

Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe

Breastfeeding and eating habits in early childhood: Sao Tome and Principe experience

Diana e Silva ¹
 Laura Nóbrega ²
 Ana Valente ³
 Cláudia Dias ⁴
 Feliciano Almeida ⁵
 José Luís Cruz ⁶
 Edgar Neves ⁷
 Caldas Afonso ⁸
 António Guerra ⁹

1,2,3. Unidade de Nutrição/Hospital Pediátrico Integrado/Centro Hospitalar São João. Faculdade Ciências Nutrição e Alimentação. Universidade Porto. Alameda Professor Hernâni Monteiro. 4200-455. Porto, Portugal. E-mail: silvaqueiroga@netcabo.pt
 4,5,6 Serviço de Bioestatística e Informática Médica. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.
 7 Instituto Marques Valle Flor. São Tomé e Príncipe.
 8,9 Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Abstract

Objectives: assess the prevalence of breast-feeding, complementary food (CF) and food habits, in children living in Sao Tome and Principe (STP).

Methods: 1285 children aged between 0 and 60 months were selected. The protocol included: prevalence of exclusive (EB) and total (TB) breastfeeding, age of introduction of CF and a food frequency questionnaire. The statistical analysis was performed in SPSS®. The results were presented according to the total sample.

Results: children mean age was 26±18 months and 45.5% were female. 47.3% were exclusively breastfed until 6 months of age (5±2) and TB mean was 12±7 months. The complementary feeding onset occurred at 6±3 months (median = 6) and the flours and fish soup were the first food offered. About 42% of the sample is included in the family diet at 7±3 months (median = 6). A high number of children never eat cow milk (74%) or yoghurt (40%), unlike the high consumption of cooking oil (34%) and sugar (33%). Some alcoholic beverages are early introduced: beer (18±12 months) and palm wine (13±10 months).

Conclusions: we observed a high prevalence of EB and an early onset of complementary feeding. Although there are food resources available, there is no appropriate formation/training to a healthy eating plan during childhood.

Key words Breastfeeding, Food habits, Child

Resumo

Objetivos: avaliação da amamentação, da diversificação e frequência alimentar, em crianças de São Tomé e Príncipe (STP).

Métodos: trata-se de uma amostra constituída por 1285 crianças. O protocolo incluiu a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) e Total (AMT), início da diversificação alimentar (DA) e um questionário de frequência alimentar. O tratamento estatístico foi efetuado no SPSS®. Os resultados foram apresentados de acordo com o total da amostra.

Resultados: 45,5% são do sexo feminino e a média de idades 26±18 meses. 46,6% fez AME até aos 6 meses (média 5±2). A média de AMT foi 12±7 meses e o início da DA aos 6±3 meses (mediana=6), sendo as farinhas e a canja de peixe os primeiros alimentos oferecidos. 42% das crianças são incluídas na dieta familiar aos 7±3 meses (mediana=6). Elevada percentagem de crianças nunca ingere: leite de vaca (74%) ou iogurte (40%), contrariamente ao elevado consumo de óleo alimentar (34%) e açúcar (33%). A idade média de iniciação da cerveja é aos 18±12 meses e vinho de palma 13±10 meses.

Conclusões: observa-se uma elevada prevalência de AME e uma precoce introdução da DA. Embora existam recursos alimentares disponíveis, não há informação/ formação adequada para elaborar um plano alimentar saudável durante a infância.

Palavras-chave Aleitamento materno, Hábitos alimentares, Criança

Introdução

Os padrões alimentares, principalmente nos países em vias de desenvolvimento, variam substancialmente com os fatores regionais, econômicos, ambientais, culturais ou mesmo religiosos.^{1,2} Torna-se fundamental o conhecimento dos hábitos alimentares das populações em geral em particular na criança, visando a correção dos desvios encontrados, já que as alterações do estado de nutrição das populações infantis, designadamente a desnutrição, têm importantes consequências para a saúde futura.

De forma a garantir um adequado estado nutricional do lactente a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como recomendação o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e continuado pelo menos até aos dois anos de idade.¹ Para além das inúmeras vantagens socioeconômicas, o leite materno contém os nutrientes essenciais de forma a garantir um crescimento e desenvolvimento adequados ao longo do primeiro semestre de vida.^{1,3}

O enorme impacto, dos reconhecidos benefícios do leite materno, no estado de saúde da criança, fazem das estratégias para a promoção da amamentação uma ferramenta de combate à desnutrição infantil, particularmente nos países de baixo e médio rendimento.⁴ No caso particular de São Tomé e Príncipe (STP) a amamentação é uma prática generalizada na quase totalidade da população infantil (98%), independentemente das características sociodemográficas da colectividade em causa.⁵

Muito embora seja desejável manter a amamentação para além do sexto mês, as recomendações apontam para o início da diversificação alimentar (DA) neste período da vida do lactente, já que não é possível suprir em macro e micro nutrientes de modo adequado, o lactente a partir daquela idade.^{6,7}

De acordo com as necessidades nutricionais do lactente, preconiza-se, a introdução de alimentos que não o leite e de textura progressivamente menos homogênea, até à inserção na dieta familiar, que deverá ocorrer por volta dos 12 meses de idade.⁸ É fundamental salientar que a introdução gradual de novos alimentos, de diferentes texturas e sabores, deve respeitar não só as características maturativas e neurosensoriais da criança, mas também as questões culturais e socioeconômicas. Assim sendo, não há regras rígidas, mas sim princípios gerais capazes de serem adaptados às recomendações e à realidade de cada lactente e seu agregado familiar.^{8,9}

Não menos importante que os aspectos anteriormente mencionados, o estudo dos hábitos alimentares da criança em idade pré-escolar vão

permitir um conhecimento mais real das escolhas alimentares e tipos de confeção mais usuais no dia-a-dia. A ingesta alimentar não está somente na dependência dos recursos alimentares existentes em cada país, como da forte influência dos valores culturais e religiosos das populações, associada aos conhecimentos sobre alimentação saudável.¹⁰

Em muitos países de África, nos quais se inclui São Tomé e Príncipe, a inacessibilidade aos recursos locais é por vezes um problema. A questão *major*, parece assentar na quantidade, qualidade e continuidade do acesso a alimentos que garantam uma ingesta nutricional adequada à criança e a todos os membros da família.¹¹ Para além disso verifica-se uma introdução precoce (antes dos 6 meses) dos alimentos sólidos e semi-sólidos nos lactentes santomenses.⁵

O objetivo do presente estudo é avaliar o tempo e duração do aleitamento materno, início e tipo de diversificação alimentar ao longo do primeiro ano de vida e frequência da ingestão alimentar na população infantil dos 0 aos 5 anos representativa de São Tomé e Príncipe.

Métodos

O estudo transversal compreendeu a avaliação de crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 0 e os 60 meses, que frequentavam as unidades de saúde dos seis distritos de São Tomé e Príncipe, no período de Fevereiro a Maio de 2011. Trata-se de uma amostragem de conveniência onde foram seleccionadas 1285 crianças tendo por base as 24.704, deste grupo etário, inscritas no programa de vacinação local, de 2010.

Foram excluídas, todas as crianças com malformação congênita, atrasos do desenvolvimento psicomotor e patologias crónicas com repercussão no estado nutricional.

O protocolo de avaliação nutricional incluiu, entre outras, o estudo da prevalência do aleitamento materno exclusivo e total (AMT), de acordo com as actuais definições da OMS.^{12,13} Procedeu-se igualmente ao estudo do início e tipo de DA, tendo por base as recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria,⁸ bem como à caracterização dos hábitos alimentares através de um questionário, adaptado, de um questionário de frequência alimentar (QFA) qualitativo, validado pelo Serviço de Epidemiologia da Universidade do Porto.¹⁴

Previamente foi utilizado um protocolo num estudo piloto (Fevereiro de 2010) em 91 crianças que posteriormente foi alterado e adaptado aos objetivos do trabalho pretendido e aprovado pelo Conselho de

Administração do Centro Hospitalar Dr. Ayres de Meneses (STP) e pela Comissão de Ética do Hospital Pediátrico Integrado/Centro Hospitalar São João.

Os dados foram inseridos no *MedQuest®*, base de dados *online* criada pelo Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o tratamento estatístico foi efetuado no programa de análise estatística SPSS® v.20.0, (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Os resultados foram apresentados de acordo com o total da amostra, sendo que para a análise descritiva das variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas e relativas. Relativamente às variáveis contínuas são apresentados os valores referentes à média, mediana, desvio-padrão mínimo e máximo.

Utilizaram-se as curvas de Kaplan-Meier para o tempo de AME e AMT. Para a avaliação de factores associados à duração do aleitamento materno (exclusivo e total), foram desenvolvidas regressões de Cox

sendo apresentadas estimativas para os *Hazard Ratio* (HR) e respectivos intervalos de confiança a 95%, sendo considerados no modelo variáveis maternas (idade, escolaridade, índice de massa corporal, hábitos tabágicos e alcoólicos), o peso ao nascer da criança e o número de irmãos.

Resultados

Foram estudadas 1285 crianças, com predominância do sexo masculino (54,5%). A média de idade foi de $25,8 \pm 18$ meses (mínimo=0 e máximo=60) com uma mediana de 22 meses. A caracterização sociodemográfica da população estudada está representada na Tabela 1.

Verificou-se que 46,6% fez AME até aos seis meses de idade, com uma duração média de 5 ± 2 meses e uma mediana de 6 meses (min=1, max=18). A média de AMT foi de 12 ± 7 meses e a mediana de 13 meses (min=1, max=36) (Figura 1).

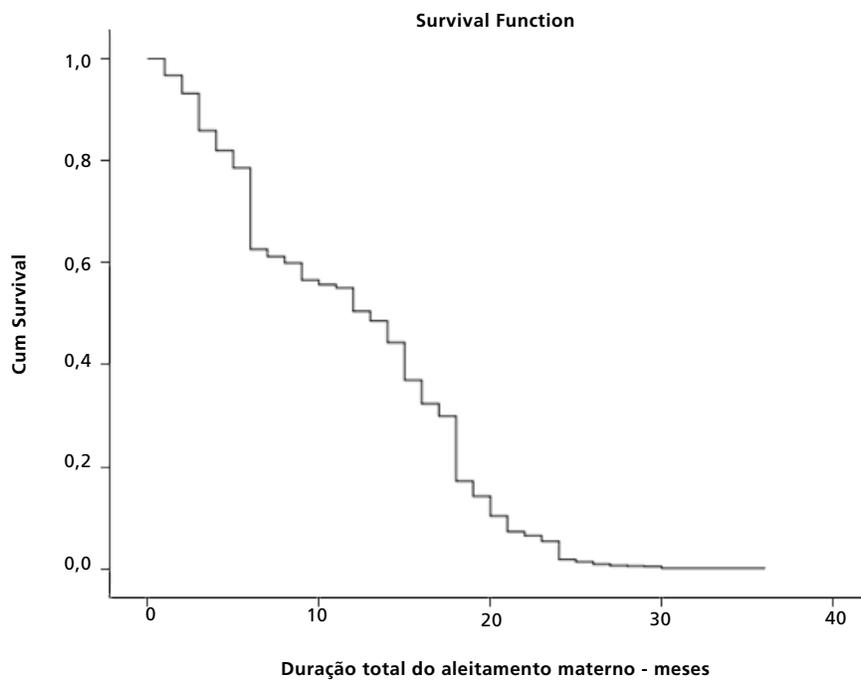
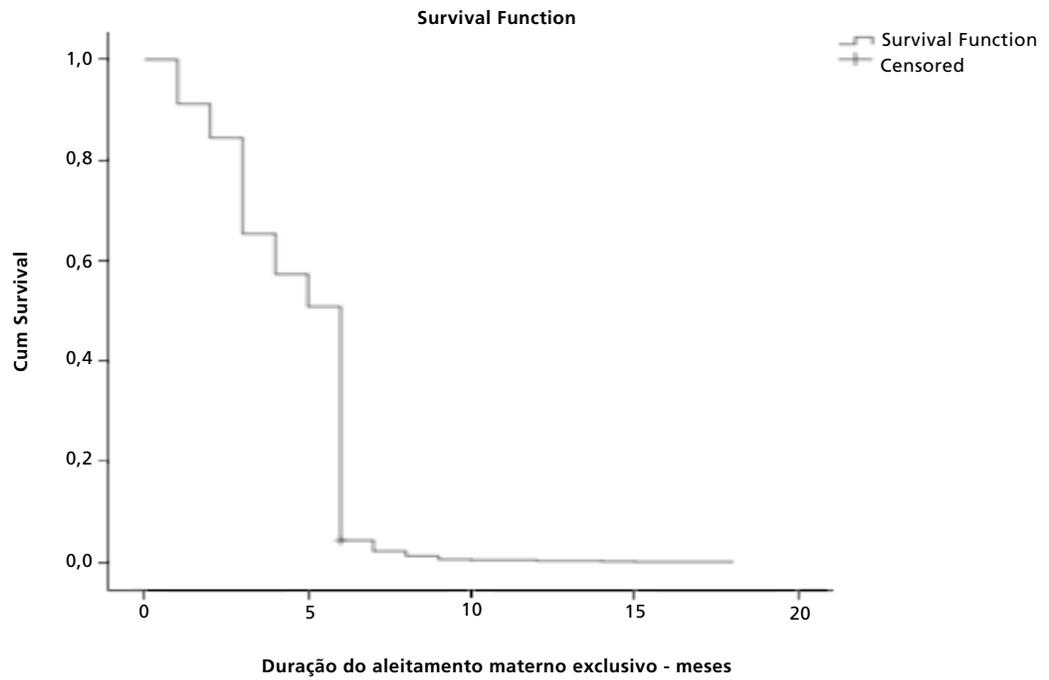
Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra estudada (N=1285).

Crianças (n=1285)	N	%
Sexo		
Masculino	585	45,5
feminino	700	54,5
Com quem vivem		
Pai e mãe	1039	80,5
Só mãe	204	15,9
Outros	40	3,3
Idade em meses ($\bar{X} \pm DP$ – Mín-Máx)	25,8 ± 18 (0-60)	
Nº pessoas/refeição	5 ± 2 (1-15)	
Mãe (n=1256)		
Escolaridade		
Analfabeto	26	2,0
Ensino básico 1º ciclo	379	31,0
Ensino básico 2º ciclo	275	22,0
Ensino básico 3º ciclo	433	35,0
Ensino secundário	110	9,0
Ensino superior	19	2,0
Idade em anos ($\bar{X} \pm DP$ – Mín-Máx)	28 ± 7 (14-59)	
Pai (n=1124)		
Escolaridade		
Analfabeto	8	1,0
Ensino básico 1º ciclo	162	16,0
Ensino básico 2º ciclo	189	18,0
Ensino básico 3º ciclo	389	38,0
Ensino secundário	244	24,0
Ensino superior	39	4,0
Idade em anos ($\bar{X} \pm DP$ – Mín-Máx)	33 ± 8 (11-65)	

Figura 1

Curva de sobrevida de Kaplan-Meier: aleitamento materno exclusivo e total.



Na população estudada a média de início da DA foi aos 6±3 meses (mediana=6) e a ordem de introdução dos alimentos pode ser observada na Tabela 2. Deve-se salientar que uma elevada porcentagem de crianças (42%) são incluídas precocemente na dieta familiar [média 7±3 meses (min=2 e max=24) e mediana=6].

Tendo por base a análise do QFA, pode ser observado o consumo de alguns alimentos de acordo

com os principais grupos de macro e micronutrientes (Tabela 3).

No que diz respeito à introdução de bebidas, verifica-se uma precoce iniciação de bebidas alcoólicas: vinho de palma [média = 13±10 meses e mediana de 12 meses (min=0 e max=60)] e de cerveja [média=18±12 meses e mediana de 12 meses (min=0 e max=48)] (Tabela 4).

Tabela 2

Alimentação complementar: idade de introdução em meses por alimentos.

Tipo de alimento	Ordem de introdução ($\bar{X} \pm DP$)							
	1º alimento (6±3)		2º alimento (7±3)		3º alimento (8±4)		4º alimento (7±3)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz	25	2,0	82	7,0	83	8,0	34	6,0
Banana	17	2,0	34	3,0	72	7,0	26	4,0
Bolacha	66	6,0	43	4,0	19	2,0	6	1,0
Canja com peixe	173	15,0	139	13,0	86	9,0	18	3,0
Dieta familiar	4	0,0	40	4,0	145	15,0	244	42,0
Farinhas lácteas	199	18,0	98	9,0	42	4,0	11	2,0
Iogurte	40	4,0	76	7,0	116	12,0	83	14,0
Leite	86	8,0	46	4,0	13	1,0	7	1,0
Papas	176	16,0	116	10,0	81	8,0	28	5,0
Sopa de legumes	156	14,0	165	15,0	86	9,0	26	4,0
Sucos de frutas natural	61	5,0	76	7,0	73	7,0	22	4,0

Tabela 3

Frequência de consumo dos grupos alimentares pelas crianças de São Tomé e Príncipe.

Grupos alimentares	Frequência mensal																
	Nunca ou < 1x		1-3x/m		1x/s		2-4x/s		5-6x/s		2-3x/d		4-5x/d		>6x/d		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Proteína																	
Fórmula industrial (n=1187)	792	67,0	24	2,0	21	2,0	73	6,0	84	7,0	175	15,0	16	1,0	2	-	-
Leite de vaca (n=1185)	877	74,0	32	3,0	29	2,0	62	5,0	69	6,0	94	8,0	15	1,0	7	1,0	-
logurte caseiro (n=1187)	457	39,0	76	6,0	112	9,0	204	17,0	194	16,0	139	12,0	7	1,0	0	-	-
logurte importado (n=1190)	476	40,0	89	8,0	90	8,0	208	18,0	154	13,0	161	14,0	11	1,0	1	-	-
Carne (n=1188)	285	24,0	207	17,0	253	21,0	369	31,0	40	3,0	34	3,0	0	-	0	-	-
Peixe (n=1192)	94	8,0	7	1,0	22	2,0	127	11,0	334	28,0	596	50,0	11	1,0	1	-	-
Ovo (n=1190)	275	23,0	100	8,0	226	19,0	367	31,0	183	15,0	39	3,0	0	-	0	-	-
Hidratatos de carbono																	
Pão (n=1192)	94	8,0	0	-	10	1,0	43	4,0	214	18,0	640	54,0	174	15,0	17	1,0	-
Arroz (n=1191)	106	9,0	6	1,0	36	3,0	411	35,0	493	42,0	124	11,0	12	1,0	3	-	-
Gorduras																	
Óleo vegetal (n=1192)	148	12,0	3	-	30	3,0	71	6,0	518	44,0	407	34,0	14	1,0	1	-	-
Óleo de palma (n=1190)	401	34,0	133	11,0	216	18,0	229	19,0	156	13,0	53	5,0	2	-	0	-	-
Margarina (n=1191)	282	24,0	27	2,0	48	4,0	163	14,0	415	35,0	241	20,0	15	1,0	0	-	-
Vitaminas e minerais																	
Hortalças de folha verde (n=1191)	242	20,0	74	6,0	163	14,0	350	30,0	328	28,0	31	3,0	3	-	0	-	-
*Outros hortaliças (n=1191)	106	9,0	6	1,0	25	2,0	77	6,0	679	57,0	292	25,0	6	1,0	0	-	-
Banana (n=1191)	218	18,0	63	5,0	149	13,0	321	27,0	330	28,0	101	8,0	2	-	3	-	-
Jaca (n=1190)	262	22,0	119	10,0	119	10,0	214	18,0	309	26,0	143	12,0	24	2,0	0	-	-
Cajamanga (n=1190)	501	42,0	72	6,0	84	7,0	133	11,0	276	23,0	109	9,0	13	1,0	2	-	-
Safú (n=1190)	322	27,0	84	7,0	108	9,0	215	18,0	323	27,0	123	10,0	13	1,0	2	-	-
Açúcares e produtos açucarados																	
Bolachas sem recheio (n=1193)	121	10,0	47	4,0	101	9,0	297	25,0	237	20,0	323	27,0	56	5,0	11	1,0	-
Pastéis e <i>poif-pof</i> (n=1190)	445	37,0	117	10,0	187	16,0	189	16,0	190	16,0	60	5,0	2	-	0	-	-
Açúcar (n=1193)	131	11,0	14	1,0	31	3,0	87	7,0	504	42,0	395	33,0	28	2,0	3	-	-
Refrigerantes (n=1190)	381	32,0	119	10,0	256	21,0	253	21,0	161	14,0	20	2,0	0	-	0	-	-
Sucos sem gás (n=1191)	273	23,0	67	6,0	123	10,0	264	22,0	348	29,0	111	9,0	4	-	1	-	-

Tabela 4

Idade em meses de introdução de algumas bebidas (média, desvio-padrão, mediana, mínimo-máximo).

Bebidas	N	$\bar{X} \pm DP$	Mediana	Mínimo-Máximo
Água	1165	4±2	5	0-18
Café	282	9±7	6	0-48
Cerveja	126	18±12	12	0-48
Chá (com açúcar)	1003	6±4	6	0-36
Sucos açucarados	1016	6±4	6	0-48
Vinho de palma	258	13±10	12	0-60

Discussão

Tem vindo a observar-se uma forte associação entre o suprimento insuficiente de nutrientes, particularmente nos primeiros cinco anos de vida, e o risco aumentado de desnutrição e de doenças infecciosas, principal causa de morbilidade e mortalidade infantil.¹⁵

Embora se preconize a amamentação exclusiva até aos seis meses de vida, o leite materno por um menor período de tempo ou mesmo parcial traz inúmeras vantagens para o lactente.⁶ Torna-se igualmente desejável a continuidade do aleitamento materno ao longo do período da diversificação alimentar.^{1,8,13}

Apesar de só 46,6% das crianças terem recebido AME até aos 4-6 meses de vida (Figura 1), a prevalência encontrada neste trabalho é superior à verificadas noutros países em desenvolvimento¹⁶⁻¹⁹ e muito próxima dos dados registados no inquérito demográfico e sanitário realizado na República Democrática de São Tomé e Príncipe (2008-2009) onde se verificou uma prática de amamentação exclusiva em 51% do total das crianças avaliadas.⁵ Estes valores são preocupantes, tendo em conta a relação encontrada por vários autores entre crianças que nunca foram amamentadas e um risco acrescido de desnutrição^{20,21} e consequente aumento da mortalidade durante a infância.^{6,15,22}

Ainda neste contexto procedeu-se à realização da regressão de Cox tentando-se explorar a influência de algumas variáveis maternas, o peso ao nascer da criança e o número de irmãos, relativamente ao tempo de AME e AMT. Após o ajustamento para as restantes variáveis incluídas na análise univariada, apenas foi encontrada uma associação negativa entre a idade da mãe e o AME [HR: 0,99; IC95% 0,97-0,99 ($p=0,014$)]. No que diz respeito ao AMT, registou-se, uma associação negativa com a idade da mãe [(HR ajustado: 0,97; IC95% 0,96-0,99

($p<0,001$)] e o peso à nascença [(HR ajustado: 0,93; IC95% 0,87-0,99 ($p=0,03$)].

A falta de incentivos associados aos aspectos culturais das populações, são na maioria das vezes, responsáveis pelo abandono da amamentação. Alguns autores demonstram que a oferta de líquidos se associa à interrupção precoce do AME e que uma maior sensibilização e informação sobre as vantagens da amamentação podem minimizar esta realidade.^{23,24}

Por outro lado, a OMS e os vários organismos internacionais especializados em nutrição pediátrica, recomendam o início da diversificação alimentar (DA) aos 6 meses de idade.^{1,13} No presente estudo, verifica-se que a introdução da DA ocorre, em média, aos 6±3 meses (mediana=6). Os primeiros alimentos oferecidos foram as farinhas lácteas (18%), a canja com peixe (15%) e a sopa de legumes (14%), indo de encontro às recomendações da OMS.¹ Contudo, observa-se que 42% dos lactentes foram inseridos precocemente na dieta familiar (7±3 meses) (mediana=6) (Tabela 2). Estes resultados vão de encontro a um outro estudo, realizado na Gâmbia, em que a maioria das crianças, partilham a “tigela” de comida da família ao sexto mês de vida.²⁵ No caso particular de São Tomé e Príncipe, um outro estudo mostra que 26% das crianças com idades entre 6-8 meses não consumiam nenhum alimento sólido ou semi-sólido como complemento ao aleitamento materno, muito embora uma percentagem elevada de lactentes já o tivesse feito (59% cereais, 53% proteína animal, 45% fruta/legumes e 36% tubérculos).⁵ Esta situação pode ser justificada pela inexistência de um plano de diversificação, com base nas recomendações vigentes e na maximização dos recursos alimentares do país.

A avaliação dos hábitos alimentares através de questionários alimentares, tem sido um desafio em estudos epidemiológicos, pois uma das principais

dificuldades reside na construção de um instrumento que permita com precisão a medição do consumo alimentar. Foi por isso utilizado um protocolo previamente validado pelo Serviço de Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto e posteriormente adaptado ao conjunto de alimentos disponíveis em São Tomé e Príncipe.

Verifica-se uma baixa ingestão (nunca ou menos de 1 vez/mês) de proteína de origem animal [leite de vaca (74%) ou de iogurte (caseiro: 38,6%; importado: 40,2%)], à exceção do peixe cujo consumo é de duas a três vezes por dia em 51,3% da amostra estudada (Tabela 3), possivelmente justificado pela proximidade do mar, baixo custo e tradição pesqueira do povo santomense. Uma ingestão adequada de proteína animal é fundamental durante o primeiro ano de vida período de grande aceleração de ganho estatura-ponderal e na prevenção de quadros de desnutrição durante a infância.⁶ Tal como em outros países africanos, também em STP as fontes principais de hidratos de carbono são o pão (70,1%) e o arroz (88%).²⁶ Muito embora se trate de um país com uma enorme riqueza de frutos e hortaliças verifica-se um baixo consumo destes por parte da população estudada (Tabela 3). Para ambos os sexos, destaca-se, ainda, o elevado consumo (21,9%) de vinho de palma, obtido da fermentação da seiva da palmeira e iniciado nos primeiros 24 meses de vida. (Tabela 4). A prática fortemente enraizada da dádiva à criança de bebidas com teor alcoólico, assenta não só nos costumes e tradições inerentes à cultura do país, mas tem também como finalidade a indução do sono.^{27,28} Estes resultados são porventura os mais preocupantes tendo em conta os efeitos deletérios do consumo de álcool sobre o desenvolvimento do sistema nervoso central muito particularmente nesta faixa etária.

O Relatório Mundial de Saúde publicado pela OMS em 2002, identifica o baixo consumo de hortofrutícolas como um fator de risco relevante para

o aparecimento de doença e morte prematura. O baixo consumo deste grupo de alimentos e o reduzido consumo diário de proteína animal pode ser determinante da ocorrência de quadros de malnutrição energético-proteica.²⁹

Destaca-se o elevado consumo de gorduras, de açúcar e de produtos açucarados, sendo que estas escolhas alimentares, consideradas incorretas, podem ser justificadas pelo seu baixo preço relativamente a outros alimentos saudáveis e também pela falta de informação/formação sobre as opções alimentares corretas. Muitos são os trabalhos que apelam a consciência dos profissionais de saúde no sentido de promoverem e adaptarem ações de formação que tenham em vista a promoção do aleitamento materno e a correta introdução da alimentação complementar com base nas características sociodemográficas^{7,8,10,30} dos países emergentes. A OMS/UNICEF, no seu documento *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* de 2003, realça que, muitas vezes, a falta de conhecimento sobre hábitos e práticas alimentares saudáveis é um determinante mais forte de malnutrição do que propriamente a falta de disponibilidade alimentar.¹³

O presente estudo, permitiu identificar os principais desvios alimentares de forma a proporcionar estratégias de intervenção correta ao nível dos cuidados primários de saúde e muito particularmente no que diz respeito à promoção do aleitamento materno exclusivo e total e à diversificação alimentar de acordo com as recomendações atuais. Embora existam recursos alimentares disponíveis, não há informação/formação adequada de um plano alimentar saudável para os lactentes e crianças, pelo que se reforça a necessidade de campanhas de educação alimentar à população. É urgente informar as populações quanto ao efeito deletério de práticas tradicionais, nomeadamente consumo precoce de bebidas alcoólicas.

Referências

1. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva; 2001.
2. Ngo Um-Sap S, Mbassi Awa H, Hott O, Womga A, Tanya A, Koki Ndombo P. Feeding practices in 6-to-24-month-old children in Yaoundé, Cameroon: relationship with their nutritional status. *Arch Pediatr*. 2014; 21 (1): 27-33.
3. Lawrence RM, Pane CA. Human breast milk: current concepts of immunology and infectious diseases. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2007; 37 (supl 1): 7-36.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362 (Supl. 9377): 65-71.
5. Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe], Ministério da Saúde, e ICF Macro. 2010. Inquerito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009. Calverton, Maryland, USA: INE.
6. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostini C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49: 112-25.

7. Guerra A. Alimentação diversificada no primeiro ano de vida. In: Videira Amaral J, ed. *Tratado de Clínica Pediátrica*. Lisboa: Abbott Laboratórios; 2008. p. 308-16.
8. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, Ferreira R. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Paediatr Port*. 2012; 43 (Supl. 2): 17-40.
9. Brown KW. WHO/UNICEF. Review on Complementary Feeding and suggestions for future research: WHO/UNICEF Guidelines on complementary feeding. *Pediatrics*. 2000; 106 (Supl. 5): 1290-1.
10. Alves, CRL, Santos LC, Goulart LMHF, Castro PR. Alimentação complementar em crianças no Segundo ano de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30 (Supl. 4): 499-506.
11. The World Bank (2010) Nutrition at a glance: Sao Tome and Principe. [acesso em 23 Fev 2012]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/2818461271963823772/SaoTomeandPrincipe122310web.pdf>.
12. WHO (World Health Organization). WHO Training course on child assessment. In: development Donfha, editor. *Interpreting Growth Indicators*. Geneva 2008. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/training/en>
13. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA Journal*. 2009; 7 (Supl. 1423): 1-38.
14. Lopes C, Oliveira A, Santos AC, Ramos E, Severo M, Barros H. Consumo alimentar no Porto. [acesso em 12 Nov 2012]. Disponível em: http://higiene.med.up.pt/consumoalimentarporto/download/rel_cap_21062006.pdf.
15. WHO/ UNICEF (World Health Organization/Fundo das Nações Unidas para infância). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO Press; 2003.
16. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (3): 537-43.
17. Tamiru D, Belachew T, Loha E, Mohammed S. Sub-optimal breastfeeding of infants during the first six months and associated factors in rural communities of Jimma Arjo Woreda, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 2012; 12: 363.
18. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso JC, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM, Yatich N. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health*. 2011; 11:396.
19. Lutter CK, Daelmans BM, de Onis M, Kothari MT, Ruel MT, Arimond M, Deitchler M, Dewey KG, Blössner M, Borghi E. Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics*. 2011; 128 (Supl. 6): 1418-27.
20. Srivastava A, Mahmood S, Srivastava P, Shrotriya V, Kumar B. Nutritional status of school-age children: a scenario of urban slums in India. *Arch Public Health*. 2012; 70: 8.
21. ADA Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105: 810-18.
22. Abrahams Z, Mchiza Z, Steyn N. Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: stages in the nutrition transition. *BMC Public Health*. 2011; 11:801.
23. Araújo de França GV, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (5): 711-8.
24. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EM, Oliveira MI, Leal MC. User embracement and maternal characteristics associated with liquid offer to infants. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (Supl. 4): 677-85.
25. Prentice AM, Paul AA. Fat and energy needs of children in developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2000; (Supl. 72): 1253-65.
26. Premji ZG, Abdulla S, Ogutu B, Ndong A, Falade CO, Sagara I, Mulure N, Nwaiwu O, Kokwaro G. The content of African diets is adequate to achieve optimal efficacy with fixed-dose artemether-lumefantrine: a review of the evidence. *Malar J*. 2008; 7: 244.
27. Osiatynska E. Álcool e Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2004. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. 1 ed. traduzida e ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 37-47. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf
28. Cordeiro M. Alimentação da criança pré-escolar e escolar. In: Silva AC, Gomes-Pedro A, editores. *Nutrição Pediátrica: princípios básicos*. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria; 2005. p.106-14.
29. WHO. Multicentre Growth Reference Study Group: WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr*. 2006; (Supl. 450): 76-85.
30. Khanal V, Lee AH, Nunes Brites da Cruz JL, Karkee R. Prelacteal feeding of newborns in postconflict timor-lest. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014; 59 (2): 162-6.

Recebido em 19 de abril de 2014

Versão final apresentada em 30 de maio de 2014

Aprovado em 30 de junho de 2014