



CARLA PATRÍCIA MONTEIRO GONÇALVES DE PINA

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

**LAVRAS-MG
2021**

CARLA PATRÍCIA MONTEIRO GONÇALVES DE PINA

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Lavras, como parte das exigências do curso
de Nutrição, para obtenção do título de
Bacharel.

Profa. Dra. Maysa Helena de Aguiar Toloni
Orientadora

Nutricionista Camila Maciente Souza
Coorientadora

**LAVRAS-MG
2021**

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Título curto: **Segurança Alimentar e Nutricional**

Carla Patrícia Monteiro Gonçalves de Pina, Graduanda do curso de Nutrição da Universidade Federal de Lavras (DNU/UFLA)

Maysa Helena de Aguiar Toloni, Docente do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Lavras (DNU/UFLA)

Camila Maciente Souza, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Lavras (PPGNS/DNU/UFLA)

Autor correspondência:

Carla Patrícia Monteiro Gonçalves de Pina

Rua: Saturnino de Pádua, 23 - Centro - Lavras/MG -

CEP: 37200-170

Telefone: +55 35 99243-2819

Endereço eletrônico: caxpatrivia@gmail.com

Este artigo está formatado de acordo com as normas da Revista Segurança Alimentar e Nutricional (ISSN: 1808-8023 versão On-line) à qual será submetido após as adequações pós defesa.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

RESUMO

Objetivo: Comparar a situação da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), detectada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), com indicadores antropométricos e qualidade da alimentação de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) do município de Lavras/MG. **Métodos:** Para avaliar a SAN foram utilizadas EBIA, a avaliação antropométrica e o perfil alimentar através dos marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Resultados e discussão:** Observou-se relação entre insegurança alimentar (78,2%) e índices peso/idade, estatura/idade, peso/estatura e IMC/idade. A prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, foram respectivamente de 91,8% e 22,44%; a introdução alimentar mostrou-se precoce, contrariando o proposto pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos. **Conclusão:** Constatamos em nosso estudo uma prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional nas famílias beneficiadas pelo PBF, com crianças em seu núcleo devido a qualidade nutricional. Apesar do aumento da renda devido ao benefício, nossos resultados apontam que a garantia do DHAA e a sua realização não vem sendo cumprida em sua abrangência mais ampla que contempla outros direitos.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Saúde da Criança e Saúde Pública.

FOOD AND NUTRITIONAL SAFETY IN EARLY CHILDHOOD: A SECONDARY ASSESSMENT

ABSTRACT

Objective: To compare the situation of Food and Nutrition Security (SAN), detected by EBIA, with anthropometric indicators and quality of food for children benefiting from the "Bolsa Família" of the municipality of Lavras/MG. **Method:** To evaluate the SAN, the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA), the anthropometric assessment and the food

profile through the food consumption markers of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) were used. **Results and discussion:** A relationship was observed between food insecurity (78,2%) and weight/age, height/age, weight/height and BMI/age indices. The prevalence of breastfeeding and exclusive breastfeeding were 91.8% and 22.44%, respectively; the food introduction was early, contrary to what is proposed by the Food Guide for Brazilian Children under 2 years old. **Conclusion:** In our study, we found a prevalence of Food and Nutritional Insecurity in families benefited by PBF, with children at its core due to nutritional quality. Despite the increase in income due to the benefit, our results indicate that the DHAA guarantee and its realization has not been fulfilled in its broader scope that includes other rights.

Keywords: Food and Nutrition Security; Children's Health; Public Health.

INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), contemplado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, sintetiza o direito ao acesso físico e econômico de todos indivíduos aos recursos e alimentos que garantam a manutenção da vida^[1]. Apesar disso, segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), a desnutrição crônica causada pela fome extrema afetou 815 milhões de crianças e adultos em todo o mundo no ano de 2016^[2]. O termo “fome extrema” é frequentemente utilizado como uma consequência da baixa ingestão diária de calorias pelo indivíduo – inferior ao mínimo recomendado para a sobrevivência^[3].

Segundo Jean Ziegler, ex-presidente do Comitê Consultivo do Conselho de Direitos Humanos das Organizações das Nações Unidas “no mundo transbordando de riquezas, é um escândalo ultrajante que quase 900 milhões de pessoas sofrem de fome e desnutrição e que todos os anos mais de 6 milhões de crianças morrem de fome e causas relacionadas”^[4].

Embora o direito à alimentação seja inerentes a todos os cidadãos, esses dados sugerem que o dever de garantir sua realização não vem sendo cumprido com seriedade e importância necessárias. A luta contra a fome, má-nutrição e a garantia da

alimentação adequada é antiga, ocasionada por uma série de políticas que negligenciam a solução ou amenização desses fatores. No Brasil, por exemplo, somente em 2010 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 64, que incluiu a alimentação no artigo 6º da Constituição Federal. Importante destacar que a fome é resultante de políticas públicas vigentes, portanto a discussão sobre ações políticas e sua garantia tornam-se relevante, principalmente pelo fato de que, nos últimos anos, é crescente o número de pessoas privadas de alimentos^[5].

A garantia do direito à alimentação no estado Brasileiro ainda permanece desafiadora, especialmente pelo fato do modelo agroexportador, que controla a maior parte da produção de alimentos no país, estar centrado na produção de monoculturas que violam os princípios da soberania alimentar^[6].

Em observância a esses princípios, como em resposta ao problema da fome e da insegurança alimentar, surgem no Brasil políticas públicas inseridas no contexto da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Em destaque está a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN – Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), onde define a SAN como:

A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis^[7].

Por outro lado, a elaboração de estratégias que promovam políticas públicas inseridas no contexto da SAN requer o uso de parâmetros norteadores para descrição do problema da fome e insegurança alimentar. Entre os métodos utilizados para investigar a insegurança alimentar, no Brasil a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é o método que tem sido mais utilizado desde 2004^[7]. Esse método consiste em uma escala psicométrica que avalia a SAN através da percepção e experiência com a fome dos entrevistados.

Os estudos sobre a SAN consideram que o grupo populacional mais vulnerável à insegurança alimentar e aos riscos nutricionais são crianças nos primeiros anos de vida^[8]. Nos primeiros mil dias de vida ocorrem mudanças significativas no desenvolvimento cognitivo, linguístico, social e emocional que são sensíveis aos hábitos alimentares. Neste contexto, restrições alimentares nessa etapa de

desenvolvimento podem acarretar menor estatura e retardar o desenvolvimento neuropsicomotor.

Diante deste contexto, o propósito deste trabalho foi avaliar a situação e qualidade alimentar, a fim de possuir maior precisão na análise da relação entre saúde e desenvolvimento do público-alvo do estudo, crianças em vulnerabilidade socioeconômica no município de Lavras. Nesse sentido este estudo, contribui para diagnosticar o estado alimentar e nutricional das crianças alvo o que contribuir para direcionar as intervenções a fim de fortalecer e desenvolver programas e políticas públicas com a gestão municipal. Assim, poderá contribuir com a superação da fome e insegurança alimentar local.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal quantitativa desenvolvido no município de Lavras (MG) durante o período de março de 2018 a setembro de 2020, como parte de um projeto maior, em amplitude populacional e metodológica, intitulado “Programa Bolsa Família: avaliação dos impactos na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias participantes e acompanhamento das condicionalidades de saúde sob a ótica dos profissionais”, financiado pelo CNPq (408355/2017-4) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Lavras parecer 2.400.572.

O município possui aproximadamente 100 mil habitantes e é contemplado pelo Programa Bolsa Família (PBF), que segundo o Relatório de Informações Sociais do Ministério da Cidadania, no mês de novembro de 2020, beneficiou aproximadamente 11% da população, abrangendo 2.405 famílias. Esse percentual representa uma cobertura de 122% em relação à estimativa de famílias pobres no município^[9].

Para a execução do cálculo amostral das famílias, empregou-se o software R Studio e considerou-se a prevalência de 80,3% de insegurança alimentar para as famílias integrantes do PBF da Região Sudeste do Brasil de acordo com os resultados da pesquisa do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), intitulada “*Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*”^[10]. Estimou-se um erro máximo de 5%, para um nível de significância de 95%, o que resultou em uma amostra mínima de 244 famílias, de um

total de 3.987. Foram consideradas aptas para constituir a população do estudo todas as famílias cadastradas no CadÚnico e usuários do PBF.

O estudo foi realizado por meio de visitas domiciliares aos núcleos das famílias sorteadas, composta por 233 famílias das quais foram avaliadas 160 crianças, sendo 111 pré-escolares (2 a 5 anos) e 49 em idade de aleitamento materno (0 a 2 anos). As famílias foram contatadas com o apoio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das 17 Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Lavras, presencialmente ou através do telefone. As visitas foram pré-agendadas e as coletas de dados foram realizadas por acadêmicos do Departamento de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Lavras (UFLA), que previamente foram submetidos a treinamentos específicos de padronização de medidas antropométricas e de aplicação de questionários.

Em cada uma das etapas da coleta de dados, antes das entrevistas, foi lido entregue aos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para o responsável pela família e o termo de assentimento para as crianças. Esse termo tem o objetivo de explicar, em termos gerais, os procedimentos que seriam realizados neste estudo. Além disso, foi garantido a confidencialidade dos dados, à participação voluntária e à possibilidade de deixar o estudo em qualquer momento, sem a necessidade de justificativa. Após esclarecer as dúvidas dos participantes sobre o estudo, os participantes da pesquisa foram convidados a assinar o termo de consentimento, ficando com uma cópia. A via assinada foi arquivada na sede do grupo deste projeto, localizado no Departamento de Nutrição da UFLA.

A pesquisa da Segurança Alimentar do domicílio foi realizada por meio da aplicação do questionário EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional), que apresenta uma escala psicométrica, adaptada e validada da Escala Estadunidense e Avaliação da Insegurança Alimentar (*US House hold Security Survey Measure*)^[11]. A escala estima prevalências de insegurança alimentar e classifica os domicílios em quatro categorias, cada uma com três níveis de intensidade: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada ou grave^[7]. Esses níveis são definidos de acordo com a composição etária do domicílio^[12], avaliadas por diferentes pontos de corte - cada resposta afirmativa do questionário corresponde um

ponto e a soma dos pontos corresponde à pontuação da escala, conforme descrito na Tabela 1.

A avaliação do consumo alimentar das crianças foi realizada por meio dos questionários adaptados de Marcadores do Consumo Alimentar pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), construídos com base na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira^[13]. O consumo alimentar foi analisado pela ingestão do aleitamento materno (AM) entre crianças menores de 2 anos de idade, o aleitamento materno exclusivo (AME) entre crianças menores de seis meses de idade, e o tipo de leite artificial consumido por crianças com até dois anos de idade. Além do leite materno, outros 37 alimentos foram incorporados à avaliação da qualidade da alimentação complementar de crianças menores de 2 anos, bem como das crianças com idade entre 2 a 5 anos. Os alimentos foram classificados como 'adequado' e 'não-adequado' seguindo as orientações previstas pelo *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos*, publicado pelo Ministério da Saúde e segundo as Orientações a Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica^[14,15]. O Guia consiste em um conjunto de orientações sobre as práticas alimentares adequadas para cada etapa do desenvolvimento cognitivo e físico de menores de dois anos.

Após as entrevistas todos os questionários passaram por dupla digitação de forma simultânea à coleta para que não houvesse discordância e otimizasse o tempo da análise.

A avaliação antropométrica foi realizada seguindo os Protocolos do SISVAN^[16], bem como as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos^[17]. Os indicadores calculados para as crianças menores de cinco anos foram: peso-para-idade (P/I), estatura-para-idade (E/I) e peso-para-estatura (P/E). Os resultados foram expressos em Escore-Z^[18].

Após a validação das aferições, foram gerados os indicadores antropométricos a partir das Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do software *WHO Anthro* (versão 3.2.2) e *WHO Anthro PLUS* (versão 1.0.4)^[19,20].

Os dados foram transcritos para o banco de dados no programa Epi-info 7.1.5 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, EUA). A Figura 1 apresenta a

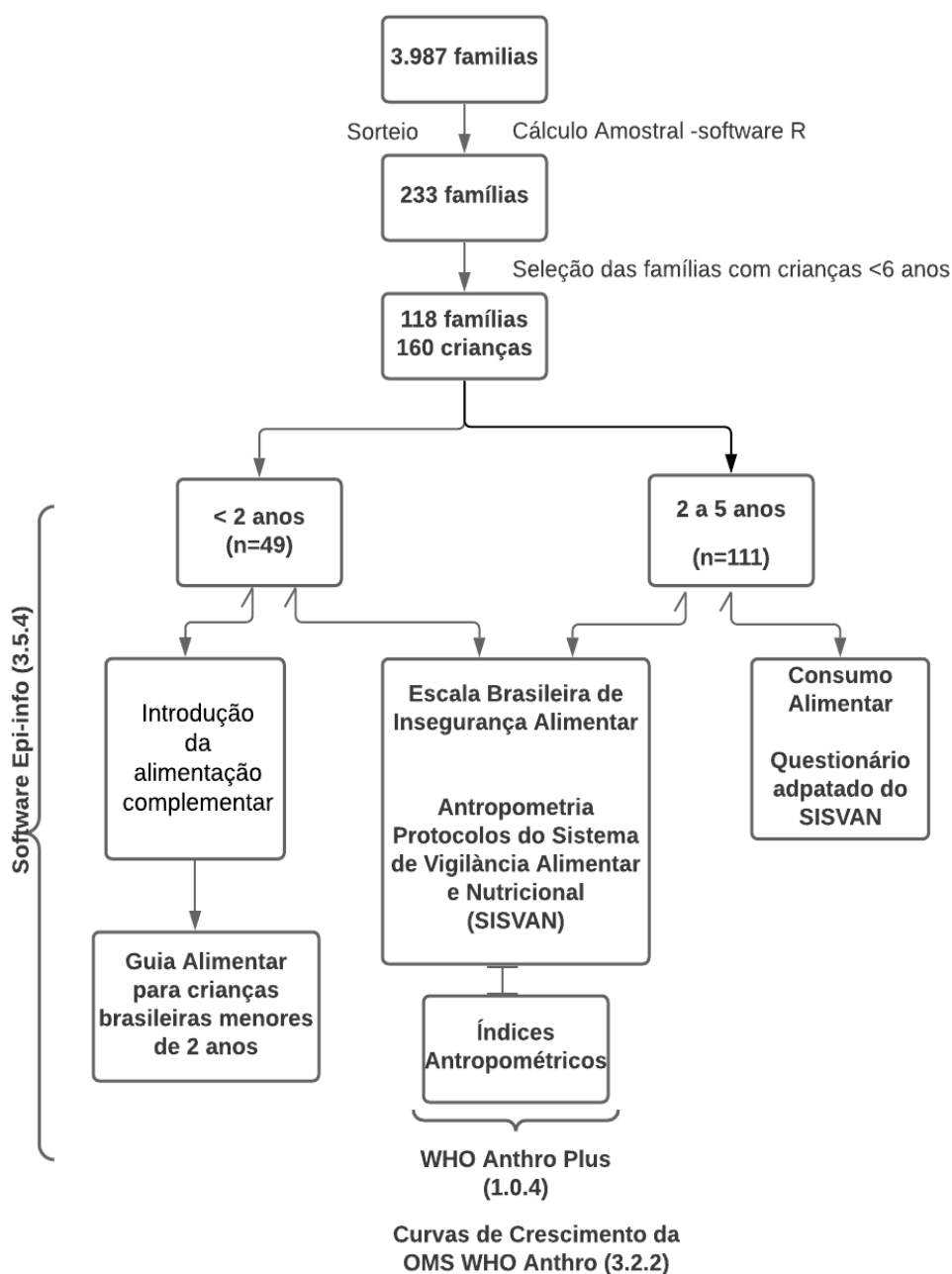
estruturação do processo amostral e a classificação em graus de Insegurança Alimentar e Nutricional de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA), e que foi aplicada aos domicílios participantes deste estudo.

Tabela 1. Pontuação para classificação dos domicílios, com e sem menores de 18 anos de idade

	Moradores com 18 ou mais	Moradores menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança. Leve	1-3	1-5
Insegurança Moderada	4-5	6-9
Insegurança Grave	6-8	10-14

Fonte: Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica DA/SAGI/MDS nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. Brasília: SAGI/DA, 30/08/2010.

Figura 1. Fluxograma do processo amostral



Fonte:

Elaborado pelos autores, 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 160 crianças, sendo 49 bebês (0 a 2 anos), com idade cronológica média no momento de avaliação de 13 meses e 111 pré-escolares (2 a 5 anos). Com predominância do sexo masculino (53%). Essas crianças faziam parte de uma subamostra de 118 famílias dos núcleos familiares sorteados do projeto de maior amplitude.

Segundo a EBIA, a Tabela 2 apresenta os dados da avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em porcentagem de acordo com diferentes graus de insegurança alimentar e nutricional das famílias avaliadas pela classificação que possuem crianças menores de 5 anos. Verifica-se que aproximadamente 21% dos domicílios dos menores de 5 anos foram classificadas na categoria de SAN. No entanto, de acordo com este critério de classificação, mais da metade das famílias convivia com os três níveis de IAN, sendo que 35% desse grupo foi identificado com insegurança alimentar leve. Esse nível de IAN é caracterizado pela ausência de fome, mas ao mesmo tempo há uma preocupação ou incerteza dos indivíduos em relação ao acesso aos alimentos no futuro^[7].

Além disso, observou-se que 25,4% das famílias pertencentes aos domicílios com crianças com idade inferior a 5 anos apresentavam IAN moderada, caracterizada basicamente pela presença de situações onde há insuficiência de alimentos com restrições no padrão usual dos hábitos alimentares e, por último, 17,8% apresentam IAN grave, identificada pela quebra da rotina usual da alimentação com comprometimento da qualidade e redução de alimentos de todos familiares, podendo incluir experiências de fome^[7].

Tabela 2. Prevalência de Segurança alimentar e Nutricional das famílias de crianças menores de 5 anos beneficiárias do PBF do município de Lavras/MG, 2021

Variáveis	% (118)
Segurança alimentar	21,18 (25)
Insegurança leve	35,6 (42)
Insegurança Moderada	25,42 (30)
Insegurança Grave	17,80 (21)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Comparando os dados de insegurança alimentar e nutricional obtidos à partir da EBIA, os resultados corroboram com as conclusões apresentadas no estudo de Poblacion et al. (2014) ^[21], que observaram que $\frac{1}{3}$ (um terço) dos domicílios com crianças menores de cinco anos de idade, com renda inferior a um salário mínimo e em beneficiários de Programas de Transferência de Renda (PTR) nas regiões norte e nordeste do Brasil, apresentavam em 2006 altos índices (em torno de 35% dos domicílios observados) insegurança alimentar moderada e grave^[21]. Esse resultado indica uma estreita relação entre a classe econômica, bem como beneficiários de PTR, e a presença de inseguranças alimentares. Esses dados convergem com a visão de Bezerra^[22], que identifica maiores prevalências de IAN como consequência do acesso inadequado e insuficiente aos alimentos que prevalecem nas condições de desigualdades socioeconômicas existentes na sociedade brasileira. No presente estudo, mais da metade dos domicílios analisados apresentavam níveis de IAN. A característica marcante nessa população é a alta vulnerabilidade socioeconômica.

Em um estudo de maior amplitude sobre insegurança alimentar e nutricional realizado em quase 4.000 domicílios nas cinco macrorregiões brasileiras pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)^[23] e analisados por Poblacion^[21], identificou que 17,5% das famílias investigadas apresentavam insegurança alimentar moderada e grave (IAM+IAG), com grandes desníveis macrorregionais, sendo 34,5% e 7,8%, entre a regiões Norte e Sul do Brasil, respectivamente. Além disso, a análise dos dados revelou que pouco mais de 10% das famílias investigadas na macrorregião Sudeste encontram-se em IAM+IAG.

Em um estudo mais recente, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)^[24] realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre 2017-2018, demonstrou que aproximadamente 40%, dos quase 70 milhões de domicílios brasileiros investigados nas cinco macrorregiões, apresentam algum nível de insegurança alimentar. Observou-se que mais de 30% dos domicílios, correspondente à macrorregião Sudeste, apresentavam algum nível de insegurança alimentar. Em nosso estudo, somando os três níveis de insegurança alimentar e nutricional, encontramos que 78,2% dos domicílios em IAN – um resultado muito inferior aos 30% identificados pelo POF para a região Sudeste.

Embora nosso estudo esteja concentrado sobre uma microrregião da região Sudeste, percebemos em comparação aos estudos de maior amplitude, nos resultados da POF e PNDS apresentados anteriormente, uma grande diferença de nossos valores aos previstos por essas agências. O município de Lavras possui um restaurante popular, cinco feiras livres e um mercado popular como equipamentos públicos de SAN que visam garantir o DHAA. Identificamos um alto nível de insegurança alimentar e nutricional sobre nosso espaço amostral, caracterizado por famílias beneficiárias do PBF com crianças menores de 5 anos. Percebemos, em comparação aos indicativos de maior amplitude amostral, como discutido no parágrafo anterior, que as famílias em maior vulnerabilidade socioeconômica apresentam maiores percentuais de IAN. O entendimento da natureza dinâmica da insegurança alimentar presente em nosso estudo, fornece um mapa investigativo para elaboração de estratégias que reforçam as intervenções no âmbito de políticas públicas capazes de amenizar ou reverter esse cenário.

Como discutido por Bezerra^[22], há uma íntima ligação entre os níveis de IAN e situações de vulnerabilidade socioeconômica. Nessa perspectiva, podemos atribuir a diferença de nossos resultados, em comparação aos valores apresentados por essas agências, à grande discrepância socioeconômica entre as macrorregiões, bem como entre as microrregiões, do estado brasileiro. Essa grande diferença também é justificada pelo fato de nosso estudo ter sido realizado em famílias beneficiadas pelo PBF, que apresentam alta vulnerabilidade socioeconômica, em contraste aos resultados apresentados pelo IBGE, realizado sobre os diversos grupos socioeconômicos do estado brasileiro, e PNDS, realizado em domicílios com mulheres em período fértil e crianças menores de cinco anos.

Sobre a qualidade de alimentação das crianças, a Tabela 3 apresenta informações sobre a avaliação do consumo do leite materno de crianças menores de 2 anos. Observa-se que embora 91,8% do total de crianças nessa faixa etária tenham recebido AM, 36,74% delas estavam desmamadas no momento da pesquisa e a outra parte (63,26%) amamentando. A duração média do AM foi de 178,75 dias, ou seja aproximadamente 6 meses. A prevalência do AME entre os menores de 2 anos de idade foi de 22,44%, sendo que a média de dias do AME foi de 114 dias, ou seja

aproximadamente 4 meses. Além disso, observou-se que 69,38% das crianças com até 2 anos receberam algum tipo de leite artificial, principalmente oriundo das fórmulas infantis e leite fluido.

No presente estudo, pode-se considerar a introdução alimentar precoce, conforme evidenciado nas Tabelas 3 e 4. Aproximadamente 77% das crianças menores de 6 meses teriam consumido pelo menos um alimento de cada grupo alimentar conforme a nova classificação do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014^[13].

O consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, mostraram alta prevalência entre os alimentos introduzidos, nomeadamente o feijão, sucos de frutas, papa de legumes, arroz, caldo, água, chá, carne de frango, carne de boi, ovo e iogurte. A classificação *in natura* se refere a alimentos obtidos diretamente de plantas ou de animais e que não sofreram qualquer alteração após deixar a natureza. Por outro lado, alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a alguma modificação e/ou processo mecânico, como limpeza, remoção de partes indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.^[13]

Outro grupo que apresenta uma quantidade significativa de consumo foram os ingredientes culinários processados, entre elas, o sal de cozinha iodado, açúcar branco, mel de abelha e manteiga, estipulados como produtos utilizados no preparo de refeições, produzidas a partir de substâncias que existem em alimentos *in natura*.

Por último, mostrando também alta prevalência de consumo entre os menores de 2 anos, temos os alimentos ultraprocessados, nomeadamente a bolacha sem recheio, bala, salgadinho, gelatina, suco artificial, bolacha recheada e macarrão instantâneo. Esses alimentos são nutricionalmente desbalanceados e são produzidos a partir de várias etapas de processamento que incorporam ingredientes como sal, açúcar, óleos, gorduras e aditivos alimentares em sua formulação^[13].

Tabela 3. Prevalência do aleitamento conforme a média de idade em meses das crianças beneficiárias do PBF do município de Lavras/MG, 2021.

Consumo Alimentar	Percentual Amostral (%) de consumo	(n)
<i>Amamentada</i>		
Sim	91,84	45
Não	8,16	4
<i>Aleitamento Materno Exclusivo</i>		
Sim	22,45	11
Não	77,55	38
<i>Sendo amamentada atualmente</i>		
Sim	63,26	31
Não	36,74	18
<i>Leite artificial</i>		
Sim	69,38	34
Não	30,61	15

Fonte: Dados do estudo (2021).

Tabela 4. Prevalência do consumo alimentar, conforme a média de idade das crianças em meses, beneficiários do PBF do município de Lavras/MG, 2021.

Consumo Alimentar	Percentual (%) / n de consumo	Média de idade em meses que o alimento foi introduzido
<i>Arroz</i>		
Sim	(89,7) 44	6,89 meses
Não	(6,12) 3	
<i>Feijão</i>		
Sim	(71,42) 35	5,3 meses
Não	(30,6) 15	
<i>Cereal</i>		
Sim	(10,20) 5	10 meses
Não	(89,79) 44	
<i>Verduras (folhas)</i>		
Sim	(44,89) 22	8 meses
Não	(55) 27	
<i>Carne (Boi)</i>		
Sim	(63,2) 31	7,5 meses
Não	(36,7) 18	
<i>Carne (Frango)</i>		
Sim	(67,36) 33	6,8 meses
Não	(32,65) 16	
<i>Peixe</i>		
Sim	(44,89) 22	9,8 meses
Não	(55,10) 27	
<i>Fígado</i>		
Sim	(30,61) 15	7,2 meses
Não	(67,34) 33	
<i>Ovo</i>		
Sim	(63,26) 31	6,8 meses
Não	(34,69) 17	
<i>Papa de frutas</i>		

Sim	(75,51) 37	5,1 meses
Não	(24,48) 12	
<hr/>		
<i>Papa legumes</i>		
Sim	(83,67) 41	5,17 meses
Não	(16,32) 8	
<hr/>		
<i>Caldo de carnes</i>		
Sim	(73,46) 36	6,6 meses
Não	(24,48) 12	
<hr/>		
<i>Suco natural de frutas</i>		
Sim	(83,67) 41	5,41 meses
Não	(16,32) 8	
<hr/>		
<i>Água</i>		
Sim	(87,75) 43	4,09 meses
Não	(12,24) 6	
<hr/>		
<i>Café</i>		
Sim	(48,97) 24	9,41 meses
Não	(51,02) 25	
<hr/>		
<i>Sal</i>		
Sim	(81,63) 40	5,37 meses
Não	(18,36) 9	
<hr/>		
<i>Açúcar</i>		
Sim	(67,34) 33	6,15 meses
Não	(32,65) 16	
<hr/>		
<i>Mel</i>		
Sim	(34,69) 17	6, 58 meses
Não	(65,30) 32	
<hr/>		
<i>Iogurte</i>		
Sim	(81,63) 40	6,47 meses
Não	(18,36) 9	
<hr/>		
<i>Embutidos</i>		
Sim	(40,81) 20	11,5 meses
Não	(59,18) 29	
<hr/>		
<i>Bolacha sem\ recheio</i>		
Sim	(63,26) 31	6,75 meses
Não	(38,77) 19	
<hr/>		
<i>Bolacha recheada</i>		
Sim	(83,67) 41	7,77 meses
Não	(16,32) 8	
<hr/>		
<i>Fritura por imersão</i>		
Sim	(57,14) 28	13,89 meses
Não	(42,85) 21	
<hr/>		
<i>Margarina (manteiga)</i>		
Sim	(38,77) 19	9,78 meses
Não	(61,22) 30	
<hr/>		
<i>Miojo</i>		
Sim	(48,97) 24	8,78 meses
Não	(51,02) 25	
<hr/>		
<i>Refrigerante</i>		
Sim	(57,14) 28	10,14 meses
Não	(42,85) 21	
<hr/>		
<i>Suco Artificial</i>		

Sim	(55,10) 27	8,55 meses
Não	(44,89) 22	
<hr/>		
<i>Salgadinho</i>		
Sim	(65,30) 32	9,93 meses
Não	(36,73) 18	
<hr/>		
<i>Papa industrializada</i>		
Sim	(2,04) 1	7 meses
Não	(97,95) 48	
<hr/>		
<i>Bala\Pirulito\Chocolate</i>		
Sim	(67,34) 33	9,03 meses
Não	(41,02) 39	
<hr/>		
<i>Sorvete</i>		
Sim	(34,69) 17	9,23 meses
Não	(65,30) 32	
<hr/>		
<i>Queijo petit suisse (danoninho)</i>		
Sim	(77,55)38	6 meses
Não	(22,44)11	
<hr/>		
<i>Gelatina</i>		
Sim	(65,30) 32	6,90 meses
Não	(34,69)17	
<hr/>		
<i>Espessantes</i>		
Sim	(38,7) 19	6,68 meses
Não	(61,22)30	

Fonte: Dados do estudo (2021).

No presente estudo constatou-se que o percentual de aleitamento materno foi baixo em comparação ao último dado de 2006 da PNDS, que identificou uma proporção significativamente mais alta de aleitamento no Sudeste (96,7%) em relação às outras macrorregiões do país^[23]. Verificamos que a duração média de AM (178,75 dias) ficou abaixo da média brasileira, correspondente a 341,6 dias. Em contrapartida, a duração média de AME (114 dias) do nosso estudo ficou acima da média brasileira, correspondente a 54,1 dias^[25]. Em nosso estudo observamos que o AME foi realizado em média por aproximadamente 4 meses, um valor inferior aos 6 meses recomendados pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos, bem como também pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde^[14]. Entretanto, os resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação Nutrição Infantil (ENANI)-2019, mostram que o aleitamento materno exclusivo de crianças menores de 4 meses, passou de 4,7% para 60,0%, no período de 1986 a 2020. Por outro lado, a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre os menores de 6 meses aumentou 42,8 pontos percentuais entre 1986 e 2020, passando de 2,9% para 45,7% nesses 34 anos^[26].

Segundo o Guia Alimentar supracitado, práticas como ofertas de outros leites ou fórmulas infantis, mamadeiras, chupetas e introdução de alimentos sólidos ou pastosas antes de 6 meses de idade, podem prejudicar a amamentação adequada e a qualidade da saúde das crianças.

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos recomenda que os alimentos processados industrialmente (como enlatados, queijos e conservas) devem ser consumidos em pequenas quantidades. Já os ultraprocessados (como biscoitos e bolachas, refrigerantes, balas, guloseimas e salgadinhos) não devem fazer parte da dieta da criança.

O nosso estudo identificou o consumo destes alimentos no processo da alimentação complementar antes de 1 ano de idade, sendo as bebidas adoçadas, *Petit Suisse* “Danoninho”, balas, guloseimas, bolacha, macarrão instantâneo, embutidos e sucos artificiais os mais ofertados entre os ultraprocessados.

Práticas alimentares semelhantes foram observados no estudo realizado por Tolini et al.,^[27] em berçários de sete creches públicas e filantrópicas, cidade de São Paulo. Os autores observaram que o petit suisse e o macarrão instantâneo foram consumidos por 89,6 e 65,3% dos lactentes ainda no primeiro ano de vida. Esses dados comprovam que esses alimentos são oferecidos precocemente (antes dos 12 meses), expondo as crianças desde cedo aos alimentos obesogênicos.

Observamos que a inserção de alimentos ultraprocessados de forma frequente na alimentação das crianças está intimamente ligada a baixa instrução sobre educação alimentar e nutricional adequada dos responsáveis. Além disso, nas regiões periféricas com vulnerabilidade socioeconômica, esses alimentos são mais acessíveis comparados aos alimentos *in natura*.

A baixa disponibilidade e acesso aos alimentos *in natura* nas regiões periféricas com vulnerabilidade socioeconômica pode estar associada ao baixo incentivo público em ações que disponibilizem esses alimentos, a sua produção e manejo. Como exemplo da relevância desse incentivo, podemos citar o Movimento Sustentável na América no Norte, iniciado pela ativista da justiça alimentar, Karen Washington na década de oitenta^[28]. Esse movimento tem como ideia básica o cultivo de alimentos *in*

natura em áreas vazias de regiões com vulnerabilidade socioeconômica, tendo como finalidade aumentar o acesso e distribuição desses alimentos nesses locais.

O aumento do poder aquisitivo das famílias participantes de programas de transferência de renda pode aumentar o acesso aos alimentos^[10]. O estudo realizado por Martins e colaboradores^[29], apresenta a relação direta entre pertencer ao programa de transferência condicionada de renda e a melhoria da alimentação e nutrição das famílias beneficiárias no Brasil. Por outro lado, esse estudo aponta que o aumento do poder de aquisição de alimentos não necessariamente está relacionado a um aumento no bem-estar nutricional e no consumo de alimentos de qualidade.

Embora os dados do nosso estudo apresentem alta prevalência de alimentos *in natura*, observamos uma transição nas práticas alimentares, caracterizada por dois cenários de alimentação: o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados nos primeiros meses de vida (2 a 6 meses) e o alto consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 6 a 11 meses de idade. Esse cenário é confirmado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)^[30], na qual em um de seus capítulos e contextualização relata que a dieta habitual dos brasileiros é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, que possuem altos teores de gordura, sódio, açúcar e valor energético, mas baixo teor de micronutrientes.

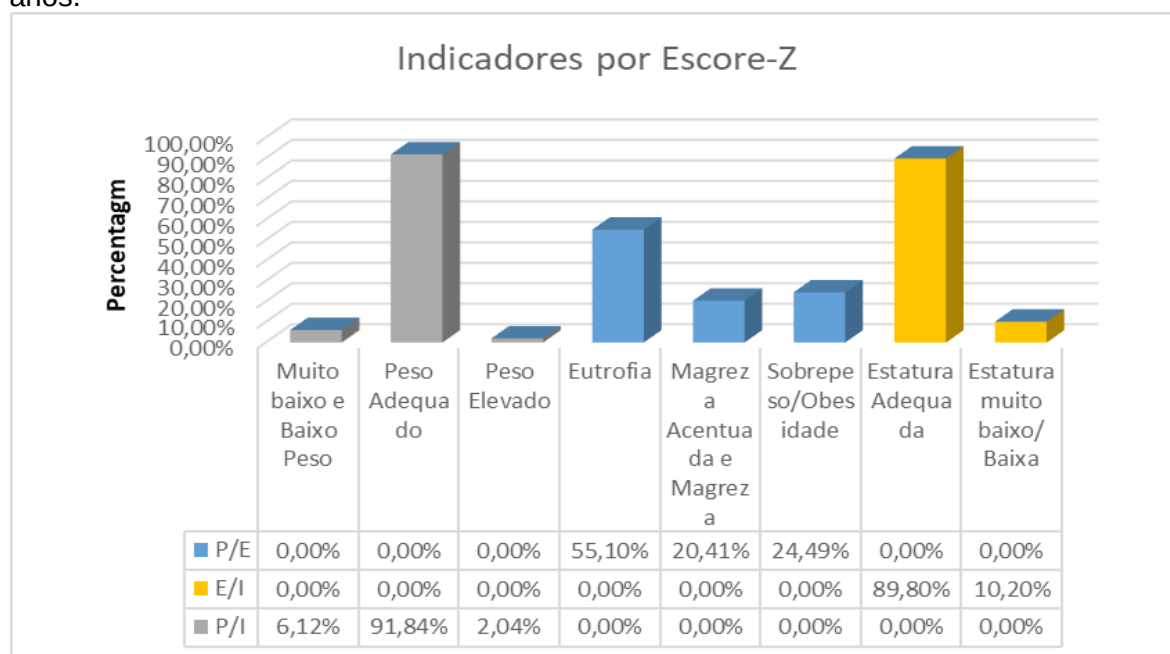
Dentro deste contexto, cumpre destacar que as deficiências quantitativas ou qualitativas de consumo alimentar ocasionam alterações no crescimento ponderal, podendo persistir e ocasionar atrasos reversíveis ou irreversíveis no crescimento linear das crianças.

Os resultados do estado nutricional das crianças em relação aos índices preconizados estão descritos nos gráficos a seguir. O índice P/I é amplamente usado no diagnóstico e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Ele reflete a situação global, não diferenciando os comprometimentos nutricionais atuais ou agudos dos progressos ou crônicos; o índice E/I examina o crescimento linear das crianças, revelando ocorrências de deficiências nutricionais de longa duração ou progressos; o índice P/E é um indicador do estado nutricional atual, o qual dispensa dados sobre a idade e expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e

estatura, sendo utilizado para identificar o emagrecimento como também o excesso de peso da criança; por último, o índice IMC/I expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura, utilizado principalmente para identificar o excesso de peso entre crianças e adolescentes, e pode ser empregado em outras fases do curso da vida^[17]

Os resultados de desnutrição e excesso de peso, segundo o indicador P/E, foi de 20,41% e 24,49%, respectivamente, nos menores de 2 anos, enquanto 10,2% estavam com muito baixo/ baixa estatura, pelo E/I. Quando avaliados pelo P/I, nossos resultados mostravam que quase 91,84% das crianças nessa faixa etária apresentam eutrofia/peso adequado e 6,12% apresentaram risco de nutrição/desnutrição, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1. Avaliação dos indicadores antropométricos segundo Escore-Z das crianças de 0 a 2 anos.



Fonte: Dados do estudo, 2021.

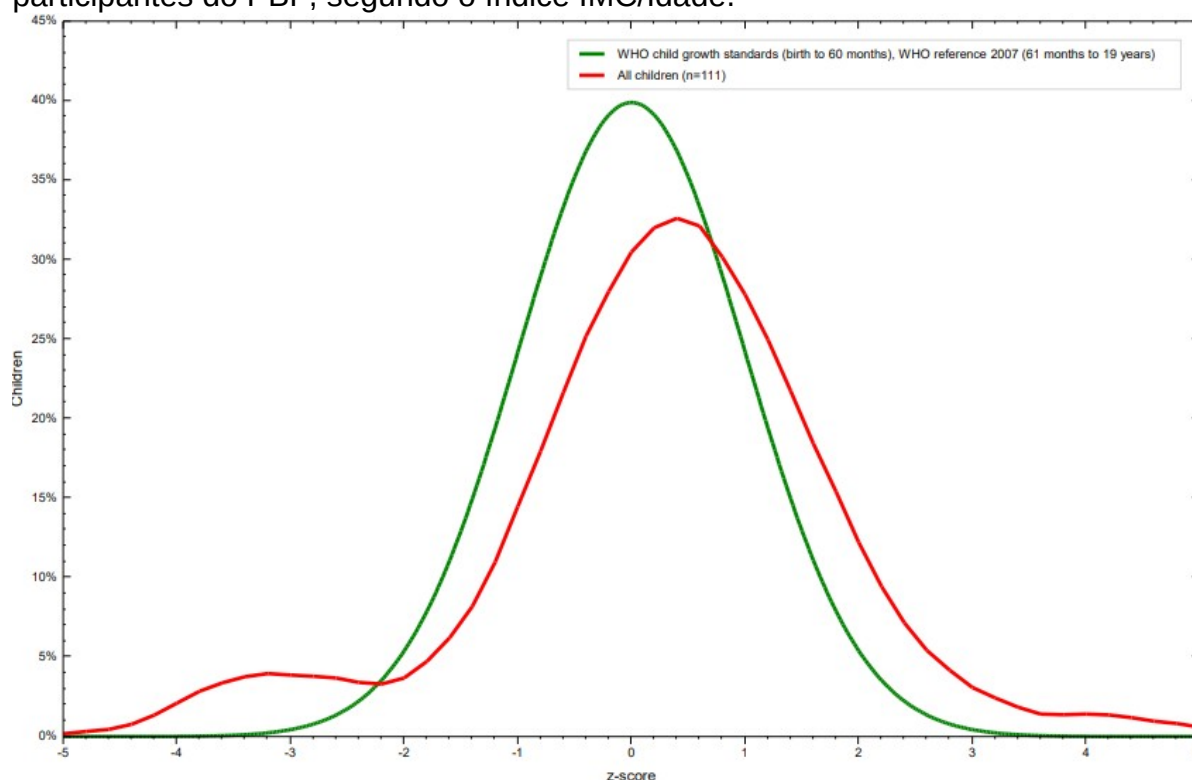
Os resultados deste estudo apontam que a maioria das crianças de 0 a 2 anos se encontram com peso adequado para estatura, peso adequado para idade, estatura adequada para idade. Entretanto observou-se uma prevalência considerável de crianças com sobrepeso/obesidade e magreza / magreza acentuada.

Nos dados antropométricos das crianças maiores de 2 anos (2 a 5 anos), observamos que as crianças nesta faixa etária apresentaram melhores resultados de adequação para P/I (96,40%), E/I (99,10%) e IMC/I (69,36%). Por outro lado, a prevalência da obesidade e sobrepeso (23,43%) foi considerável.

As curvas geradas no software *Anthro Plus* (versão 1.0.4) podem ser visualizadas nos Gráficos 2 e 3. Elas apresentam a comparação da curva do índice IMC/idade e altura/idade das crianças maiores de 5 anos com as curvas de referência propostas pela OMS.

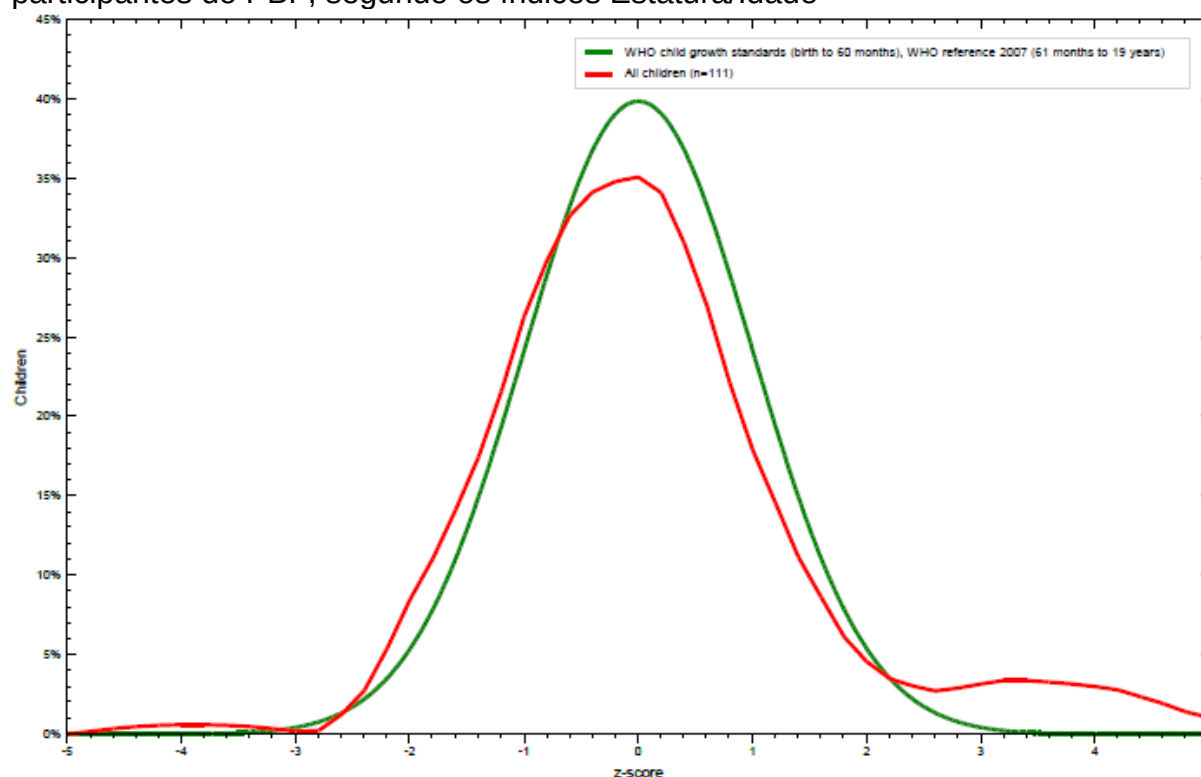
Observa-se no Gráfico 2 uma inclinação para direita no padrão para IMC/Idade, o qual indica maiores proporções de sobrepeso e obesidade (23,43%) nessas crianças em relação a curva de referência da OMS. Já no Gráfico 3, referente ao índice de E/I notamos uma inclinação da curva à esquerda, apresentando um pequeno déficit (0,9%) em relação ao padrão esperado.

Gráfico 2. Curvas padrão da WHO Anthro Plus das crianças de 2 a 5 anos, participantes do PBF, segundo o índice IMC/Idade.



Fonte: Dos autores, 2021

Gráfico 3: Curvas padrão da WHO Anthro Plus das crianças de 2 a 5 anos, participantes do PBF, segundo os índices Estatura/Idade



Fonte: Dos autores, 2021

Os resultados observados nas crianças deste estudo podem estar relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis dos participantes do PBF e práticas alimentares inadequadas. Nos estudos realizados em 2006 por Carmo e colaboradores observaram que o aumento de excesso de peso infantil nas classes de baixa renda, possivelmente, está relacionado ao maior consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gordura trans.^[31]

A obesidade/sobrepeso e magreza acentuada mostraram ser os principais agravos nutricionais relativos aos dados antropométricos avaliados nas duas faixas etárias no período estudado. Os valores encontrados no nosso estudo são maiores que as últimas pesquisas da PNDS^[23] para região Sudeste, no qual apresentaram situações de excesso de peso em 7% das crianças, indicando exposição moderada desta população ao risco de obesidade na infância. Enquanto que o déficit de peso foi de 1,5% nessa macrorregião, no qual o município em estudo faz parte. A desnutrição reduziu significativamente entre 1989 e 2006, passando de 7,1% para 1,7% em todo o espaço nacional^[22].

De acordo com os estudos citados na publicação da PNAN (2013) houve diminuição das taxas de desnutrição no país, todavia, a prevalência de desnutrição crônica ainda é persistente em grupos vulneráveis da população, afetando

principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza como aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda, o que indica importância da assistência em saúde para esse público^[22].

No período do estudo, a maior parte das crianças nas duas faixas etárias apresentaram altura adequada para idade; no total 6 crianças (11,1%) menores de 5 anos, apresentaram muito baixa estatura e baixa estatura. O déficit de altura reduziu significativamente entre 1989 e 2006, passando de 13,4% para 6,7%, segundo os estudos de PNDS^[23]. São dados bastantes relevantes pois a baixa estatura das crianças afere a qualidade de vida infantil, ou seja, o crescimento da criança é um evento altamente sensível às condições do ambiente, social e econômico em que vive sua família.

Sabe-se que a baixa estatura das crianças está relacionada ao precário nível econômica de suas famílias, conforme observado nos estudos realizado no estado da Paraíba em 2016, no qual a ocorrência de baixa estatura foi 2 vezes maior entre crianças com renda per capita familiar menor do que 0,5 salário mínimo em comparação às famílias com renda per capita entre 0,5 a 1 salário mínimo^[32]. A primeira infância é marcada por grandes transformações que demandam adequação no consumo alimentar. Sendo assim, a alimentação durante esse período, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta.

CONCLUSÕES

A situação da segurança alimentar e nutricional, classificada pela EBIA, apresentou relação com os resultados obtidos através dos indicadores do estado nutricional e do consumo alimentar. A utilização desses três indicadores nos permitiu visualizar as múltiplas dimensões da insegurança alimentar e nutricional, assim como vários fatores associados a esse fenômeno.

Embora o PBF estabeleça como um dos objetivos a redução da IAN, a prevalência de domicílios nesta condição ainda é significativa. A prevalência de excesso de peso e desnutrição mostraram-se elevadas, assim como o consumo de alimentos ultraprocessados. Diante desses resultados sugere-se que o PBF reforce as ações de Educação Alimentar e Nutricional, no contexto da garantia do DHAA e da SAN.

Desta forma, as evidências geradas por esta pesquisa poderão ser utilizadas por gestores a fim de aprimorar ou redefinir suas prioridades e ações em saúde e nutrição em nível municipal e estadual. Além disso, os fenômenos aqui estudados não são propriamente singulares da região, mas também representam dados importantes que podem ser generalizados para outras populações com características similares, independentemente da região que pertença. Cumpre destacar que não há como promover o acesso à alimentação sem incidir sobre o sistema produtivo, comercial e de disponibilização de alimentos. É importante o incentivo aos gestores para a criação no município de Equipamentos Públicos de SAN que promovam o DHAA, como Cozinhas Comunitárias, Hortas Comunitárias e a reativação do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, a nível Federal, e ainda, o fortalecimento dos Conselhos de SAN a nível Estadual e Municipal. Vê-se ainda a necessidade de Formação de Profissionais capacitados a fim de fazerem seus papéis na atenção primária e na educação onde os profissionais de saúde serão mediadores da educação e da promoção enfatizando a importância da Alimentação como Direito.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Lei nº 11 346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação e dá outras providências [internet]. Brasília: Senado Federal; 2006 [citado em 2021 mar 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346 .

[2] World Food Programme. The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI) Report [internet]. Rome: WFP; 2017 [citado em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://www.wfp.org/publications/2017-state-food-security-and-nutrition-world-sofi-report>

[3] Ziegler J, Golay C, Way SA. The fight for the right to food: lessons learned [internet]. 2011. [citado em 2020 nov 5]. Disponível em: <http://www.righttofood.org/work-of-jean-ziegler-at-the-un/what-is-the-right-to-food/>

[4] Ziegler J. Right to food [internet]. 2012. [citado em 2020 nov 05]. Disponível em: <http://www.righttofood.org/>

[5] Silva MZT. A segurança e a soberania alimentares: conceitos e possibilidades de combate à fome no Brasil [internet]. 2020. [citado em 2020 nov 10]. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/8626>

[6] Conti IL, Schroeder EO. Convivência com o Semiárido Brasileiro: Autonomia e protagonismo social [internet]. Brasília: FAURGS, Editora IABS, MDS; 2013. [citado em 2020 nov 10]. Disponível em: http://plataforma.redesan.ufrgs.br/biblioteca/mostrar_bib.php?COD_ARQUIVO=17909

[7] Segall CAM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas: Estudos Avançados [internet]. 2007.[citado em 2020 de nov 9] v.21 (60), p. 143-154. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ea/a/8qcpvbnzZrdvrRXbHRJ76mg/?lang=pt>

[8] Figueroa Pedraza D. Grupos vulnerables y su caracterizacion como critério de discriminacion de la seguridad alimentaria y nutricional em Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico eletrônico]. 2005 [citado em 2020 nov 6]; 5(3):367-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a13v5n3.pdf>

[9] Brasil. Relatórios de Informações Sociais[internet]. Brasília: Ministério da Cidadania 2020. [citado em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/index.php>

[10] Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas [IBASE]. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas (2007-2008): documento síntese. Rio de Janeiro: IBASE; 2008. [citado em 2020 nov 14]. Disponível em: https://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf

[11] Segall Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. Seg Alim Nutric [internet]. 2015 [citado em 2020 nov 10]; 16(2):1-19, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634782>

[12] Brasil. Relatório da Oficina Técnica para Análise da Escala de Medida Domiciliar da Insegurança Alimentar (Nota técnica nº 128). [internet]. Brasília, DF: MDS e Secretaria

de Avaliação e Gestão da Informação; 2010. [citado em 2021 mar 3]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/aceso_informacao/auditoria/relatorio_gestao_2015/Relatorio%20de%20Gestao%20SESAN.pdf

[13] Brasil. Guia alimentar para a população brasileira [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 2021 fev 05]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

[14] Brasil. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 2021 mar 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

[15] Brasil. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado em 2021 mar 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

[16] Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 2020 mar 03]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/marcadores_de_consumo.pdf

[17] 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.

[18] World Health Organization [WHO]. Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight for-weight and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

[19] World Health Organization [WHO]. Physical status: the use of and interpretation and anthropometry –Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1995.

[20] World Health Organization [WHO]. AnthroPlus for personal computers manual: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO; 2009.

[21] Poblacion AP. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal de São Paulo; 2014. [citado em 2020 mar 28]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1067.pdf>

[22] Bezerra TA. (In)segurança alimentar familiar com enfoque na iniquidade social [Dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2014 [citado em 2021 fev 26]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2365/2/PDF%20-%20Tha%20C%20ADse%20Alves%20Bezerra.pdf>.

[23] Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [citado em 2021 mar 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

[24] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 2021 abr 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>

[25] Brasil. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal [internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. [citado em 2021 mar 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.

[26] UFRJ. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil –ENANI-2019: Resultados preliminares –Indicadores de aleitamento materno no Brasil [internet]. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9p. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-parcial-aleitamento-materno_ENANI-2019.pdf

[27] Toloni MHA, Silva GL, Konstantyner T, Taddir JAAC. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. Rev Paul. Pediatr [internet]. 2014 [citado em 2021 mai 10]; 32(1):37-43. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/pt_0103-0582-rpp-32-01-00037.pdf

[28] Selects Guardian. Food apartheid: the root of the problem with America's groceries: food poverty [internet]. 2018 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2018/may/15/food-apartheid-food-deserts-racism-inequality-america-karen-washington-interview>.

[29] Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Monteiro CA. Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. Rev Saúde Pública [internet]. 2013 [citado em 2020 mar 28]; 47:1159-1171. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01159.pdf>.

[30] Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2020 mar 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

[31] Carmo AS, Almeida LM, Oliveira DR, Santos LC. Influence of the Bolsa Família program on nutritional status and food frequency of schoolchildren. J Pediatr (Rio J). 2016; 92:381-387.

[32] Pedraza DF, Sales MC, Menezes TN. Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do Estado da Paraíba, Brasil. Ciência Saúde Coletiva [internet]. 2016 [citado em 2021 mar 29]; 21(3): 935-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0935.pdf>