

ANÁLISE DOS HÁBITOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE UM MUNICÍPIO DO CEARÁ

ANALYSIS OF EATING HABITS IN CHILDREN IN A MUNICIPALITY OF CEARÁ

ANÁLISIS DE HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE UN MUNICIPIO DE CEARÁ

✉ Aridenis dos Santos Lopes¹ e ✉ Gerusa Matias dos Santos²

RESUMO

Analisar os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos de um município do Ceará. Estudo transversal a partir de dados secundários obtidos no SISVAN, através das respostas do Formulário Marcador de Consumo Alimentar com 1197 crianças atendidas no ano de 2021. Foi constatado que 22,22% das crianças eram menores de seis meses, e destas, 48,87% estavam em aleitamento materno exclusivo e 51,53% já consumiam outros alimentos. Já quanto às crianças entre seis a 23 meses e 29 dias, 77,78% do total, 37,93% continuavam em aleitamento materno, 34,48% consumiam algum tipo de alimento ultraprocessado, enquanto 77,66% tinham uma diversidade alimentar mínima; e 51,13% possuíam frequência e consistência alimentar adequada. A identificação do consumo alimentar inadequado em uma parcela das crianças pode comprometer a saúde e o desenvolvimento infantil em curto e/ou longo espaço de tempo. Faz-se necessário priorizar ações de promoção e apoio a uma alimentação adequada.

Descritores: *Hábitos Alimentares; Consumo Alimentar; Aleitamento Materno; Alimentação Complementar.*

ABSTRACT

To analyse the eating habits of children under two in a municipality of Ceará. Cross-sectional study based on secondary data obtained in SISVAN through the answers to the Food Consumption Marker Form with 1197 children attended in the year 2021. It was found that 22.22% of children were younger than six months, and of these, 48.87% were in exclusive breastfeeding and 51.53% already consumed other foods. As for the children between six and 23 months and 29 days, 77.78% of the total, 37.93% continued with breastfeeding, 34.48% consumed some type of ultra-processed food, while 77.66% had a minimum dietary diversity and 51.13% had appropriate frequency and consistency of food. The identification of inadequate food consumption in a portion of children may compromise the health and development of children in short and/or long term. It is necessary to prioritize actions to promote and support adequate nutrition.

Descriptors: *Food Habit; Food Consumption; Breast Feeding; Complementary Feeding.*

RESUMEN

Analizar los hábitos alimentarios de niños menores de dos años en un municipio de Ceará. Estudio transversal basado en datos secundarios obtenidos en SISVAN a través de las respuestas al Formulario de Marcador de Consumo Alimentario con 1197 niños atendidos en el año 2021. Se observó que el 22,22% de los niños tenían menos de seis meses y, de ellos, el 48,87% seguía con lactancia materna exclusiva y el 51,53% ya consumía otros alimentos. En cuanto a los niños de entre seis y 23 meses y 29 días, el 77,78% del total, el 37,93% continuaba con la lactancia materna, el 34,48% consumía algún tipo de alimento ultraprocessado, mientras que el 77,66% presentaba una diversidad dietética mínima y el 51,13% una frecuencia y consistencia alimentarias adecuadas. La identificación de un consumo alimentario inadecuado en una parte de la población infantil puede comprometer la salud y el desarrollo de los niños a corto y/o largo plazo. Es necesario priorizar las acciones para promover y apoyar una nutrición adecuada.

Descriptores: *Hábitos alimentarios; Consumo de Alimentos; Lactancia Materna; Alimentación Complementaria.*

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE - Brasil. 

² Centro Universitário Ateneu. Fortaleza, CE - Brasil. 

INTRODUÇÃO

A alimentação exerce um papel primordial no desenvolvimento infantil. Ofertar alimentos que correspondam tanto em qualidade quanto em quantidade suficiente contribui para o crescimento satisfatório das crianças e reduzem carências nutricionais que são significativas na primeira infância¹. Deste modo, os hábitos alimentares adquiridos nos primeiros anos de vida repercutem nas práticas alimentares, além de influenciarem no estado de saúde e nutrição ao longo da vida².

Os primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por uma alta velocidade de crescimento³, quando a alimentação desempenha um papel importante para garantir que esse evento ocorra corretamente, já que a infância é um dos períodos da vida biologicamente suscetível a distúrbios nutricionais¹, como a deficiência na absorção de ferro e vitamina A⁴, os quais podem levar a consequências a curto e longo prazo na saúde do indivíduo⁵.

Uma alimentação infantil saudável deve ser iniciada desde a primeira hora de vida do bebê com o Aleitamento Materno (AM), o qual deve ser mantido até os dois anos de idade ou mais, sendo exclusivo (sem a oferta de qualquer outro líquido ou alimento) até os seis meses de vida e, a partir de então, ser complementado com a introdução de alimentos apropriados e saudáveis⁶. A introdução precoce, tardia ou de maneira incorreta desta alimentação pode causar malefícios. Nestes casos, pode acontecer prejuízo no crescimento e no desenvolvimento da criança⁴.

Dados internacionais apresentaram que, em 2017, apenas 40% das crianças menores de seis meses de idade receberam Aleitamento Materno Exclusivo (AME)⁷. No Brasil, em 2019, o AME entre crianças menores de quatro meses teve a prevalência de 59,70%, enquanto em menores de seis meses foi de 45,8%. Já na faixa etária entre quatro e cinco meses, 23,30% das crianças estavam em AME⁸. Logo no primeiro mês de vida do bebê, é comum a introdução precoce de água, chás e outros leites, e crianças entre três e seis meses já consomem comida salgada e frutas⁹.

É importante destacar que a introdução antecipada de alimentos inadequados, como, por exemplo, leite de origem animal, as refeições baixas em volume e biodisponibilidade de nutrientes, como sopas diluídas, a insuficiência na oferta de frutas, verduras e legumes, a adição de mono e dissacarídeos (carboidratos simples ou açúcares) às mamadeiras e a oferta de alimentos industrializados, frequentemente consumidos pela família, são os grandes fatores prejudiciais e os principais responsáveis pelo desenvolvimento de complicações iminentes, dentre elas a obesidade infantil e a deficiência nutricional¹⁰.

Portanto, com a finalidade de identificar o padrão alimentar e possibilitar a execução da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na rotina da atenção básica, o Ministério da Saúde (MS) indica a aplicação do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar. Essa aplicação, com a obtenção de indicadores de forma regular, estabelece uma ferramenta de cuidado e gestão das ações de alimentação e nutrição¹¹. Tais dados são agrupados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), possibilitando uma avaliação nutricional de uma população, com um diagnóstico atualizado da situação alimentar e nutricional dos indivíduos, permitindo a realização de ações de contenção de agravos identificados e, por consequência, a melhoria da saúde¹².

Os dois primeiros anos de vida são relevantes para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e para sua saúde, atual e futura⁶. Nesta perspectiva, ressalta-se a importância do monitoramento do consumo alimentar para a garantia da saúde da criança que têm na alimentação um dos principais determinantes do crescimento e desenvolvimento, contribuindo na qualidade de vida na primeira infância e na vida adulta. Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos de um município do Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo transversal, retrospectiva e descritiva para avaliação do consumo alimentar a partir de informações secundárias provenientes do SISVAN sobre o

consumo alimentar de crianças cadastradas na base de dados do sistema e acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹¹.

O estudo contou com uma população composta por 1197 crianças, na faixa etária entre zero e 23 meses e 29 dias, no período de janeiro a dezembro do ano de 2021, de ambos os sexos, residentes no município de Acaraú, situado na zona litorânea da Região Extremo Oeste do Estado do Ceará, com extensão territorial de 842,471 km² e uma população de 64.806 habitantes¹³.

Através do SISVAN foi analisado o consumo alimentar, coletado por meio do formulário “Marcador de Consumo Alimentar” realizados na atenção básica. Tal documento é constituído de questões referentes ao dia anterior ao inquérito, como consumo de leite materno, leite de vaca, chá, frutas, comida de sal (de panela, papa ou sopa), etc. Assim como comportamentos alimentares de riscos para o desenvolvimento de obesidade infantil, tais como embutidos, bebidas açucaradas, biscoito recheado, macarrão instantâneo, dentre outros¹¹.

As questões do formulário são voltadas para as crianças e adultos de acordo com a faixa etária: menores de seis meses, de seis a 23 meses e 29 dias, de dois ou mais anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos¹¹. Para tanto, foram consideradas os inquéritos realizados em crianças menores de dois anos.

Os marcadores para crianças menores de dois anos são: AME em menores de seis meses; Aleitamento Materno Continuado (AMC) em crianças de 6-23 meses e 29 dias; introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro (carnes de boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras ou ovo; fígado; e feijão); consumo de alimentos ricos em vitamina A (hortaliça ou fruta de cor alaranjada ou folhas verde-escuras); consumo de alimentos ultraprocessados¹¹.

De acordo com as respostas, foi possível fazer a análise da diversidade alimentar mínima, que é o consumo mínimo diário de seis grupos de alimentos relacionados, a saber: (a) leite materno ou outro leite que não o do peito, mingau com leite ou iogurte; (b) frutas, legumes e verduras; (c) vegetais ou frutas de cor alaranjadas e folhas verde-escuras; (d) carnes, ovos e feijão e (f) cereais e tubérculos (arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão – não instantâneo¹¹.

Também foi analisada a frequência mínima e a consistência adequada dos alimentos. O indicador frequência mínima e consistência adequada é utilizado para avaliar a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que recebeu comida de sal com frequência e consistência adequada para a idade no dia anterior à avaliação. Para tanto, é considerado o consumo de pelo menos uma vez ao dia de comida de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada. Já para crianças de sete a 23 meses e 29 dias, é considerado o consumo de pelo menos duas vezes ao dia de comida de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada¹¹.

Devido às características do estudo, que analisa dados de acesso público, referentes a sistemas oficiais de informação do MS, sem identificação dos sujeitos participantes, considerou-se que o mesmo não necessita de aprovação em comitês reconhecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme prevê os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 para realização de pesquisas que envolvem seres humanos¹⁴. As variáveis utilizadas são apresentadas em números absolutos e o percentual em tabela e gráfico a partir do Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de consumo alimentar de 1197 crianças acompanhadas pela ESF, sendo 266 (22,22%) crianças menores de seis meses, com 134 (50,38%) do sexo masculino e 132 (49,62%) do sexo feminino. Já as crianças entre seis a 23 meses e 29 dias, foram 931 (77,78%). Destas, 526 (56,50%) eram do sexo masculino e 405 (43,50%) do sexo feminino.

Em relação ao AM, foi verificado que, das crianças menores de seis meses, 130 (48,87%) estavam em AME, enquanto 136 (51,13%) crianças utilizavam outros alimentos juntamente com o leite materno ou não utilizavam o aleitamento materno, usando fórmulas infantis para lactentes ou leite de vaca. Em crianças maiores de seis meses, foi verificado que 353 (37,93%) estavam em AMC.

Na Tabela 1 são apresentados os tipos de alimentos consumidos pelas crianças maiores de seis meses, onde é observado que a maioria, 723 (77,66%), consumia pelo menos seis grupos alimentares preconizados pela idade, apresentando uma diversidade alimentar mínima, exigida pelas recomendações do MS. Foi verificado que 476 (51,13%) consumiam alimentos com uma frequência mínima e consistência adequada.

Quanto ao consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A, também apresentados na Tabela 1, verificou-se que somente 59 (6,34%) crianças consumiam alimentos ricos em ferro e apenas 321 (34,48%) consumiam alimentos ricos em vitamina A.

Tabela 1 – Tipos de Alimentos consumidos por crianças na faixa etária de seis meses a 23 meses e 29 dias, Acaraú-CE, 2021.

Tipos de alimentos	Sim	%	Não	%
Diversidade Alimentar Mínima	723	77,66	208	22,34
Frequência Mínima e Consistência Adequada	476	51,13	455	48,87
Consumo de Alimentos ricos em Ferro	59	6,34	872	93,66
Consumo de Alimentos ricos em Vitamina A	321	34,48	610	65,52

Fonte: SISVAN, 2021

Na Tabela 2 são apresentados os parâmetros de consumo de alimentos ultraprocessados, onde é possível observar que a maioria, 587 (65,52%) das crianças entre seis a 23 meses, não consome tais alimentos. Entretanto, uma grande quantidade de crianças, 344 (34,48%), consome ultraprocessados na alimentação complementar, com destaque para bebidas adoçadas 260 (27,93%), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, com 231 (24,81%) e biscoito recheado, doces ou guloseimas, com 243 (26,10%).

Tabela 2 – Consumo de alimentos ultraprocessados de crianças na faixa etária de seis meses a 23 meses e 29 dias, Acaraú-CE, 2021.

Tipos de alimentos	Sim	%	Não	%
Alimentos Ultraprocessados	344	34,48	587	65,52
Hambúrguer e/ou Embutidos	64	6,87	867	93,13
Bebidas Adoçadas	260	27,93	671	72,07
Macarrão instantâneo, Salgadinhos de Pacote ou Biscoitos Salgados	231	24,81	700	75,19
Biscoito Recheado, Doces ou Guloseimas	243	26,10	688	73,90

Fonte: SISVAN, 2021.

DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados foi possível observar o hábito alimentar de crianças, sendo a maioria (55,14%) do sexo masculino. Assim, ao realizar o comparativo com o último censo realizado no ano de 2010 e a divisão por sexo e idade das crianças atendidas pelos serviços de saúde em Acaraú, constatou-se uma diferença entre os percentuais na cidade cearense, já que, segundo o censo, das crianças de zero a quatro anos, 2.422 (50,36%) eram do sexo feminino e 2.387 (49,64%) do sexo masculino. Entretanto, em relação à população geral, 29.102 (50,57%) eram do sexo masculino e 28.449 (49,43%) do sexo feminino¹³.

A prevalência de AME encontrada neste estudo, 48,87%, foi superior à encontrada no Brasil, com 45,8%, e na Região Nordeste, 39%⁹. Observou-se que em ambos os estudos a maioria das crianças não seguem a recomendação do MS e abandonam o peito materno antes dos seis meses de idade com a utilização de fórmulas infantis, leite de vaca ou outro tipo de alimento, sendo um motivo de preocupação para o desenvolvimento infantil⁶.

Em crianças maiores de seis meses, foi verificado um percentual de AMC ainda menor, com 37,93% das crianças com esse tipo de amamentação. Em um estudo sobre a caracterização da alimentação de crianças,

também menores de 24 meses, constatou-se uma diminuição dos percentuais de amamentação conforme o aumento da idade¹⁵.

Mesmo com todos os benefícios do aleitamento materno exclusivo, muitas mães ainda optam pela introdução de alimentos antes dos seis meses, trazendo complicações para a vida do bebê, já que o mesmo apresenta um trato gastrointestinal fisiologicamente imaturo, não estando preparado para receber outros tipos de alimentos⁶. Do ponto de vista nutricional, isso é desfavorável, pois aumenta o risco de contaminação e reações alérgicas, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno e tende a provocar o desmame precoce¹. Ademais, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo¹¹.

A partir dos seis meses de idade, a alimentação complementar deve ser iniciada, pois a quantidade e a composição do leite materno já não são mais suficientes para suprir as necessidades nutricionais do lactente⁵. Essa introdução alimentar complementar deve ser feita de forma gradual e diária, baseada em alimentos *in natura*, obtidos diretamente de plantas e animais, tais como as frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, tubérculos, grãos e cereais⁶.

Neste contexto, foi possível verificar que a maioria das crianças de seis a 23 meses e 29 dias, 77,66%, consumiram, pelo menos, seis grupos alimentares, garantindo uma diversidade alimentar mínima. Diferentemente do estudo realizado por Pedraza e Santos, no qual somente 18,2% das crianças consumiram seis grupos de alimentos no dia anterior à entrevista, podendo, neste caso, contribuir para o agravamento de deficiências nutricionais².

A qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos na infância é de suma importância, pois é a grande fase de desenvolvimento das potencialidades humanas, caracterizado por uma alta velocidade de crescimento, quando se deve evitar que incidam distúrbios e agravos à saúde, com consequências para os indivíduos e comunidades. Tais alimentos acarretam repercussões nas práticas alimentares ao longo da vida³, proporcionando uma vida saudável desta população até a vida adulta, contribuindo para o meio em que vive.

Destaca-se ainda, o incremento dessa diversidade alimentar com a oferta de refeição de sal para a criança no primeiro ano de vida, contribuindo para o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes, além das frutas, que são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibras. Tais alimentos atuam na formação dos hábitos alimentares futuros e na obtenção de uma dieta adequada, mantendo o crescimento e a saúde, uma vez que serve como proteção para doenças futuras¹⁶.

Além da diversidade alimentar, é importante uma frequência mínima e uma consistência adequada de acordo com a idade e seu desenvolvimento fisiológico. Sabe-se que a consistência inadequada dos alimentos implica no comprometimento da sua ingestão. Crianças que não recebem alimentos semissólidos por volta de dez meses podem apresentar maior dificuldade de aceitação alimentar posteriormente¹⁷. No caso do presente estudo, mais da metade das crianças (51,13%) tinham alimentos com a consistência adequada e a frequência de consumo mínima.

Outra preocupação é o consumo de alimentos ultraprocessados. Nas últimas décadas, observa-se cada vez mais a introdução precoce de alimentos processados e ultraprocessados na alimentação infantil dos brasileiros, com mudanças nos hábitos alimentares, caracterizada principalmente pela substituição das comidas caseiras e *in natura*. Esses alimentos são nutricionalmente desequilibrados, pois possuem alta densidade calórica, ricos em gordura, açúcar e/ou sódio, pobres em fibras, além de passarem por várias etapas de processamento e adição de muitos ingredientes, com o objetivo de aumentar a durabilidade e palatabilidade⁵.

Foi observado no atual estudo que, apesar da maioria, 65,52%, não consumiam alimentos ultraprocessados. Um grande percentual, 34,48%, o fazia, principalmente no consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoitos recheados, doces ou guloseimas, se tornando um fato preocupante.

Ferreira, em um estudo realizado em 2017, na cidade de Teresina-PI, com uma amostra de 927 registros de fichas de marcadores alimentares de crianças nesta mesma faixa etária, apontou que o maior consumo de alimentos ultraprocessados também foi com esses produtos e, assim como no nosso estudo, as bebidas açucaradas obtiveram o maior percentual de consumo, com 25,46%¹⁶.

A introdução precoce de alimentos ricos em açúcares e/ou lipídios ou de elementos indesejáveis, como corantes e conservantes químicos comumente encontrados em alimentos industrializados, se tornou prejudicial à saúde, sendo, potencialmente, desenvolvedores de distúrbios nutricionais. Além disso, o ganho de peso excessivo com a ingestão desses alimentos contendo esses ingredientes pode afetar a mucosa gástrica, causando irritações e alergias¹⁸.

O rápido aumento do consumo de alimentos ultraprocessados é uma das principais causas da atual epidemia de obesidade e doenças não transmissíveis, pois esses produtos são mais calóricos¹⁹. Já que apresentam 2,5 vezes mais energia, duas vezes mais açúcares livres, 1,5 vezes mais gorduras em geral e tem oito vezes mais gorduras trans, além de possuírem três vezes menos fibras, duas vezes menos proteínas e 2,5 vezes menos potássio²⁰.

Outro fato importante foi a análise do consumo de alimentos ricos nos micronutrientes Ferro e vitamina A. Foi observado um baixo percentual no consumo de alimentos ricos em Ferro (6,34%), podendo levar à anemia ferropriva. No caso da vitamina A, apenas 34,48% das crianças consumiam alimentos ricos neste micronutriente. Um estudo realizado com crianças atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio de Janeiro, apontou que 12,1% das crianças menores de 24 meses apresentavam anemia ferropriva, sendo a prevalência mais elevada quando comparadas às de maiores ou iguais a 24 meses. E apenas 58,8% das crianças menores de 24 meses haviam consumido alimentos ricos em vitamina A²¹.

A anemia ferropriva é uma doença nutricional que implica no sistema imunológico, podendo prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil²², além de causar sintomas como: dificuldade de aprendizagem, fadiga generalizada, anorexia, palidez de pele e mucosas, menor disposição, apatia²³, com grande risco de se desenvolver entre seis e 24 meses²⁴. Portanto, constitui um grupo vulnerável à deficiência de ferro, pois necessitam de uma quantidade maior desse mineral em função da velocidade de crescimento²².

Segundo as Diretrizes Brasileiras sobre anemia ferropriva, o estímulo à alimentação adequada²⁵, proveniente de alimentos como: feijão, beterraba, carnes vermelhas, vísceras, entre outros²⁶, ao AME até os seis meses e complementada até dois anos ou mais, bem como a restrição de uso de leite de vaca antes dos 12 meses de idade são condições que protegem da anemia²⁵. Além das recomendações de uma alimentação complementar adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro, destaca-se o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que desde 2005 preconiza a suplementação de ferro em doses profiláticas até os 24 meses, devido à necessidade aumentada desse micronutriente nessa fase, o qual é disponibilizado gratuitamente para usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde²⁶.

Em relação à ingestão inadequada de alimentos fontes de vitamina A, poderá ocorrer a hipovitaminose A nas crianças, consequência da deficiência desse nutriente²⁷. A deficiência de vitamina A na população infantil constitui um fator de risco para ocorrência de xerofalmia, ceratomalácia, cicatrizes da córnea e cegueira permanente, sendo a causa mais comum de cegueira evitável. Além dessas complicações, essa carência nutricional se associa a prejuízos na síntese proteica, no crescimento e desenvolvimento infantil, além de reduzir a resistência imunológica a infecções, comprometer a integridade epitelial dos tratos gastrointestinal e respiratório. Consequentemente, tem-se um acréscimo do risco de morbimortalidade por doenças comuns na infância, como diarreia e a pneumonia²⁸.

Assim como o PNSF, o MS também possui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), que realiza a suplementação profilática. Em seu manual de condutas gerais, destaca que o leite materno já fornece a quantidade de vitamina A suficiente que as crianças precisam nos seis primeiros meses de vida quando é oferecido de forma exclusiva, sem nenhum outro alimento, como chá ou água. As

quantidades são suficientes para garantir a saúde, permitir o crescimento normal e saudável e para a manutenção de estoques da vitamina no fígado²⁹.

Sendo assim, orienta-se as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, que preconiza o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, por proporcionarem saúde e possuírem maior riqueza de nutrientes, tendo na dieta grãos, cereais, raízes e tubérculos, legumes e verduras, frutas, carnes e ovos, fontes de ferro e vitamina A, leites e derivados e, finalmente, água. Sempre atentando para a consistência, horários e quantidades das preparações, assim como a idade das crianças⁶.

Reforça-se ainda que, a formação de hábitos alimentares saudáveis deve ser iniciada logo no primeiro ano de vida. Para isso, a Educação Nutricional e a promoção da alimentação saudável devem ser estimuladas pelos profissionais de saúde em seus atendimentos e acompanhamentos, evitando deficiências nutricionais, assim como condições crônicas de saúde (obesidade, hipertensão, diabetes) com o aumento da idade³⁰, comuns na população adulta.

CONCLUSÃO

De acordo com o estudo, verificou-se que mais da metade das crianças menores de seis meses não estavam em AME. Entre as crianças maiores de seis meses, a maioria fazia consumo de pelo menos seis grupos alimentares, possuindo uma diversidade alimentar mínima com consistência e frequência aceitável. Porém, o consumo de alimentos ultraprocessados foi elevado. Também era hábito de mais da metade das crianças estudadas o consumo de alimentos ricos em vitamina A e a quantidade mínima no consumo de alimentos ricos em ferro.

Neste sentido, fica evidente que a utilização de dados do consumo alimentar do SISVAN pode gerar informações importantes para a realização de ações voltadas para a VAN. Tais dados podem ter limitações na coleta, podendo estar sujeito à memória do entrevistado, suprimindo informações sobre alimentos consumidos ou mesmo a omissão. Ainda assim, destaca-se a sua importância por serem obtidos através de um instrumento prático, simples e de fácil análise.

Diante do exposto, os dados obtidos poderão contribuir para orientação dos profissionais de saúde no aconselhamento das famílias para alimentação nos primeiros anos de vida e identificação de crianças vulneráveis ao consumo alimentar inadequado, assim como no planejamento de ações de cuidado nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Lopes WC, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2018 Abr;36(2):164–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00004>.
2. Pedraza DF, Santos EES dos. Marcadores de consumo alimentar e contexto social de crianças menores de 5 anos de idade. Cad Saúde Colet [Internet]. 2021 Set;29(2):163–78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020072>.
3. Araújo VMJ, Nunes GC, Alencar CMD. Suplementação de vitamina D na puericultura: Revisão de literatura. Cadernos ESP [Internet]. 15 de outubro de 2019 [citado 2023-03-03];13(1):75-82. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/171>.
4. Agostoni C, et al. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2008 Jan;46(1):99-110. DOI: 10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd.
5. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. Ciênc Saúde Col [Internet]. 2019 Jul;24(7):2387–97. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24162017>.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.svb.org.br/images/guia_da_crianca_2019.pdf.
7. World Health Organization. United Nations Children’s Fund. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2017. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/global-breastfeeding-scorecard-2017-tracking-progress-for-breastfeeding-policies-and-programmes>.

8. 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.). Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Editora MS; 2009 [citado 2019-02-12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
10. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL da, Souza FIS de, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J Pediatr* [Internet]. 2010 Mai;86(3):196–201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000300006>.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Brasília: MS; 2015 [citado 2023-03-23]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf.
12. Damé PKV, et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Nov;27(11):2155–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100009>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades/Acaraú-CE/População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/acarau/panorama>.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
15. Souza JP de O, Ferreira CS, Lamounier DMB, Pereira LA, Rinaldi AEM. Characterization of feeding of children under 24 months in units cared by the family health strategy. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020;38:e2019027. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2019027.
16. Ferreira, KCA. Silva, LCO, Pereira, TG, Ramos, CV. Costa, ERDL. Padrão alimentar de crianças menores de dois anos em Teresina–Pi. *Rev Interdisciplinar*. 2019:76-84. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7868633>.
17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. SBP: São Paulo, 2018. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3160985>.
18. Filho L de PV, et al. A amamentação como prevenção da obesidade infantil: Uma revisão narrativa/ Breastfeeding as prevention of childhood obesity: A narrative review. *Braz J Heal Rev* [Internet]. 2020 [citado 21-04-2023];3(4):11146-62. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15786>.
19. Lopes WC, Pinho L de, Caldeira AP, Lessa A do C. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020;38:e2018277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>.
20. Louzada ML da C, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015;49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006132>.
21. Castro IRR, et al. Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A e consumo de ferro e de vitamina A entre crianças usuárias do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(4):e00252420. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00252420>. ISSN 1678-4464.
22. André HP, Sperandio N, Siqueira RL de, Franceschini S do CC, Priore SE. Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Abr;23(4):1159–67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16012016>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Anemia. Brasília; 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/Dicas-Em-Saude/431-Anemia>.
24. Maman MJC. Anemia ferropriva. In: Ricci VHP, Maman MJC, organizadores. Guia prático de hematologia. Criciúma: Unesc; 2019. p. 11-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/hema02>.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Departamentos de Nutrologia e Hematologia Hemoterapia. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; 2. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf.
28. Lima DB, Damiani LP, Fujimori E. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018 Abr;36(2):176–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00013>.

29. Reis IAR, Sales AFG, Vasconcelos IG, de Souza ILL, Barbosa L de A, Sales MC. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras: uma revisão sistemática da literatura. Div Journ [Internet]. 2021 Jan [citado 2023-05-12];6(1):634-61. Disponível em: https://www.diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/1301.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_nacional_vitamina_a_2edicao.pdf.
31. Freitas LG, Escobar RS; Penâ M. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. Rev Port Saúde Pub. 2016;34(1):46–52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.10.001>.