

Aleitamento materno e estado nutricional de crianças menores de 24 meses atendidas em um ambulatório de saúde da criança de uma universidade do sul de Santa Catarina

Breastfeeding and nutritional state of children under 24 months attended in a child's health ambulatory at a university of south of Santa Catarina

Cibele Peixoto Flesch¹, Maria Eduarda Medeiros¹, Franciele Martins¹, Andriele Aparecida da Silva Vieira², Lalucha Mazzucchetti²

¹Acadêmica do Curso de Nutrição - Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, Santa Catarina, Brasil

²Professora Doutora da Universidade do Sul de Santa Catarina. Departamento de Nutrição. Tubarão, Santa Catarina, Brasil

E-mail: Lalucha Mazzucchetti – lalucha@terra.com.br

Resumo

Objetivo: averiguar a existência de associação entre aleitamento materno (AM) e estado nutricional (EN) em crianças menores de 24 meses atendidas no Ambulatório de Saúde da Criança de uma Universidade do Sul de Santa Catarina, no ano de 2019. **Métodos:** estudo transversal com dados secundários, oriundos dos prontuários individuais. O AM foi avaliado pelas categorias, AM e aleitamento materno exclusivo (AME), definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O EN foi identificado por meio dos índices nutricionais propostos pela OMS. As análises foram realizadas no STATA 16.1. **Resultados:** entre os 191 avaliados, 83,43% receberam AME e 78,01%, AM em algum momento da vida. Apenas 49,74% recebiam leite materno na última consulta disponível no prontuário. Na avaliação do EN destaca-se que, 5,76% das crianças apresentaram algum grau de baixa estatura por idade pelo comprimento-por-idade (C/I); e 2,62% de algum grau de magreza e 24,08% de risco e/ou sobrepeso e obesidade por idade de acordo com o índice de massa corporal/idade. Não houve associação entre os indicadores do EN com o AM. **Conclusão:** não houve associação entre EN e AM, todavia, verificou-se elevada frequência de excesso de peso entre os avaliados. Medidas de promoção da saúde devem ser implementadas prontamente.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Estado Nutricional. Lactente. Obesidade.

Abstract

Objective: to investigate the existence of an association between breastfeeding (BF) and nutritional status (NS) in children under 24 months attended at the Child Health Outpatient Clinic of a University in the South of Santa Catarina, in 2019. **Methods:** cross-sectional study with secondary data from individual medical records. Breastfeeding was assessed by the categories defined by the World Health Organization (WHO). The NS was identified through the nutritional indices

proposed by WHO. The analyzes were performed on STATA 16.1. Results: among the 191 evaluated, 83.43% received exclusive BF and 78.01%, BF at some point in their lives. Only 49.74% received breast milk at the last visit. In the evaluation of the NS, it is highlighted that 5.76% of the children presented some degree of short stature for age by length-for-age (H/A); and 2.62% of some degree of thinness and 24.08% of risk and/or overweight and obesity by age according to the body mass index/age. There was no association between NS indicators and BF. Conclusion: there was no association between EN and BF, however, there was a high frequency of overweight between the childrens. Health promotion measures must be implemented promptly.

Keywords: Breastfeeding. Nutritional Status. Infant. Obesity.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a forma de proteção e alimentação mais econômica do mundo. Sua influência sobre o desenvolvimento infantil, o torna de extrema relevância na alimentação de crianças menores de 24 meses e, desta forma, o fortalecimento desta prática está presente entre os objetivos mundiais do desenvolvimento sustentável¹⁻⁴.

Ainda que a prática do AM seja cultivada mundialmente, sua frequência costuma variar e apresenta maior duração nos países de baixa renda e menor duração nos países desenvolvidos^{4,5,6}. Diversos fatores influenciam negativamente e contribuem para que o predomínio mundial e nacional ainda estejam abaixo do desejado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)^{7,8}. Estratégias para proteção e promoção do AM são necessárias tendo em vista sua forte influência sobre as taxas de morbidade e mortalidade infantil. O incremento desta prática poderia salvar a vida de mais de 820 mil crianças anualmente^{1,4-7, 9,10}.

Natural, completo e rico em nutrientes, o leite materno é considerado um alimento padrão ouro de qualidade^{11,12}. Ele possui a composição perfeita e equilibrada entre os macros e micronutrientes (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais), atua positivamente no crescimento e desenvolvimento saudável da criança e supre toda a necessidade calórica e metabólica dos primeiros meses de vida^{13,14}.

De acordo com a OMS a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser ofertada até os seis meses de vida. Após este período o AM deve ser complementado, com a introdução de novos alimentos até dois anos ou mais. Posteriormente, o desmame ocorre naturalmente^{4,9,11,15,16}.

Os efeitos positivos do AM não são exclusivos à criança. Eles refletem em seus familiares, principalmente na saúde física e emocional da mãe, e na sociedade reduzindo custos com saúde pública. O efeito desta prática sobre as mães também é relevante, pois aquelas que amamentam fortalecem o vínculo afetivo com o bebê e apresentam melhor recuperação pós-parto, assim como menor incidência de doenças respiratórias, cardiocirculatórias, gastrointestinais e riscos de cânceres^{9,13,17}. Para os lactentes, além de enriquecer seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual, lhes garante proteção contra infecções gastrointestinais, respiratórias, alergias e algumas doenças crônicas ao longo da vida adulta, salientando-se em especial a obesidade e o *Diabetes Mellitus*^{1,6,7,14,18}.

A avaliação do estado nutricional (EN) em lactentes é um instrumento fundamental para a análise do padrão de crescimento infantil, uma vez que o AM é um de seus determinantes diretos. Inadequações nesta fase da vida, podem comprometer a saúde atual e futura das crianças seja no que se refere aos aspectos cognitivos, físicos e comportamentais. A identificação precoce destes desvios nutricionais pode auxiliar no direcionamento de ações individuais e coletivas que garantam o adequado progresso do crescimento e desenvolvimento infantil¹⁹⁻²¹.

Em crianças menores de 24 meses, a avaliação do EN é feita por meio de índices antropométricos, como: peso-por-idade (P/I), peso-por-comprimento (P/C), IMC-por-idade (IMC/I) e comprimento-por-idade (C/I). As curvas de crescimento infantil estabelecidas pela OMS indicam como deve ser o desenvolvimento de uma criança saudável^{21,22}. Em 2007, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adotou esta recomendação e passou a incluí-la na Caderneta de Saúde da Criança e no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)^{20,22}.

Inúmeros são os benefícios apontados pela literatura científica sobre a prática de AM de forma exclusiva pelos primeiros seis meses de vida e complementada até os 24 meses. A interrupção precoce ou a não realização desta prática alimentar pode comprometer o EN e, conseqüentemente, ocasionar prejuízos no crescimento e desenvolvimento a curto e longo prazos. Por essa razão, o presente estudo teve como propósito averiguar a existência de associação entre AM e EN em crianças menores de 24 meses, frequentadoras de um Ambulatório de Saúde da Criança de uma Universidade do Sul de Santa Catarina, no ano de 2019.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal e analítico, que utilizou como fonte de informações dados secundários, oriundos dos prontuários individuais das crianças menores de 24 meses atendidas em um Ambulatório de Saúde da Criança de uma Universidade privada do Sul de Santa Catarina, localizada no município de Tubarão. Salienta-se que esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação alimentar e nutricional de menores de 24 meses atendidos em um Ambulatório de Saúde da Criança no ano de 2019”.

O município de Tubarão, que está localizado na região sul de Santa Catarina e a 140 km da capital do estado, Florianópolis, no ano de 2014 apresentou uma população estimada de 105.448 pessoas e o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,796, ou seja, médio²³. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, o município exibiu uma área territorial de 301.755 km², o salário mensal médio dos trabalhadores formais de 2,4 salários-mínimos, 91,3% de esgoto sanitário adequado e mortalidade infantil de 13,16 óbitos por mil nascidos vivos (baixa)²⁴. A atenção básica municipal oferece a comunidade cuidados de saúde via clínico geral e enfermagem. Em casos específicos ou que se julgue necessário os pacientes são encaminhados para especialistas, no entanto, a atenção secundária do município não dispõe de médicos pediatras.

O Ambulatório de Saúde da Criança está estabelecido na clínica integrada da universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e caracteriza-se como um serviço de média complexidade, como a atenção secundária do Sistema único de Saúde (SUS). Nele é possível fazer agendamento para pediatria e ginecologista sem encaminhamento médico da atenção básica, já para as demais especialidades se faz necessário o pedido de outro profissional médico ou de saúde. Uma vez em atendimento na clínica, os profissionais podem solicitar acompanhamento de outros profissionais dentro do mesmo serviço.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Ter realizado a primeira consulta no Ambulatório da Saúde da Criança entre os meses de janeiro e dezembro de 2019; b) Crianças com idade de zero a 24 meses; c) Ambos os sexos; d) Ter prontuário disponível no Ambulatório da Saúde da Criança, com informações de peso e comprimento; e) Entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente preenchido e assinado, caso os pacientes se

encontrassem no ambulatório no momento da coleta de dados. Nos demais casos utilizou-se o termo de dispensa do TCLE.

Os critérios utilizados para exclusão dos participantes na pesquisa foram: a) Apresentar limitações que pudessem gerar a necessidade de cálculo de peso ou comprimento estimados; b) Apresentar doenças (ex: Síndrome de Down, paralisia cerebral, tireoidopatias) que pudessem ter influência direta nas medidas antropométricas de peso ou comprimento estimados; c) Pacientes em uso de medicamentos contínuos que pudessem causar alterações ponderais (ex: corticoides); d) Crianças nascidas prematuras (<37 semanas gestacionais) ou pequenas para idade gestacional (<2,5 Kg); e) Crianças com doenças como, alergia alimentar ou erro inato do metabolismo que pudesse alterar a exposição ao AM; f) Apresentar informações biológicas e antropométricas incompletas e/ou incoerentes no prontuário, que pudessem comprometer a qualidade dos dados da pesquisa.

A coleta dos dados, que ocorreu no mês de agosto de 2020, foi realizada por três acadêmicas do curso de nutrição devidamente treinadas para tal função. Os prontuários foram separados para avaliação pelas funcionárias do ambulatório e, após a análise foram devolvidos para arquivamento. Este procedimento ocorreu dentro do próprio ambulatório e objetivou minimizar os riscos de perdas. Todos os prontuários (físicos) que atenderam aos critérios de inclusão foram inseridos na pesquisa (N= 246). Um total de 55 prontuários foram retirados da análise em decorrência dos critérios de exclusão estabelecidos. O total de prontuários incluídos na pesquisa foi de 191.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário padrão, que incluiu parte das questões desenvolvidas pelos pesquisadores e parte adaptada do instrumento proposto por Oliveira *et al*²⁵. Os desfechos primários avaliados se relacionaram as práticas de AM e EN das crianças avaliadas. Dentro das práticas do AM, foram abordadas duas categorias: AME – como a oferta restrita de leite materno à criança, seja esta de forma direta (no peito da mãe) ou ordenhada (podendo ser de uma doadora); nesta categoria não é permitido outros tipos de líquidos ou sólidos, com exceção para gotas ou xaropes contendo suplementos, vitaminas e minerais ou medicamentos; e Aleitamento Materno (AM) – quando a criança recebe leite materno, independente de consumir ou não outros alimentos^{2,16}. Outras questões avaliadas na pesquisa foram, se a mãe realizou AME; quanto tempo realizou o aleitamento exclusivo; se a criança recebia leite materno (AM) no

momento da última consulta; caso a criança ainda recebesse leite materno, em quais refeições (ao acordar/meio da manhã/almoço/meio da tarde/jantar/antes de dormir). Para determinação EN foram utilizadas medidas antropométricas de peso (kg) e comprimento (cm) coletados do prontuário das crianças da última avaliação disponível, ou seja, daquela com a idade mais próxima dos 24 meses. Seguindo as orientações do MS, as variáveis antropométricas foram avaliadas por meio das curvas¹¹ desenvolvidas pela OMS e disponíveis (em escore Z e percentil) para a faixa etária e sexo da criança, que são: P/I, P/C, IMC/I e C/I. O *software Anthro*[®], disponibilizado gratuitamente na página da OMS, foi utilizado para determinação do diagnóstico nutricional. Os Z escores dos índices nutricionais gerados no programa foram classificados segundo os pontos de corte propostos pelo SISVAN²². As variáveis secundárias se relacionam com dados sociodemográficos e características antropométricas das crianças.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. No caso das variáveis sobre AM, valores por ponto (estimativa pontual referente a população) e intervalos com 95% de confiança foram avaliados. A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado. A existência de associação entre as variáveis quantitativas foi avaliada por meio do teste t de *Student* (ou *Wilcoxon-Mann-Whitney*, no caso de dados não paramétricos). O nível de significância utilizado foi de 5% ($p < 0,05$). A normalidade foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. O banco de dados foi elaborado no *Excel*[®] e as análises foram realizadas por meio do *software Stata*[®] 16.0²⁷.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISUL, sob o parecer nº 4.165.849 de 21 de julho de 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foram avaliados um total de 191 crianças menores de 24 meses. Destas, 98 (51,31%) foram do sexo masculino. A idade mediana na última consulta realizada no ambulatório foi de 236 dias (P25: 145; P75: 356 dias) e variou entre 13 e 680 dias.

No que se refere ao AM, verificou-se que 146 (83,43%; IC95%: 77,07 – 88,61%) crianças receberam AME em algum momento da vida. Dentre os 122 casos que o

tempo de AME estava disponível, verificou-se a mediana de 120 dias (P25: 60 dias; P75: 180 dias), tendo variado entre dois e 270 dias. É importante ressaltar que a OMS e MS, recomendam a prática de AME até os seis meses de vida^{4,9,11,15,16}, considerando sua potente intervenção na diminuição dos casos de morbidade e mortalidade infantil. Os primeiros meses de vida da criança representam o período que ela está mais vulnerável e carece suprir toda a necessidade calórica e metabólica para seu crescimento e desenvolvimento saudável^{3,26, 28}.

De acordo com II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM)²⁹ realizada em 2008, houve um avanço na prevalência de AME, particularmente em menores de quatro meses, que passou de 35,50% para 51,20%. Em 2019, o relatório do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) revelou a prevalência de 45,80% de AME no Brasil em crianças com idade inferior a seis meses, sendo a duração mediana de três meses. Com relação as regiões, a maior prevalência ficou com a região Sul (54,30%) seguida da região Sudeste (49,10%), Centro-Oeste (46,50%), Norte (40,30%) e Nordeste (39,00%)³⁰.

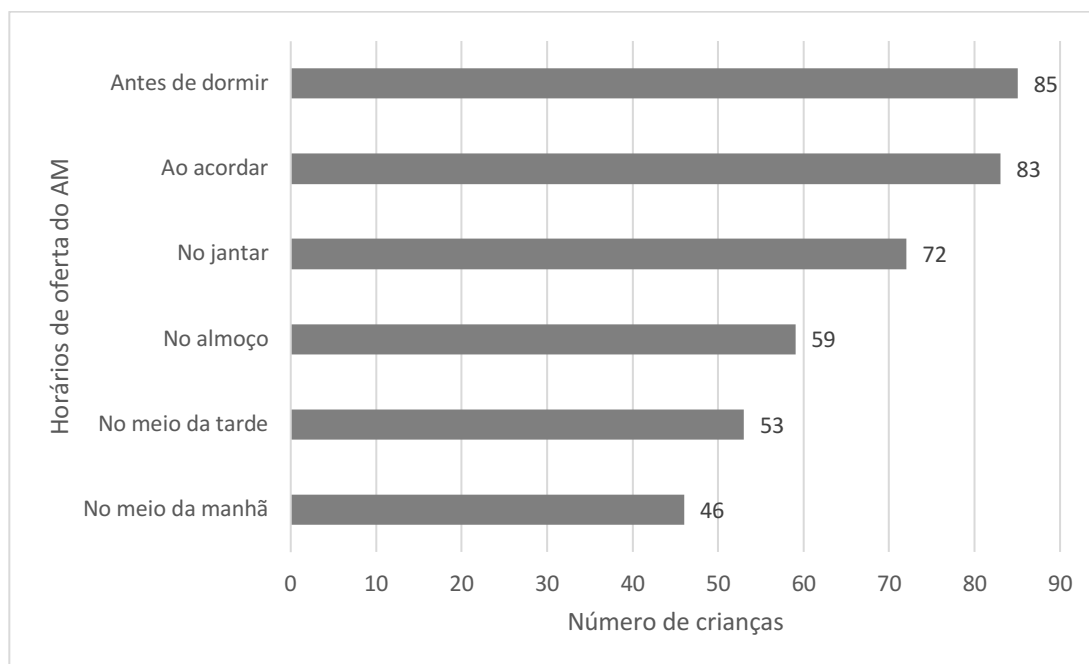
Nos últimos vinte anos, a prevalência de AME em crianças menores de seis meses progrediu em todo o mundo. Em 1993, a prevalência que era de 24,90% subiu para 35,70% em 2013. No Brasil, 41,00% das crianças menores de seis meses estavam em AME em 2008^{9,26,28,31,32}. Pereira *et al*³³ identificaram a prevalência de 56,60% (IC95% 56,20-56,90) de AME no Brasil, o que já está dentro de um bom indicador (50-89%), segundo a classificação proposta pela OMS. No entanto, apesar das inúmeras evidências científicas sobre os benefícios desta prática, o predomínio mundial e nacional ainda se encontra abaixo do ideal (90-100%)^{7,8}.

Observou-se ainda, na presente pesquisa de Tubarão, que 149 (78,01%; IC95%: 71,46 – 83,67%) crianças receberam AM em algum momento da vida. A duração mediana entre estas 149 crianças amamentadas foi de 150 dias (P25:90; P75: 236 dias) e variou entre zero e 635 dias.

Santos *et al*³⁴ em Pernambuco, encontraram a mediana de 182,52 dias para AM dentre as 141 crianças avaliadas. Dados do ENANI³⁰ demonstraram que a prevalência de AM em crianças menores de 24 meses nas regiões brasileiras foi de 60,30% com duração mediana de AM de 16 meses. Dentre as regiões avaliadas, o melhor índice de AM ficou com a região Norte (66,30%), seguida da Nordeste (63,20%) e Centro-Oeste (63,10%), e os menores índices com as regiões Sudeste (57,50%) e Sul (55,00%).

No momento da última consulta realizada no ambulatório, das 191 crianças, 95 (49,74%) ainda estavam recebendo leite materno. Na Figura 1 estão apresentados os horários que o AM era ofertado para os menores de 24 meses (que dispunham desta informação no prontuário). Verifica-se que os horários mais referidos foram, antes de dormir (n=85) e ao acordar (n=83).

Figura 1 – Número de crianças menores de 24 meses atendidas em um Ambulatório de Saúde da Criança, segundo os horários de oferta de aleitamento materno. Tubarão, 2019



Estas maiores frequências de aleitamento pela manhã e noite podem estar relacionadas ao comportamento da criança e ao vínculo afetivo que o AM cria entre mãe e filho. De acordo com o Guia Alimentar para Crianças menores de dois anos³⁵, é importante que o leite materno seja ofertado principalmente nas pequenas refeições, como no meio da manhã ou da tarde, por até 24 meses ou mais.

O leite materno atua positivamente no crescimento e desenvolvimento saudável da criança, suprimindo toda a capacidade calórica e metabólica necessária^{13,14}. Trata-se de um alimento natural, completo em termos nutricionais e de fácil digestibilidade, comparado aos outros tipos de leites². Além disso, contribui como uma espécie de “vacina”, atribuindo proteção imunológica importante nos primeiros meses de vida. Em sua composição, encontra-se fatores circulantes de proteção como a lactoferrina, IgA secretora, anticorpos e outros. Entretanto, não se deve excluir as vacinas preconizadas pela OMS¹⁴.

Está devidamente comprovado que crianças amamentadas apresentam menores riscos às doenças, reduzindo internações hospitalares e o uso de medicamentos^{2,4}. Considerado uma potente intervenção na diminuição de casos de morbidade e mortalidade infantil, o AM atua também na redução de quadros como diarreia, infecções respiratórias, alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade^{1,4,6,7,9,10,18}. O leite humano é reconhecido como padrão ouro de qualidade para alimentação do recém-nascido^{11,12}.

Além dos efeitos benéficos e imediatos que o AM proporciona, influências a longo prazo também foram observadas. Um estudo de coorte realizado em Pelotas (RS)³⁶, com 3,5 mil recém-nascidos acompanhados durante três décadas, comprovou efeitos positivos do AM no desenvolvimento cognitivo das crianças. Verificou-se que as crianças amamentadas apresentaram cerca de quatro pontos a mais no Coeficiente de Inteligência (QI) e R\$349,00 extras na renda mensal, em relação as não amamentadas. Segundo os autores, o tempo de AM foi determinante para a maior inteligência e renda aos 30 anos.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das crianças avaliadas, segundo o recebimento de AM. Verificou-se que os meninos (56,38%) apresentaram frequência de AM estatisticamente maior ($p=0,008$), do que as meninas (43,62%). Este resultado se assemelha com a PNDS²⁶, que mostrou mediana de duração do AM mais alta entre meninos (15,2 meses) nas regiões Norte (15,3 meses) e Nordeste (18,6 meses) do que entre as meninas.

Considerando a faixa etária, verificou-se, como esperado, que as crianças menores de seis meses (41,61%) apresentaram frequência estatisticamente maior de AM ($p=0,003$), do que as com idade entre seis e 12 meses (39,60%) ou maiores de 12 meses (18,79%). A maior parte (86,24%) das crianças avaliadas residiam no município de Tubarão (Tabela 1).

De acordo com Fialho *et al*¹⁴, Caldas *et al*³⁷ e Andrade *et al*³⁸, a redução no tempo do AM pode ser consequência de alguns fatores, como: o nível socioeconômico da mãe; grau de escolaridade; carga de trabalho materno; mães jovens e/ou de primíparas; gravidez indesejada; crenças sobre a eficácia do leite materno; carência de incentivos e a própria intenção da mãe de não amamentar. Martins & Giugliani³⁹ observaram que somente 16,10% das mulheres amamentaram até, no mínimo, 24 meses de idade.

Tabela 1 - Número, porcentagem e significância de crianças menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório de Saúde da Criança, segundo frequência de aleitamento materno e variáveis sociodemográficas. Tubarão, 2019.

| Variáveis | Amamentadas | | Não amamentadas | | Valor de p* | Total | |
|------------------------------------|-------------|-------|-----------------|-------|-------------|-------|-------|
| | N | % | N | % | | N | % |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 65 | 43,62 | 28 | 66,67 | 0,008 | 93 | 48,69 |
| Masculino | 84 | 56,38 | 14 | 33,33 | | 98 | 51,31 |
| Faixa etária (meses) | | | | | | | |
| Menores de seis | 62 | 41,61 | 06 | 14,29 | 0,003 | 68 | 35,60 |
| Entre seis e 12 | 59 | 39,60 | 21 | 50,00 | | 80 | 41,88 |
| Maiores de 12 | 28 | 18,79 | 15 | 35,71 | | 43 | 22,51 |
| Município de origem*(N=189) | | | | | | | |
| Tubarão | 125 | 84,46 | 38 | 92,68 | 0,176 | 163 | 86,24 |
| Outro | 23 | 15,54 | 03 | 7,32 | | 26 | 13,76 |

Legenda: N: Número; *: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson.

No que se refere aos dados antropométricos da última consulta, verificou-se média de 8,24 Kg (DP: 2,30 Kg) de peso, de 39,34 cm (DP: 8,30 cm) de comprimento e de 16,79 Kg/m² (DP: 1,93 Kg/m²) de IMC. Ao avaliar as medidas estratificadas pela variável AM, verificou-se média estatisticamente maior ($p < 0,05$) de peso e de comprimento entre as não amamentadas, quando comparadas as amamentadas (Peso: 9,22Kg vs 7,96 Kg / Comprimento: 72,65 cm vs 68,41cm, respectivamente). Crianças em AM aprendem a desenvolver o autocontrole da ingestão do leite materno e a distinguir a sensação de fome e saciedade desde cedo. Porém, esta capacidade pode não ocorrer de forma eficiente em crianças não amamentadas².

Por meio da Tabela 2 verificou-se o EN das crianças avaliadas no momento da última consulta realizada no ambulatório. Não houve existência de associação entre os indicadores do EN com o AM. Nesse aspecto, cabe destacar que, segundo a literatura consultada, esclarecimentos acerca do efeito protetor do AM sobre o EN de crianças ainda estão sendo discutidos.

Diferente do presente estudo, Schwartz *et al*¹⁰, identificaram uma associação positiva do AME com o perfil nutricional das 106 crianças e adolescentes avaliados em Porto Alegre/RS. Contarato *et al*⁴⁰ em Joinville/SC, encontraram maior risco de excesso de peso em crianças de 13-24 meses não amamentadas exclusivamente, quando comparadas às crianças que receberam AME. De acordo com Macêdo *et al*⁴¹, que identificou a prevalência de peso em pré-escolares de Teresina/PI, crianças que não receberam AM tiveram 2,5 vezes a chance de ter excesso de peso quando comparadas

àquelas que foram amamentadas. Ou seja, o AM apresentou-se como fator de proteção contra o excesso de peso. Portanto, se faz necessário evidenciar ainda mais a prática de AM de forma exclusiva pelos primeiros seis meses de vida e complementado até os 24 meses, bem como medidas de incentivo à promoção do AM e à alimentação saudável das crianças^{4,9,16}.

O EN segundo o indicador comprimento-por-idade (C/I), no momento da última consulta realizada no ambulatório, apresentou oito crianças (4,19%) com baixa estatura para idade e três crianças (1,57%) com muito baixa estatura, ou seja, se verificou 5,76% de algum grau de baixa estatura entre os avaliados (Tabela 2). De acordo com a literatura, este indicador aponta uma qualidade de vida ruim nesse início de vida, geralmente relacionado a fatores extrínsecos como as baixas condições econômicas e ao acesso ao serviço de saúde. Vale ressaltar que após os dois primeiros anos de vida, o déficit de crescimento ocasionado pela desnutrição crônica (baixa estatura para idade) é irreversível¹¹. Pode-se supor que estes valores tenham ocorrido em função de se tratar de um ambulatório médico, que atende pacientes encaminhados de outras unidades de saúde da região e que já podem ter um quadro de saúde mais grave.

Resultados semelhantes foram observados nos estudos de Caldas *et al*³⁷ e Magalhães *et al*⁴², ambos com 4,30% e 4,50% respectivamente, das crianças avaliadas com baixa estatura para idade. De acordo com os dados do ENANI⁴³, houve prevalência de déficit nutricional de 7,00% na relação C/I, em crianças menores de cinco anos. No estudo de Pereira *et al*³³ este indicador mostrou-se aumentado a nível nacional 10,60% (IC95% 10,5-10,8) e a nível estadual 8,70% (Santa Catarina), em comparação à PNDS²⁶. Para que a criança atinja seu potencial de crescimento físico adequado, com ganho de peso ponderal e de estatura, é fundamental que o AME seja ofertado nos primeiros seis meses de vida⁴.

Ao avaliar o IMC/I, cerca de cinco crianças (2,62%) estavam com algum grau de magreza e 45 crianças (24,08%) com risco e/ou sobrepeso e obesidade para idade. Ou seja, das 191 crianças menores de 24 meses avaliadas durante a última consulta, 26,70% apresentaram distúrbios nutricionais em relação ao indicador IMC/I (Tabela 2).

Tabela 2 - Número, porcentagem e significância de crianças menores de 24 meses (N=191) atendidos em um Ambulatório de Saúde da Criança, segundo estado nutricional na última consulta realizada no ambulatório. Tubarão, 2019

| Variáveis | Amamentadas | | Não amamentadas | | Valor de p | Total | |
|------------------------------|-------------|-------|-----------------|-------|------------|-------|-------|
| | N | % | N | % | | N | % |
| Comprimento por Idade | | | | | | | |
| Estatura adequada | 142 | 95,30 | 38 | 90,48 | 0,490 | 180 | 94,24 |
| Muito baixa estatura | 02 | 1,34 | 01 | 2,38 | | 03 | 1,57 |
| Baixa estatura para idade | 05 | 3,36 | 03 | 7,14 | | 08 | 4,19 |
| IMC por Idade | | | | | | | |
| Eutrofia | 111 | 74,50 | 29 | 69,05 | 0,195 | 140 | 73,30 |
| Magreza acentuada | 03 | 2,01 | - | - | | 03 | 1,57 |
| Magreza | 02 | 1,34 | - | - | | 02 | 1,05 |
| Risco de sobrepeso | 23 | 15,44 | 06 | 14,29 | | 29 | 15,18 |
| Sobrepeso | 10 | 6,71 | 06 | 14,29 | | 16 | 8,38 |
| Obesidade | - | - | 01 | 2,38 | | 01 | 0,52 |
| Peso por comprimento | | | | | | | |
| Eutrofia | 107 | 71,81 | 27 | 64,29 | 0,337 | 134 | 70,16 |
| Magreza acentuada | 03 | 2,01 | - | - | | 03 | 1,57 |
| Magreza | 03 | 2,01 | 01 | 2,38 | | 04 | 2,09 |
| Risco de sobrepeso | 28 | 18,79 | 09 | 21,43 | | 37 | 19,37 |
| Sobrepeso | 08 | 5,37 | 04 | 9,52 | | 12 | 6,28 |
| Obesidade | - | - | 01 | 2,38 | | 01 | 0,52 |
| Peso por Idade | | | | | | | |
| Peso adequado | 138 | 92,62 | 36 | 85,71 | 0,406 | 174 | 91,10 |
| Muito baixo peso | 01 | 0,67 | - | - | | 01 | 0,52 |
| Baixo peso para idade | 04 | 2,68 | 03 | 7,14 | | 07 | 3,66 |
| Peso elevado para idade | 06 | 4,03 | 03 | 7,14 | | 09 | 4,71 |

Legenda: N: Número

Valores superiores aos supracitados de sobrepeso e obesidade foram identificados na publicação “Atlas da Obesidade Infantil no Brasil”⁴⁴, que mostrou 18,90% das crianças menores de dois anos com excesso de peso, sendo, 11,00% com obesidade e 7,90% com sobrepeso, pelo indicador IMC/I. Ainda segundo a referida publicação, considerando o consumo alimentar das crianças avaliadas, foi observado alto consumo de ultraprocessados (48%), com destaque para bebidas adoçadas, biscoitos recheados, doces ou guloseimas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoitos salgados. Visto que o consumo de ultraprocessados tem impacto negativo sobre a saúde, a oferta já nos primeiros anos de vida pode ser um dos fatores determinantes para o aumento de casos de obesidade infantil e de doenças crônicas na fase adulta⁴⁵.

Em relação ao indicador P/C, verificou-se sete crianças (3,66%) com algum grau de magreza e 50 crianças (26,17%) com risco de sobrepeso e/ou sobrepeso e obesidade. Este indicador, que é similar ao IMC, avalia a relação de peso para o comprimento, dispensando a informação da idade (Tabela 2). O que influencia no caso de crianças com baixa estatura, que podem ser consideradas mais pesadas por carência de medidas complementares para o diagnóstico preciso de excesso de peso. Portanto, este indicador não deve ser utilizado sozinho²².

Já no indicador P/I foi observado oito crianças (4,18%) com certo grau de baixo peso e nove crianças (4,71%) com peso elevado para idade (Tabela 2). Contemplado no Cartão da Criança, este indicador avalia o EN de acordo com o peso para a idade²². No presente estudo, foram observados resultados muito próximos de baixo peso (4,18%) e peso elevado (4,71%) nas crianças menores de 24 meses avaliadas. Demonstrando a necessidade de um acompanhamento nutricional, visando melhorar o perfil alimentar e de saúde das mesmas.

Diante disso, é notório a importância de uma boa relação entre crianças, profissionais e família para garantir um adequado quadro de saúde às crianças e minimizar o surgimento ou agravamento de doenças²⁸.

Como limitações da presente pesquisa, menciona-se o fato da ausência de preenchimento nos formulários no que se refere as informações sociodemográficas dos responsáveis pelas crianças, fato este que inviabilizou esta avaliação. Outra questão relevante no uso dos dados secundários se refere as informações de AM. Os dados avaliados não são preenchidos de forma padronizada, por meio das categorias da OMS e, possivelmente, são subnotificados, inviabilizando uma análise mais profunda da questão. Esse pode ter sido um dos fatores pelos quais não se verificou associação entre AM e EN na presente pesquisa, como referido na literatura científica nacional e internacional. Todavia, o fato da pesquisa utilizar os dados de todos os prontuários disponíveis e elegíveis do ano de 2019, auxiliam na estimativa de números próximos ao real para a população deste ambulatório.

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa não se verificou relação estatisticamente significativa entre o AM e o EN dos avaliados. As crianças estão recebendo AM, porém não da forma preconizada pelas organizações que pautam as normas vigentes da área da saúde

como OMS ou MS. No que se refere ao EN, verificou-se uma frequência elevada de sobrepeso e obesidade nas crianças menores de 24 meses avaliadas.

O sobrepeso e a obesidade podem causar sérios danos na infância além de complicações na fase adulta. Portanto, destaca-se a importância da prática de bons hábitos alimentares desde os primeiros anos de vida a fim de reduzir os riscos de doenças crônicas. E sugere-se novas pesquisas em relação ao AM e ações para sua promoção, proteção e apoio, bem como de acompanhamento nutricional infantil.

Agradecimento

Agradecemos aos funcionários do Ambulatório de Saúde da Criança da Universidade do Sul de Santa Catarina, *Campus Tubarão*.

REFERÊNCIAS

1. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. *Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, 108, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000029>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n. 23, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Brecailo MK, Corso ACT, Almeida CCB, Schmitz BAS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n. 4, p. 553-563, ago. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000400006>
4. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, Spaniol AM, Nilson EAF, Moura IF. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 28, n. 2, e2018358, 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200012>
5. Unicef. *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child*. May, 2018. UNICEF, 16p.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al; Lancet Breastfeeding Series Group. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. Lancet. 2016;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. Silva OLO, Rea MF, Venâncio SI, Buccini GS. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 18, n. 3,

p. 481-489, setembro. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>

9. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSR, Cruz GKP, Azevedo IC, Júnior MAF. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 127-134, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>
10. Schwartz R, Carraro JL, Riboldi BP, Behling EB. Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. *Revista HCPA*, v. 32, n. 2, p.147-153, 2012.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n.33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Santiago LTC, Júnior JDM, Freitas NA, Kurokawa CS, Rugolo LMSS. Conteúdo de gordura e energia no colostro: efeito da idade gestacional e do crescimento fetal. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 286-291, setembro. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00006>
13. Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R. and Martines, J. (2015), *Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *Acta Paediatr*, 104: 96-113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
14. Fialho FA, Lopes AM, Dias IMAV, Salvador M. Fatores associados ao desmame precoce no aleitamento materno. *Rev. Cuidarte*, Bucaramanga, v. 5, n. 1, p. 670-678, junho 2014.
15. Carreiro JA, Francisco AA, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 430-438, jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800060>
16. World Health Organization. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*. [Internet]. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
17. Ciampo LAD, Ciampo IRLD. *Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 354-359, June 2018. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
18. Destefani, Vinícius Côgo; Sousa, Natália da Costa. *Extensivo Pediatria*. Salvador: Sanar, [2018?].
19. Lourenço AEP, Vieira JL, Rocha CMM, Lima FF. Influência da ambiência escolar no estado nutricional de pré-escolares de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2399-2410, jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.19392017>
20. Oliveira GJ, Barbiero SM, Cesa CC, Pellanda LC. Comparação das curvas NCHS, CDC e OMS em crianças com risco cardiovasculares. *Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 375-380, agosto 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.001>

21. Ortelan N, Augusto RA, Souza JMP. Fatores associados à evolução do peso de crianças em programa de suplementação alimentar. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 22, e190002, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190002>
22. Ministério da Saúde (Brasil). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. PREFEITURA MUNICIPAL DE TUBARÃO. Município de Tubarão. A cidade. 2019. Disponível em: <<https://www.tubarao.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/22498>>. Acesso em: 16/03/2022.
24. [IBGE] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil. Santa Catarina. Tubarão. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/tubarao/panorama>>. Acesso em 22/03/2022.
25. Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(2): 377-94. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209513>
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
27. StataCorp. *Stata statistical software: release 16*. College Station: Stata Corporation; 2019.
28. Breigeiron MK, Miranda MN, Souza APW, Gerhardt LM, Valente MT, Witkowski MC. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 47-54, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57459>
29. Ministério da Saúde (Brasil). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
30. 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, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
31. Monteiro FR, Buccini GS, Venâncio SI, Costa THM. *Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding*. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre. 93, n. 5, p. 475-481, Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016>
32. Rocha, Andréa Lyra Arnozo da et al. O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno. *Rev Cuid, Bucaramanga*, v. 9, n. 2, p. 2165-2176, agosto. 2018. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.510>
33. Pereira TAM, Freire AKG, Gonçalves VSS. Aleitamento materno exclusivo e baixo peso em crianças de zero a seis meses acompanhadas na atenção básica no

brasil, 2017. Rev. paul. pediatri., São Paulo, v. 39, e2019293, 2020.
<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019293>

34. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, Tavares FCLP. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1211-1222, Mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.126120171>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.
36. VICTORA CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e199–205. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X15700021>>. Acesso em 30 ago. 2019.
37. Caldas DRC, Oliveira ASSS, Cunha EA, Oliveira, MR, Landim LASR, Aleitamento Materno e Estado Nutricional de Crianças Menores de um Ano de um Município do Nordeste do Brasil. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [Internet]*. 2016;20(1):3–10.
38. Andrade HS, Pessoa RA, Donizete LCV. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1–11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1698](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1698)
39. Martins EJ, Giugliani ER. *Which women breastfeed for 2 years or more?* *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(1):67–73. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2154>
40. Contarato AAPF, Rocha EDM, Czarnobay SA, Mastroeni SSBS, Veugelers PJ, Mastroeni MF. Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12–24 meses de idade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e 00119015, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119015>
41. Macêdo RC, Ramos CV, Paiva AA, Martins MCC, Almeida CAPL, Paz SMRS. Associação entre aleitamento materno e excesso de peso em pré-escolares. *Acta Paul Enferm* 2020;33:eAPE20190025. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0025>
42. Magalhães EIS, Maia DS, Bonfim CFA, Netto MP, Lamounier JA, Rocha DS. Déficit estatural e fatores associados em crianças de 6 a 24 meses atendidas em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Nov 12]; 24(1): 84–91. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010037>
43. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. – Documento eletrônico. – Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios>

44. Ministério da Saúde (Brasil). Atlas da Obesidade Infantil no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019
45. Giesta JM, Zoche E, Corrêa RS, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.24162017>.

Submissão: 09/06/2021
Aprovação: 20/04/2022