo menos uma criança com menos de 5 anos de idade completos localizados em todo o território nacional. Não foram incluídos domicílios que tivessem crianças: (1) indígenas que vivessem em aldeias; (2) estrangeiras residentes em domicílios onde não se falasse a língua portuguesa; (3) com alguma condição que as incapacitasse à medição antropométrica; e (4) moradoras em domicílios coletivos (hotéis, pensões e similares, orfanatos e hospitais) (ALVES-SANTOS, 2021).

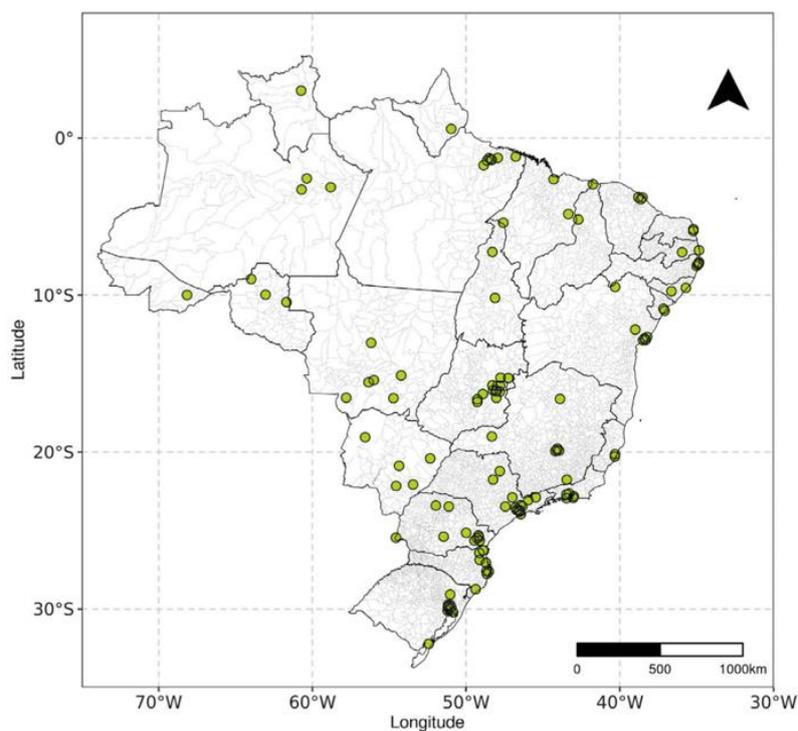


Figura 1. Distribuição espacial dos municípios selecionados na amostra do ENANI. Brasil, 2019 (Fonte: UFRJ, 2021^o).

Foram visitados 193.212 domicílios e 173.672 foram excluídos: 139.695 não tinham criança menor de cinco anos, 4.452 eram domicílios vagos ou de uso ocasional, 795 endereços não foram encontrados na listagem, 27.397 estavam fechados, 922 eram não residenciais e 411 possuíam outros motivos. Dentre os 19.540 domicílios restantes elegíveis, 7.016 domicílios foram excluídos: 6.479 não aceitaram participar da pesquisa, 518 famílias desistiram de participar da pesquisa e 19 entrevistas foram interrompidas devido a pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2), razão pela qual a coleta de dados foi interrompida em março de 2020. Dessa forma, a amostra final foi composta por 12.524 domicílios, 12.155 mães biológicas e 14.558 crianças (ALVES-SANTOS, 2021; UFRJ, 2021^o).

Para a presente dissertação, foram utilizados dados das crianças menores de 6 meses de idade. Dentre as 14.558 crianças, 1.986 eram menores de 6 meses de idade e, dentre essas, 1.051 não se encontravam em AME (**Figura 2**).

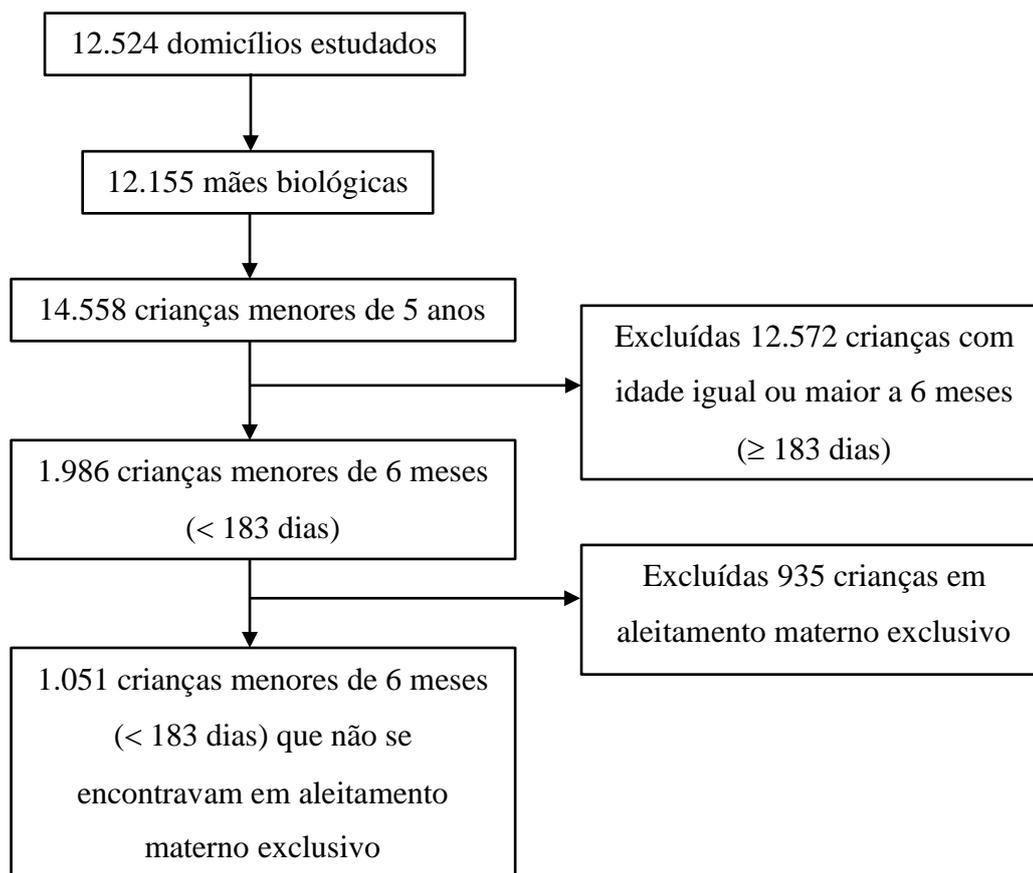


Figura 2. Fluxograma da população de pesquisa do presente estudo.

5.3 Coleta de dados do ENANI-2019

A coleta de dados foi realizada pela Sociedade para o Desenvolvimento da Pesquisa Científica (*Science*) que coordenou 323 entrevistadores, coordenadores e supervisores (<http://www.science.org.br>). Durante a elaboração do desenho e planejamento do ENANI-2019, docentes e pesquisadores especialistas em AM e AC de instituições públicas brasileiras definiram e desenvolveram os instrumentos de coleta de dados (UFRJ, 2021^o)

Os dados de importância para a realização do presente estudo foram coletados em uma primeira visita, na qual foi feita uma abordagem inicial às famílias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em sequência sido aplicado o questionário geral. Os dados foram registrados em um tablet, denominado Dispositivo Móvel de Coleta (DMC), através de um aplicativo desenvolvido para o estudo utilizando o *software Census Survey Processing System (CSPPro)* (UFRJ, 2021^o).

5.4 Variáveis do estudo

5.4.1 Indicadores de práticas alimentares

O presente trabalho analisou os dados coletados no Bloco E do questionário geral, um bloco que continha perguntas fechadas sobre a alimentação da criança no dia anterior à entrevista (**Quadro 1**). As perguntas do Bloco E incluíram questões referentes ao consumo de: leite; cereais, raízes e tubérculos; leguminosas; laticínios; carne e fígado; ovos; frutas e vegetais ricos em vitamina A; outras frutas e legumes; biscoitos doces ou salgados; cereais para bebês; iogurtes; bebidas carbonatadas; outras bebidas açucaradas (suco em caixa, água de coco em caixa, guaraná natural ou xaropes de guaraná, suco de groselha, suco em pó ou suco natural de frutas com adição de açúcar); produtos de confeitaria; salsichas e carnes processadas; salgadinhos embalados, pães embalados e macarrão instantâneo (LACERDA et al., 2021).

Os indicadores de práticas alimentares são: Apenas LM; LM e água; LM e leite animal ou fórmula infantil; LM e outros líquidos diferentes de leite animal ou fórmula infantil; LM e alimentos sólidos, semissólidos e pastosos; ausência de consumo de LM, recomendados pela OMS (UNICEF, 2022). A definição de cada indicador de prática alimentar e os alimentos incluídos são apresentados no **Quadro 2**. Cada criança só foi incluída em uma das categorias. O cálculo dos indicadores para cada faixa etária foi calculado conforme apresentado no **Quadro 3**.

Os indicadores de práticas alimentares foram usados para construir o gráfico de área de alimentação infantil, considerado um indicador padrão e de orientação global, uma vez que possui elevado potencial no apoio à compreensão do consumo dietético das crianças, além de fornecer embasamento para melhoria da nutrição e alimentação infantil. Ele compara o AME às práticas alimentares de não amamentados exclusivamente por idade da criança, mostrando alterações nos padrões dietéticos à medida que as crianças crescem (UNICEF, 2022).

Cada categoria de prática alimentar é sinalizada por uma cor. Quanto maior for a área de uma cor, maior a dominância da prática alimentar a qual ela se refere. Uma determinada cor destaca a prática de AME, e cores diferentes dela demonstram as práticas que devem ser reduzidas através de programas de apoio e políticas públicas. A porcentagem de crianças existentes entre as categorias é demonstrada em cada intervalo

etário por meio da largura da área, ou seja, pelo distanciamento observado entre os limites superior e inferior de cada cor (UNICEF, 2022).

Quadro 1. Perguntas e opções de resposta do questionário estruturado sobre a alimentação da criança do ENANI-2019

Perguntas sobre alimentação da criança
1. “Nome da criança” tomou leite do peito ontem?
2. “Nome da criança” tomou água ontem?
3. Se SIM, a água que “Nome da criança” tomou ontem era filtrada ou fervida?
4. “Nome da criança” tomou água com açúcar ontem?
5. “Nome da criança” tomou chá ontem?
6. “Nome da criança” tomou leite de vaca em pó ontem?
7. “Nome da criança” tomou leite de vaca líquido ontem?
8. “Nome da criança” tomou leite de soja em pó ontem?
9. “Nome da criança” tomou leite de soja líquido ontem?
10. “Nome da criança” tomou fórmula infantil ontem? (Exemplos: Nan®, Nestogeno®, Aptamil®, Enfamil®, Milupa® e Similac®)
11. “Nome da criança” tomou suco natural de fruta espremido sem açúcar ontem?
12. “Nome da criança” comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?
13. Quantas vezes “Nome da criança” comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?
14. “Nome da criança” comeu manga, mamão ou goiaba ontem?
15. “Nome da criança” comeu outras frutas que não manga, mamão ou goiaba ontem?
16. “Nome da criança” comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem?
17. Quantas vezes “Nome da criança” comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem?
18. Essa comida foi oferecida de que forma?
19. “Nome da criança” comeu mingau ou papa com leite ontem?
20. “Nome da criança” tomou iogurte ontem?
21. “Nome da criança” comeu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser macarrão instantâneo tipo Miojo®) ontem?
22. “Nome da criança” comeu pão ontem?
23. “Nome da criança” comeu legumes diferentes de batata, inhame, cará, aipim/mandioca/ macaxeira ontem?
24. “Nome da criança” comeu cenoura, abóbora (jerimum) ou batata doce ontem?
25. “Nome da criança” comeu couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bortalha ou mostarda ontem?
26. “Nome da criança” comeu outras verduras, sem ser couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bortalha ou mostarda ontem?
27. “Nome da criança” comeu feijão ou outros tipos de grãos, como lentilha, ervilha ou grão de bico ontem?
28. “Nome da criança” comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro) ontem?
29. “Nome da criança” comeu fígado ontem?
30. “Nome da criança” comeu ovo (frito, mexido, omelete, cozido ou gemada) ontem?
31. Além dos tipos de carne citados anteriormente, “nome da criança” comeu hambúrguer, presunto, mortadela, salame, nugget, linguiça ou salsicha ontem?
32. “Nome da criança” comeu salgadinhos de pacote, tipo chips como Fofura®, Fandangos®, Cheetos® ou outros parecidos ontem?
33. “Nome da criança” bebeu suco industrializado, de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, ou suco de fruta com adição de açúcar ontem?
34. “Nome da criança” bebeu refrigerante ontem?
35. “Nome da criança” comeu macarrão instantâneo ontem?
36. “Nome da criança” comeu biscoito/bolacha doce ou salgada ontem?
37. “Nome da criança” comeu bala, pirulito ou outras guloseimas ontem?
38. “Nome da criança” comeu algum alimento que levou tempero pronto industrializado (tipo Sazon®, caldo Knorr®) ontem?
39. “Nome da criança” comeu farinhas instantâneas de arroz, milho, trigo ou aveia (por exemplo: Mucilon®, Farinha láctea®, Neston®, Vitalon®, Milnutri®) ontem?
40. “Nome da criança” recebeu algum alimento por mamadeira ou chuquinha ontem?
41. “Nome da criança” comeu alimento adoçado com açúcar, mel ou melado ontem?

Opções de resposta: sim; não; e não quis responder, exceto para perguntas 17, 18 e 22. Pergunta 17: número de vezes; não sabe. Pergunta 18: em pedaços; amassada; passada na peneira; liquidificada; só caldo; e não sabe. Pergunta 22: pão francês; pão feito em casa (caseiro/artesanal); pão industrializado (exemplo: pão de forma, bisnaguinha, pão de hambúrguer); não comeu; não sabe/não quis responder.

Fonte: UFRJ, 2021^b

Quadro 2. Definições dos indicadores de práticas alimentares e alimentos que os compuseram

Indicador	Definição	Alimentos que compõe o indicador
Apenas LM	Crianças que consumiram somente LM	LM
LM e água	Crianças que consumiram somente LM e água	LM e água
LM e leite animal ou fórmula infantil	Crianças que consumiram LM e leite de vaca em pó, leite de vaca líquido e/ou fórmula infantil no dia anterior a realização do questionário	Leite materno, leite de vaca em pó, leite de vaca líquido e/ou fórmula infantil
LM e outros líquidos diferentes de leite animal ou fórmula infantil	Crianças que consumiram LM e outros líquidos diferentes de leite de vaca e fórmula infantil LM no dia anterior a realização do questionário	LM, chá, leite de soja em pó, leite de soja líquido, suco de fruta natural s/ açúcar, suco, água de coco, xaropes de guaraná ou groselha industrializados, suco de fruta c/ adição de açúcar e refrigerante
LM e alimentos sólidos, semissólidos e pastosos	Crianças que consumiram LM e alimentos sólidos semissólidos e pastosos no dia anterior a realização do questionário	LM, fruta inteira; comida de sal de panela, papa ou sopa; mingau, papa com leite; iogurte; arroz, batata, inhame, aipim, farinha, macarrão; outros legumes diferentes de batata, inhame, cará e aipim; pão; cenoura, abóbora, batata doce, couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bortalha, mostarda; outras verduras (exceto as anteriores), feijão e/ou outros grãos; carnes de boi, porco, frango, peixe e outros; fígado; ovo frito, mexido, omelete, cozido ou gemada; hambúrguer e outros embutidos; salgadinhos de pacote (biscoitos), macarrão instantâneo; biscoito doce ou salgado; bala e outras guloseimas, temperos prontos industrializados e farinhas
Ausência de consumo de LM	Crianças que não consumiram LM nas 24 horas no dia anterior a realização do questionário	LM ausente

Notas: LM – leite materno

Quadro 3. Cálculo dos indicadores de práticas alimentares por faixa etária

Faixas etárias	Práticas alimentares	Cálculo
-----------------------	-----------------------------	----------------

0-1 mês	AME	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês em AME}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + sólido/semissólido/pastoso	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{número de crianças de 0 – 1 mês que e estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
2-3 meses	AME	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses em AME}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + sólido/semissólido/pastoso	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
4-5 meses	AME	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses em AME}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + sólido/semissólido/pastoso	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{número de crianças de 3 – 4 meses que e estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$

Notas: AME – aleitamento materno exclusivo; LM – leite materno

5.4.2 Classificação dos alimentos segundo extensão e grau do processamento

Os grupos de alimentos que fizeram parte do questionário alimentar aplicado foram classificados segundo a extensão e grau de processamento em: alimentos *in natura* ou minimamente processados, alimentos processados e AUP (**Quadro 4**) (MONTEIRO, 2016). Posteriormente, foi feita categorização segundo a frequência de consumo dos AUP: zero, um a dois, e três ou mais por dia.

Quadro 4. Classificação dos alimentos segundo extensão e grau de processamento

Alimentos	Classificação pela NOVA
Leite de peito	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Água	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Chá	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Leite de vaca em pó	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Leite de vaca líquido	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Leite de soja em pó	<i>in natura</i> ou minimamente processado ^a
Leite de soja líquido	<i>in natura</i> ou minimamente processado ^a
Fórmula infantil	ultraprocessado para fins especiais ^b
Suco de fruta natural s/ açúcar	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Fruta inteira	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Comida de sal (de panela/papa/sopa)	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Mingau/Papa com leite	ultraprocessado
Iogurte	ultraprocessado
Arroz/Batata/Inhame/Aipim/Farinha/Macarrão	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Pão	processado
Legumes (exceto batata/inhame/cará/aipim)	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Cenoura/Abóbora/Batata doce	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Couve/Espinafre/Taioba/Brócolis/Caruru/Beldroega/Bertalha/Mostarda	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Outras verduras (exceto as exatamente acima)	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Feijão e/ou outros grãos	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Carnes (boi/porco/frango/peixe/outros)	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Fígado	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Ovo (frito/mexido/omelete/cozido/gemada)	<i>in natura</i> ou minimamente processado
Hambúrguer e outros embutidos	ultraprocessado
Salgadinhos de pacote (biscoitos)	ultraprocessado
Suco/Água de coco/Xaropes de guaraná ou groselha industrializados ou suco de fruta c/ adição de açúcar	ultraprocessado
Refrigerante	ultraprocessado
Macarrão instantâneo	ultraprocessado
Biscoito doce ou salgado	ultraprocessado
Bala e outras guloseimas	ultraprocessado
Temperos prontos industrializados	ultraprocessado
Farinhas	<i>in natura</i> ou minimamente processado

Nota: (a) Considerando que não foi perguntada a marca do leite de soja consumido, não havia certeza de que eram produtos ultraprocessados; (b) apesar de a fórmula infantil ser, por definição, um AUP, aqui não foi classificado como tal, visto que é o alimento indicado para lactentes não amamentados.

5.4.3 Variáveis sociodemográficas (estratificadores)

As variáveis sociodemográficas foram utilizadas como estratificadores, sendo elas: macrorregião; Indicador Econômico Nacional (IEN); cor da pele ou etnia da mãe/responsável; escolaridade; ocupação; Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); e idade materna.

As macrorregiões foram Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. O IEN representa um conjunto de itens de consumo e de posse de bens, nível escolar do chefe do domicílio e características domiciliares. Apenas 4% dos domicílios estavam localizados em áreas rurais e 96% em áreas urbanas, e por isso o IEN foi estimado para o conjunto inteiro de domicílios em terços (Referência?). A cor da pele ou etnia da mãe ou responsável pela criança foi autorrelatada, sendo elas “branca, parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça), preta, amarela (de origem coreana, japonesa, chinesa etc.), indígena e outras (indígenas aldeados não fizeram parte da população de estudo) (Referência?). Classificou-se a escolaridade materna em 0 – 7; 8 – 10; 11; e 12 anos de estudo ou mais (Referência?). A ocupação foi dividida em: trabalho regular/horário fixo; trabalho irregular/sem horário fixo; sem e procurando trabalho; e fora do mercado de trabalho/não procurando trabalho (ANDRADE et al., 2023).

A insegurança alimentar no domicílio foi medida pela EBIA, escala criada com base no indicador Cornell, desenvolvido pela Universidade Cornell nos Estados Unidos, o qual buscava estudar a fome. A EBIA mede de forma direta a insegurança alimentar e a fome nos domicílios familiares, avaliando a dificuldade de acesso aos alimentos além de dimensões sociais e psicológicas. Ela é de fácil aplicação, possui baixo custo e é composta por 14 perguntas, tendo considerado no atual estudo residências que possuíam menores de 18 anos. As escalas da EBIA são divididas em segurança alimentar; insegurança alimentar leve (IAL: 1– 5 e 1–3); insegurança alimentar moderada (IAM: 6– 9 e 4–5); e insegurança alimentar grave (IAG: 10–14 e 8–8), e para a construção do score é atribuído um ponto a cada resposta positiva (UFRJ, 2021^d). As categorias de idade materna foram divididas em menores de 20 anos; 20 – 29 anos; 30 anos ou mais.

5.5 Análise de dados

Todas as análises foram realizadas com a linguagem de programação R com uso das funções dos pacotes *srvyr* e *survey*, para levar em conta a estrutura do plano amostral, os pesos e a calibração.

As estimativas de frequências e totais populacionais das variáveis socioeconômicas e demográficas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados para o Brasil e segundo macrorregião, IEN, faixa etária materna, escolaridade, cor da pele/raça e EBIA para crianças em AME e em aleitamento materno não exclusivo. Estabeleceu-se um coeficiente de variação (CV) $\leq 30\%$ como nível de precisão adequado para as tabulações de variáveis e indicadores avaliados. Resultados com CV superior a 30% devem ser interpretados com cautela. "Crianças (x1000)" indica que o valor em cada célula da tabela deve ser multiplicado por mil para se obter o total populacional de crianças menores de 5 anos que apresentam aquela característica. Dada a baixa prevalência de crianças classificadas como amarelas ou indígenas, as estimativas para esses subgrupos são imprecisas e devem ser interpretadas com cautela.

As estimativas das frequências das práticas alimentares e seus IC 95% foram calculadas para o Brasil e por faixa etária da criança. O gráfico de área de práticas de alimentação infantil foi dividido em 3 intervalos etários: 0-1 mês; 2-3 meses; e 4-5 meses, sendo cada criança classificada em apenas uma categoria. A cor amarela destaca a prática de aleitamento materno exclusivo. Foram calculadas as frequências de consumo de AUP e seus IC 95%.

5.6 Aspectos éticos

O estudo encontra-se de acordo com os princípios éticos explícitos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e suas leis complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE nº 89798718.7.0000.5257; nº parecer 3.122.749 de 27/01/2019).

A coleta de dados ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável da criança e todos os responsáveis legais pelos menores selecionados e entrevistados assinaram de forma espontânea duas vias do Termo.

6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de um **manuscrito** a ser submetido a uma revista científica indexada, sob o título: Práticas alimentares de crianças menores de seis meses: dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – 2019.

6.1 Resumo

Objetivo de estudo: Avaliar e descrever as práticas alimentares e o consumo de AUP de crianças brasileiras menores de 6 meses segundo faixa etária e características sociodemográficas. Trata-se de análise descritiva de um recorte do banco de dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil -2019 (n=1.986). **Métodos:** Foram calculadas as frequências das práticas alimentares que permitiu a construção do gráfico de área de alimentação infantil, bem como a frequência de consumo de alimentos ultraprocessados para o Brasil e segundo estratificadores sociodemográficos. Quanto aos dados sociodemográficos analisados, apresentaram-se como sendo os de maior incidência: residir na região Sudeste (42,3% grupo AME; 37,0% grupo ausência de AME); IEN no 1º terço em ambos os grupos ; raça parda (49,3% grupo AME; 46,8% grupo ausência de AME) e branca (43,8% grupo AME; 47,6% grupo ausência de AME); 11 anos de estudo (43,6% grupo AME; 41,4% grupo ausência de AME); ocupação materna “fora do mercado de trabalho” (43,9% grupo AME; 41,5% grupo ausência de AME); idade materna de 20 a 29 anos (56,7% grupo AME; 50% grupo ausência de AME); EBIA (58,6% grupo AME; 53,2% grupo ausência de AME). **Resultados:** O gráfico de área apresentou área decrescente na duração do aleitamento materno exclusivo e consumo de leite materno mais leite de vaca/fórmula ou outros líquidos por faixa etária, o que mostra redução dessas práticas com o decorrer dos meses, enquanto o consumo de leite materno e água ou leite materno e sólidos/semissólidos/pastosos apresentaram-se com áreas crescentes, mostrando ocorrer aumento dessas práticas com o passar dos meses. O consumo de alimentos ultraprocessados em menores de 6 meses revelou-se elevado (19,7%) além da frequência aumentar conforme a criança cresce. Os 3 alimentos ultraprocessados mais consumidos foram farinhas (14,5%), iogurte (6,1%) e biscoito (3,9%). **Conclusão:** O aleitamento materno exclusivo no Brasil ainda não atingiu a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde e o consumo precoce de alimentos e alimentos ultraprocessados antes dos 6 meses de vida encontram-se elevados, devendo

ser alvo de políticas públicas que possibilitem modificar a situação alimentar infantil no Brasil.

6.2 Introdução

O aleitamento materno exclusivo (AME) é a prática alimentar recomendada nos primeiros 6 meses de vida, não sendo necessária a oferta de água e de nenhum outro alimento (BRASIL, 2019). Essa prática confere diversos benefícios na vida das crianças, como menores taxas de mortalidade, de internação hospitalar por diarreia e infecção do trato respiratório inferior, de otite média aguda, rinite alérgica, asma e má oclusão dentária. Em curto, médio e longo prazo observa-se menor risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, como: sobrepeso, obesidade, diabetes *mellitus* tipos 1 e 2, hipertensão arterial sistêmica, intolerâncias alimentares, doença celíaca, câncer (leucemia), além de apresentar correlação positiva com índices de inteligência (COLOMBO et al., 2018; DIPASQUALE; ROMANO, 2020; VICTORA et al., 2016).

Nos 2 primeiros anos, os hábitos alimentares podem impactar significativamente na saúde e composição corporal da criança, além de gerar uma programação metabólica que poderá definir a saúde e predisposição a doenças no longo prazo (D'AUREA et al., 2020; DIPASQUALE; ROMANO, 2020). A introdução de qualquer alimento diferente do leite materno (LM) antes dos 6 meses de vida é preocupante, principalmente a de alimentos ultraprocessados (AUP), que está associado ao risco aumentado de desenvolvimento de doenças não transmissíveis e suas consequências (NILSON et al., 2023).

Um estudo recorte de uma coorte prospectiva que analisou duplas de mães/bebês do sudoeste da Bahia, o qual teve como objetivo avaliar a frequência e fatores de risco da introdução de AUP em menores de 6 meses de vida, verificou um elevado consumo (31,3%) de AUP. Os autores descreveram que famílias de menor renda, mães com menor escolaridade e pais/mães mais jovens estavam mais suscetíveis a introduzir esses alimentos antes dos 6 meses (PORTO et al., 2022). Estudo realizado pela UNICEF chamou atenção para o risco de crianças terem um desenvolvimento prejudicado, apresentando maior probabilidade de desenvolverem sobrepeso/obesidade e doenças crônicas após verificar consumo elevado de AUP em menores de 2 anos (72% já haviam consumido AUP) e de 2 a 6 anos (85% já havia consumido AUP) em lares beneficiados pelo programa Bolsa Família. As principais causas observadas foram sabor, preço,

praticidade e falta de conhecimento acerca dos alimentos não serem saudáveis, fazendo com que muitos pais acreditem serem boas fontes de vitaminas e minerais (UNICEF, 2021).

No Brasil, até o ano de 2019, não existia inquérito voltado exclusivamente para o estudo da alimentação de crianças (SPERANDIO et al., 2017). O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) foi o primeiro inquérito no país a avaliar as práticas de aleitamento materno (AM) e de consumo alimentar; o estado nutricional antropométrico e a prevalência de deficiências de micronutrientes em crianças menores de 5 anos de todas as regiões do Brasil (LACERDA et al., 2021).

Tendo em vista a meta da OMS, que está trabalhando para aumentar a taxa de AME nos primeiros 6 meses de vida para, pelo menos, 50% até 2025 (WHO & UNICEF, 2014) e para 70% até 2030 (WHO, 2019), os riscos associados à interrupção precoce do AME na saúde da criança e considerando a escassez de informações sobre o tema no Brasil, os objetivos desse estudo são descrever as práticas alimentares e o consumo de AUP por crianças menores de 6 meses, segundo faixa etária e características sociodemográficas.

6.3 Métodos

Desenho do estudo

Este estudo consiste em análise transversal e descritiva realizada a partir dos microdados do ENANI-2019, realizado no Brasil entre 2019 e 2020. O ENANI-2019 é um estudo de base domiciliar com amostra complexa e representatividade para o Brasil e macrorregiões (ALVES-SANTOS et al., 2021).

População do estudo e amostra do ENANI-2019

O plano amostral do ENANI-2019 foi composto por macrorregião e levou em consideração o município, setor censitário e domicílio. A escolha dos municípios foi realizada com probabilidade proporcional à população de menores de cinco anos, por tendência linear. A seleção dos setores observou o Censo demográfico de 2010 e a probabilidade proporcional em relação ao seu quantitativo de domicílios, considerando população urbana/rural e renda. A população de pesquisa foi determinada pelo conjunto de domicílios particulares permanentes onde morasse pelo menos uma criança com menos de 5 anos de idade completos localizados em todo o território nacional. Não foram

incluídos domicílios que tivessem crianças: (1) indígenas que vivessem em aldeias; (2) estrangeiras residentes em domicílios onde não se falasse a língua portuguesa; (3) com alguma condição que as incapacitasse à medição antropométrica; e (4) moradoras em domicílios coletivos (hotéis, pensões e similares, orfanatos e hospitais). (ALVES-SANTOS, 2021).

A amostra final foi composta por 12.524 domicílios, 12.155 mães biológicas e 14.558 crianças (ALVES-SANTOS, 2021). Para o presente estudo, foram utilizados dados das crianças menores de 6 meses de idade. Dentre as 14.558 crianças, 1.986 eram menores de 6 meses de idade e, dentre essas, 1.051 não se encontravam em AME.

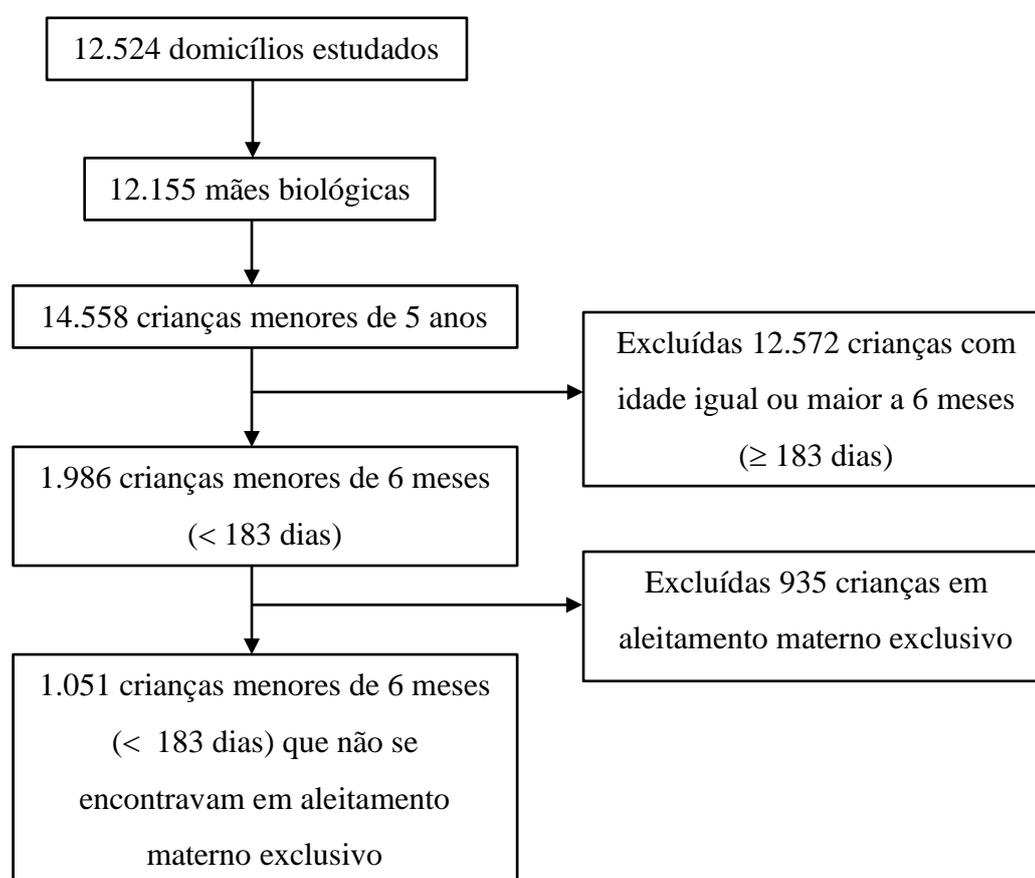


Figura 1. Fluxograma da população de pesquisa do presente estudo.

Coleta de dados do ENANI-2019

A coleta de dados foi realizada pela Sociedade para o Desenvolvimento da Pesquisa Científica (*Science*) que coordenou 323 entrevistadores, coordenadores e supervisores (<http://www.science.org.br>). Foram realizadas duas visitas domiciliares, tendo sido feita a abordagem inicial às famílias, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação do questionário geral. Os dados foram registrados

em um tablet, denominado Dispositivo Móvel de Coleta (DMC), através de um aplicativo desenvolvido para o estudo utilizando o *software Census Survey Processing System* (CSPPro) (ALVES-SANTOS et al., 2021).

Variáveis do estudo

a. Indicadores de práticas alimentares

As seis práticas alimentares e os respectivos alimentos que as compuseram foram: (1) Consumo de apenas LM (LM); (2) Consumo de LM e água (LM e água); (3) Consumo de LM e leite animal ou fórmula infantil (LM, leite de vaca em pó/líquido e fórmula infantil); (4) Consumo de LM e outros líquidos diferentes de leite animal ou fórmula infantil (LM, chá, leite de soja em pó, leite de soja líquido, suco de fruta natural s/ açúcar, suco, água de coco, xaropes de guaraná ou groselha industrializados, suco de fruta c/ adição de açúcar e refrigerante); (5) Consumo de LM e alimentos sólidos, semissólidos e pastosos (LM, fruta inteira; comida de sal de panela, papa ou sopa; mingau, papa com leite; iogurte; arroz, batata, inhame, aipim, farinha, macarrão; outros legumes diferentes de batata, inhame, cará e aipim; pão; cenoura, abóbora, batata doce, couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bertalha, mostarda; outras verduras (exceto as anteriores), feijão e/ou outros grãos; carnes de boi, porco, frango, peixe e outros; fígado; ovo frito, mexido, omelete, cozido ou gemada; hambúrguer e outros embutidos; salgadinhos de pacote (biscoitos), macarrão instantâneo; biscoito doce ou salgado; bala e outras guloseimas, temperos prontos industrializados e farinhas); e (6) Ausência de consumo de LM (LM ausente).

Os indicadores de prática alimentares foram calculados para cada uma das três faixas etárias (0–1 mês, 2–3 meses; e 4–5 meses), da seguinte forma: número de crianças que realizavam cada prática alimentar por faixa etária dividido pelo número total de crianças da faixa etária (**Quadro 1**).

Quadro 1. Cálculo dos indicadores de práticas alimentares por faixa etária.

Faixas etárias	Práticas alimentares	Cálculo
	AME	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês em AME}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$

0-1 mês	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	LM + sólido/ semissólido/ pastoso	$\frac{\text{crianças de 0 – 1 mês que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{número de crianças de 0 – 1 mês que e estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 0 – 1 mês} \times 100}$
2-3 meses	AME	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses em AME}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	LM + sólido/ semissólido/ pastoso	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{crianças de 2 – 3 meses que estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 2 – 3 meses} \times 100}$
4-5 meses	AME	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses em AME}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + água	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + água}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + outros líquidos	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + outros líquidos}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM+ leite de vaca/fórmula infantil	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + leite de vaca/fórmula}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	LM + sólido/ semissólido/ pastoso	$\frac{\text{crianças de 3 – 4 meses que consumiam LM + sólido, semissólido ou pastoso}}{\text{total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$
	Ausência de consumo de LM	$\frac{\text{número de crianças de 3 – 4 meses que e estavam em ausência de consumo de LM}}{\text{número total de crianças de 3 – 4 meses} \times 100}$

Notas: AME – aleitamento materno exclusivo; LM – leite materno

Foi construído o gráfico de área de alimentação infantil, que compara o AME às práticas alimentares de crianças não amamentadas exclusivamente por faixa de idade, mostrando alterações nos padrões dietéticos à medida que elas crescem. Cada categoria de prática alimentar é sinalizada por uma cor, e quanto maior for sua área, maior a dominância da prática alimentar a qual ela se refere. Uma determinada cor destaca a prática de AME (cor amarela), e cores diferentes dela demonstram as práticas que devem

ser reduzidas através de programas de apoio e políticas públicas. A porcentagem de crianças existentes entre as categorias é demonstrada em cada intervalo etário por meio da largura da área, ou seja, pelo distanciamento observado entre os limites superior e inferior de cada cor (UNICEF, 2022).

b. Alimentos ultraprocessados

Dentre os 32 grupos de alimentos que faziam parte do questionário alimentar, 11 foram classificados como AUP ([1] mingau, papa com leite; [2] iogurte; [3] hambúrguer e outros embutidos; [4] biscoitos salgadinhos de pacote; [5] suco/água de coco/xaropes de guaraná ou groselha industrializados ou suco de fruta c/ adição de açúcar; [6] refrigerante; [7] macarrão instantâneo; [8] biscoito doce ou salgado; [9] bala e outras guloseimas; [10] temperos prontos industrializados e [11] fórmula infantil (aqui considerado como AUP para fins especiais) (MONTEIRO, 2016).

c. Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram utilizadas como estratificadores da amostra, sendo elas: macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); Indicador Econômico Nacional (IEN) (terços); cor da pele/raça da mãe ou do responsável pela criança (branca, parda, preta e outras); escolaridade (0–7; 8–10; 11; e ≥ 12 anos de estudo); ocupação (trabalho regular/horário fixo; trabalho irregular/sem horário fixo; sem ou procurando trabalho; e fora do mercado de trabalho/sem trabalho /não procurando trabalho); Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (segurança; insegurança leve; insegurança moderada; e insegurança grave); e idade materna (< 20; 20–29; ≥ 30 anos).

O IEN representa um conjunto de itens de consumo e de posse de bens, nível escolar do gerenciador do domicílio e características domiciliares. Apenas 4% dos domicílios estavam localizados em áreas rurais e, por isso, o IEN foi estimado para o conjunto inteiro de domicílios em terços. A cor da pele ou raça da mãe ou responsável pela criança foi autorrelatada, sendo elas branca, parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça), preta, amarela (de origem coreana, japonesa, chinesa etc.), indígena (indígenas aldeados não fizeram parte da população de estudo) e outras (ANDRADE et al., 2023).

A EBIA mede de forma direta a insegurança alimentar e a fome nos domicílios familiares em segurança, insegurança leve, insegurança moderada e insegurança grave.

Ela leva em consideração a dificuldade de acesso aos alimentos, além de dimensões sociais e psicológicas. Ela é de fácil aplicação, possui baixo custo e é composta por 14 perguntas, tendo considerado no atual estudo residências que possuíam menores de 18 anos (UFRJ, 2021^d).

Análise de dados

Todas as análises foram realizadas com a linguagem de programação R com uso das funções dos pacotes *srvyr* e *survey*, para levar em conta a estrutura do plano amostral, os pesos e a calibração.

As estimativas de frequências e totais populacionais das variáveis socioeconômicas e demográficas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados para o Brasil e segundo os estratificadores para crianças em aleitamento materno exclusivo e em aleitamento materno não exclusivo. Estabeleceu-se um coeficiente de variação (CV) $\leq 30\%$ como nível de precisão adequado para as tabulações de variáveis e indicadores avaliados. Resultados com CV superior a 30% devem ser interpretados com cautela. "Crianças (x1000)" indica que o valor em cada célula da tabela deve ser multiplicado por mil para se obter o total populacional de crianças menores de 5 anos que apresentam aquela característica. Dada a baixa prevalência de crianças classificadas como amarelas ou indígenas, as estimativas para esses subgrupos são imprecisas.

As estimativas das frequências das práticas alimentares e seus IC 95% foram calculadas para o Brasil e por faixa etária da criança (0–1 mês, 2–3 meses; e 4–5 meses). O gráfico de área de práticas de alimentação infantil foi dividido em 3 intervalos etários: 0–1 mês; 2–3 meses; e 4–5 meses, sendo cada criança classificada em apenas uma categoria. A cor amarela destaca a prática de aleitamento materno exclusivo. As estimativas de consumo de AUP e seus IC 95% foram calculadas para as categorias de frequência de consumo.

Aspectos éticos

O estudo encontra-se de acordo com os princípios éticos explícitos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e suas leis complementares. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE nº 89798718.7.0000.5257; nº parecer 3.122.749 de 27/01/2019). A coleta de dados ocorreu após assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável da criança e todos os responsáveis legais pelos menores selecionados e entrevistados assinaram de forma espontânea duas vias do Termo.

6.4 Resultados

A maior proporção das crianças brasileiras em AME eram da região Sudeste (42,3%); estavam no primeiro terço do IEN (38,2%); tinham cor de pele parda (49,3%); suas mães ou responsáveis tinham escolaridade de 11 anos (43,6%) e estavam fora do mercado de trabalho (43,9%). A maioria das mães das crianças estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos (56,7%) e moravam em domicílios em segurança alimentar (58,6%). O mesmo perfil foi observado para as crianças que não estavam em AME, exceto para cor da pele, cuja maior frequência foi entre brancas (47,6%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas das mães em AME e das que não estavam em AME (**Tabela 1**).

O AME apresentou prevalência decrescente à medida em que aumentava a idade da criança, passando de 73,9% entre as crianças de 0 – 1 mês até 23,3% entre as crianças de 4 – 5 meses (redução da área amarela ao longo do tempo no gráfico). O consumo de “LM e leite de vaca/fórmula infantil” apresentou a segunda maior frequência de consumo entre crianças de 0–1 mês (9,9%), aumentou em crianças de 2–3 meses (10,7%) e diminuiu entre as de 4–5 meses (7,9%). Para o grupo “LM e outros líquidos”, a frequência de consumo foi decrescente, passando de 3,9% entre crianças de 0–1 mês para 1,1% entre as de 4–5 meses. Os demais grupos de alimentos apresentaram frequências crescentes de acordo com o aumento da faixa etária. Para “LM e água”, a frequência de consumo passou de 3,6% entre crianças de 0–1 mês a 18,2% entre aquelas de 4–5 meses. O consumo de “LM e sólidos, semissólidos e pastosos” passou de 3,1% entre crianças de 0–1 mês para 31,9% entre crianças de 4-5 meses, a maior frequência nessa faixa etária. A frequência de “não consumo de LM” foi de 5,9% entre as crianças de 0–1 mês, apresentando um aumento significativo para a faixa dos 2–3 meses (14,6%) e aumentando para 17,6% entre 4 – 5 meses (**Tabela 2 e Figura 2**).

O consumo de AUP entre crianças < 6 meses de idade, sem considerar as fórmulas infantis, foi 19,3%, sendo observado aumento da frequência de consumo conforme aumentava a idade: 6,9%, 14,7% e 25,8% entre crianças de 0–1, 2–3 e 4–5 meses,

respectivamente (**Tabela 3**). Os AUP mais consumidos pelas crianças menores de 6 meses de idade foram farinhas (14,5%), iogurte (6,1%) e biscoito (3,9%) (**Tabela 4**).

6.5 Discussão

O presente estudo mostrou a dinâmica de modificação das práticas alimentares segundo faixa etária. Entre 0–1 mês a 4–5 meses de idade há redução do AME e aumento da frequência de consumo de “LM e água”, “LM e alimentos sólidos/semisólidos/pastosos” e “ausência do consumo de LM”. Também foi evidenciado que 19,3% das crianças < 6 meses de idade que não estão sendo amamentadas exclusivamente consumiram pelo menos um AUP no dia anterior à entrevista.

A introdução de alimentos diferentes do LM em menores de 6 meses foi avaliada anteriormente pela PNDS de 1996 e de 2006 (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009). Comparando esses estudos com os dados do ENANI-2019, observa-se melhoria na prevalência do AME. Entre crianças de 0–1 mês, o AME passou de 48% em 2006 para 73,9% em 2019; e entre as de 4–5 meses passou de 14,4% para 23,3%, respectivamente. Na faixa de 4–5 meses o AME em 1996 era de 11,2%, tendo diferença de aproximadamente 3 pontos percentuais para 2006, já de 2006 para 2019 a diferença foi de aproximadamente 9 pontos percentuais, demonstrando melhoria dessa prática no Brasil, ainda que distante da meta da OMS (BRASIL, 2009). Segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com coleta realizada entre os períodos de abril a dezembro de 2012, 41,1% das crianças menores de 6 meses encontravam-se em AME (COELHO et al., 2015). As frequências de AME em crianças brasileiras entre 0–6 meses de vida passaram de 38,6% para 45,8% respectivamente entre 2006 e 2019 (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009; UFRJ, 2021^a).

Dentre os motivos e fatores associados à interrupção do AME antes dos 6 meses de vida no Brasil destacam-se o uso de chupeta, dificuldades na amamentação, baixa renda familiar, problemas na mama, baixa escolaridade dos pais, primiparidade, falta de orientação, falta de experiência, redução na produção do leite, crenças maternas, uso de mamadeira, baixo peso ao nascer, hospitalização do lactente, mãe jovem, alcoolismo materno, cansaço físico materno, depressão, oferta de chá no primeiro dia de vida; horários pré-definidos de amamentação, violência materna, baixo número de consultas pré-natal, gestação múltipla, tabagismo e falta de apoio familiar (PEREIRA; REINALDO, 2018). Um estudo transversal realizado em Mato Grosso do Sul com

crianças de 0 a 24 meses de vida utilizando dados do SISVAN, observou que o principal fator associado à interrupção do AME foi a percepção de ausência/insuficiência de LM (FERREIRA et al., 2017). Um estudo de coorte de Pelotas, que avaliou a intenção das mães de amamentar e as razões para desmamar seus bebês, revelou que o principal motivo para o desmame durante os primeiros 6 meses de vida é a ausência de LM suficiente (69%), recusa inexplicável do bebê (37,9%) e o retorno ao mercado de trabalho ou a escola (24,1%), sendo que dentre elas 74% tinham a intenção de amamentar exclusivamente nos primeiros meses e 91% de estender a amamentação até os 12 meses (AMARAL et al, 2020).

A sensação de leite insuficiente, recusa inexplicável do bebê, ganho de peso inadequado, leite fraco, dentre outros, constituem-se em sua grande maioria percepções que não tem a ver com a qualidade e suficiência do LM, pois não existe leite fraco. O que ocorre geralmente é que pode estar havendo uma pega inadequada durante a amamentação, dificultando que o bebê consiga realizar a sucção correta; estabelecimento de horários de amamentação, quando deveria ser feita em livre demanda; além de outros motivos (AMARAL et al, 2020). Tais percepções geram angústia nas mães a respeito do seu próprio leite, desencadeando uma busca por auxílio médico e causando um dos fatores que retardam o avanço do AME até os 6 meses: prescrição médica desnecessária de substitutos do leite materno (VELASCO; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2022).

Pesquisa de 2022 buscou analisar o recebimento de patrocínio por profissionais de saúde em eventos científicos pelas indústrias de substitutos do LM. Dos 217 entrevistados, 48,8% eram pediatras. Metade dos profissionais desconhecia a NBCAL e 85,7% deles havia participado de congressos nos últimos dois anos em que mais da metade deles era apoiado pela indústria de substitutos do LM, principalmente Nestlé e Danone. Além disso, patrocínios como materiais de escritório, convites para festas, refeições, brindes, passagem para congresso ou pagamento de inscrições, eram fornecidos pelas indústrias, verificando-se assédio aos profissionais e descumprimento da NBCAL, aumentando assim as prescrições desnecessárias e o comércio que retarda o avanço do AME (VELASCO; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2022).

O assédio, embora feito a outros profissionais da saúde, busca influenciar principalmente médicos pediatras, pois são profissionais que passam extrema confiança devido ao seu conhecimento e experiência, e por criarem uma ligação e terem contato frequente com seus pacientes. Indo mais a fundo, a promoção desses substitutos é uma barreira considerada global, pois as indústrias também buscam criar vínculos com

organizações de saúde, com líderes de opinião, colocam pessoas influentes e queridas pelo público em propagandas, além de tentarem impedir avanços em aprovações legislatórias, medidas regulatórias, atrasar processos e retroceder medidas anteriormente implementadas (VELASCO; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2022).

O consumo conjunto de LM e água não foi analisado pela PNDS-2006, tendo a água sido incluída no grupo de “aleitamento predominante” (leite materno e outros líquidos, exceto leite não materno), o que torna o dado incomparável ao ENANI-2019. Em contrapartida, foi analisada pela PNDS-1996, tendo demonstrado uma evolução negativa e um aumento do consumo de água antes dos 6 meses, com um salto na frequência principalmente entre os 4 – 5 meses, passando de 6,3% em 1996 para 18,2% em 2019 (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009; UFRJ, 2021^a). O consumo de LM e outros líquidos não pôde ser confrontado pelo mesmo motivo anterior, a água pertencia ao mesmo conjunto de outros líquidos em 2006, diferente dos dados do estudo atual que separou o consumo de água (BRASIL, 2009; UFRJ, 2021^a). A introdução precoce de outros líquidos pode ser devido à crença de que crianças amamentadas sentem sede e que chás aliviam cólicas (SILVA; MELLO, 2021; MURARI et al., 2021). Uma pesquisa que avaliou 170 mães com intenção de amamentar após o parto, verificou que a idade na qual elas pretendiam introduzir alimentos na dieta dos filhos foi 3,4 meses para chá, 4,5 meses para água e 4,8 meses para suco de fruta (MACHADO et al., 2014).

Em relação ao consumo de LM e outros leites (leite de vaca/fórmula infantil) a tendência foi uma redução mais expressiva de 1996 para 2006 e percentuais com pouca alteração de 2006 a 2019 quando observado por faixa etária, principalmente dos 4 aos 5 meses e 29 dias de vida, mas analisando dos 0 aos 6 meses houve um aumento no consumo de leite de vaca/fórmula infantil de 2006 para 2019, passando de 12,5% para 17,3% (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009; UFRJ, 2021^a). Estudo com dados do SISVAN de 2012 mostrou que em menores de 6 meses o consumo de fórmula infantil foi de 49,2% e de leite de vaca foi de 25% (COELHO et al., 2015). Outra pesquisa também observou maior consumo de fórmulas infantis em famílias de maior poder aquisitivo residentes em países de baixa e média renda, padrão que contrasta com a maioria dos países de alta renda, onde a amamentação tende a ser mais comum em mulheres com maior nível escolar e mais ricas (NEVES et al., 2020).

Nos países de baixa e média renda o Produto Interno Bruto (PIB) per capita mostrou relação direta com consumo de fórmula e leite não humano e inversa com o aleitamento materno. Esses resultados mostram que o LM vem sendo substituído pelo

leite artificial, majoritariamente nos países mais ricos, onde a venda de fórmulas é mais propagada, e em seguida pelos países de menor poder aquisitivo (NEVES et al., 2020). Estudo com dados globais de 113 países entre 2000 e 2019 corrobora com os achados anteriores, mostrando que não houve alteração significativa na frequência de uso de fórmulas infantis nos países de baixa e média renda, mas houve aumento expressivo na sua utilização em países de renda média alta e em regiões, como a América Latina e Caribe (NEVES et al., 2021^b).

Em relação ao consumo de leite animal, houve redução de mais de 50% em países de renda média baixa e baixa, e redução ainda mais expressiva em países de renda média alta. Verificou-se também melhorias nas taxas de AME em menores de 6 meses nos países de baixa e média renda, passando de 35% em 2000 para 49% em 2019, enquanto os países de renda média alta encontram-se bem abaixo da meta da OMS com apenas 37% em 2019. Os esforços para promover o aleitamento materno foi visto com maior enfoque em bebês para a manutenção do AME com o intuito de combater a mortalidade por doenças infecciosas, uma vez que o leite materno confere proteção natural, em contrapartida, foram menos observados esforços para manutenção da amamentação até os 2 anos de vida (NEVES et al., 2021^b).

Quanto ao consumo de LM e alimentos sólidos, semissólidos e pastosos (SSP) em crianças menores de 6 meses, considerando apenas dados da PNDS-2006 (BRASIL, 2009), uma vez que em 1996 não houve grupo que se limitasse ao consumo somente desses tipos alimentares, houve redução de 49% para 33,7% no ENANI-2019. Estudo com dados do SISVAN mostrou que entre crianças menores de 6 meses (n=112), o consumo de LM e SSP foi de 30,4%, semelhante ao encontrado no ENANI-2019 (COELHO et al., 2015). Pesquisa realizada em São Paulo que investigou práticas familiares de alimentação e fatores associados ao consumo precoce de alimentos sólidos antes dos 6 meses de vida observou interrupção prematura do AME aliada a oferta de alimentos diferentes do leite antes dos 6 meses, em que 25% das crianças já recebiam fruta aos 4 meses. Foi visto um menor risco dentro do sistema de saúde público e um maior risco no sistema privado. Trabalho fora do lar, mães mais velhas e uso de chupeta também foram fatores diretamente ligados a introdução precoce de alimentos SSP para as crianças (SILVA; VENÂNCIO; MARCHIORI, 2010).

À medida que as crianças crescem duas práticas de risco à saúde da criança aumentam: o abandono da amamentação e o consumo de AUP. O presente estudo mostrou que, sem considerar o consumo de fórmula infantil que é conceitualmente um AUP, uma

expressiva parcela de crianças < 6 meses de idade que não estão sendo amamentadas exclusivamente receberam pelo menos um AUP (19,3%). Observou-se que a frequência aumenta com a idade da criança, que passou de 6,9% (0–1 mês) para 25,8% (4–5 meses). Considerando crianças maiores, um estudo de coorte com 286 crianças observou que no primeiro ano de vida, 40,8% haviam consumido 4 ou mais AUP (PORTO et al., 2021). Para uma pesquisa, a qual teve como objetivo avaliar a frequência e os fatores de risco para introdução de AUP antes dos 6 meses de idade, foi feito recorte de um estudo de coorte prospectiva. Analisou-se 300 duplas de mães/bebês do sudoeste da Bahia e como resultado foi possível observar que 31,3% das crianças já tinham consumido pelo menos um AUP antes de completar 6 meses de vida, porcentagem ainda maior do que a observada no presente estudo (19,3%) (PORTO et al., 2022). Essa situação é muito preocupante, visto que não se recomenda o consumo de AUP nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2019).

No ENANI-2019 os AUP mais consumidos foram farinhas (14,5%), iogurte (6,1%) e biscoito (3,9%). Um estudo transversal realizado no Paraná mostrou que 18,9% das crianças < 6 meses havia consumido AUP, e o consumo de biscoito/bolacha sem recheio foi de 14,7%. Na Bahia, 31,3% de crianças menores de 6 meses consumiram AUP, dos quais: bolacha/biscoito (23%), queijo *petit suisse*; (14,3%), doces industrializados (6,3%), suco artificial (1,3%), bebida láctea ou iogurte (1,3%), macarrão instantâneo (0,7%); e achocolatado (0,3%), a maioria com porcentagem superior as crianças do ENANI (PORTO et al., 2022). Estudo transversal com 556 crianças de 2 a 6 anos em São Paulo também mostrou, entre crianças < 6 meses, as seguintes frequências de consumo de AUP: farinhas (espessantes) (10,2%); iogurtes (4,6%); e achocolatados (3,0%) (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

Fatores sociodemográficos predis põem a introdução precoce de AUP: baixa renda e escolaridade materna/paterna, menor idade dos pais, cor de pele preta/parda das mães e ausência de companheiro. Quanto aos fatores associados à criança, destacam-se o consumo de leite de vaca antes dos 6 meses e de chá antes dos 30 dias de vida, não estar em AM e uso de chupeta e mamadeira (GIESTA et al., 2019; PORTO et al., 2022). O AME nos primeiros 6 meses reduz a chance de consumo de AUP, o que demonstra ainda mais sua importância (SPANIOL et al., 2020). Porto e colaboradores confirmam a informação ao mostrar que as chances de consumo precoce de AUP foi maior em crianças com AME inferior a 180 dias (PORTO et al., 2022).

A presença de AUP na alimentação ao longo da vida, e principalmente quanto mais cedo é introduzida, está relacionada com fatores de risco para morbimortalidades não apenas na vida adulta, mas também na infância e adolescência. O consumo precoce de AUP está associado ao desenvolvimento de sobrepeso, obesidade, anemia, diabetes *melittus*, alterações cardiometabólicas em idades subsequentes entre outras doenças crônicas não transmissíveis (PORTO et al., 2022).

Os AUP são alimentos de baixo ou nenhum valor nutricional, e afetam a qualidade da dieta, tendo sido observada relação inversamente proporcional entre o aumento do consumo dos ultraprocessados e o teor de vitaminas e minerais da dieta (LOUZADA et al., 2015^a). Quando ofertados à lactentes, prejudicam o processo digestivo, absorção dos nutrientes e também são prejudiciais para a introdução de alimentos *in natura* e saudáveis na vida da criança, uma vez que AUP são de extrema palatabilidade e causam dependência, principalmente pela presença de açúcar (PORTO et al., 2022). Visto que AUP são riquíssimos em calorias e principalmente em carboidratos e gorduras, em menores de 6 meses o consumo excessivo de carboidrato pode causar sobrepeso/obesidade ainda em idades escolares, e o de cálcio e sódio (300% superior ao recomendado) pode causar intercorrências negativas para a saúde. Assim, o consumo precoce de AUP pode agravar esses efeitos, visto que contem maior teor de carboidratos e sódio (LOUZADA et al., 2015^b; SANGALLI; RAUBER; VITOLO, 2016).

A comercialização e campanhas publicitárias de AUP estimulam o consumo precoce, com estratégias voltadas ao público infantil, praticidade para os pais, aumentando o hábito de consumo, principalmente na classe de menor renda (TOLONI et al., 2014). Consoante, a falta de informação sobre alimentação adequada e saudável faz com que famílias de renda mais baixa optem por esses produtos, que são mais baratos e atrativos que alimentos *in natura* ou minimamente processados, além de possuírem, nos rótulos, informações sobre adição de nutrientes, que ocasionam a impressão de serem alimentos bons para a saúde (PORTO et al., 2022). A implementação das medidas da nova legislação de rotulagem de alimentos alertando sobre compostos maléficos à saúde, como alto teor de açúcar, sódio e gordura, acaba de esgotar o prazo fornecido às indústrias para adequação em outubro de 2023, e mostra-se de suma importância na percepção da população sobre os alimentos que estão consumindo, que muitas vezes passam impressão de serem até mesmo benéficos à saúde (GERALDO et al., 2023). Pesquisa de 2023 que buscou avaliar o possível impacto da nova legislação de rotulagem, demonstrou que 93,8% das indústrias acredita que as novas medidas irão impactar para eles de forma

negativa na venda dos produtos com alto teor de açúcar, gordura e sódio (GERALDO et al., 2023).

Relatório publicado em 2022 pela OMS de uma pesquisa que abrangeu todas as suas seis regiões abordou sobre as estratégias e técnicas utilizadas por empresas de marketing digital na promoção dos substitutos do LM. Através da internet essas empresas conseguem comprar ou coletar informações pessoais de pessoas que consomem conteúdo gestacional, infantil e materno, enviando-os promoções personalizadas e, assim, causando influência quase imperceptível aos consumidores em suas decisões de compra e consumo. Conforme concluiu a OMS, esse marketing digital generalizado é de proliferação global e está aumentando a venda desses produtos e impactando negativamente o avanço do AME, situação de extrema preocupação para a saúde infantil (OMS, 2022).

Os pontos fortes do estudo são a utilização de dados de um estudo representativo da população brasileira menor de 5 anos. O tamanho amostral permite que se obtenha estimativas acuradas dos indicadores, ainda que se tenha usado apenas os dados de crianças menores de 6 meses de idade. A principal limitação do estudo está relacionada com o tipo de questionário usado, que depende da memória da mãe ou cuidador da criança. Entretanto, o instrumento é recomendado pela OMS e usado em todo o mundo para avaliar práticas de alimentação infantil (SATTAMINI, 2019). Sobre a classificação de alimentos ultraprocessados, biscoitos e iogurtes foram considerados como AUP, ainda que a pergunta do questionário não permitisse ter certeza sobre isso. Entretanto, acredita-se que o erro na estimativa seja pequeno, visto o baixo consumo de biscoitos e iogurtes neste grupo. O mingau também foi considerado AUP mesmo não sendo possível ter certeza, porém como nos recordatórios de 24 horas a farinha mais utilizada foi do tipo ultraprocessada (Mucilon), optou-se por classificá-lo como AUP. A mesma lógica ocorreu para outros alimentos, como o leite de vaca em pó, que poderia ter sido consumido o composto lácteo, mas optou-se por classificá-lo como in natura ou minimamente processado. Ou seja, os alimentos foram classificados considerando o grupo que melhor se enquadrasse e obtivesse menor margem de erro, acreditando-se novamente que o erro na estimativa seja bem pequeno.

6.6 Conclusão

Ainda que tenha havido melhora dos indicadores de aleitamento materno nos últimos 23 anos, em 2019, observou-se baixa prevalência de aleitamento materno

exclusivo em crianças brasileiras nos primeiros seis meses de vida, não estando próximo da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde de 50% até 2025 e de 70% até 2030.

Crianças e famílias da região norte e centro-oeste e de raça preta, devem ser olhadas com maior atenção, assim como as mulheres mais jovens (< 20 anos) e com trabalho irregular. Além disso, foi observado nas crianças introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno, mostrando-se crescente conforme o aumento da faixa etária, bem como o consumo elevado de alimentos ultraprocessados, que também aumentou a frequência conforme o aumento da idade da criança, sendo os AUP mais consumidos as farinhas, iogurte e biscoito, podendo ser pensadas nesse caso sobre estratégias para redução no consumo desses produtos.

Estratégias de incentivo ao aleitamento materno e de propagação de conhecimento quanto à alimentação saudável são necessárias e impactam diretamente na saúde da população. Os resultados deste estudo permitem estabelecer uma linha de base sobre os alimentos introduzidos precocemente na alimentação dos lactentes, fornecendo um cenário para a criação de políticas públicas inovadoras que possam modificar a situação alimentar infantil no Brasil.

6.7 Referências

- ALVES-SANTOS, N. H. et al. General methodological aspects in the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019): a population-based household survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00300020, 30 ago. 2021.
- AMARAL, S. A. DO et al. Maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for weaning: a cohort study, Pelotas, RS, Brazil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019219, 6 abr. 2020.
- ANDRADE, P. G. et al. The National Wealth Score in the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 14, 17 ago. 2023.
- BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (EDS.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 1. ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.
- BRASIL; PROGRAMA DE PESQUISAS DE DEMOGRAFIA E SAÚDE (DHS.) MACRO INTERNACIONAL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: PNDS**

1996. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM, 1997.

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

COELHO, L. DE C. et al. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727–738, mar. 2015.

COLOMBO, L. et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. **Nutrients**, v. 10, n. 1, p. 48, 5 jan. 2018.

complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 983–992, dez. 2010.

D'AURIA, E. et al. Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 7931, nov. 2020.

DIPASQUALE, V.; ROMANO, C. Complementary feeding: new styles versus old myths. **Minerva Medica**, v. 111, n. 2, p. 141–152, abr. 2020.

FERREIRA, I. R. et al. Práticas alimentares de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN**, v. 8, n. 1, p. 3–9, 30 jul. 2017.

GERALDO, M. L.; CARVALHO, N. B.; ELIAS, L. A. da S.; CAMPOS, J. M.; SOUSA, K. R. de O. V.; DA SILVA, V. M. Avaliação do impacto da nova rotulagem na indústria de alimentos. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 19012–19031, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n6-021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/60406>. Acesso em: 10 out. 2023.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2387–2397, 22 jul. 2019.

LACERDA, E. M. A. et al. Aspectos metodológicos da avaliação do consumo alimentar no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019): inquérito domiciliar de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 30 ago. 2021.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Preventive Medicine**, v. 81, p. 9–15, dez. 2015b.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015a.

MACHADO, A. K. F. et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1983–1989, jul. 2014.

MONTEIRO, C. A. et al. Classificação dos alimentos. **Saúde Pública**. v. 7, p. 13, 2016.

MURARI, C. P. C. et al. Introdução precoce da alimentação complementar infantil: comparando mães adolescentes e adultas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 15 mar. 2021.

NEVES, P. A. R. et al. Infant Formula Consumption Is Positively Correlated with Wealth, Within and Between Countries: A Multi-Country Study. **The Journal of Nutrition**, v. 150, n. 4, p. 910–917, abr. 2020.

NEVES, P. A. R. et al. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, p. 20, 7 jan. 2021a.

NEVES, P. A. R. et al. Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 5, n. 9, p. 619–630, set. 2021b.

NILSON, E. A. F. et al. Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultraprocessed Foods in Brazil. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 64, n. 1, p. 129–136, 1 jan. 2023.

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 20 dez. 2018.

PORTO, J. P. et al. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida: estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 28 abr. 2021.

PORTO, J. P. et al. Introdução de alimentos ultraprocessados e fatores associados em crianças menores de seis meses no sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2087–2098, maio 2022.

SANGALLI, C. N.; RAUBER, F.; VITOLO, M. R. Low prevalence of inadequate micronutrient intake in young children in the south of Brazil: a new perspective. **The British Journal of Nutrition**, v. 116, n. 5, p. 890–896, set. 2016.

SATTAMINI, Isabela Fleury. **Instrumentos de avaliação da qualidade de dietas:** desenvolvimento, adaptação e validação no Brasil. 2019. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.6.2019.tde-13092019-124754. Acesso em: 2023-07-24.

Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 983–992, dez. 2010.

SILVA, MP; MELLO, APQ. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré- escolares. **Revista Saúde & Ciência online**, v. 9, n. 1, (janeiro a abril de 2021). p. 110-129.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. DE; SOUZA, S. B. DE. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 60–69, fev. 2009.

SPANIOL, A. M. et al. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 330, 14 mar. 2020.

SPERANDIO, N. et al. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 499–508, fev. 2017.

TOLONI, M. H. DE A. et al. Consumption of industrialized food by infants attending child day care centers. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 1, p. 37–42, mar. 2014.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Alimentação na Primeira Infância:** Conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa Família. Brasília, 2021. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia_conhecimentos-atitudes-praticas-de-beneficiarios-do-bolsa-familia.pdf>.

Acesso em: 23 ago. 2022.

United Nations Children’s Fund (UNICEF). Infant Feeding Area Graphs Interpretation Guide for infant and young child feeding at 0–5 months. UNICEF: New York, 2022. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 10/08/2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno:** Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021a. (108 p.).

Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:

<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 15.08.2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Características**

sociodemográficas: aspectos demográficos, socioeconômicos e de insegurança alimentar 2: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021d. (104 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:

<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 15.08.2022

VELASCO, A. C. C. F., OLIVEIRA, M. I. C., BOCCOLINI, C. S. Assédio da indústria de alimentos infantis a profissionais de saúde em eventos científicos. **Rev Saude**

Publica. 2022;56:70. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003398>

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características sociodemográficas de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo e em ausência de aleitamento materno exclusivo. Brasil, 2019-2020.

Estratificador	AME					Ausência de AME				
	Freq. (%)	IC 95%	Crianças (x1000)	CV (%)	N	Freq. (%)	IC 95%	Crianças (x1000)	CV (%)	N
Macrorregião										
Norte	9,6	6,6; 12,6	65,3	16,1	127	12,0	9,4; 14,6	96,9	11,1	204
Nordeste	23,8	18,3; 29,3	162,4	11,7	119	31,5	26,9; 36,1	253,8	7,5	196
Sudeste	42,3	37,3; 47,3	287,9	6,0	185	37,0	31,9; 42,1	298,2	7,0	209
Sul	15,9	13,7; 18,1	108,3	7,2	246	11,3	9,5; 13,1	91,0	8,3	217
Centro-Oeste	8,4	7,0; 9,9	57,5	8,6	240	8,2	7,0; 9,4	66,1	7,8	225
IEN (terços)										
1º	38,2	32,8; 43,6	260,1	7,2	738	43,3	38,1; 48,4	348,7	6,1	873
2º	32,9	25,5; 40,2	224,0	11,4	119	30,7	25,3; 36,0	247,1	8,9	124
3º	29,0	21,0; 36,9	197,3	14,0	60	26,1	20,9; 31,2	210,1	10,0	54
Cor da pele ou raça da criança										
Branca	43,8	36,3; 51,3	298,6	8,7	484	47,6	41,3; 53,8	383,3	6,7	524
Parda	49,3	41,5; 57,1	335,9	8,1	375	46,8	39,6; 53,9	377,0	7,8	475
Preta	6,8	3,1; 10,4	46,0	27,7	54	5,2	2,7; 7,6	41,5	24,0	47
Outras	0,1	0,0; 0,3	0,8	60,6	4	0,5	0,0; 1,3	4,2	72,1	5
Escolaridade da mãe/responsável (anos)										
0 a 7	17,9	11,6; 24,2	121,9	17,8	190	21,2	17,2; 25,3	171,1	9,7	220
8 a 10	18,8	14,4; 23,1	127,8	11,7	177	23,8	18,5; 29,2	191,9	11,5	261
11	43,6	36,8; 50,4	297,1	7,9	365	41,4	35,7; 47,2	334,0	7,0	402
12 ou mais	19,8	14,3; 25,2	134,6	14,0	185	13,5	9,5; 17,5	108,9	15,2	168
Ocupação										
Trabalho regular ou com horário fixo	27,5	22,0; 33,0	187,3	10,1	268	25,5	20,1; 30,9	205,7	10,8	281
Trabalho irregular e sem horário fixo (bicos)	10,9	6,9; 14,9	74,2	18,8	82	12,2	7,4; 17,0	98,4	19,9	99
Desempregado e procurando trabalho	17,7	11,9; 23,5	120,7	16,6	136	20,8	15,8; 25,8	167,7	12,3	209
Fora do mercado de trabalho	43,9	36,8; 51,0	299,2	8,2	431	41,5	36,3; 46,6	334,2	6,3	462
Idade da mãe ou responsável (anos)										
< 20	10,4	6,6; 14,2	70,8	18,6	109	11,7	8,4; 15,0	94,0	14,5	149
20 a 29	56,7	51,2; 62,1	386,1	4,9	505	50,0	44,3; 55,8	403,2	5,8	515
30 ou mais	32,9	28,4; 37,5	224,5	7,1	303	38,3	32,8; 43,8	308,8	7,3	387
EBIA										
Segurança	58,6	50,8; 66,5	399,6	6,8	569	53,2	46,3; 60,1	429,0	6,6	602
Insegurança leve	32,8	25,9; 39,7	223,7	10,7	272	37,4	30,6; 44,1	301,2	9,2	341
Insegurança moderada	3,2	1,5; 4,8	21,6	26,2	44	5,6	3,1; 8,0	44,9	22,5	58

Insegurança grave	5,4	2,1; 8,6	36,5	30,7	32	3,8	2,0; 5,7	30,9	24,4	50
-------------------	-----	----------	------	------	----	-----	----------	------	------	----

Notas: IC – Intervalo de Confiança, EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar; CV – coeficiente de variação

Tabela 2. Frequência das práticas alimentares em crianças brasileiras menores de 6 meses, de acordo com a faixa de idade. Brasil, 2019-2020.

Categorias de aleitamento materno	Frequência (%)	IC 95%	Crianças (x1000)	cv (%)	n
AME					
< 6 meses	45,8	40,9; 50,7	681,4	5,5	917
0 – 1 mês	73,9	66,7; 81,1	292,4	5,0	357
2 – 3 meses	48,9	40,7; 57,2	256,5	8,6	381
4 – 5 meses	23,3	16,5; 30,2	132,4	14,9	179
LM e água					
< 6 meses	20,4	15,1; 25,6	164,1	13,1	175
0 – 1 mês	3,6	0,0; 7,8	14,3	58,3*	24
2 – 3 meses	8,9	3,7; 14,1	46,6	29,9	62
4 – 5 meses	18,2	13,1; 23,3	103,2	14,2	89
LM e outros líquidos					
< 6 meses	4,0	2,4; 5,5	31,9	20,3	53
0 – 1 mês	3,9	1,6; 6,1	15,4	29,5	27
2 – 3 meses	2,0	0,2; 3,7	10,4	44,9*	13
4 – 5 meses	1,1	0,3; 1,9	6,2	38,8*	13
LM e leite vaca/fórmula infantil					
< 6 meses	17,3	13,0; 21,6	139,6	12,6	236
0 – 1 mês	9,9	5,6; 14,1	39,1	21,8	74
2 – 3 meses	10,7	7,0; 14,3	55,8	17,3	100
4 – 5 meses	7,9	3,6; 12,1	44,7	27,6	62
LM e SSP					
< 6 meses	33,7	28,6; 38,8	271,3	7,7	321
0 – 1 mês	3,1	1,2; 4,9	12,1	30,8*	25
2 – 3 meses	14,9	10,4; 19,4	78,2	15,5	79
4 – 5 meses	31,9	26,5; 37,3	181,0	8,6	217
Não consumo de LM					
< 6 meses	24,7	20,0; 29,4	199,0	9,7	266
0 – 1 mês	5,9	2,6; 8,6	22,3	27,1	37
2 – 3 meses	14,6	9,6; 19,7	76,6	17,6	92
4 – 5 meses	17,6	12,2; 23,1	100,1	15,7	137

Notas: AME – Aleitamento materno exclusivo; LM – Leite materno; SSP – Sólidos, semissólidos e pastosos; IC – Intervalo de Confiança, CV – coeficiente de variação. * CV >30: baixa precisão da estimativa.

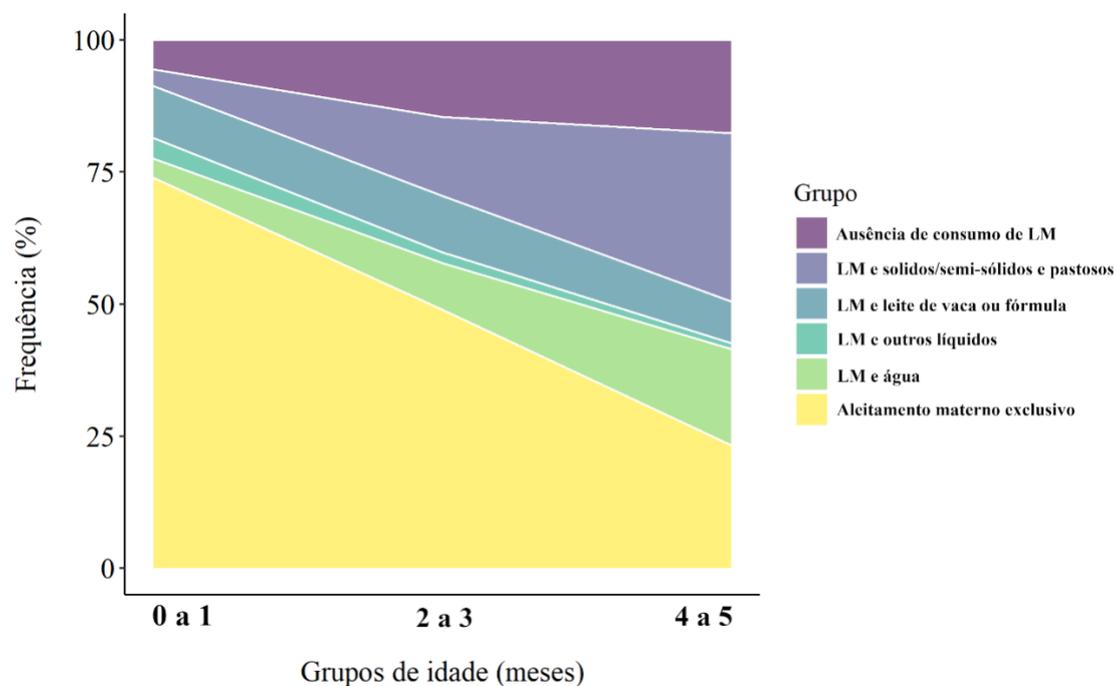


Figura 2. Gráfico de área das frequências de práticas alimentares em crianças brasileiras menores de 6 meses, de acordo com a faixa de idade. Brasil, 2019-2020.

Tabela 3. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 6 meses para o Brasil e segundo faixa etária. Brasil, 2019-2020.

Consumo de AUP no dia anterior à entrevista	Frequência (%)	IC 95%	Crianças (x1000)	CV (%)	N
< 6 meses					
não	80,3	76,3; 84,3	647,3	2,5	844
sim	19,3	15,7; 23,7	158,6	10,3	207
0-1 mês					
não	93,1	87,3; 99,0	96,2	3,2	170
sim	6,9	1,0; 12,7	7,1	43,6	17
2-3 meses					
não	85,3	76,5; 94,1	228,2	5,2	298
sim	14,7	5,9; 23,5	39,4	30,4	48
4-5 meses					
não	74,2	69,3; 79,2	322,9	3,4	376
sim	25,8	20,8; 30,7	112,2	9,8	142

Nota: AUP – alimentos ultraprocessados; IC – intervalo de confiança; CV – coeficiente de variação.

Tabela 4. Alimentos ultraprocessados consumidos por crianças menores de 6 meses. Brasil, 2019-2020.

AUP	Frequência (%)	IC 95%	Crianças (x1000)	CV (%)	N
iogurte	6,1	4,0; 8,2	49,3	17,2	61
hambúrguer	0,9	0,0; 2,3	7,6	72,2	8
salgadinho	0,2	0,0; 0,5	1,8	68,2	2
suco industrializado	0,1	0,0; 0,3	1,1	66,4	3
pão industrializado	0,8	0,0; 2,3	6,7	88,9	2
refrigerante	0,1	0,0; 0,2	0,6	100,6	1
macarrão	0,0	0,0; 0,0	0,0	0,0	0
biscoito	3,9	2,0; 5,7	31,1	24,6	35
bala	0,1	0,0; 0,4	1,2	90,9	1
farinhas	14,5	10,5; 18,5	117,2	14,0	137

Nota: AUP – alimentos ultraprocessados; IC – intervalo de confiança; CV – coeficiente de variação

7 CONCLUSÃO

O presente estudo atendeu ao primeiro objetivo que pretendia descrever as práticas alimentares das crianças menores de seis meses por faixa etária e características sociodemográficas, tendo sido observado que, ainda que tenha havido melhora dos indicadores de aleitamento materno nos últimos 23 anos, em 2019 confirmou-se baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças brasileiras nos primeiros seis meses de vida, não estando próximo da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde de 50% até 2025 e de 70% até 2030.

Além disso, verificou-se que a amamentação de crianças e famílias residentes na região norte e centro-oeste e de cor de pele preta devem ser olhadas com maior atenção. Mulheres mais jovens (< 20 anos) e com trabalho irregular também necessitam ser analisadas com mais detalhes. Ao mesmo tempo, foi confirmada introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno nessas crianças, mostrando-se crescente conforme o aumento da faixa etária.

Dessa forma, há certa necessidade de reavaliar os esforços que já vem sendo feitos para aumentar os níveis de amamentação e reduzir a introdução precoce de alimentos, para que sejam então analisados os pontos críticos e o que fazer para contorná-los.

Também foi possível atender ao segundo objetivo que buscou descrever o consumo de AUP por crianças menores de seis meses por faixa etária e características sociodemográficas. Confirmou-se a ocorrência de consumo elevado de alimentos ultraprocessados, que aumentou sua frequência conforme o crescimento da criança, tendo sido vistos como os AUP mais consumidos as farinhas, iogurte e biscoito. Nesse caso, estratégias para redução no consumo desses principais produtos que aparecem com maior frequência devem ser pensadas para mudar a situação apresentada. Também deve posto em pauta o marketing digital abusivo e persuasivo, situação que retarda o avanço do AME em caráter mundial.

Portanto, essa pesquisa teve o intuito de fornecer dados sobre o atual cenário da alimentação de crianças menores de 6 meses, público que, até então, não havia recebido tamanha atenção, confirmando-se este fato com o baixo número de estudos encontrados que possuíssem como foco prioritário esse grupo tão indefeso e parte de um período complexo e crítico do desenvolvimento.

Estratégias de incentivo ao aleitamento materno, de propagação de conhecimento quanto à alimentação saudável e o não consumo de alimentos ultraprocessados são necessárias e impactam diretamente na saúde da população.

Os resultados desse estudo permitem estabelecer uma linha de base sobre o período de amamentação e os alimentos introduzidos precocemente na alimentação dos lactentes e o momento que estão sendo introduzidos, fornecendo assim um forte instrumento para a criação de políticas públicas inovadoras que possam modificar a situação alimentar infantil no Brasil. Entretanto, para melhorar tal situação, necessitam ser promovidos esforços não apenas por meio de novas políticas, mas por constante capacitação de todos os profissionais envolvidos no cuidado da mulher e da criança que se encontram nessa fase, para que não existam divergências nas informações e atuação, mantendo sempre os profissionais atualizados e integrados. Faz-se necessário também uma cobrança mais severa a indústrias que infringem a NBCAL, pois impactam diretamente nas prescrições médicas, em sua grande maioria.

Dessa forma, conclui-se que através de um conjunto de ações é possível melhorar a saúde materno-infantil, tendo como primeiro passo o entendimento de onde se

encontram as falhas, tornando possível sua correção e consequente evolução na saúde de curto e longo prazo.

8 REFERÊNCIAS

A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ONU E SEUS ATORES: O IMPACTO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS. | Confluências | Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito. 6 fev. 2020.

ALIMENTAÇÃO É DIREITO, NÃO SOBRAS. **Conselho Federal de Nutricionistas**, 2017. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/alimentacao-e-direito-nao-sobras/>. Acesso em: 10, jun. 2022.

ALVES-SANTOS, N. H. et al. General methodological aspects in the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019): a population-based household survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00300020, 30 ago. 2021.

AMARAL, S. A. DO et al. Maternal intention to breastfeed, duration of breastfeeding and reasons for weaning: a cohort study, Pelotas, RS, Brazil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019219, 6 abr. 2020.

ANDRADE, P. G. et al. The National Wealth Score in the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 14, 17 ago. 2023.

ARAÚJO, N. R.; FREITAS, F. M. N. de O. .; LOBO , R. H. . Formation of eating habits in early childhood: benefits of healthy eating. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, p. e238101522901, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22901. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22901>. Acesso em: 03 aug. 2023.

Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. [s.d.].

BALLARD, O.; MORROW, A. L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. **Pediatric clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 49–74, fev. 2013.

Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 17 nov. 2017.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. DE; OLIVEIRA, M. I. C. DE. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 31 dez. 2015.

BRASIL (ED.). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª edição, 1ª reimpressão ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (EDS.). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 1. ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. ano 1990, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 3 out. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação / Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL; PROGRAMA DE PESQUISAS DE DEMOGRAFIA E SAÚDE (DHS.) MACRO INTERNACIONAL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: PNDS 1996**. Rio de Janeiro, RJ: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM, 1997.

CAC. Codex Alimentarius Commission. **Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants**. CXS 72-1981. (2020).

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, v. 86, p. 196–201, jun. 2010.

CARVALHO, K. E. G. et al. História e memórias do banco de leite humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (1987-2009) em Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 477–481, dez. 2010.

COELHO, L. DE C. et al. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727–738, mar. 2015.

COLOMBO, L. et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. **Nutrients**, v. 10, n. 1, p. 48, 5 jan. 2018.

D'AURIA, E. et al. Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 7931, nov. 2020.

DIPASQUALE, V.; ROMANO, C. Complementary feeding: new styles versus old myths. **Minerva Medica**, v. 111, n. 2, p. 141–152, abr. 2020.

DOS SANTOS, M. C. S. et al. Cadernos de atenção básica: saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 1, p. 280, 1 jan. 2018.

FERREIRA, I. R. et al. Práticas alimentares de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN**, v. 8, n. 1, p. 3–9, 30 jul. 2017.

FREITAS, D. A. K. DE et al. Determinants of the interruption of exclusive breastfeeding at the 30th day after birth. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, 10 jun. 2022.

GERALDO, M. L.; CARVALHO, N. B.; ELIAS, L. A. da S.; CAMPOS, J. M.; SOUSA, K. R. de O. V.; DA SILVA, V. M. Avaliação do impacto da nova rotulagem na indústria de alimentos. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 19012–19031, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n6-021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/60406>. Acesso em: 10 out. 2023.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2387–2397, 22 jul. 2019.

HAACK, A.; DE ALVARENGA, A. P. Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura. p. 13, [s.d.].

Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BY- NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

KROL, K. M.; GROSSMANN, T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz**, v. 61, n. 8, p. 977–985, 2018.

LACERDA, E. M. A. et al. Aspectos metodológicos da avaliação do consumo

alimentar no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019): inquérito domiciliar de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 30 ago. 2021.

LAVING, A. R.; HUSSAIN, S. R.; ATIENO, D. O. Overnutrition: Does Complementary Feeding Play a Role? **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 73, p. 15–18, 2018.

LEONEZ, D. G. V. R. et al. Complementary feeding indicators for children aged 6 to 23 months according to breastfeeding status. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 21 out. 2020.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. **Preventive Medicine**, v. 81, p. 9–15, dez. 2015b.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015a.

MACHADO, A. K. F. et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1983–1989, jul. 2014.

MACHADO, D. V.; SINES, G. D.; BIZERRA, A. S. B. V. Consequências Do Desmame E Da Introdução Alimentar Precoce Em Lactentes. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 2006, Ed. 04, Vol. 10, pp. 140-167. Abril de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/nutricao/introducao-alimentar>

MONTEIRO, C. A. et al. Classificação dos alimentos. **Saúde Pública**. v. 7, p. 13, 2016.

MONTEIRO, F. R. et al. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 5, p. 475–481, 1 set. 2017.

MOSCA, F.; GIANNÌ, M. L. Human milk: composition and health benefits. **La Pediatria Medica e Chirurgica**, v. 39, n. 2, 28 jun. 2017.

MURARI, C. P. C. et al. Introdução precoce da alimentação complementar infantil: comparando mães adolescentes e adultas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 15 mar. 2021.

NEVES, P. A. R. et al. Infant Formula Consumption Is Positively Correlated with Wealth, Within and Between Countries: A Multi-Country Study. **The Journal of Nutrition**, v. 150, n. 4, p. 910–917, abr. 2020.

NEVES, P. A. R. et al. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. **International**

Journal for Equity in Health, v. 20, p. 20, 7 jan. 2021a.

NEVES, P. A. R. et al. Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 5, n. 9, p. 619–630, set. 2021b.

NILSON, E. A. F. et al. Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultraprocessed Foods in Brazil. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 64, n. 1, p. 129–136, 1 jan. 2023.

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 20 dez. 2018.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Impact of prelacteal feeds and neonatal introduction of breast milk substitutes on breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v. 18, n. Suppl 3, p. e13368, 30 abr. 2022.

PORTO, J. P. et al. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida: estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 28 abr. 2021.

PORTO, J. P. et al. Introdução de alimentos ultraprocessados e fatores associados em crianças menores de seis meses no sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2087–2098, maio 2022.

RAMOS, M. C. et al. Sustentabilidade na produção de leite: balanço energético em sistema intensivo de produção com visão focada nos processos. **Engenharia Agrícola**, v. 34, n. 3, p. 473–484, jun. 2014.

RIMES, K. A.; OLIVEIRA, M. I. C. DE; BOCCOLINI, C. S. Maternity leave and exclusive breastfeeding. **Revista De Saude Publica**, v. 53, p. 10, 31 jan. 2019.

SALDAN, P. C. **Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos de idade com base nos indicadores da Organização Mundial da Saúde**. text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 7 nov. 2014.

SANDOVAL JURADO, L. et al. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. **Atención Primaria**, v. 48, n. 9, p. 572–578, 1 nov. 2016.

SANGALLI, C. N.; RAUBER, F.; VITTOLO, M. R. Low prevalence of inadequate micronutrient intake in young children in the south of Brazil: a new perspective. **The British Journal of Nutrition**, v. 116, n. 5, p. 890–896, set. 2016.

SATTAMINI, Isabela Fleury. **Instrumentos de avaliação da qualidade de dietas: desenvolvimento, adaptação e validação no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Nutrição

em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.6.2019.tde-13092019-124754. Acesso em: 2023-07-24.

Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SILVA, B. DE C. F. et al. Aleitamento materno: fator primordial para a preservação da saúde ambiental. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e857986554, 1 ago. 2020.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 983–992, dez. 2010.

SILVA, MP; MELLO, APQ. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré- escolares. **Revista Saúde & Ciência online**, v. 9, n. 1, (janeiro a abril de 2021). p. 110-129.

SILVA, R. C. DA et al. Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físico-químicas de sua gordura. **Química Nova**, v. 30, p. 1535–1538, 2007.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. DE; SOUZA, S. B. DE. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 60–69, fev. 2009.

SPANIOL, A. M. et al. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 330, 14 mar. 2020.

SPERANDIO, N. et al. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 499–508, fev. 2017.

STEINFELDT, L.; ANAND, J.; MURAYI, T. Food Reporting Patterns in the USDA Automated Multiple-Pass Method. **Procedia Food Science**, 36th National Nutrient Databank Conference. v. 2, p. 145–156, 1 jan. 2013.

STOPA, S. R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, out. 2020.

TOLONI, M. H. DE A. et al. Consumption of industrialized food by infants attending child day care centers. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 1, p. 37–42, mar. 2014.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Alimentação na Primeira Infância: Conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa**

Família. Brasília, 2021. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia_conhecimentos-atitudes-praticas-de-beneficiarios-do-bolsa-familia.pdf>.

Acesso em: 23 ago. 2022.

United Nations Children’s Fund (UNICEF). Improving Young Children’s Diets During the Complementary Feeding Period. **UNICEF Programming Guidance**. New York: UNICEF, 2020.

United Nations Children’s Fund (UNICEF). Infant Feeding Area Graphs Interpretation Guide for infant and young child feeding at 0–5 months. UNICEF: New York, 2022.

Disponível em: www.who.int. Acesso em: 10/08/2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno:**

Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021a. (108 p.).

Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:

<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 15.08.2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alimentação Infantil I:**

Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021b. (135 p.).

Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

Acesso em: 15.08.2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aspectos Metodológicos:**

Descrição geral do estudo 1: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021c. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:

<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 15.08.2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Características**

sociodemográficas: aspectos demográficos, socioeconômicos e de insegurança alimentar 2: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021d. (104 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em:

<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 15.08.2022

VELASCO, A. C. C. F., OLIVEIRA, M. I. C., BOCCOLINI, C. S. Assédio da indústria de alimentos infantis a profissionais de saúde em eventos científicos. **Rev Saude Publica**. 2022;56:70. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003398>

VENANCIO, S. I.; REA, M. F.; SALDIVA, S. R. D. M. A licença-maternidade e sua influência sobre a amamentação exclusiva. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 287–292, 31 dez. 2010.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1205–1208, dez. 2013.

VENANCIO, S.I. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação.** In: _____. Panorama do aleitamento materno no mundo e no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. p. 55-75.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. p. 24, 2016.

WERE, F. N.; LIFSCHITZ, C. Complementary Feeding: Beyond Nutrition. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 73, p. 20–25, 2018.

WHO & UNICEF. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014.

ZANGÃO, M. O. B. **Aleitamento materno no contexto social.** 1. ed. [s.l.] Atena Editora, 2022.

APÊNDICE 1 – Questionário sobre práticas alimentares utilizado no ENANI-2019

Quadro 1. Perguntas e opções de resposta do questionário estruturado sobre alimentação da criança.

(Continua)

Perguntas sobre alimentação da criança	
1.	“Nome da criança” tomou leite do peito ontem?
2.	“Nome da criança” tomou água ontem?
3.	Se SIM, a água que “Nome da criança” tomou ontem era filtrada ou fervida?
4.	“Nome da criança” tomou água com açúcar ontem?
5.	“Nome da criança” tomou chá ontem?
6.	“Nome da criança” tomou leite de vaca em pó ontem?
7.	“Nome da criança” tomou leite de vaca líquido ontem?
8.	“Nome da criança” tomou leite de soja em pó ontem?
9.	“Nome da criança” tomou leite de soja líquido ontem?
10.	“Nome da criança” tomou fórmula infantil ontem? (Exemplos: Nan®, Nestogeno®, Aptamil®, Enfamil®, Milupa® e Similac®)
11.	“Nome da criança” tomou suco natural de fruta espremido sem açúcar ontem?
12.	“Nome da criança” comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?
13.	Quantas vezes “Nome da criança” comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?
14.	“Nome da criança” comeu manga, mamão ou goiaba ontem?
15.	“Nome da criança” comeu outras frutas que não manga, mamão ou goiaba ontem?
16.	“Nome da criança” comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem?
17.	Quantas vezes “Nome da criança” comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem?
18.	Essa comida foi oferecida de que forma?
19.	“Nome da criança” comeu mingau ou papa com leite ontem?
20.	“Nome da criança” tomou iogurte ontem?
21.	“Nome da criança” comeu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser macarrão instantâneo tipo miojo) ontem?
22.	“Nome da criança” comeu pão ontem?
23.	“Nome da criança” comeu legumes diferentes de batata, inhame, cará, aipim/mandioca/macaxeira ontem?

Quadro 1. Perguntas e opções de resposta do questionário estruturado sobre alimentação da criança.

(Conclusão)

Perguntas sobre alimentação da criança	
24.	“Nome da criança” comeu cenoura, abóbora (jerimum) ou batata doce ontem?
25.	“Nome da criança” comeu couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bortalha ou mostarda ontem?
26.	“Nome da criança” comeu outras verduras, sem ser couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru, beldroega, bortalha ou mostarda ontem?
27.	“Nome da criança” comeu feijão ou outros tipos de grãos, como lentilha, ervilha ou grão de bico ontem?
28.	“Nome da criança” comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro) ontem?
29.	“Nome da criança” comeu fígado ontem?
30.	“Nome da criança” comeu ovo (frito, mexido, omelete, cozido ou gemada) ontem?
31.	Além dos tipos de carne citados anteriormente, “nome da criança” comeu hambúrguer, presunto, mortadela, salame, nugget, linguiça ou salsicha ontem?
32.	“Nome da criança” comeu salgadinhos de pacote, tipo chips como Fofura®, Fandangos®, Cheetos® ou outros parecidos ontem?
33.	“Nome da criança” bebeu suco industrializado, de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, ou suco de fruta com adição de açúcar ontem?
34.	“Nome da criança” bebeu refrigerante ontem?
35.	“Nome da criança” comeu macarrão instantâneo ontem?
36.	“Nome da criança” comeu biscoito/bolacha doce ou salgada ontem?
37.	“Nome da criança” comeu bala, pirulito ou outras guloseimas ontem?
38.	“Nome da criança” comeu algum alimento que levou tempero pronto industrializado (tipo Sazon®, caldo Knorr®) ontem?
39.	“Nome da criança” comeu farinhas instantâneas de arroz, milho, trigo ou aveia (por exemplo: Mucilon®, Farinha láctea®, Neston®, Vitalon, Milnutri®) ontem?
40.	“Nome da criança” recebeu algum alimento por mamadeira ou chuquinha ontem?
41.	“Nome da criança” comeu alimento adoçado com açúcar, mel ou melado ontem?

Nota:

As opções de respostas deste questionário foram: sim; não; e não quis responder, exceto para as perguntas 17, 18 e 22. Na pergunta 17, as opções eram: número de vezes; não sabe. Na pergunta 18, as opções eram: em pedaços; amassada; passada na peneira; liquidificada; só caldo; e não sabe. Na pergunta 22, as opções eram: pão francês; pão feito em casa (caseiro/artesanal); pão industrializado (por exemplo: pão de forma, bisnaguinha, pão de hambúrguer); não comeu; não sabe/não quis responder.

Fonte: Estudo Nacional de alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019).