



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Millene Monteiro Sales

**Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma
Unidade de Atenção Primária**

Rio de Janeiro

2026

**Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma
Unidade de Atenção Primária**



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientador (a): Ma. Juliana Spinula dos Santos

Rio de Janeiro

2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à força maior que, mesmo sem nome ou forma definida, esteve presente ao longo de toda essa caminhada, guiando meus passos, me protegendo e me dando resiliência nos momentos mais desafiadores. Acredito que nada acontece por acaso, e essa presença silenciosa foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Meu sincero agradecimento ao meu namorado, Yves, pelo apoio constante e sem julgamentos, pela paciência, pelo carinho e por acreditar em mim mesmo quando eu mesma duvidei. Sua presença fez toda a diferença durante esse processo.

À minha mãe, Cida, e à minha tia, Nilda, deixo minha profunda gratidão por todo amor, cuidado e apoio. Vocês e o Yves foram a minha base e força em todos os momentos, e nada disso seria possível sem vocês.

Às minhas R-irmãs, Ana Carolina, Márcia, Rafaela e Stephany, agradeço pelo companheirismo, consideração e por tornarem essa jornada mais leve. Ter vocês ao meu lado foi um privilégio e sentirei a ausência de vocês todos os dias.

Às RIs que ingressaram em 2025, Ana Vitória, Ana Beatriz, Jamille e Thaís, deixo meu agradecimento pela convivência, parceria e apoio ao longo dessa etapa. A presença e a troca com vocês foram importantes e contribuíram de forma positiva para meu percurso como residente do segundo ano.

Também agradeço à minha Orientadora Ma. Juliana Spinula pela paciência às várias indecisões em relação a este trabalho e sou muito agradecida por você me guiar a ser a Enfermeira que sou hoje, desde 2023 me ensinando e me mostrando o caminho como acadêmica bolsista, até chegar à formação. Ademais, quero agradecer à minha segunda preceptora ao decorrer do caminho da pós graduação, Jéssica Maria. Sua consideração, respeito e valorização acerca da minha competência fizeram **muita** diferença no ano anterior bastante desconcertante.

Também agradeço pelo ganho, apesar da espera talvez um pouco longa, da minha terceira preceptora, Larissa Artimos. Ser preceptora é seu maior talento: seu cuidado, atenção, elogios e reconhecimento profissional foram essenciais nesse final da caminhada. Em um período em que minha saúde mental estava fragilizada, encontrei em você escuta e apoio genuínos. Sua postura humana, empática e seu comprometimento permitiu que eu seguisse em frente com mais segurança, confiança e força para concluir esta etapa.

RESUMO

MONTEIRO, Millene Monteiro Sales. **Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma Unidade de Atenção Primária**. 2026. Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

A alimentação adequada nos primeiros dois anos de vida é determinante para o crescimento saudável e a prevenção de agravos nutricionais ao longo de toda a vida do indivíduo. Este estudo tem como objetivo identificar os padrões alimentares de crianças menores de dois anos cadastradas em uma Equipe de Saúde da Família em uma Unidade de Atenção Primária (UAP) do município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa, que foi realizado por meio da aplicação do questionário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN, complementado por formulário sociodemográfico. A pesquisa identificou a coexistência de hábitos alimentares adequados e inadequados em crianças menores de dois anos atendidas pela eSF, este último está associado a baixas taxas de amamentação exclusiva e complementar e ao consumo de alimentos ultraprocessados; incorporando-se a influência de fatores raciais, socioeconômicos e familiares ao contexto alimentar. Portanto, a pesquisa concluiu que a utilização dos Marcadores Alimentares no cotidiano da APS é viável, visando promover uma vigilância mais sistemática da alimentação das crianças.

Palavras-chave: (“Consumo Alimentar”); (Crianças); (“Atenção Primária à Saúde”)

LISTA DE GRÁFICOS

Perfil do Cuidador:

Gráfico 1 - Dados Sociodemográficos - Sexo	26
Gráfico 2 - Dados Sociodemográficos - Raça/cor.....	27
Gráfico 3 - Dados Sociodemográficos - Idade.....	28
Gráfico 4 - Dados Sociodemográficos - Estado civil.....	29
Gráfico 5 - Dados Sociodemográficos - Escolaridade.....	30
Gráfico 6 - Dados Sociodemográficos - Ocupação.....	31
Gráfico 7 - Dados Sociodemográficos - Vínculo de trabalho.....	31
Gráfico 8 - Dados Sociodemográficos - Renda familiar.....	32
Gráfico 9 - Dados Sociodemográficos - Cuidador recebe algum benefício do governo.....	33
Gráfico 10- Dados Sociodemográficos - Quantas pessoas moram na casa do cuidador.....	34
Gráfico 11 - Dados Sociodemográficos - O cuidador já participou de algum grupo relacionado à amamentação e alimentação da criança.....	34

Perfil da Criança:

Gráfico 12 - Dados Sociodemográficos - Sexo.....	36
Gráfico 13 - Dados Sociodemográficos - Idade.....	37
Gráfico 14 - Dados Sociodemográficos - Qual a cor da sua criança.....	37
Gráfico 15 - Dados Sociodemográficos - Com qual peso sua criança nasceu.....	38
Gráfico 16 - Dados Sociodemográficos - Qual aleitamento é realizado se sua criança tem menos de 6 meses.....	39
Gráfico 17 - Dados Sociodemográficos - Sua criança possui algum tipo de deficiência? (intelectual, visual, auditiva, física ou múltipla).....	40
Gráfico 18 - Dados Sociodemográficos - A decisão sobre o alimento ofertado à sua criança é apenas sua ou compartilhada com outra pessoa? Com quem?.....	41
Gráfico 19 - Dados sociodemográficos - As pessoas que convivem com sua criança respeitam sua decisão sobre quais alimentos podem ou não serem ofertados à sua criança?.....	42
Gráfico 20 - Dados sociodemográficos - Sua criança frequenta a creche? Se sim, você tem acesso a informação sobre os alimentos ofertados à ela pela creche?.....	43

Marcadores do consumo alimentar - 0 a 6 meses:

Gráfico 21 - Marcadores do consumo alimentar: A criança ontem tomou leite do peito.....	44
Gráfico 22 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança tomou mingau.....	45
Gráfico 23 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança tomou água/chá.....	46

Gráfico 24 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu leite de vaca.....	47
Gráfico 25 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu fórmula infantil.....	47
Gráficos 26 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu suco de fruta ou fruta.....	48
Gráfico 27 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ou outros alimentos/bebidas.....	49/50
Marcadores do consumo alimentar - 6 a 23 meses e 29 dias:	
Gráfico 28 - Marcadores do consumo alimentar: A criança ontem tomou leite do peito?.....	51
Gráfico 29 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?.....	52
Gráfico 30 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Se sim, quantas vezes?.....	53
Gráfico 31 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa, ou sopa)? Se sim, quantas vezes?.....	54
Gráfico 32 - Marcadores do consumo alimentar: Se sim, essa comida foi oferecida como?.....	55
Gráfico 33 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu outro leite que não o do peito?.....	56
Gráfico 34 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu mingau com leite? Qual tipo de mingau?.....	57
Gráfico 35 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu iogurte natural?.....	59
Gráfico 36 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)?.....	59
Gráfico 37 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)?.....	60
Gráfico 38 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu verdura de folha (alface, acelga, repolho)?.....	61
Gráfico 39 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?.....	62
Gráfico 40 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu fígado?.....	63
Gráfico 41 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu feijão?.....	63
Gráfico 42 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?.....	64

Gráfico 43 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?.....	65
Gráfico 44 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?.....	66
Gráfico 45 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?.....	67
Gráfico 46 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma de execução.....

Tabela 2 - Recursos necessários para a execução da pesquisa.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMS	Assembléia Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BF	Bolsa Família
BLW	Baby-led Weaning
CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CFC	Cartão Família Carioca
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CNM	Confederação Nacional De Municípios
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPIC	Cartão Primeira Infância Carioca
DAM	Diversidade Alimentar Mínima
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eSF	Equipe de Saúde da Família
et al	E outros
etc.	Et Cetera
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MTA	Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCD	Pessoa com Deficiência

PEP	Prontuário Eletrônico
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNE	Plano Nacional de Educação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
S.D	Sem Data
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Atenção Primária
UAPI	Unidade Amiga da Primeira Infância
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
®	Marca Registrada
n	Frequência Absoluta
()	Parênteses
[]	Colchetes
R\$	Moeda Brasileira - Real
Kg	Quilograma
“”	Aspas
;	Ponto e vírgula
,	Vírgula

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	QUESTÃO DA PESQUISA.....	12
3	JUSTIFICATIVA.....	13
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Geral.....	16
4.2	Específicos.....	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6	METODOLOGIA	21
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
7.1	Dados Sociodemográficos - Perfil do Cuidador.....	26
7.2	Dados Sociodemográficos - Perfil da Criança.....	36
7.3	Marcadores do Consumo Alimentar - 0 a 6 meses.....	44
7.4	Marcadores do Consumo Alimentar - 6 a 23 meses e 29 dias.....	51
8	Construção de um produto técnico-tecnológico: folheto educativo sobre alimentação de crianças menores de dois anos.....	69
9	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	71
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	
	APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	
	APÊNDICE B – RECURSOS NECESSÁRIOS.....	
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	APÊNDICE D –TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE.....	
	APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	
	APÊNDICE F - DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS.....	
	APÊNDICE G - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	
	APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR.....	
	APÊNDICE I - ÁRVORE DE PROBLEMAS.....	

**APÊNDICE J - PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (FOLHETO)
DESTINADO AOS RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS MENORES DE 2
ANOS ATENDIDAS NA UAP.....**

1. INTRODUÇÃO

A escolha em abordar a temática de alimentação para menores de dois anos se justifica devido à sua importância científica e de saúde pública, além da trajetória acadêmica desenvolvida na área da saúde materno-infantil. Durante a formação, a realização do Trabalho de Conclusão de Curso pela autora aprofundou os conhecimentos teóricos sobre o assunto, favorecendo uma melhor compreensão das complexidades das práticas alimentares na primeira infância. O envolvimento constante com essa temática ao longo da formação acadêmica despertou um interesse maior e um comprometimento com o tema, reconhecendo a amamentação e a alimentação complementar como essenciais para promover a saúde, prevenir problemas nutricionais e garantir um crescimento e desenvolvimento adequados das crianças, o que motiva a realização deste estudo no contexto da residência.

A nutrição adequada nos primeiros dois anos de vida determina de forma direta o bem-estar, o crescimento e desenvolvimento ao longo de toda a vida do indivíduo. As características da alimentação ofertada aos lactentes nesta fase da vida impactam na saúde dos mesmos, contribuindo para escolhas alimentares mais saudáveis na vida adulta (Brasil, 2019).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é definido como a oferta exclusiva de leite materno até aos seis meses de idade da criança, recebendo-o diretamente de sua mãe ou após ordenhado, excluindo-se a oferta de chás, sucos e outros alimentos. A OMS passou a recomendar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses como diretriz a partir do ano de 2001, quando foram comprovados os benefícios do aleitamento exclusivo até essa idade, ao mesmo tempo em que não foram verificadas vantagens na oferta de alimentos em uma idade mais precoce (Carvalho e Gomes, 2017).

A história da amamentação no Brasil envolve aspectos culturais e narrativas promovidas pela mídia, levando a baixas taxas de aleitamento materno exclusivo. Na década de 1950, a industrialização chegou ao país com mais força, houve um aumento expressivo das propagandas de leites artificiais, como o “Leite Moça”, induzindo um maior consumo desses leites em detrimento do leite materno. Além disso, a herança cultural dos mais velhos em relação a oferta de outros leites, mingaus e chás ainda com poucos meses continua até os dias atuais reverberando no desenvolvimento das crianças (Silva, 2024; Carvalho e Gomes, 2017).

A Assembléia Mundial da Saúde (AMS), órgão supremo de decisão da OMS, aprovou em 2012 a meta de nutrição global com objetivo de atingir, no mínimo, 50% de

amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida até 2025 com aumento dessa taxa para 70% até 2030. Entretanto, no último relatório divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2022, a prevalência de aleitamento materno exclusivo na Região das Américas era de 32,3% (OPAS, 2022).

No Brasil, a situação apresenta um cenário mais positivo, conforme indica a Organização Pan-Americana de Saúde, mostrando uma taxa superior em comparação à América Latina (32,3%), embora ainda esteja abaixo dos 40% (OPAS, 2022).

Já segundo relatório brasileiro, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, divulgado em 2021 referente a dados coletados em 2019, os números alcançaram 45,8% no país. Em referência às regiões brasileiras, o sudeste e sul atingiram dados mais positivos, com 49,1% e 54,3%, respectivamente (ENANI, 2021).

Sabe-se que a introdução aos alimentos deve ocorrer de forma complementar ao aleitamento materno a partir dos seis meses de vida da criança, de modo que a amamentação continue sendo a principal fonte de alimentação até um ano de idade. Nesse sentido, é importante entender a importância da introdução saudável dos alimentos, a fim de prevenir impactos negativos na vida do lactente, como a obesidade infantil.

Em 2022 o Ministério da Saúde avaliou a situação alimentar durante a infância no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O levantamento identificou que apenas 13% das crianças menores de dois anos haviam consumido, no dia anterior à pesquisa, alimentos ricos em ferro (essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças). Ademais, notou-se que 15,5% delas apresentaram sobrepeso e obesidade, demonstrando uma situação preocupante em relação ao risco de agravos à saúde das crianças nesta faixa etária (Brasil, 2019; Brasil, 2022).

Nesse sentido, além dos indicadores em saúde sobre aleitamento materno exclusivo, é interessante compreender os aspectos da qualidade da ingestão alimentar. Sabe-se que a introdução alimentar é recomendada somente a partir dos seis meses de vida da criança, de forma gradual, com alimentos naturais e sólidos. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), os alimentos identificados como ultraprocessados foram apontados como de alto predomínio nas refeições de crianças de 6 a 23 meses de idade, alcançando a prevalência de 44%.

Os alimentos ultraprocessados não são recomendados para consumo alimentar de crianças e adultos, pois esse tipo de processamento passa por diversas modificações industriais, adicionando-se ao produto espécies de gordura, tipos de açúcares, conservantes, sal e aditivos. Esse processamento torna o alimento pobre em nutrientes e rico em sabor,

induzindo o indivíduo a ingerir maiores quantidades na refeição (Brasil, 2019).

O uso excessivo e prolongado de alimentos categorizados como nutricionalmente pobres, os ultraprocessados, traz sérias consequências à saúde. Nesse contexto, destaca-se a correlação desse hábito com doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial; doenças metabólicas, como diabetes mellitus e obesidade; além do câncer, igualmente relevante (BRASIL, 2019).

Compreender a prática de consumo alimentar da criança e família é essencial para identificar inadequações e propor melhorias no padrão alimentar, sobretudo dentro do contexto da APS. Para tal propósito, é necessário avaliar de forma contínua o consumo alimentar durante as consultas de acompanhamento das crianças menores de dois anos na atenção primária (Brasil, 2015).

Um instrumento de avaliação viável é o formulário “Marcadores de Consumo Alimentar”, o qual investiga a alimentação dos lactentes no dia anterior àquele em que o instrumento é aplicado. A partir da aplicação do marcador, é possível desenvolver indicadores de saúde, realizar a vigilância nutricional de determinada população infantil e aconselhar, com base nas evidências científicas, um consumo alimentar mais saudável (Brasil, 2015).

No âmbito da Atenção Primária no Rio de Janeiro, a ficha dos marcadores alimentares não eram abordados na seção dedicada à puericultura, o que dificultava a utilização do questionário e limitava a profundidade das avaliações sobre a ingestão alimentar. Contudo, recentemente, houve uma atualização no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na seção de Saúde da Criança, que incorporou tal formulário, essa mudança pode expandir a análise e o monitoramento da alimentação de crianças com menos de dois anos.

A Iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) é reconhecida como uma estratégia de qualificação técnica, de educação permanente entre profissionais de saúde, acompanhamento e vigilância do crescimento e desenvolvimento de crianças de até seis anos de idade nas Unidades de Atenção Primária (UAP). Tal iniciativa surgiu em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outros membros, sendo realizada em grandes cidades brasileiras, como no Rio de Janeiro e Fortaleza (UNICEF, Brasil, 2021; UNICEF Brasil, 2024).

O processo de implementação da UAPI tem a duração de 18 meses, após esse período o serviço de saúde é avaliado seguindo indicadores pré-estabelecidos, a fim de se conquistar a certificação de Unidade Amiga da Primeira Infância. Entre os resultados

esperados, identifica-se aquele voltado à melhoria do estado nutricional das crianças menores de 6 anos, a partir da promoção do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida e a alimentação saudável da criança (UNICEF Brasil; CEDAPS, 2023).

Entretanto, a avaliação da qualidade da alimentação ainda não é feita de forma descentralizada, não sendo, por exemplo, um dos critérios considerados na Iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância.

Além da UAPI, desde 2005 a Secretaria do Estado do Rio de Janeiro instituiu a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) como primeiro plano de incentivo ao aleitamento humano e alimentação saudável. A IUBAAM é uma estratégia que visa promover, proteger e apoiar a amamentação no âmbito da APS (SES RJ, 2023).

Essa ação foi inspirada na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), buscando garantir que os serviços da APS estejam preparados para apoiar às mães e famílias desde o pré-natal até o segundo ano de vida da criança, com foco em alcançar os dez passos para o sucesso da amamentação, incluindo a amamentação exclusiva até os seis meses e a introdução adequada de alimentos complementares (SES RJ, [s.d]; Oliveira, et. al, 2001).

Um dos passos da IUBAAM é a formação de grupos educativos com gestantes durante o pré-natal, que são momentos importantes de educação em saúde. Nesses espaços, as gestantes e famílias podem receber informações sobre os benefícios do aleitamento materno e técnicas de amamentação; direitos e deveres da pessoa que gesta e acompanhante; informações sobre cuidados com o recém nascido, importância das vacinas e da triagem neonatal, entre outros (SES RJ, [s.d]; Oliveira, et. al, 2001).

Nesse contexto, a estratégia da IUBAAM está presente na Unidade de Atenção Primária em que a autora atua. Nesta unidade, além de todos os grupos supracitados, também é realizada a educação em saúde coletiva sobre a Introdução Alimentar Saudável.

Deu-se o nome ao grupo de "Do Peito ao Prato", uma ação que visa orientar pais e cuidadores no processo de introdução alimentar saudável, respeitosa e acessível, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. O grupo busca sanar dúvidas sobre os alimentos mais adequados, formas de preparo, sinais de prontidão da criança e como manter a amamentação junto à alimentação complementar até pelo menos os dois anos de idade.

A utilização dos grupos educativos como ferramenta da IUBAAM são fundamentais para promover práticas alimentares saudáveis desde os primeiros mil dias de vida, período crítico para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (SBP, 2018; Carvalho e Gomes, 2017). A educação em saúde em grupo pode fortalecer o conhecimento das famílias, aumentar a prevalência do aleitamento materno e melhorar os indicadores de

saúde infantil, incluindo a redução dos casos de diarreia aguda em crianças (Carvalho e Gomes, 2017).

2. QUESTÃO DE PESQUISA

Diante do cenário exposto acima acerca do consumo alimentar de crianças menores de dois anos, este estudo busca responder à seguinte questão: **quais os padrões de consumo alimentar de crianças menores de dois anos cadastradas em uma eSF de uma Unidade de Atenção Primária?**

Considerando essa indagação, compreender a dinâmica do consumo alimentar de lactentes torna-se um passo fundamental para embasar estratégias de promoção da alimentação saudável. Esse panorama evidencia a necessidade de intervenção, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, onde ocorre o primeiro contato longitudinal com a população infantil (Gomes, et al, 2024).

3. JUSTIFICATIVA

O consumo alimentar nos primeiros dois anos de vida é determinante para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, além de exercer impacto direto na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida. Nesse contexto, a amamentação exerce papel fundamental, sendo recomendada de forma exclusiva até os seis meses de idade e mantida de forma complementar até dois anos ou mais, por fornecer nutrientes essenciais, fatores imunológicos e favorecer o vínculo afetivo entre mãe e filho (Brasil, 2019).

No entanto, observa-se que, de forma cada vez mais precoce, crianças menores de dois anos estão expostas a padrões alimentares inadequados, marcados pelo consumo excessivo de produtos ultraprocessados e pela baixa oferta de alimentos in natura ou minimamente processados. Estudo conduzido por Gomes et al. (2024) em uma metrópole brasileira atestou a prevalência do consumo de ultraprocessados em crianças menores de um ano em mais de 80% da amostra, associando essa prática a alterações na antropometria, como sobrepeso, e a níveis mais baixos de hemoglobina, caracterizando quadros de anemia em lactentes em situação de vulnerabilidade.

Mais dados nacionais confirmam esse cenário. Entre os bebês de 6 a 23 meses, cerca de 63% atingem a chamada “diversidade alimentar mínima”, definida como a ingestão de pelo menos seis grupos alimentares ao dia. Ao mesmo tempo, apenas 8,4% desses lactentes conseguem essa diversidade sem incluir ultraprocessados na dieta, o que denota uma certa dificuldade em atingir uma adequação alimentar saudável. A prevalência do consumo desses produtos ultraprocessados é elevada, chegando a 80,5% nessa faixa etária, com destaque para as regiões Norte e entre populações socialmente vulneráveis (Lacerda et al., 2023; Spaniol et al., 2021).

Os alimentos ultraprocessados mais frequentes incluem biscoitos, tanto doces quanto salgados, e farinhas instantâneas espessantes adicionadas de açúcar. Por outro lado, cereais, raízes, tubérculos e produtos lácteos são alguns dos itens mais comumente disponíveis (Lacerda et al., 2023; Spaniol et al., 2021). Esse tipo de consumo desde a infância prejudica a qualidade nutricional da alimentação, aumentando a ingestão de açúcares, sódio e gorduras saturadas, enquanto limita a quantidade de fibras e micronutrientes fundamentais, contribuindo para o desenvolvimento de deficiências nutricionais, obesidade infantil e outras condições metabólicas (Petrid et al., 2024; Spaniol et al., 2021).

De fato, a desigualdade social afeta todas as faixas etárias, no entanto crianças de lares mais pobres mostram uma maior taxa de aleitamento materno, pois possuem um acesso reduzido a alimentos frescos. Por outro lado, a ingestão de biscoitos e bebidas açucaradas é comum em todos os níveis sociais, abrangendo tanto famílias em situação de vulnerabilidade quanto aquelas mais abastadas (Rinaldi; Conde, 2019). Em determinadas áreas, como no Sul do Brasil, a baixa taxa de deficiência em micronutrientes é atribuída à fortificação de alimentos processados, que, embora ajude a minimizar carências, pode provocar um consumo excessivo de certos outros nutrientes (Sangalli; Rauber; Vitolo, 2016).

Dessa forma, diversos fatores explicam um comportamento alimentar inadequado, como a escolaridade materna, a idade precoce das mães e condições socioeconômicas desfavoráveis (Giesta et al., 2019). Essas desigualdades reforçam a importância de compreender a alimentação infantil como fenômeno social e não apenas biológico.

É fundamental ressaltar que, nas outras faixas etárias, a situação da alimentação infantil continua preocupante. Por exemplo, entre crianças em idade escolar (6 a 11 anos), aproximadamente 27,6% afirmam consumir cinco ou mais produtos ultraprocessados diariamente, enquanto 39% ingerem quatro ou menos alimentos considerados naturais ou básicos. O tempo excessivo passado diante das telas e a irregularidade nos horários das refeições são elementos que elevam o risco desse tipo de alimentação inadequada. Por outro lado, a prática regular das três principais refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar, serve como um fator protetor para uma alimentação mais diversificada e reduzida exposição a ultraprocessados (Oliveira et al., 2024). No entanto, há um aumento na substituição de refeições tradicionais por lanches de fast food e bebidas açucaradas, especialmente durante a noite (Cezimbra et al., 2021).

Vale destacar também o grupo dos adolescentes, uma vez que seus hábitos alimentares refletem a consolidação de padrões adquiridos ao longo da infância. Nessa fase, a qualidade da dieta é considerada insatisfatória em todas as regiões do país e entre diferentes classes sociais. O consumo de frutas, verduras e laticínios encontra-se muito abaixo das recomendações, enquanto doces, refrigerantes e biscoitos são ingeridos em excesso. Menos de 30% dos adolescentes consomem vegetais regularmente. Esse perfil alimentar inadequado ainda se soma a outros comportamentos de risco, como o sedentarismo e o hábito de realizar refeições em frente à televisão (Ronca et al., 2020; Azeredo et al., 2015).

Não menos importante, o consumo alimentar dos adultos no país se caracteriza por raízes tradicionais e heranças ocidentais. O padrão tradicional, o qual é baseado no arroz, feijão e carnes, é frequentemente consumido mais por homens, da região Central do país e de

baixa escolaridade. Outro padrão envolve a ingestão de maior quantidade de pães, gorduras e café, envolvendo o perfil de homens com 40 a 59 anos, sudestino e com renda de até dois salários mínimos. Por último, o padrão ocidental, marcado pelo consumo de ultraprocessados, é mais prevalente entre jovens que ganham melhor e que são domiciliados no Sul do país (Antunes, et al., 2021).

Apesar dos alimentos in natura ou minimamente processados ainda serem a maior parte da alimentação ingerida (cerca de 61%), há o crescimento da participação de ultraprocessados, que já respondem por aproximadamente 24% da energia total (Da Silva et al., 2022). O consumo de frutas e hortaliças continua muito abaixo das recomendações e apresentou maior queda após 2015, especialmente entre homens, jovens e indivíduos com maior escolaridade (Veiga et al., 2025).

O aumento contínuo do consumo de ultraprocessados traz implicações negativas bastante relevantes, incluindo maior risco de obesidade, hipertensão, diabetes tipo dois e doenças cardiovasculares, além de possíveis impactos sobre a saúde mental e a qualidade de vida (Da Silva et al., 2022; Santin et al., 2022).

Diante desse cenário, fica claro que a introdução precoce de alimentos inadequados, junto a diferentes contextos sociais e culturais, desempenha um papel na formação de hábitos alimentares que persistem durante a infância, adolescência e vida adulta. Isso eleva o risco de deficiências nutricionais, obesidade infantil e doenças crônicas na vida adulta. Assim, este estudo é relevante para entender os padrões alimentares de crianças com menos de dois anos na Atenção Primária à Saúde (APS) de uma Unidade de Atenção Primária (UAP) em uma grande metrópole como o Rio de Janeiro.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar os padrões alimentares de crianças menores de dois anos cadastradas em uma Equipe de Saúde da Família (eSF) de um UAP do município do Rio de Janeiro;

4.2 Objetivos específicos

1. Aplicar o formulário “Marcadores de Consumo Alimentar” do SISVAN aos responsáveis por crianças menores de dois anos cadastradas uma Equipe de Saúde da Família (eSF) de uma UAP do município do Rio de Janeiro;
2. Identificar a frequência de consumo de alimentos in natura ou minimamente processados e os ultraprocessados entre crianças menores de dois anos cadastradas em uma Equipe de Saúde da Família (eSF) de uma UAP do município do Rio de Janeiro;

Além disso, o presente estudo tem como finalidade secundária a elaboração de um produto técnico tecnológico que visa a realização de uma intervenção sobre a alimentação de crianças menores de dois anos na UAP. O produto construído é um folheto educativo com linguagem clara e objetiva, a fim de alcançar o maior número de indivíduos que convivem com crianças menores de 2 anos, incluindo os responsáveis legais, cuidadores e rede de apoio (APÊNDICE J). A intenção é que o folheto seja apresentado a todas as equipes que compõem a UAP de modo a auxiliar os profissionais na abordagem do consumo alimentar de crianças menores de dois anos cadastradas na unidade de saúde em questão.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O consumo alimentar de crianças menores de dois anos é uma temática crucial para a promoção da saúde e prevenção de agravos nutricionais, sendo amplamente abordado em diretrizes internacionais e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Em 1999 aprovou-se a Política Nacional de Alimentação Saudável (PNAS) objetivando a promoção de políticas públicas voltadas à garantia de uma alimentação adequada e de qualidade para toda a população.

Antes mesmo da formulação da PNAS, o país já tinha proposto iniciativas de vigilância em alimentação saudável da população. Nesse contexto, destaca-se a criação e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no ano de 1977, que possui o objetivo de acompanhar informações acerca da nutrição e do consumo alimentar. Atualmente, o sistema se consolidou como estratégia de monitoramento em alimentação, favorecendo o planejamento de intervenções, inclusive direcionadas para grupos mais vulneráveis, como crianças e gestantes (Ministério da Saúde, [c. 2002]).

Sendo assim, hoje é fato conhecido que a alimentação mais adequada para crianças menores de dois anos envolve a manutenção do aleitamento materno, a introdução oportuna e segura da alimentação complementar saudável, a garantia de diversidade alimentar e a limitação do consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2019).

A fim de avaliar os hábitos alimentares, foi criado o Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, elaborado pelo Ministério da Saúde, integrando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que constitui-se um instrumento valioso e padronizado para monitorar o padrão alimentar das crianças menores de dois anos. Sua aplicação busca entender de forma prática o hábito alimentar do indivíduo, procurando marcadores de alimentação saudável ou não saudável, como por exemplo o consumo de frutas ou refrigerantes. Dessa forma, com a usabilidade do marcador é possível gerar indicadores em saúde que permitam quantificar a porcentagem de crianças com consumo considerado inadequado (uso de ultraprocessados) ou adequado (diversidade alimentar mínima, aleitamento materno etc) (Brasil, 2016).

O marcador contempla três faixas etárias distintas: crianças menores de 6 meses, crianças de 6 a 23 meses e indivíduos com mais de dois anos de idade (para o estudo, somente as duas primeiras citadas serão utilizadas). As perguntas são direcionadas aos hábitos alimentares da criança no dia anterior, no intuito de obter um retrato mais fidedigno do padrão

alimentar do lactente. Para isso, o formulário inclui perguntas sobre o consumo de leite materno, mingau, fórmula infantil, bebidas adoçadas, embutidos, entre outros alimentos.

Uma base teórica extremamente relevante surgiu em 2019 quando o Ministério da Saúde publicou o Guia alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos que enfatiza a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e sua continuidade até, pelo menos, os dois anos, associado à introdução gradual e cuidadosa de alimentos in natura ou minimamente processados, preparados preferencialmente no ambiente familiar e respeitando a cultura alimentar das famílias brasileiras (Brasil, 2019).

A respeito disso, o documento expressa grande relevância ao valorizar a pluralidade cultural do país. Ao considerar as especificidades alimentares e culturais de diferentes regiões, busca ser abrangente e adaptável às variadas realidades familiares. Esse enfoque é essencial, dada a extensão territorial e a rica diversidade de tradições culinárias do país. A sensibilidade frente às diferentes particularidades territoriais favorece a aceitação e a implementação efetiva das recomendações, assegurando que elas possam ser aplicadas em contextos tanto em cidades ou na zona rural.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), a alimentação complementar deve incluir uma variedade de alimentos, levando em consideração os sinais de fome e saciedade da criança, utilizando o mínimo de sal e evitando açúcar ou produtos industrializados. Além disso, a amamentação deve ser promovida por pelo menos dois anos ou mais, enquanto a dieta deve ser fundamentada em práticas que estimulem a criança a se alimentar de maneira mais independente.

Em relação à introdução do alimento, estudos clínicos realizados no Brasil demonstraram que diversas abordagens para a introdução alimentar, incluindo o método tradicional, o *baby-led weaning* (BLW) e o método misto, resultam em consumos semelhantes de calorias e nutrientes, desde que sejam aplicados com segurança e diversidade. Portanto, a qualidade dos alimentos disponibilizados é um fator mais importante para a nutrição infantil do que o próprio método adotado (Moreira et al., 2024; Moreira et al., 2025).

Os primeiros anos de vida são uma fase essencial para a construção de hábitos alimentares equilibrados e para a prevenção de problemas nutricionais, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. A Lei 13.257, de 2016, também conhecida como o Marco Legal da Primeira Infância, enfatiza essa importância ao destacar os primeiros anos da vida de um indivíduo, dedicando especial atenção ao desenvolvimento infantil (Brasil, 2016).

Esta regulamentação é uma das mais importantes normas jurídicas estabelecidas no país em prol da defesa pelo direito e saúde das crianças, em complemento ao Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA). À vista disso, foi possível determinar e assegurar com essa legislação a atenção integral e multidisciplinar à criança, com prioridade à alimentação infantil; a ampliação das visitas domiciliares a fim de acompanhar a amamentação e alimentação da criança e a expansão do tempo de licença paternidade para 15 dias para aquelas empresas enquadradas dentro do programa Empresa Cidadã.

Uma distinta legislação importante é a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Essa norma foi criada com o objetivo de promover a saúde das crianças pequenas. Ela visa regular a venda de produtos relacionados à alimentação infantil, como fórmulas infantis, chupetas e mamadeiras, buscando evitar o desmame precoce, especialmente antes dos seis meses de idade. A Lei 11.265/2006 estabelece regras rigorosas para a publicidade e distribuição de fórmulas, acessórios e outros tipos de leites industrializados (Brasil, 2006).

Uma outra norma importante é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), estabelecida pela Portaria nº 1.130 em 5 de agosto de 2015. Esta política delineia sete eixos estratégicos que vão desde o apoio humanizado ao parto até a vigilância da mortalidade infantil. Dentre esses eixos, destaca-se o foco no aleitamento materno e na alimentação complementar saudável, com a finalidade de promover e proteger a saúde infantil. Para isso, são implementadas ações como a realização da NBCAL, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), o programa Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e iniciativas para aumentar a conscientização sobre a importância do aleitamento materno.

Em conclusão, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, representa um marco fundamental na maneira como o Brasil passou a perceber e a cuidar de suas crianças e jovens. Ao afirmar que meninos e meninas são cidadãos com direitos, ao invés de serem considerados apenas bens de seus responsáveis, a legislação definiu que as crianças devem ser completamente protegidas e que suas necessidades devem ter prioridade nas ações da família, da sociedade e do governo. Com a promulgação do ECA, surgiram políticas públicas direcionadas às demandas da infância, incluindo programas nas áreas de saúde, educação e assistência social, além da criação de instituições como os Conselhos Tutelares. Com o passar do tempo, essa legislação foi aprimorada e expandida, demonstrando que o ECA não só introduziu uma nova maneira de pensar a infância, mas também continua a motivar transformações que visam assegurar o desenvolvimento mais saudável das futuras gerações (Brasil, 1990).

Apesar das orientações e progressos nas políticas públicas, a literatura brasileira

revela que continuam existindo desafios significativos na alimentação das crianças no país. Informações do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) indicam que apenas 63,4% das crianças de 6 a 23 meses conseguem alcançar a diversidade alimentar mínima, sendo que essa taxa é ainda menor entre aquelas que vivem em áreas vulneráveis, pertencem a famílias com baixo nível escolar materno ou enfrentam insegurança alimentar (Lacerda et al., 2023).

Desse modo, ainda mais preocupante é o fato de 80,5% dessas crianças consumirem alimentos ultraprocessados, como biscoitos, farinhas instantâneas e bebidas açucaradas. Infelizmente, apenas 8,4% das crianças do estudo atingem a diversidade alimentar mínima sem o consumo de ultraprocessados, evidenciando um padrão alimentar inadequado e a urgência de ações públicas mais efetivas para combater essa tendência (Lacerda et al., 2023).

Para reafirmar esses dados, pesquisas observacionais e de coorte revelaram que menos de 50% das crianças no Brasil seguem uma dieta considerada minimamente adequada. Aspectos como renda familiar baixa, quantidade elevada de filhos e a falta de orientação profissional no período pós-natal estão ligados a uma alimentação de qualidade inferior. Em contrapartida, hábitos alimentares saudáveis das mães, a faixa etária da criança (12 a 15 meses) e o acesso a orientação nutricional com profissionais são fatores que elevam consideravelmente as chances de uma dieta mais apropriada.

A análise dos padrões alimentares demonstra um grau de desigualdade: enquanto as crianças com melhores condições socioeconômicas tendem a seguir dietas baseadas em alimentos naturais e minimamente processados, aquelas em situação de vulnerabilidade têm maior acesso a alimentos ultraprocessados e industrializados, especialmente em contextos urbanos periféricos (Carvalho et al., 2023).

O início precoce do consumo de alimentos ultraprocessados prejudica significativamente a alimentação das crianças, levando a uma ingestão menor de nutrientes importantes como fibras, proteínas e micronutrientes. Ao mesmo tempo em que esse hábito aumenta o consumo de açúcares, gorduras saturadas e sódio. Essa combinação eleva diretamente o risco de obesidade infantil, problemas metabólicos (como diabetes mellitus) e futuras doenças cardiovasculares, segundo Spaniol et al. (2021). Embora pesquisas mais recentes (de Souza et al., 2023) indiquem uma leve diminuição no consumo de bebidas açucaradas e alguns ultraprocessados, essa melhora não é uniforme e se observa principalmente em cidades com melhores condições socioeconômicas.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal e ocorreu em uma Unidade de Atenção Primária da Área de Planejamento 1.0 do município do Rio de Janeiro.

A escolha da unidade se deu de forma intencional, considerando ser a unidade de lotação da pesquisadora principal do estudo. A UAP é responsável por uma área territorial extensa, que considera todo o bairro de Benfica até parte do bairro São Cristóvão. Possui mais de 25 mil usuários cadastrados, aproximadamente 475 destes sendo crianças menores de dois anos de idade, distribuídos em oito equipes de Saúde da Família (eSF) e, destas, cinco estão integradas ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC).

Por se tratar de pesquisa envolvendo dados referentes a crianças menores de seis anos de idade, que não possuem capacidade legal e cognitiva para assentir a participação e responder aos instrumentos da pesquisa, a população do estudo será composta por responsáveis legais de crianças menores de dois anos de vida cadastradas na eSF da UAP onde ocorrerá a pesquisa. Desta forma, os critérios de elegibilidade são:

- Critério de inclusão: ter idade igual ou maior que 18 anos; ser o responsável legal de, pelo menos, uma criança menor de dois anos de idade cadastrada em uma eSF na UAP na qual ocorreu a coleta de dados; autodeclarar-se como cuidador primário de, pelo menos, uma criança menor de dois anos de idade; ser cadastrado na eSF da UAP na qual ocorrerá a coleta de dados.
- Critérios de exclusão: desistência da participação da pesquisa em qualquer momento, negar-se a responder a todas as questões da pesquisa ou estar ausente durante o período da coleta de dados.

As informações utilizadas para a construção dos resultados deste estudo foram obtidas por meio da consulta ao Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde Carioca, utilizando o sistema VitaCare ®. A partir disso, foi gerada uma lista nominal de quais crianças de até 23 meses e 29 dias estão cadastradas na equipe de saúde onde a autora está vinculada. A gestão da listagem possibilita a identificação das variáveis necessárias para a coleta de dados, como por exemplo, última visita do agente de saúde, número de celular cadastrado e o endereço, no caso de visita domiciliar (VD).

Os participantes foram abordados dentro da sala de consultório ou em seus domicílios, de forma reservada, preservando o conforto e a privacidade. Os indivíduos abordados em seus domicílios e na unidade, demonstraram uma acolhida positiva, e, após a explicação sobre a

finalidade do estudo, mostraram-se dispostos a participar de maneira voluntária. Os participantes receberam as informações detalhadas sobre a pesquisa e o TCLE foi apresentando. Apenas após a leitura e assinatura do TCLE a pesquisadora iniciou a coleta de dados. Importante ressaltar que a maioria das entrevistas foi realizada em visita domiciliar.

Considerando que atualmente a eSF possui 58 crianças menores de dois anos cadastradas, no entanto levando em conta os critérios de elegibilidade estabelecidos, compuseram a amostra total do estudo a população de 54 cuidadores de crianças, pois três famílias haviam se mudado e uma estava viajando no período da coleta. Dessa forma, com base em Althubaiti (2023), que recomenda um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% para estudos quantitativos, o tamanho amostral mínimo representativo corresponde a 47 crianças. A partir disso, foi viável coletar dados com os responsáveis de 51 crianças.

A produção dos dados foi orientada através do preenchimento de dois instrumentos. O primeiro instrumento (APÊNDICE G) objetivou a captação de dados sociodemográficos do participante e da criança sob sua responsabilidade legal. Em seguida, foi aplicado o questionário Marcadores de Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), considerando apenas os itens relacionados às crianças menores de dois anos (APÊNDICE H). Os dois instrumentos foram impressos e preenchidos manualmente pela pesquisadora de acordo com as respostas dos participantes.

Ressalta-se que durante a coleta de dados, identificou-se práticas alimentares inadequadas, além de também terem surgido dúvidas. Com isso, a pesquisadora realizou uma orientação breve e individual fundamentada no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, garantindo devolutiva imediata, conduta esta recomendada pelo próprio instrumento de coleta, conforme descrito no documento “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”, que orienta a realização de aconselhamento alimentar no momento após aplicação do questionário (BRASIL, 2015).

É importante destacar que os dados sociodemográficos se tornam fundamentais de serem discutidos, já que determinantes sociais impactam diretamente na qualidade da ingestão alimentar do lactente (Brito, et al, 2024). Assim, as informações sobre a raça/cor, a renda familiar, o nível de escolaridade, a ocupação do responsável possibilita qualificar os dados referentes às crianças que serão incluídas na pesquisa. Importante destacar que a consideração da raça/cor nos estudos de saúde é fundamental para identificar desigualdades estruturais e compreender como múltiplas dimensões, como classe, gênero e etnia, se inter-relacionam na produção das vulnerabilidades sociais (Crenshaw, 1991; Brasil, 2017).

A metodologia busca compreender com exatidão os itens sobre os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos da eSF, a partir das respostas ao questionário “Marcadores de Consumo Alimentar” já normatizado pelo Ministério da Saúde. O questionário, por ser estruturado e de preenchimento simples, oferece respostas que podem ser organizadas e analisadas quantitativamente (Gil et al, 2002).

Os dados coletados manualmente foram transferidos para uma planilha no Google Planilhas, onde a análise será realizada aplicando-se técnicas de estatística descritiva, como frequência absoluta (n) e relativa (%). Os dados serão apresentados em gráficos.

A construção do produto técnico-tecnológico, sendo este nesta pesquisa um folheto informativo, foi sustentado pela análise da árvore de problemas apresentada neste estudo (APÊNDICE I). Essa ferramenta metodológica é amplamente empregada no planejamento de ações em saúde, pois permite identificar tanto o problema principal quanto suas causas e efeitos, facilitando a criação de intervenções que estejam alinhadas com as características do território (Teixeira, 2010).

Com a identificação de uma hipótese de problemas relacionados à alimentação inadequada em crianças menores de dois anos, influenciados por fatores causais como a falta de informação dos cuidadores, hábitos familiares prejudiciais, influências culturais e desmame precoce, a árvore de problemas guiou a elaboração de uma estratégia de intervenção focada na promoção de uma alimentação saudável e apropriada dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde, conforme estabelecido pelas políticas públicas brasileiras (Brasil, 2019).

Nesta conjuntura, o folheto informativo foi criado como uma solução para as causas detectadas, a fim de se evitar as consequências descritas na Árvore de Problemas. Dessa forma, é necessário seguir os princípios da Promoção da Saúde, que apoiam intervenções fundamentadas em diagnósticos situacionais e no envolvimento dos indivíduos envolvidos no cuidado (Brasil, 2017).

Estudos indicam que materiais educativos, quando agregados às práticas da Atenção Primária, especialmente durante consultas de puericultura e visitas domiciliares, ajudam a fortalecer a autonomia dos cuidadores, aprimorar o cuidado integral e longitudinal, além de incentivar a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis na primeira infância (Starfield, 2002; OMS, 2018). Assim, o material desenvolvido atua como uma ferramenta de intervenção dentro do processo de cuidado às crianças, com potencial para ser ampliado às demais Equipes de Saúde da Família da UAP, contribuindo para a estruturação de ações voltadas para a promoção da saúde das crianças.

6.1 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos previstos pela Resolução 466/2012 e a Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das pesquisas que envolvem seres humanos como participantes. A participação na pesquisa envolveu riscos mínimos que se limitaram a possíveis desconfortos emocionais ou constrangimento ao responder questões de cunho pessoal, como hábitos alimentares, experiências relacionadas ao aleitamento materno, renda familiar ou outros aspectos da vida cotidiana. Existe ainda a possibilidade, embora rara, de cansaço ou perda de concentração durante o preenchimento dos questionários.

Com vistas à minimização dos riscos apresentados, a coleta de dados foi realizada em visitas domiciliares e em consultas reservadas para a garantia da privacidade e também não ultrapassando 20 minutos de duração com cada participante.

Embora não haja benefícios diretos imediatos aos participantes, a pesquisa pode contribuir para a melhoria do cuidado em saúde, promovendo maior entendimento sobre a alimentação infantil e dos fatores sociodemográficos que impactam na alimentação das crianças menores de dois anos cadastrados na Equipe de Saúde da Família onde a pesquisa ocorreu. Os resultados obtidos poderão subsidiar ações futuras de promoção e proteção ao aleitamento materno exclusivo e complementar, além de possibilitar estratégias de educação alimentar para os cuidadores, famílias e lactentes de todo o território da UAP.

Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que garante a proteção de dados e o total respeito à privacidade das pessoas, todos os dados coletados nesta pesquisa foram utilizados exclusivamente para fins científicos, garantindo-se o anonimato, confidencialidade e o sigilo. A divulgação dos resultados dessa pesquisa ocorrerá de forma agregada, não havendo qualquer divulgação de dados pessoais que permita a identificação dos participantes. Ademais, realizou-se a aplicação de um esquema de codificação sequencial para associar, de forma anônima, os dados sociodemográficos às respostas aos itens do questionário Marcadores de Consumo Alimentar.

Embasando-se na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os dados coletados nesta pesquisa serão armazenados de forma digitalizada após eliminação total dos registros em papel. Serão mantidos online de forma segura e de acesso restrito à pesquisadora principal e sua orientadora, garantindo sua confidencialidade e integridade. Esses registros permanecerão arquivados pelo período mínimo de cinco anos após o término

do estudo, conforme previsto pela referida resolução, sendo posteriormente excluídos permanentemente, visando o cumprimento das normas éticas vigentes.

Com base nas prerrogativas do CNS, que regulariza as diretrizes que envolvem seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (CAAE: 90639425.5.0000.5279). Apenas após a aprovação do projeto pelo colegiado do CEP/SMS-Rio foi iniciada a etapa de produção de dados.

O protocolo da pesquisa e a carta de anuência, assinados por representante legal da gerência da unidade onde foi realizada a pesquisa, foram submetidos à Plataforma Brasil, por meio da qual foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-Rio).

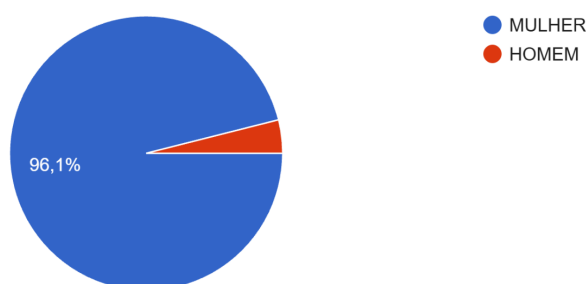
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os critérios de elegibilidade e o número mínimo considerado para este tipo de pesquisa, entrevistou-se um total de 51 cuidadores responsáveis por 51 crianças menores de dois anos.

7.1 - Dados Sociodemográficos - Perfil do Cuidador

Gráfico 1. Dados Sociodemográficos - Sexo

VOCÊ É:
51 respostas



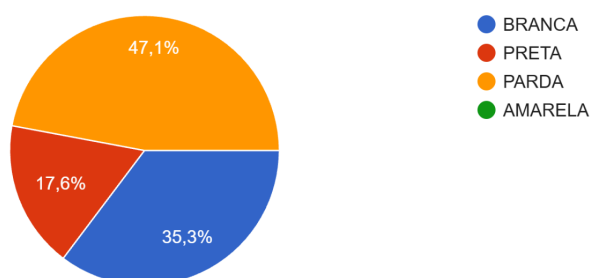
Fonte: A autora (2026)

No contexto infantil, a maioria das mulheres possui o papel de cuidadora, refletindo um padrão estrutural de divisão de trabalho por gênero no Brasil, que atribui historicamente às mulheres as atribuições domésticas e de cuidado com as crianças. Conforme aponta Pinheiro e outros em 2023, as mulheres se mantêm com carga tripla de trabalho: o trabalho doméstico, a responsabilidade com as crianças e introduzidas no mercado de trabalho. Tal fato evidencia o porquê de 96,1% do total dos integrantes da pesquisa serem mulheres, algumas inclusive responderam os questionários em seus locais de trabalho.

Gráfico 2. Dados Sociodemográficos - Raça/cor

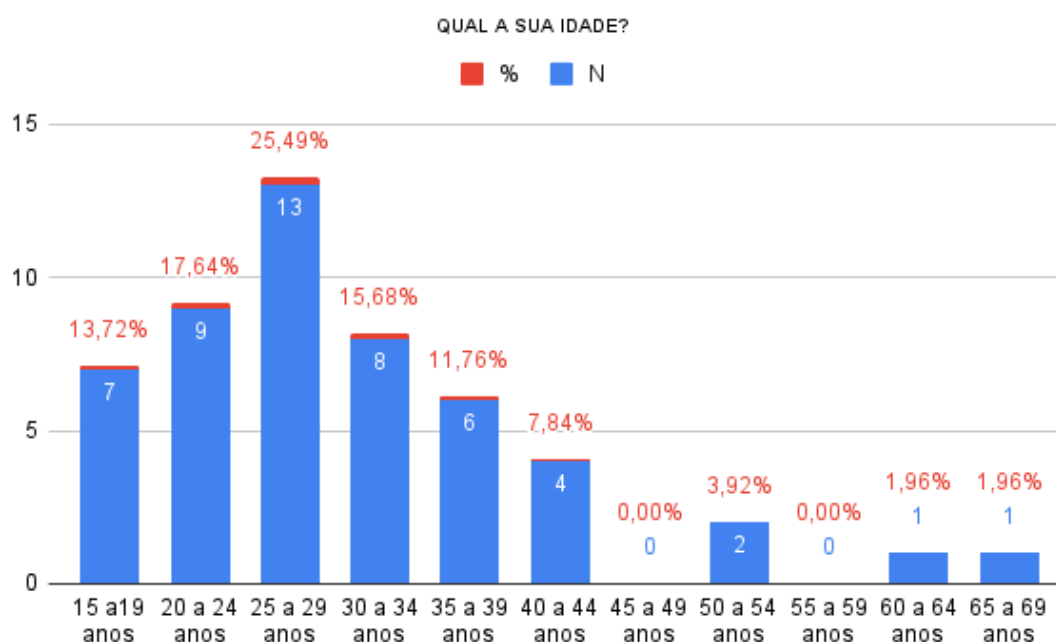
QUAL A SUA COR?

51 respostas



Fonte: A autora (2026)

O gráfico 2 aponta que a maioria dos respondentes do estudo é do quesito raça/cor negra, que inclui os pretos e pardos, segundo o censo do IBGE (2022). A cor negra dos indivíduos é identificada como um determinante e condicionante em saúde, apesar de não estar contido na Lei Orgânica de Saúde 8080/1990. Nos dias atuais, o racismo, seja de que forma for manifestado, é considerado uma determinação social significativa em todas as áreas intersetoriais, incluindo o âmbito da saúde, implicando no acolhimento, no acesso e na assistência em saúde, sendo negligenciado o cuidado e os desfechos e agravos em saúde da população negra (Brasil, 2017).

Gráfico 3. Dados Sociodemográficos - Idade

Fonte: A autora (2026)

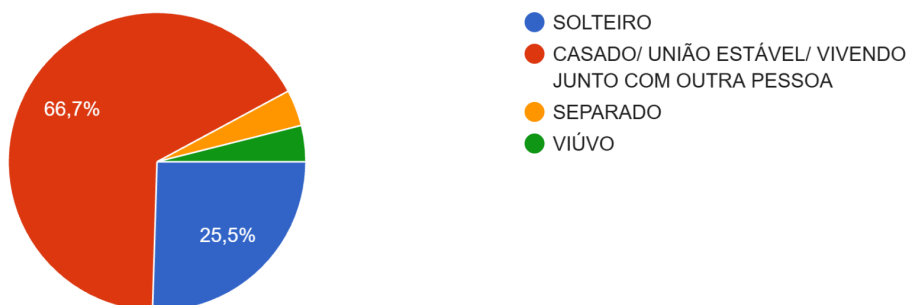
Neste resultado da pesquisa, a idade dos sujeitos tem pouca variedade, sendo a maior parte dos participantes com idade entre 25 e 29 anos, correspondendo a 25,49% da amostra. Além disso, observa-se uma participação expressiva de jovens adultos entre 20 e 24 anos (17,64%) e entre 30 e 34 anos (15,68%). Houve também variações de pessoas mais jovens, entre 15 e 19 anos (13,72%), bem como integrantes com mais idade, entre 35 e 39 anos (11,76%) e 40 a 44 anos (7,84%). As faixas etárias acima de 45 anos apresentaram menor representatividade, com ausência de participantes entre 45 e 49 anos e 55 a 59 anos, e percentuais reduzidos nas idades de 50 a 54 anos (3,92%), 60 a 64 anos (1,96%) e 65 a 69 anos (1,96%).

Apesar do censo do IBGE demonstrar um aumento significativo da população de mulheres entre 35 e 44 anos, no presente estudo o público-alvo mostrou-se mais jovem, concentrando-se majoritariamente até os 34 anos. Dessa forma, isso indica uma distribuição etária que abrange desde jovens até adultos mais velhos, ainda que a pesquisa tenha evidenciado predomínio de adultos jovens. Sendo assim, é importante o conhecimento e pertencimento do território adstrito de uma eSF, pois há variações nas microáreas dos territórios (Prado e Caetano, 2024).

Gráfico 4. Dados Sociodemográficos - Estado civil

QUAL SEU ESTADO CIVIL?

51 respostas



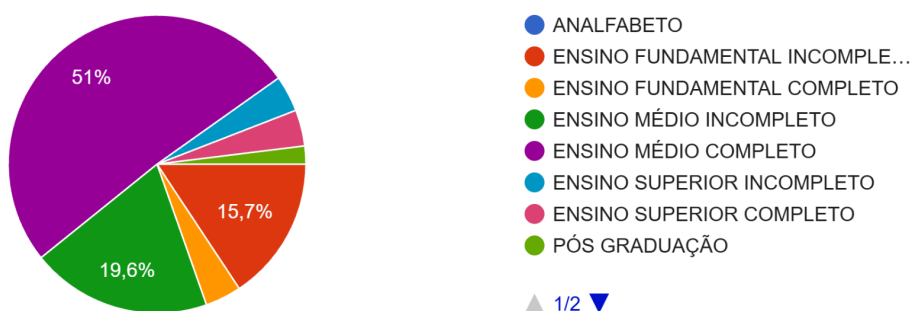
Fonte: A autora (2026)

O resultado sobre o estado civil dos participantes da pesquisa correspondem em maior parte (aproximadamente 50%) às pessoas que vivem junto com outra pessoa, não sendo oficializado o casamento ou união estável na legislação. Segundo Brasil (2023), as taxas de casamentos foram diminuindo a partir de 2016, chegando a reduzir 10% até 2019. De forma dicotômica, os números de união estável aumentaram significativamente em 15 anos (dados até 2019). Tal situação conversa diretamente na forma como as pessoas estão se relacionando nos dias atuais. De certa forma, essas mudanças no país estão intimamente ligadas a fatores culturais, geracionais, sociais e econômicos, o que implica diretamente em qual categoria de família a população brasileira têm constituído (Geist, 2017).

Gráfico 5. Dados Sociodemográficos - Escolaridade

QUAL A SUA ESCOLARIDADE?

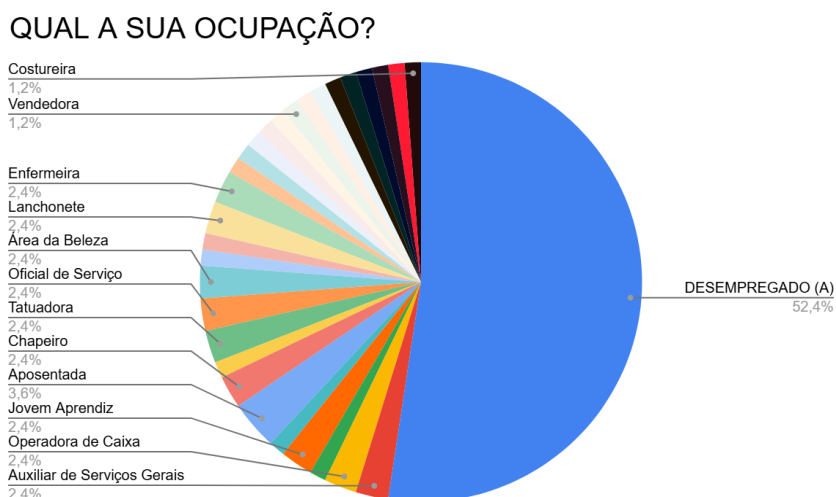
51 respostas



Fonte: A autora (2026)

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a maioria da população está alfabetizada. Infelizmente, somente esse dado não corrobora para uma avaliação qualitativa da alfabetização do brasileiro. Na área da pesquisa realizada, 51% dos indivíduos completaram o ensino médio, porém há aqueles que não completaram (19,6%) e os que não tiveram sequer a possibilidade de terminar os estudos primários (15,7%). De forma a realmente questionar, se a educação é um determinante em saúde de acordo com a Lei Orgânica do SUS, por quê muitos desses corpos ainda não tiveram a oportunidade de estudar? Corroborando com o gráfico 2, a desigualdade racial reverbera hodiernamente com a baixa escolaridade, pois desde o período escravizatório desta população não houve e ainda não há oportunidades de estudos, impossibilitando acesso à qualificação profissional de boa qualidade, como por exemplo o ensino superior, que alcançou apenas 3,9% (Da Silva, et al, 2024).

Gráfico 6. Dados Sociodemográficos - Ocupação

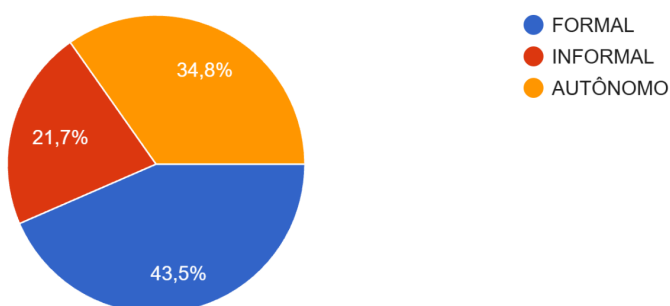


Fonte: A autora (2026)

Gráfico 7. Dados Sociodemográficos - Vínculo de trabalho

QUAL O SEU VÍNCULO DE TRABALHO?

23 respostas



Fonte: A autora (2026)

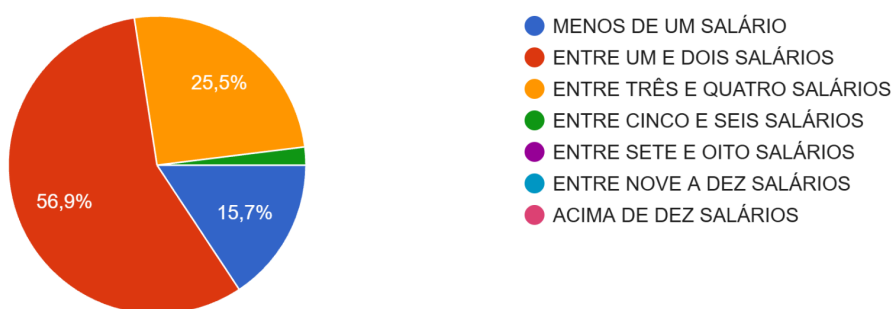
Deste modo, em relação a ocupação e vínculo de emprego torna-se impossível discutir o Gráfico 6 sem relacioná-lo ao Gráfico 7, uma vez que mais da metade das pessoas entrevistadas encontra-se, no momento, em situação de desemprego. Além disso, dos 23 indivíduos que apresentam vínculo de trabalho, 56,5% são autônomos e informais, ou seja, responsáveis por crianças necessitam submeter-se a trabalhos sem remuneração digna e sem direitos trabalhistas resguardados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), para

garantir o mínimo de qualidade de vida para seus filhos. De acordo com Brasil (2025), mais de 32 milhões de pessoas brasileiras atuam nos dias de hoje na informalidade, o que justifica os resultados do estudo apresentado.

Gráfico 8. Dados Sociodemográficos - Renda familiar

QUAL A SUA RENDA FAMILIAR? CONSIDERANDO O SALÁRIO MÍNIMO ATUAL = R\$ 1518,00

51 respostas



Fonte: A autora (2026)

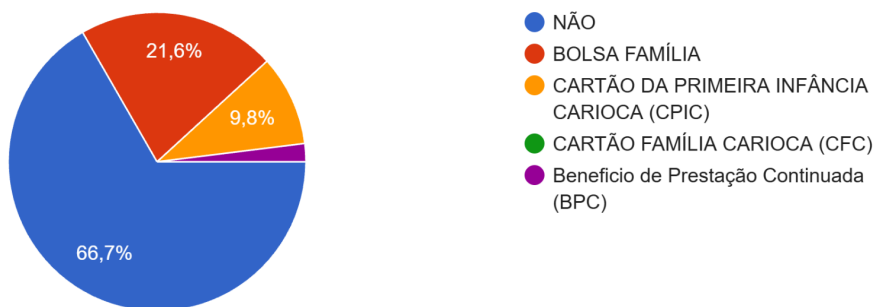
A figura acima representa a renda da família dos entrevistados, a grande maioria referiu que recebe entre 1 e 2 salários mínimos, o que pode corresponder a até R\$3.036,00. No ano anterior o IBGE divulgou que a renda média por família gira em torno de R\$2.069,00, o que corresponde com o desfecho da pergunta da pesquisa (Brasil, 2025). De forma contraditória ainda há uma parte dos residentes que recebem menos de um salário mínimo, como demonstrado acima, o que pode contribuir para insegurança alimentar dos pais/mãe e das crianças.

Por outro lado, 13 famílias declararam ganhar entre 3 e 4 salários, podendo-se deduzir que essas são as que trabalham de carteira assinada ou são autônomas, garantindo a possibilidade de assegurar educação, qualidade de vida à criança, segurança alimentar e uma alimentação mais natural, visto que famílias mais abastadas economicamente conseguem oferecer melhor cuidado aos familiares (Pedraza, 2021).

Gráfico 9. Dados Sociodemográficos - Cuidador recebe algum benefício do governo

VOCÊ RECEBE ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO DO GOVERNO (BOLSA FAMÍLIA, CARTÃO FAMÍLIA CARIOCA)?

51 respostas



Fonte: A autora (2026)

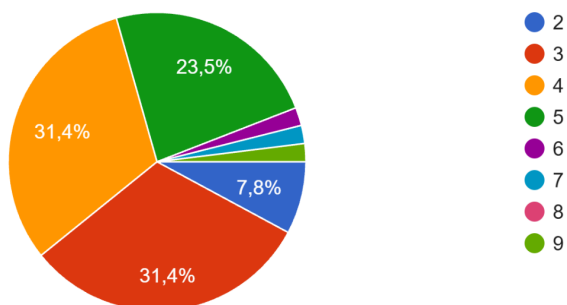
O gráfico 9 demonstra a prestação de benefício do governo para famílias que preenchem os critérios para recebê-los. Por exemplo, para ser apto ao Bolsa Família (BF) é necessário ganhar R\$ 218 por mês por pessoa da família (per capita), além de estar cadastrado no Cadastro Único no CRAS. Os demais benefícios incluem o Cartão Primeira Infância Carioca (CPIC), que consiste em um auxílio mensal no valor de R\$200,00 destinado à aquisição de alimentos para crianças de 0 a 4 anos em situação de extrema pobreza que não são contempladas pelo Bolsa Família. Por sua vez, o Cartão Família Carioca (CFC) tem como objetivo complementar a renda de famílias inscritas no Bolsa Família, com valores variáveis conforme o cumprimento de condicionalidades estabelecidas (Rio de Janeiro, 2011; Brasil, 2023; Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2025).

A pesquisa demonstrou que 66,7% dos cuidadores não recebem o Bolsa Família, não porque todos não cumpram os critérios exigidos, mas porque algumas famílias ainda não tiveram o direito ao benefício garantido, uma vez que se encontram na fila de espera do Programa por falta de verba orçamentária. Atualmente, o Programa enfrenta uma demanda reprimida que já soma cerca de 3 milhões de pessoas elegíveis, as quais ainda aguardam na fila (CNM, 2025). Com isso, apenas 21,6 % dos responsáveis pelas crianças recebem o BF e 9,8% ganham o Cartão Primeira Infância Carioca.

Gráfico 10. Dados Sociodemográficos - Quantas pessoas moram na casa do cuidador

QUANTAS PESSOAS MORAM NA SUA CASA

51 respostas



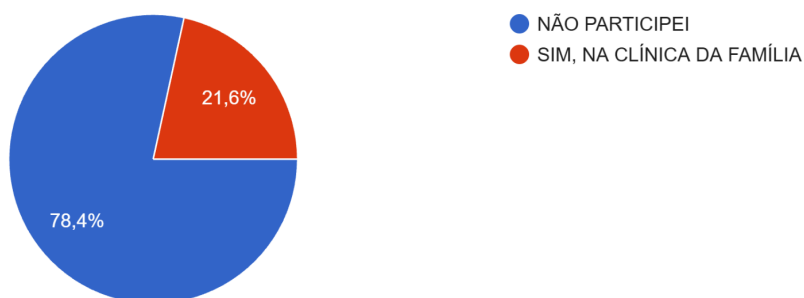
Fonte: A autora (2026)

A relação de pessoas moradoras no mesmo domicílio varia entre 3 e 4 pessoas, obtendo-se a mesma porcentagem, 31,4%. Em 2 famílias vivem 4 pessoas; em 12 famílias, moram 5 pessoas; em 3 residências distintas moram 6, 7 e 9 pessoas. Segundo dados do IBGE, a composição dos domicílios brasileiros apresenta variações significativas no número de moradores, sendo frequente a presença de três a cinco pessoas por residência, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (IBGE, 2023).

Gráfico 11. Dados Sociodemográficos - O cuidador já participou de algum grupo relacionado à amamentação e alimentação da criança

VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUM GRUPO EDUCATIVO RELACIONADO A AMAMENTAÇÃO OU ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA SUA CRIANÇA?

51 respostas



Fonte: A autora (2026)

Na UAP em que a pesquisa foi realizada existe a Iniciativa Unidade Básica da Amamentação (IUBAAM). A iniciativa é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvida no âmbito da Atenção Primária à Saúde, inspirada na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A ideia primordial da iniciativa é seguir o chamado “Dez passos para o Sucesso da Amamentação”, com enfoque na qualificação do cuidado ofertado nas Unidades. O objetivo é fortalecer o aleitamento materno desde o pré-natal até o acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida, por meio da adoção de normas, rotinas e práticas baseadas em evidências (Aleitamento.com.br, 2024).

Apesar de sua relevância enquanto política pública, a adesão de gestantes e mães às ações propostas pela IUBAAM enfrenta entraves, inclusive na unidade da pesquisa, que podem comprometer os resultados de um aleitamento humano exclusivo e complementar duradouro, incluindo o comprometimento de uma alimentação saudável da criança antes e após os 6 meses de idade, quando deve-se iniciar a introdução alimentar (Andrade, Pessoa e Donizete, 2018).

Na pesquisa, a participação em grupos educativos sobre amamentação ou alimentação saudável não ocorreu em grande parte dos sujeitos (78,4%). Supõe-se que os principais obstáculos foram a insuficiência das orientações recebidas durante o pré-natal, muitas vezes confusas, rápidas ou pouco sensíveis às realidades de cada mulher, o que pode gerar insegurança. Além disso, também pode acontecer do horário não ser o mais adequado para as mães trabalhadoras, a adesão/vontade da grávida na participação não ser efetiva e a ausência de estratégias por parte da eSF do estudo em sensibilizar as gestantes para as participações nas consultas coletivas ou individuais (Haddad et al, 2024).

Esse contexto pode ser elucidado por obstáculos ligados ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, como a alta demanda durante os períodos de atendimento, agendas de profissionais frequentemente cheias e a falta de profissionais indispensáveis na equipe, incluindo médico, técnico de enfermagem e vacância de um agente comunitário de saúde. Essas dificuldades afetam diretamente a capacidade da eSF em planejar, realizar e monitorar ações educativas às gestantes e lactantes, limitando a aplicação de estratégias destinadas ao fortalecimento do vínculo e do acesso das grávidas às atividades disponíveis.

Assim, documentos recentes destacam a aplicação de tecnologias digitais na Atenção Primária à Saúde como uma estratégia promissora para reduzir essas dificuldades. Isso pode promover um melhor acesso, permitir maior flexibilidade nos horários de envolvimento e oportunizar a disseminação de informações em saúde, especialmente no acompanhamento pré-natal. A utilização de recursos como aplicativos, mensagens instantâneas via aplicativo de

mensagens e outras tecnologias de informação e comunicação pode fortalecer o vínculo, o engajamento e a autonomia das gestantes, complementando as atividades presenciais realizadas pelas equipes de saúde (Silva et al., 2025).

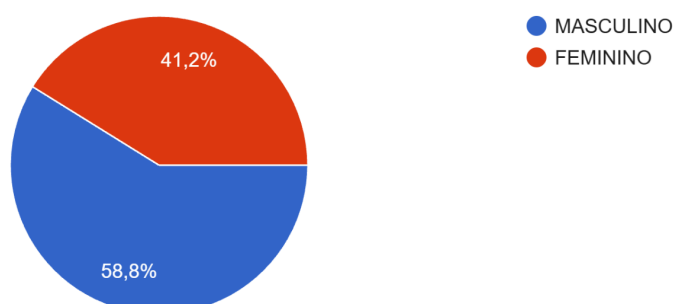
Nesse contexto, as tecnologias em saúde se aplicam no presente trabalho, já que foi construído um produto técnico-tecnológico que irá ser propagado a todas as Equipes de Saúde da Família da UAP. O produto abrange um folheto educativo sobre a alimentação de crianças menores de dois anos, o qual será veiculado via e-mail a todos os profissionais da UAP, com o objetivo de divulgação aos responsáveis pelos menores em consulta de puericultura e durante visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde e da Equipe Técnica.

7.2 - Dados Sociodemográficos - Perfil da Criança

Gráfico 12. Dados Sociodemográficos - Sexo

QUAL O SEXO DA SUA CRIANÇA?

51 respostas



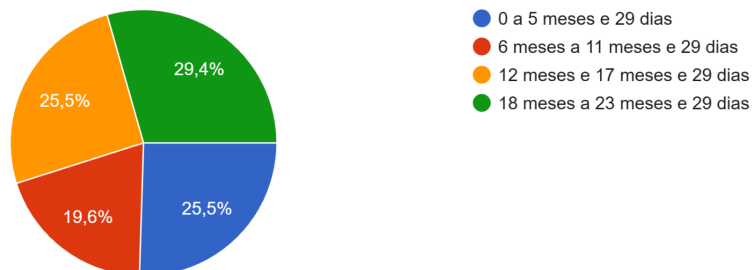
Fonte: A autora (2026)

Foi identificada uma maior proporção de meninos com menos de dois anos recebendo acompanhamento da equipe de saúde do estudo. Essa observação pode estar ligada à razão de sexo ao nascimento, que revela um ligeiro predomínio masculino, estimado em aproximadamente 105 meninos para cada 100 meninas nascidas vivas, de acordo com dados demográficos nacionais e internacionais (IBGE, 2023; UN, World Population Prospects (2024). É importante destacar que essa distribuição não deve ser considerada como um indicativo de desigualdade na assistência prestada pela equipe. Na realidade, ela é apenas influenciada pelas características territoriais da população em questão e pelo recorte do contexto local desta pesquisa.

Gráfico 13. Dados Sociodemográficos - Idade

QUAL A IDADE DA SUA CRIANÇA?

51 respostas



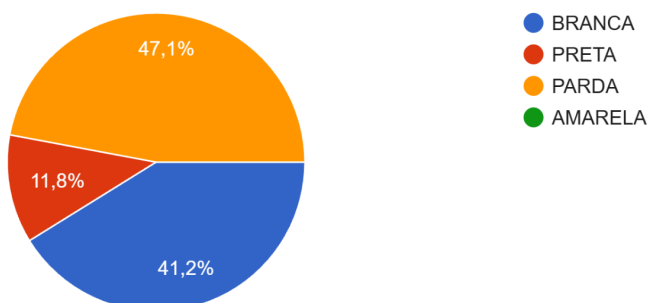
Fonte: A autora (2026)

Os dados relacionados às faixas etárias se encontram na seguinte situação: 13 crianças da eSF são menores de 6 meses, 10 crianças estão entre seis meses a um ano de idade, 13 crianças possuem a idade de 1 ano a 1 ano e 6 meses, e por fim, 15 crianças pertencem ao grupo de crianças de 1 ano e 6 meses até aos 2 anos. Nesse contexto, as faixas etárias identificadas possibilitam uma avaliação mais detalhada das escolhas alimentares durante a primeira infância, fase considerada fundamental para o crescimento, desenvolvimento e formação de hábitos alimentares saudáveis, de acordo com as diretrizes das políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde infantil (Brasil, 2019).

Gráfico 14. Dados Sociodemográficos - Qual a cor da sua criança

QUAL A COR DA SUA CRIANÇA?

51 respostas



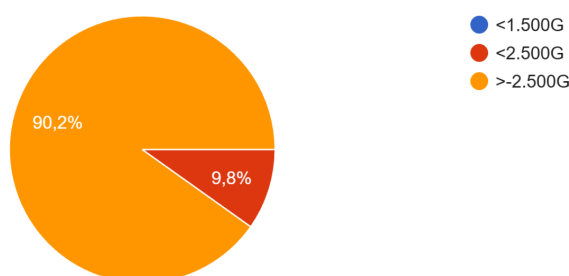
Fonte: A autora (2026)

Os responsáveis pelas crianças que participaram da pesquisa, a maioria além de se autodeclararem da raça/cor negra, igualmente declararam seus filhos da mesma cor, inclusive, alcançando porcentagem ainda maior se somados os pretos e pardos, 58,9%. Esse achado reforça as desigualdades raciais resistentes no Brasil até os dias atuais. Cada variável deve ser levada em consideração no contexto da área da saúde, e a cor da criança não se torna diferente, é extremamente significativa para avaliação do seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2017) um dos seus objetivos é a garantia, a ampliação e o acesso à populações urbanas, especialmente no ambiente periférico às ações de assistência à saúde (a Equipe de Saúde da Família da pesquisa vive em cenário periférico).

Gráfico 15. Dados Sociodemográficos - Com qual peso sua criança nasceu

COM QUAL PESO A SUA CRIANÇA NASCEU?

51 respostas



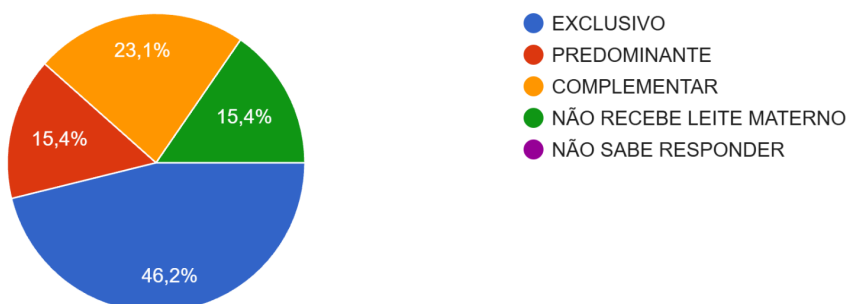
Fonte: A autora (2026)

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), o peso ao nascimento e a idade gestacional influenciam a morbidade e a mortalidade, visto que quanto menor o peso ao nascimento e a idade gestacional, maiores são as chances de morbimortalidade. Por essa razão, a pergunta sobre o peso ao nascimento foi incluída no questionário da pesquisa. Por consequência, 46 crianças nasceram com mais de 2.500 kg e apenas 5 com menos de 2.500 kg, consideradas pequenas para a idade gestacional (PIG). Esses últimos, devem ser monitorados de forma mais frequente, devido aos riscos supracitados.

Gráfico 16. Dados Sociodemográficos - Qual aleitamento é realizado se sua criança tem menos de 6 meses

SE SUA CRIANÇA TEM MENOS DE 6 MESES, QUAL TIPO DE ALEITAMENTO É REALIZADO?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

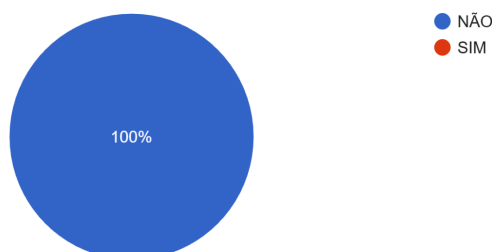
A Organização Mundial de Saúde detém o objetivo até 2030 de alcançar as taxas de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses em 70%. Anteriormente, a meta era chegar até o ano anterior (2025) à proporção de pelo menos 50% de AME. Isto posto, em último estudo realizado no Brasil, o ENANI (2021) os números no país compreendem 45,8%. Espera-se que o novo ENANI, com resultados ainda não divulgados, tenha atingido os 50% da meta da OMS.

Na pesquisa em questão, das 13 crianças com menos de 6 meses, apenas 46,2% delas contabilizaram para o aleitamento materno exclusivo, 3 delas estão em aleitamento complementar com fórmula infantil, 2 estão em aleitamento predominante, pois os responsáveis ofereceram água/chá, e por fim, 2 recebem apenas a fórmula infantil. Sabe-se da importância do AME, devido a todos os seus benefícios nutricionais e imunobiológicos. Portanto, é necessário estabelecer estratégias de asseguramento do AME na Equipe de Saúde da Família da UAP pesquisada.

Gráfico 17. Dados Sociodemográficos - Sua criança possui algum tipo de deficiência? (intelectual, visual, auditiva, física ou múltipla)

SUA CRIANÇA POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA? (INTELLECTUAL, VISUAL, AUDITIVA, FÍSICA OU MÚLTIPLA)

51 respostas



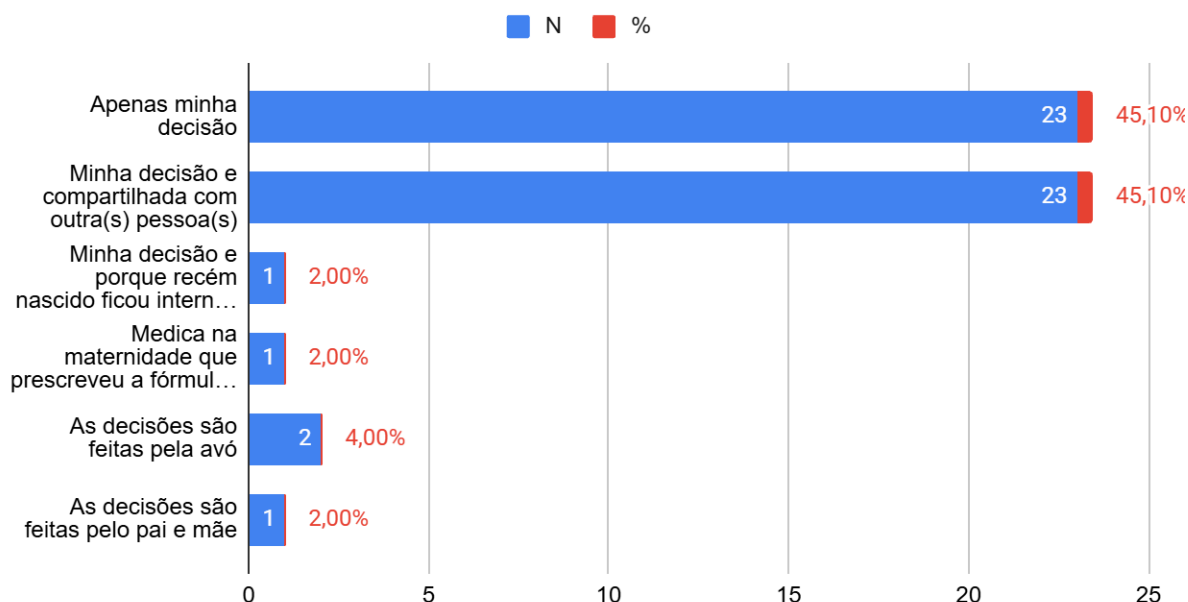
Fonte: A autora (2026)

Segundo dados IBGE, existem atualmente 14.400,869 pessoas com deficiência (PCD) no Brasil, tais dados são referentes a idade de 2 anos até 100 anos ou mais. Dessa forma, não existem dados atualizados no país relacionados à quantificação de crianças menores de dois anos com alguma deficiência. Segundo a UNICEF (2023), 10% das crianças de 0 a 17 anos na América Latina e Caribe possuem algum tipo de deficiência. Dessa maneira, supõe-se que nessa idade o subdiagnóstico aconteça com frequência, visto que crianças menores de dois anos identificadas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor apresentaram dificuldades na idade escolar, com déficits motores, atrasos de aprendizagem e baixa participação nas atividades escolares, comparados com àquelas crianças sem identificação de qualquer atraso antes dos dois anos de idade (De Fátima Dornelas e De Castro Magalhães, 2016).

O resultado da pesquisa mostrou que 100% das crianças não possuem nenhum tipo de deficiência. Tal fato, representa a necessidade de acompanhamento metódico da população infantil da eSF para a identificação de atrasos no desenvolvimento e crescimento e reconhecimento das necessidades especiais e minimização de problemas no futuro (De Fátima Dornelas e De Castro Magalhães, 2016).

Gráfico 18. Dados Sociodemográficos - A decisão sobre o alimento ofertado à sua criança é apenas sua ou compartilhada com outra pessoa? Com quem?

A DECISÃO SOBRE O ALIMENTO OFERTADO À SUA CRIANÇA É APENAS SUA OU COMPARTILHADA COM OUTRA PESSOA?
SE COMPARTILHADA, COM QUEM?



Fonte: A autora (2026)

Nesta questão, o gráfico demonstra que 23r dos participantes (45,1%) tomam as decisões alimentares de suas crianças sozinhas, e da mesma forma, dados iguais representam os indivíduos que compartilham essas determinações com outras pessoas, como os pais, comadres, amigos e cuidadores do cotidiano das crianças, quando os responsáveis pelos lactentes necessitam trabalhar. Complementando com o fato supracitado, muitas vezes o cuidador é um familiar, no caso três são as avós das crianças, 2 delas tomam as decisões e 1 segue as orientações feitas pelo pai e mãe.

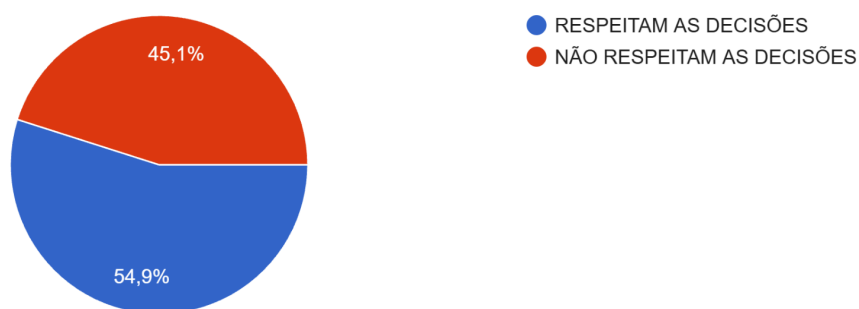
Essa situação destaca a importância crescente da família na alimentação durante os primeiros anos de vida, em especial a de parentes próximos, como as avós, que muitas vezes desempenham papéis significativos no que se refere à nutrição das crianças. Isso é reconhecido nas diretrizes nacionais que promovem uma alimentação saudável e adequada para crianças com menos de dois anos (Brasil, 2012; Brasil, 2019).

Assim, o profissional de saúde deve estar preparado a reconhecer novas formas de construção familiar e a ouvir, demonstrar interesse e incluir todos os cuidadores da criança nas orientações alimentares, para que seja compreendido as novas orientações sobre alimentação saudável, o que pode evitar, de forma precoce, a introdução de alimentos e bebidas antes da idade adequada (Brasil 2012).

Gráfico 19. Dados sociodemográficos - As pessoas que convivem com sua criança respeitam sua decisão sobre quais alimentos podem ou não serem ofertados à sua criança?

AS PESSOAS QUE CONVIVEM COM SUA CRIANÇA RESPEITAM SUA DECISÃO SOBRE QUAIS ALIMENTOS PODEM OU NÃO SEREM OFERTADOS À SUA CRIANÇA?

51 respostas



Fonte: A autora (2026)

Em grande parte dos respondentes declararam que as pessoas que convivem com as crianças respeitam as decisões alimentares, afirmando que não oferecem alimentos proibidos na frente dos responsáveis, porém não obtiveram a certeza deste fato fora do alcance dos pais, como quando a criança está na casa de parentes próximos. Neste ínterim, 45,1% (23 pessoas), não consideram a autorização dos responsáveis sobre quais alimentos devem ou não serem ofertados aos seus filhos.

Nesse cenário, é essencial aprimorar as estratégias da Atenção Primária à Saúde, visando uma participação mais efetiva da rede de apoio da criança, com a inclusão de familiares e cuidadores nas atividades educativas e na promoção da saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 estabelece que a Atenção Primária deve levar em conta o indivíduo em seu ambiente familiar e social, implementando ações que engajem a família e a comunidade no cuidado, reconhecendo a importância desses agentes na formação de hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2017).

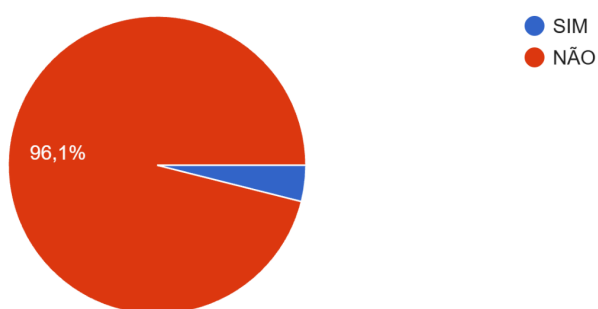
Essa dinâmica se justifica pelo fato de que os hábitos alimentares são diretamente influenciados pela família e também pela escola (na idade escolar). Segundo Oliveira (2021), a autora testou sua teoria, e logo concluiu em seu estudo, que o comportamento alimentar de familiares e cuidadores moldam a aceitação de alimentos saudáveis por crianças, já que elas reproduzem as práticas alimentares, assim, se a família comer e for oferecido alimentos

ultraprocessados às crianças, a chance de recusa de alimentos in natura aumenta drasticamente.

Gráfico 20. Dados sociodemográficos - Sua criança frequenta a creche? Se sim, você tem acesso a informação sobre os alimentos ofertados à ela pela creche?

SUA CRIANÇA FREQUENTA A CRECHE?

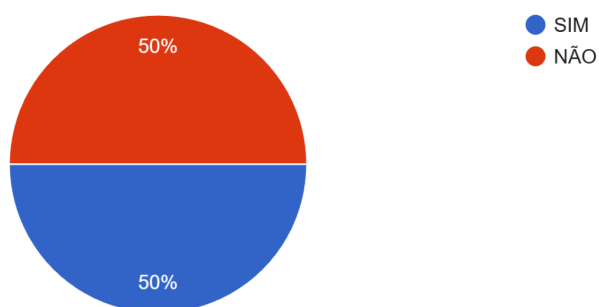
51 respostas



Fonte: A autora (2026)

SE SIM, VOCÊ TEM ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE OS ALIMENTOS OFERTADOS À ELA PELA CRECHE?

2 respostas



Fonte: A autora (2026)

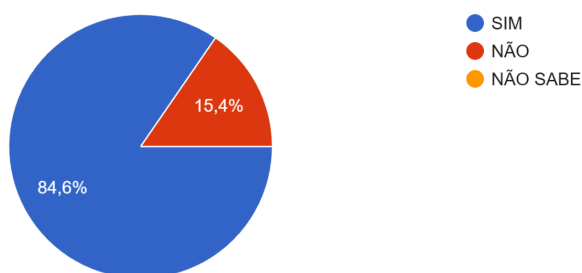
Em relação às crianças que frequentam a creche, apenas 2 de 51 dos lactentes estão matriculados em creches. Desses 2, uma mãe possui acesso diário ao cardápio escolar e a outra não sabe quais alimentos são ofertados durante o tempo em que a criança fica na escola. Esse aspecto faz parte de um panorama mais amplo da educação infantil no Brasil, onde a taxa de presença de crianças pequenas, especialmente aquelas com idades entre 0 e 3 anos, continua sendo baixa. No país em 2024, essa taxa atingiu 39,7%, abaixo da meta estipulada pelo Plano Nacional de Educação (PNE) de pelo menos 50% de cobertura para essa faixa etária, segundo dados oficiais do IBGE (2025).

Ao mesmo tempo, a alimentação ofertada em creches deve seguir normas nutricionais específicas, além de ser direito da família a comunicação sobre os cardápios alimentares e a possibilidade de sugerir mudanças sobre eles. Isso posto, pode garantir a continuidade dos hábitos alimentares saudáveis estabelecidos em casa, conforme o Guia Alimentar justifica (Brasil, 2019).

7.3 - Marcadores do consumo alimentar - 0 a 6 meses

Gráfico 21 - Marcadores do consumo alimentar: A criança ontem tomou leite do peito

A CRIANÇA ONTEM TOMOU LEITE DO PEITO?
13 respostas



Fonte: A autora (2026)

Das 13 crianças menores de 6 meses, 84,6% consumiram leite do peito no dia anterior, destas, apenas 2 não tomam leite humano. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) corrobora para a amamentação, aconselhando que a lactação seja exclusiva até os seis meses de idade e que se prolongue, acompanhada por uma alimentação complementar adequada, até os dois anos ou mais. Essa prática é considerada benéfica para o crescimento,

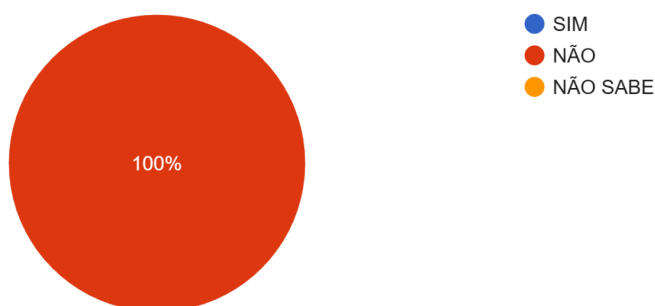
desenvolvimento e prevenção de doenças da infância, de acordo com as recomendações do Guia Prático de Aleitamento Materno (SBP, 2025).

Brasil (2019), em seu guia alimentar realiza orientações quanto ao aleitamento materno voltada a realidade dos brasileiros, levando-se em consideração as culturas distintas presentes no país e desmistificando os mitos relacionados à prática da amamentação. O material possui grande valor ao reconhecer as singularidades de cada família, ao mesmo tempo em que reforça recomendações baseadas em evidências científicas para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementar até dois anos ou mais, dando ênfase ao serviço da Atenção Primária à Saúde, reforçando seu papel crucial na manutenção do aleitamento materno da população.

Gráfico 22 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança tomou mingau

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU MINGAU?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

O Gráfico 22, expõe que todas os lactentes menores de 6 meses, atualmente não consomem nenhum tipo de mingau. Dessa forma, é satisfatório explicitar que nenhuma das treze crianças recebem tipos de mingaus, considerados alimentos ultraprocessados. O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, considera que os “mingaus”, principalmente os mais famosos promovidos pela mídia, são feitos de farinhas de cereais instantâneas (espessantes) com açúcar, um alimento com altas taxas de carboidratos e açúcares e considerados pobres em valores nutricionais.

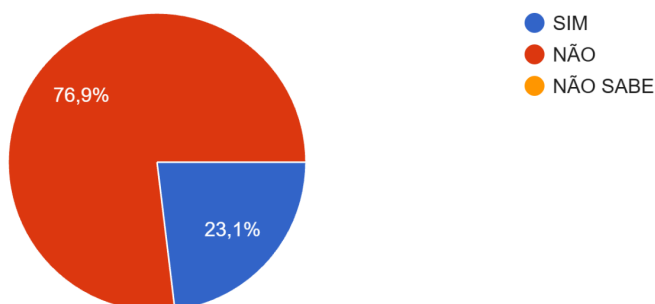
Tal tipo de alimento não deve ser consumido para crianças menores de dois, pois por ser classificado como um ultraprocessado, as chances de desmame precoce, alteração do

paladar e sobrepeso em crianças dessa idade aumentam significativamente, além de contribuir para a formação de hábitos alimentares inadequados desde a primeira infância.

Gráfico 23 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança tomou água/chá

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU ÁGUA/CHÁ?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

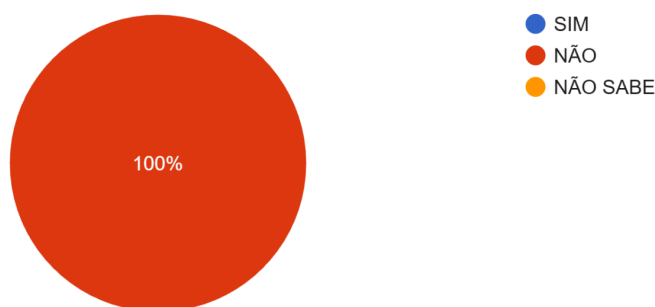
Sabe-se que o leite materno contém absolutamente tudo o que o bebê precisa, não devendo ser introduzido qualquer outro alimento ou bebida. O AME pode proteger até 823 mil mortes menores de cinco anos a cada ano. Do total das crianças do estudo na eSF, 3 delas recebem água ou chás, classificando um aleitamento predominante. Segundo Carvalho e Gomes (2017), a oferta de água ou chá antes dos seis meses é uma prática profundamente fixada na tradição brasileira, compreendendo crenças seculares de oferta destas bebidas às crianças.

No entanto, essa prática não é mais recomendada há muito tempo, inclusive já é comprovado o malefício desta oferta para crianças menores de 6 meses. Os malefícios incluem a diminuição da proteção contra doenças respiratórias e diarreicas, consideradas doenças que causam a maior parte da morbimortalidade de crianças pequenas. Para concluir, não traz benefícios para cólicas, nem para acalmar a criança, já que o bebê ainda possui um sistema gastrointestinal imaturo (Carvalho e Gomes, 2017).

Gráfico 24 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu leite de vaca

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU LEITE DE VACA?

13 respostas



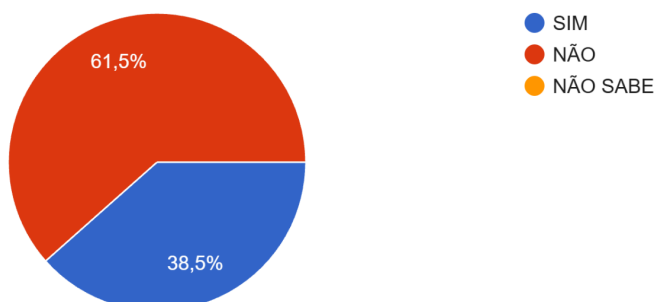
Fonte: A autora (2026)

O leite de vaca não deve ser ofertado de maneira nenhuma para crianças pequenas antes de um ano de idade. Dessa forma, o leite integral de vaca contém excesso de proteínas, sódio, potássio e cloro, além da falta de vitaminas, de ferro, e de ácidos graxos poli-insaturados de cadeias longas, sendo seus níveis de lipídios diferentes do leite materno. Ainda tem o fato da possibilidade de aquisição de alergia aos componentes do leite industrializado. (SBP, 2021; Carvalho e Gomes, 2017). Portanto, de forma positiva as crianças com menos de 6 meses não recebem este leite deletério para os mesmos, sendo a melhor substituição ao leite humano, a fórmula infantil indicada por um profissional de saúde.

Gráfico 25 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu fórmula infantil

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU FÓRMULA INFANTIL?

13 respostas



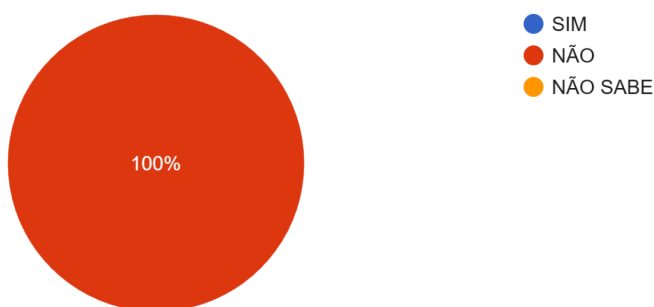
Fonte: A autora (2026)

O gráfico 25 representa o consumo de fórmula infantil pelos lactentes no dia anterior à entrevista com os responsáveis. Sendo assim, a maioria não consumiu fórmula infantil, essas são as que estão em Aleitamento Materno Exclusivo e Complementar, sendo 8 das 13 crianças estudadas. O resultado está em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, a entidade ressalta que o uso de fórmulas infantis deve ser desencorajado sempre que a amamentação for viável, uma vez que essas fórmulas não proporcionam os mesmos benefícios nutricionais, imunológicos e afetivos que o leite materno (OMS, 2023).

Gráficos 26 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu suco de fruta ou fruta

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU SUCO DE FRUTA?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU FRUTA?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

Sabe-se que a introdução alimentar deve ser iniciada apenas aos seis meses de idade da criança em conjunto com a apresentação do chamado “sinais de prontidão”. Os sinais de

prontidão são: o fortalecimento do pescoço, conseguir ficar sentada sozinha ou com o mínimo de apoio possível, apresentar interesse pelos alimentos, possuir reflexo de protrusão da língua diminuída e levar objetos à boca (Bolzan, et al, 2022).

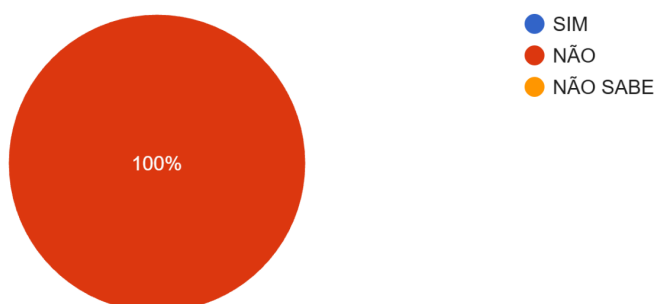
Dessa forma, conforme diretrizes internacionais e nacionais, em relação à oferta de frutas e suco de frutas, é preferível a oferta das frutas in natura ao invés do suco de frutas, isso para crianças maiores de 6 meses de idade, com menor idade tanto a fruta quanto o suco da fruta não são recomendados. Efetivamente, os responsáveis das crianças da Equipe de Saúde da Família estão seguindo as orientações recomendadas, visto que nenhuma criança consumiu tais alimentos antes dos seis meses de idade.

A preferência da fruta em detrimento do suco da fruta surge do fato de que o suco não oferece todas as propriedades da fruta em si e seu consumo deve ser limitado. As fibras são reduzidas quando o suco é coado, a musculatura da face não é exercitada ao se mastigar a fruta. Além da maioria dos sucos de frutas serem adicionados de açúcar, o seu consumo próximo a refeições diminui a vontade da criança em se alimentar e é possível que a criança crie certa resistência na aceitação da água pura (Brasil, 2019; OMS, 2023).

Gráfico 27 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ou outros alimentos/bebidas

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA OU SOPA)?

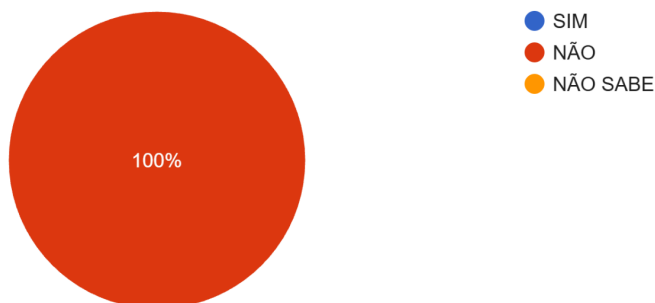
13 respostas



Fonte: A autora (2026)

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU OUTROS ALIMENTOS/BEBIDAS?

13 respostas



Fonte: A autora (2026)

Assim como no gráfico anterior, as crianças com menos de seis meses não consomem comida de sal ou outros alimentos ou bebidas. Essa abordagem alinha-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aconselha que os bebês sejam nutridos apenas com leite humano até completarem seis meses, sem a adição de outros alimentos ou líquidos. Isso se deve ao fato de que o leite materno é suficiente para atender às demandas nutricionais da criança nesse período de crescimento (OMS, 2023).

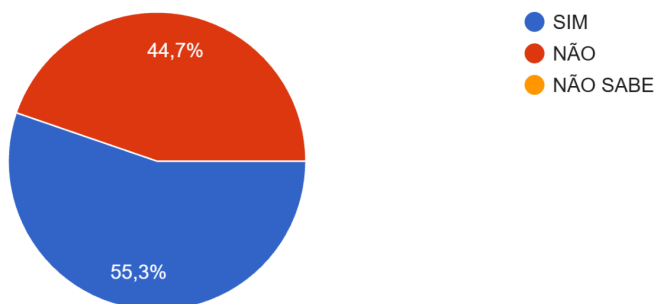
A introdução de alimentos antes dos seis meses de idade é vista como inadequada e pode ser nociva à saúde das crianças, pois o sistema digestivo e imunológico dos bebês ainda não está pronto para processar substâncias além do leite materno. Estudos mostram que oferecer alimentos e bebidas de forma precoce pode levar ao desmame precoce, aumentar o risco de infecções gastrointestinais, causar alergias alimentares, propiciar anemias, alterar o paladar (principalmente se introduzidos alimentos com açúcar) e elevar as chances de sobrepeso e obesidade na vida futura (Wang, et al, 2017; Brasil, 2019; Gupta et al, 2025).

7.4 - Marcadores do consumo alimentar - 6 a 23 meses e 29 dias

Gráfico 28 - Marcadores do consumo alimentar: A criança ontem tomou leite do peito?

A CRIANÇA ONTEM TOMOU LEITE DO PEITO?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

Na pesquisa existe o total de 38 crianças entre seis meses a vinte três meses e vinte nove dias. Dessas, 21 mantêm o aleitamento complementar à alimentação e 17 não amamentam mais ou nunca amamentaram. É possível compreender que a principal alimentação da criança até 1 ano de idade deve continuar sendo a amamentação. Os primeiros anos de vida da criança tornam-se uma oportunidade para oferecer o melhor possível, a fim de que ela cresça forte e saudável, e a manutenção do aleitamento humano complementar é uma dessas chances.

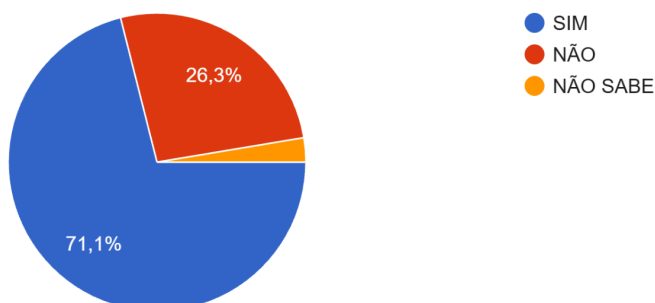
A OMS e o UNICEF recomendam que o aleitamento materno prossiga junto com a introdução de alimentos complementares apropriados até que a criança complete dois anos ou mais, devido aos evidentes benefícios para o crescimento, desenvolvimento do sistema imunológico, diminuição da mortalidade infantil e promoção da saúde a longo prazo (OMS; UNICEF, 2023).

No Brasil, dados nacionais indicam que, embora a amamentação seja iniciada, a sua manutenção durante o segundo semestre de vida e depois do primeiro ano continua a diminuir gradativamente, alcançando apenas 43,6%, destacando as dificuldades na continuidade do aleitamento materno conforme as orientações das diretrizes internacionais e nacionais. Essa situação ressalta a relevância de iniciativas que promovam, protejam e apoiem a amamentação por um período mais longo, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. (UFRJ - ENANI, 2021).

Gráfico 29 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?

ONTEM A CRIANÇA COMEU FRUTA INTEIRA, EM PEDAÇO OU AMASSADA?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

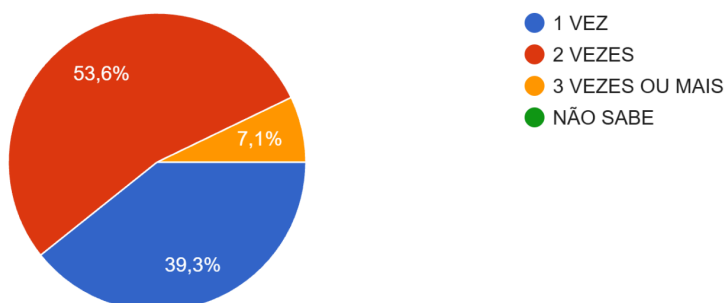
A diversidade alimentar mínima é definida pela OMS como o consumo de pelo menos 1 alimento dos seguintes grupos alimentares: 1. leite materno; 2. cereais, raízes, tubérculos; 3. leguminosas (feijões, ervilhas, lentilhas), nozes e sementes; 4. laticínios (leite, fórmula infantil, iogurte, queijo); 5. carnes (carnes, peixes, aves, vísceras); 6. ovos; 7. frutas e vegetais ricos em vitamina A; e 8. outras frutas e vegetais (OMS, 2026).

Na conjuntura da pesquisa, 10 crianças não haviam comido nenhuma fruta e outra mãe não soube responder se a criança havia ingerido ou não no dia anterior um dos grupos alimentares mais importantes para qualificar a diversidade alimentar mínima. Isso talvez caracterize um resultado pobre em que crianças de 6 a 23 meses não garantam a diversidade alimentar mínima exigida pela diretriz internacional.

Gráfico 30 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Se sim, quantas vezes?

SE SIM, QUANTAS VEZES?

28 respostas



Fonte: A autora (2026)

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (2019), a partir dos 6 meses a criança já deve receber pelo menos três refeições, podendo variar nesta idade, entre café da manhã, almoço e lanche, ou almoço e dois lanches, não havendo padrão pré estabelecido.

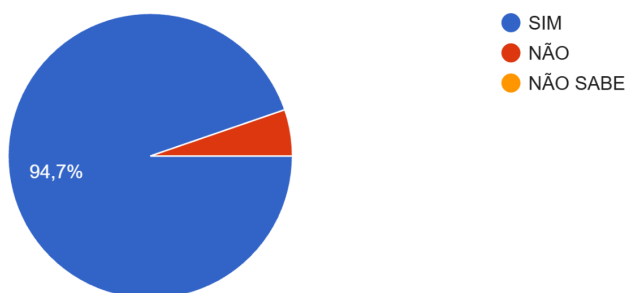
No grupo das frutas, existe uma variedade quase infinita de frutas disponibilizadas no país, e não existe qualquer restrição em sua oferta. Além disso, é sugestivo utilizar as frutas da safra do momento em cada região do Brasil, por exemplo, em janeiro e fevereiro as frutas mais acessíveis são o abacaxi, a manga, a uva, a melancia, o figo e o pêssego.

A partir dos seis meses, deve ser oferecida uma fruta pelo menos duas vezes ao dia, o que vai de encontro com a maioria do resultado da pesquisa (53,6%). No entanto, há ainda àqueles que ofertaram apenas uma fruta no dia anterior à entrevista (39,3%) denotando a ausência de orientações eficazes ou uma insegurança alimentar relevante (Brasil, 2019).

Gráfico 31 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa, ou sopa)? Se sim, quantas vezes?

ONTEM A CRIANÇA COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA OU SOPA)?

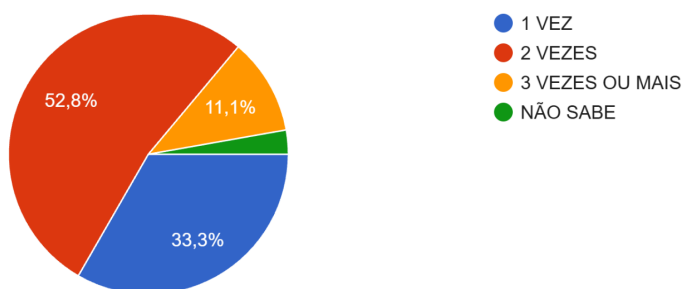
38 respostas



Fonte: A autora (2026)

SE SIM QUANTAS VEZES?

36 respostas



Fonte: A autora (2026)

A comida de sal, a partir dos seis meses de idade, deve ser ofertada pelo menos uma vez ao dia; já dos 7 aos 8 meses, devem ser realizadas duas refeições por dia. Esse padrão segue-se até a idade de nove a onze meses. A partir de um ano até os dois anos de vida da criança, é necessária a inclusão de mais uma refeição de sal, no café da manhã, que pode ser feita com cereais (pão caseiro ou minimamente processado) ou raízes e tubérculos.

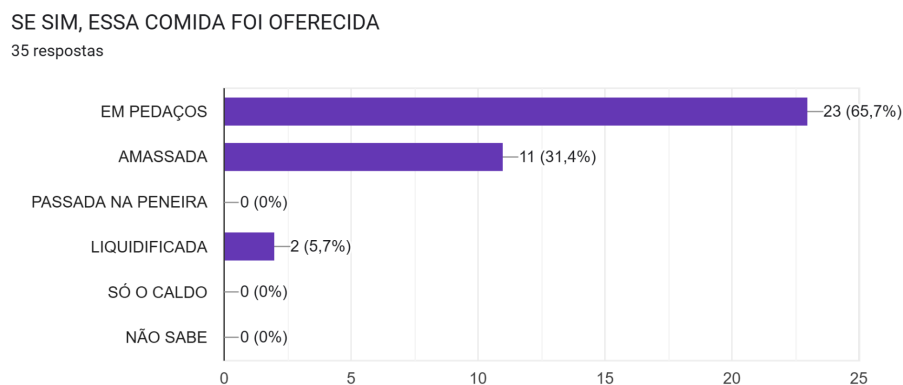
É importante ressaltar que a criança, desde a introdução alimentar, também deve receber os lanches da manhã e da tarde, devendo ser oferecidos leite materno ou fórmula infantil e uma fruta. No lanche da tarde, somente a partir do primeiro ano de vida da criança podem ser ofertados cereais ou raízes e tubérculos, sempre mantendo o aleitamento complementar à alimentação (Brasil, 2019).

Na pesquisa realizada, 52,8% das crianças se alimentavam com comida de sal duas vezes ao dia, ao passo que 33,3% consumiam apenas uma refeição. Apenas 4 (11,1%) crianças realizaram três refeições ou mais, e uma mãe não soube responder à pergunta.

Entre as crianças com idade entre 8 e 11 meses (não foram coletados dados de crianças com sete meses), há um total de oito crianças. Destas, quatro consumiram apenas uma refeição de sal; uma não consumiu nenhuma comida de sal; e apenas três lactentes se alimentaram conforme o recomendado, ou seja, duas refeições de sal diariamente. Tal fato, já pode indicar um padrão alimentar ineficaz de acordo com a idade do lactente.

Por outro lado, existem 28 crianças com idade entre 1 e 2 anos; destas, apenas quatro realizavam três refeições de sal por dia, indicando um padrão alimentar inadequado. Dando sequência, com base no Guia, 16 crianças consumiram duas refeições por dia e de forma agravante, sete crianças se alimentaram com apenas uma refeição de sal no dia anterior à entrevista com os responsáveis. Além disso, uma das entrevistadas não soube responder à pergunta, pois não tinha acesso às informações sobre a alimentação da criança na creche. É importante reiterar que foi realizada uma breve intervenção sobre a alimentação saudável das crianças logo após as coletas de dados (Brasil, 2019).

Gráfico 32 - Marcadores do consumo alimentar: Se sim, essa comida foi oferecida como?



Fonte: A autora (2026)

Em relação à consistência do alimento ofertado, 65,7% já é oferecida em pedaços, o que condiz com as orientações alimentares que expressam a necessidade de que a partir de 1 ano de vida da criança, ela já deve estar se alimentando da comida familiar, ou seja, a mesma consistência, textura e os mesmos alimentos do prato da família (Brasil, 2019).

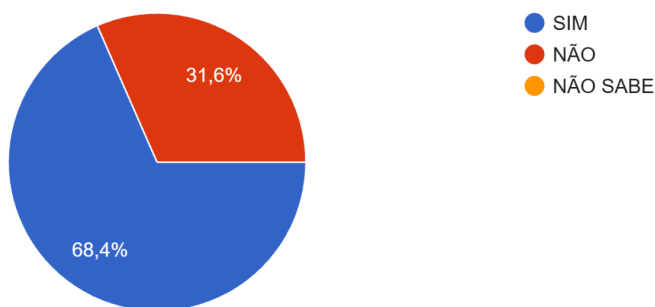
Geralmente a comida amassada é preparada na fase da introdução alimentar, visto que facilita para a criança aprender a mastigar. Tal fato não quer dizer que é proibido oferecer a refeição já em pedaços, inclusive é recomendado para a criança interagir com os produtos e conhecê-los com o tato e a visão. No entanto, a refeição deve ser gradualmente alterada, passando de pedaços até chegar a comida sólida da família. Logo, tal consistência foi verificada na pesquisa em apenas em 11 crianças de 6 a 23 meses (Brasil, 2019).

Todavia, o estudo coletou dados de 2 crianças que recebem comida liquidificada. Já entende-se há um tempo que a ciência evoluiu e demonstrou com bases científicas que a comida liquidificada não se deve em hipótese alguma ser consumida pelas crianças. Além da perda da textura e consistência, se perde também a possibilidade do bebê em conhecer os alimentos em suas diversas colorações. Além do mais, se a criança continuar com a consistência líquida, terá dificuldade em aceitar alimentos mais sólidos no futuro, podendo apresentar engasgo e ânsia de vômito (Brasil, 2019).

Gráfico 33 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu outro leite que não o do peito?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DO PEITO?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, orienta a oferta de leite de vaca integral a partir dos nove meses ao invés da oferta da fórmula infantil (para aqueles que não são amamentados no seio). Acredita-se que essa orientação visa diminuir o custo econômico da família que compra fórmula infantil, apesar da Sociedade Brasileira de Pediatria autorizar o consumo de leite de vaca integral somente com um ano de vida, pois a composição do leite é diferente e corre-se o risco de expor a criança ao excesso de proteína, o

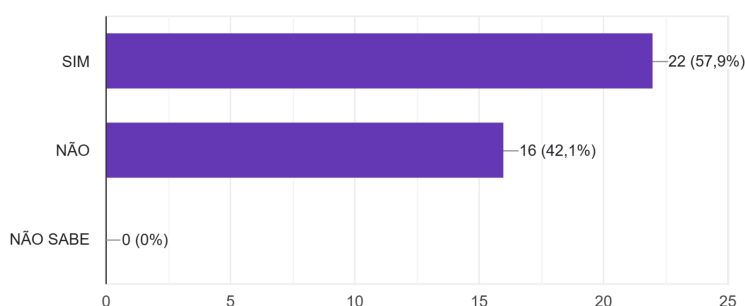
qual está associado a maior carga de soluto renal, a alterações da microbiota intestinal, e ao aumento da prevalência da obesidade (Brasil, 2019; SBP, 2021).

No presente trabalho, mais da metade das crianças entre 6 e 23 meses e 29 dias consumiu, no dia anterior, algum leite que não o leite materno, podendo ser fórmulas infantis ou leite de vaca integral, totalizando 26 lactentes (68,4%). Em contrapartida, 12 crianças (31,6%) não haviam ingerido outro tipo de leite. Dessa forma, é possível estabelecer uma relação com o próximo gráfico, referente ao consumo de mingau com leite, visto que, dos 26 lactentes que consumiram outro leite, 22 deles consumiram mingau com leite.

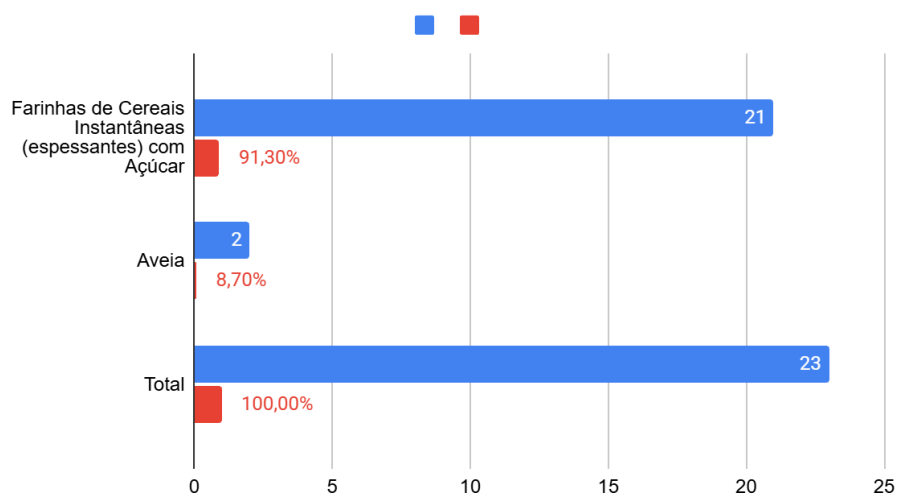
Gráfico 34 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu mingau com leite? Qual tipo de mingau?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU MINGAU COM LEITE?

38 respostas



Qual tipo de mingau?



Fonte: A autora (2026)

Desse modo, foi avaliado o marcador alimentar sobre o consumo de mingau com leite, no entanto, para qualificar ainda mais esse dado foi perguntado quais tipos de mingaus são oferecidos às crianças. Brasil (2019) alerta para os alimentos que parecem cereais, mas não são, sendo considerados alimentos ultraprocessados, como biscoitos salgados e doces, tanto simples como recheados, barras de cereais, pães doces, cereais matinais e farinhas instantâneas de arroz, milho e/ou trigo.

A coleta de dados revelou que foi oferecido, pelos responsáveis, mingau com leite a 22 crianças de 6 a 23 meses, correspondendo a 57,9%. A partir disso, foi criada a variável referente ao tipo de mingau adquirido pela família. Dessa forma, esse novo dado demonstrou que as farinhas de cereais instantâneas (espessantes) com açúcar se sobressaíram, alcançando oferta no dia anterior em 21 consumos. É importante ressaltar que uma das crianças consumiu dois tipos diferentes de farinhas instantâneas no mesmo dia; por isso, o total de (n) ficou em 23.

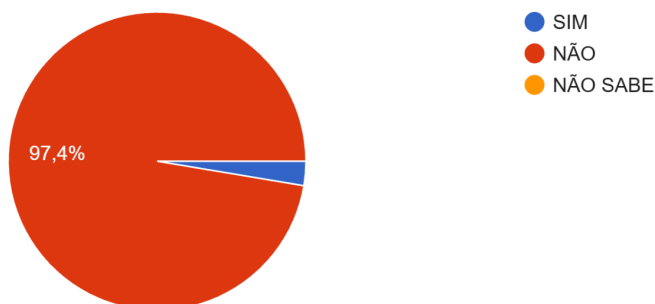
Sabe-se atualmente que a oferta de farinhas de cereais instantâneas (espessantes) são reconhecidas como alimentos ultraprocessados, além de conterem tipos de açúcares; produto que deveria ser permitido às crianças apenas a partir dos dois anos de idade. À vista disso, é fundamental orientar os responsáveis sobre o consumo diário de mamadeiras de mingau com leite, em decorrência do fato do risco aumentado de obesidade/sobrepeso, seletividade alimentar, dano na regulação natural da fome e da saciedade, assim como a substituição de refeições saudáveis por opções com baixo conteúdo nutritivo, como demonstram pesquisas que ligam a ingestão de alimentos ultraprocessados na infância a resultados adversos na saúde nutricional e nos padrões alimentares ao longo da vida (Monteiro et al., 2019; Louzada et al., 2022).

Importante relatar que a aveia consumida por 2 crianças da pesquisa, apesar de ser considerada um tipo de farinha instantânea, não foi reconhecida dentro deste grupo pois os responsáveis relataram que ofertam o mingau de aveia não diariamente e sem adição de açúcar. Por esse motivo, houve essa divisão, além disso, foram realizadas orientações acerca da leitura do rótulo dos produtos comprados, para sempre haver a verificação dos ingredientes de cada marca de aveias distintas.

Gráfico 35 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu iogurte natural?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU IOGURTE NATURAL?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

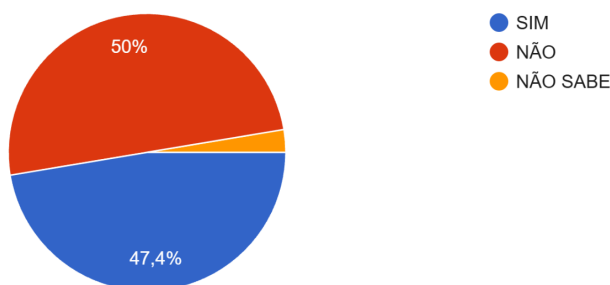
O gráfico 35 constata o consumo de Iogurte pelas crianças de 6 a 23 meses, 37 das 38 crianças verificadas não ingeriram iogurte no dia anterior. A indagação na coleta de dados foi feita como Iogurte Natural, pois é ele que faz parte do grupo alimentar dos leites e queijos, visto que é o único que pode ser consumido, pois não possui adição de açúcar.

Nos dias de hoje, os “Iogurtes” promovidos e comprados são considerados ultraprocessados, adicionados de açúcar, aditivos e corantes. Também são adquiridos os leites aromatizados; achocolatados de caixinha; bebidas lácteas adoçadas; iogurtes adoçados, com sabor e coloridos artificialmente; iogurtes com mel e do tipo *petit suisse*, o mais utilizado para lanches rápidos no cotidiano das crianças (Brasil, 2019).

Gráfico 36 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU LEGUMES (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)

38 respostas



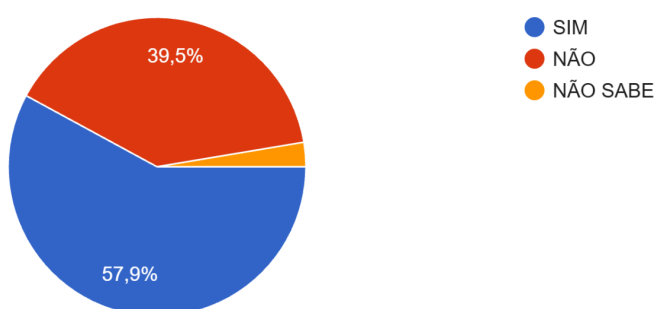
Fonte: A autora (2026)

Considerando novamente a diversidade alimentar mínima (DAM) citada no gráfico 30, dos 8 grupos alimentares incluídos pela OMS, considera-se no Brasil a diversidade alimentar mínima o consumo diário de pelos 5 dos 8 grupos alimentares. São eles: leite materno ou derivados de leite; grãos, raízes, tubérculos e bananas-da-terra (fontes de amido); leguminosas (feijões, lentilhas, ervilhas) e castanhas/sementes; produtos lácteos (leite, iogurte, queijo); alimentos de origem animal (carne, peixe, frango, fígado/órgãos); ovos; frutas e vegetais ricos em vitamina A e outras frutas e vegetais (Lacerda, et al, 2023).

Neste gráfico, abordamos o grupo dos legumes, de acordo com os marcadores de consumo alimentar do SISVAN. Nessa categoria, consideram-se todos os legumes, exceto batata, mandioca, inhame e seus derivados. Sendo assim, os dados revelam que 50% das crianças não haviam consumido nenhum legume no dia anterior. Essa informação evidencia um obstáculo para se atingir uma DAM nas crianças do estudo e indica um possível padrão alimentar inadequado em crianças menores de dois anos.

Gráfico 37 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU VEGETAL OU FRUTA DE COR ALARANJADA (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (...caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)
38 respostas



Fonte: A autora (2026)

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a DAM também considera o grupo dos vegetais, frutas ricas e folhas verdes-escuras ricas em vitamina A. Neste grupo o consumo apresentou-se em maior quantidade, 57,9%, 22 das crianças se alimentaram do grupo alimentar no dia anterior. Ao passo que 15 delas não consumiram nenhum tipo de fruta,

vegetal ou folhas verde-escuras. Apesar de um resultado mais positivo desta vez, ainda existe parte das crianças que possuem uma baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina A e ferro.

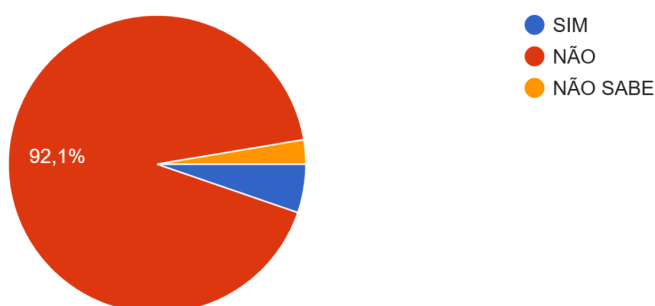
A vitamina A pode ser encontrada em legumes de cor laranja e em verduras de tonalidade verde-escura. Esses vegetais também são fontes de ferro, um mineral importante na prevenção da anemia. No entanto, é preocupante que os legumes e as verduras ocupem um espaço reduzido na alimentação dos brasileiros. Existem diversas variedades, com sabores distintos, mas muitas vezes as famílias se restringem a consumir sempre os mesmos, e em quantidades pequenas e muito menos consomem em todas as refeições do dia (Brasil, 2019).

As crianças, em especial, costumam rejeitar mais as verduras, principalmente porque raramente têm a oportunidade de experimentá-las. Isso evidencia a necessidade de aprimorar os hábitos alimentares dos familiares, servindo assim de modelo para as crianças (Brasil, 2019).

Gráfico 38 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu verdura de folha (alface, acelga, repolho)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU VERDURA DE FOLHA (alface, acelga, repolho)

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

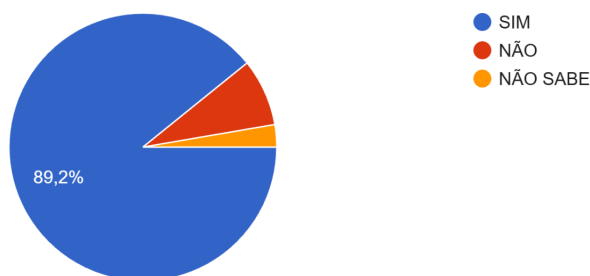
O questionário sobre as verduras de folhas foi preocupante, assim como outras indagações a seguir. Um estudo brasileiro transversal entre crianças de 6 a 59 meses demonstrou uma baixíssima ingestão de hortaliças folhosas, alcançando apenas 12,7% do total de 4.322 crianças. De forma semelhante, o presente estudo alerta para um total de 35 crianças (92,1%) que não ingeriram nenhum tipo de verdura folhosa (Bartolini, Gubert e Santos, 2012).

Durante a aplicação do questionário, algumas mães expressaram não ter conhecimento de que vegetais de folhas, como a alface, podiam ser oferecidos a crianças com menos de dois anos. Isso evidencia lacunas no entendimento sobre a introdução e a variedade alimentar

nessa fase. Em resposta a essa situação, foram realizadas orientações para os responsáveis, explicando que as hortaliças folhosas podem e devem ser introduzidas de maneira gradual, segura e com a consistência apropriada para a idade. Foi enfatizada a relevância desses alimentos na oferta de micronutrientes e fibras, além de contribuírem para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida.

Gráfico 39 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU CARNE (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo
37 respostas



Fonte: A autora (2026)

O gráfico 39 mostra o resultado do consumo de carnes ou ovos pelas crianças. O resultado aponta que 89,2% das crianças comeram alimentos deste grupo no dia anterior. Do total, 3 não comeram e uma mãe não sabia se havia comido ou não, pois a criança tinha se alimentado na creche.

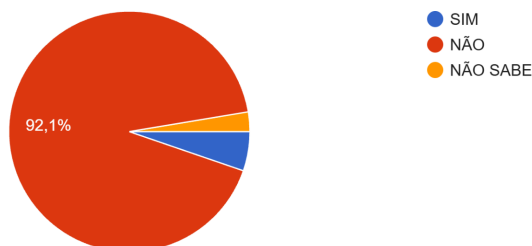
O grupo das carnes contém proteínas, gorduras, ferro, zinco e vitamina B12, nutrientes muito importantes para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento na primeira infância. Comparando com o passado, atualmente todos os tipos de carne podem e devem ser oferecidos (Brasil, 2019).

Anteriormente, o ovo e o peixe eram considerados alimentos não recomendados devido ao seu potencial alergênico. No entanto, atualmente, reconhece-se que a introdução de alimentos que podem causar alergias deve ocorrer a partir dos 6 meses de idade, pois essa prática favorece o desenvolvimento da tolerância imunológica. Isso acontece durante o período conhecido como ‘janela de oportunidades’, que ocorre entre o sexto e o sétimo mês de vida, quando o sistema imunológico se encontra apto a aceitar novos alimentos (Brasil, 2015).

Gráfico 40 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu fígado?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU FÍGADO?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

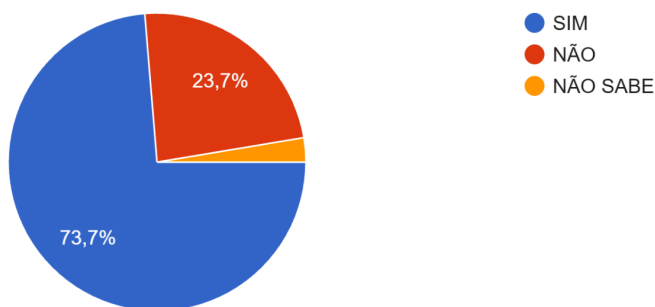
No estudo atual, o gráfico revela que a maioria das crianças com idades entre 6 e 23 meses não consumiu fígado no dia anterior à coleta de dados, com 92,1% das respostas indicando ausência de consumo e uma pequena fração relatando sua ingestão.

Esse resultado está em conformidade com pesquisas nacionais que demonstram uma baixa frequência na ingestão de vísceras e alimentos de origem animal que são ricos em micronutrientes nessa faixa etária, alcançando altas taxas de não ingestão em crianças de até 1 ano de idade (75%). Isso pode impactar negativamente na diversidade alimentar e na absorção de nutrientes essenciais, como ferro e vitamina A, em lactentes e crianças pequenas (Alleo; Souza e Szarfarc, 2014).

Gráfico 41 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu feijão?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU FEIJÃO?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

O gráfico sobre a ingestão de feijão revela que a maior parte das crianças analisadas consumiram esse alimento no dia anterior à entrevista, totalizando 73,7% das respostas afirmativas. Esse dado implica na manutenção de um alimento tradicional da dieta brasileira na alimentação complementar de crianças com idade entre 6 e 23 meses, o que é visto como positivo sob a perspectiva nutricional. O feijão se destaca como uma valiosa fonte de proteínas de origem vegetal, fibras, ferro e diversos micronutrientes importantes, favorecendo a qualidade da alimentação infantil quando apresentado em uma consistência boa para a idade (Brasil, 2019).

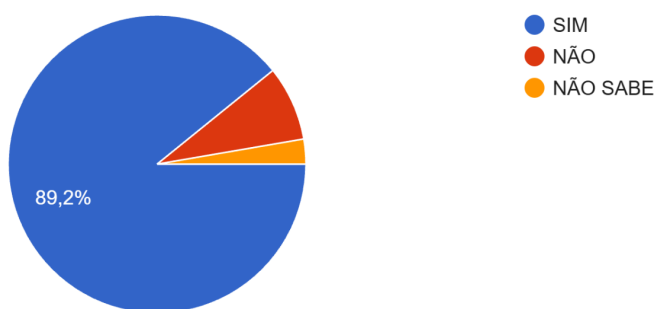
No entanto, constatou-se que 23,7% das crianças não ingeriram feijão no dia anterior, o que pode sugerir dificuldades relacionadas à aceitação de alimentos, às práticas familiares ou à falta de orientações sobre a introdução e o preparo adequado das leguminosas para crianças com menos de dois anos. As recomendações nacionais pedem a inclusão regular de leguminosas, como o feijão, desde o início da alimentação complementar, devido ao seu papel crucial na promoção de uma dieta equilibrada e saudável. Assim, os resultados ressaltam a necessidade de orientações alimentares voltadas aos responsáveis, com o intuito de incentivar a oferta frequente desse alimento e aumentar a DAM para crianças pequenas (OMS, 2023).

Logo abaixo, foi feito um relato da construção de um produto técnico tecnológico a ser utilizado e expandido na Unidade de Atenção Primária onde a autora está vinculada, onde está descrito a elaboração do projeto, o público-alvo e o potencial de aplicação da ferramenta tecnológica no fortalecimento das ações de promoção da saúde das crianças.

Gráfico 42 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU ARROZ, BATATA, INHAME, AIPIM/MACAXEIRA/MANDIOCA, FARINHA OU MACARRÃO (SEM SER INSTANÂNEO)?

37 respostas

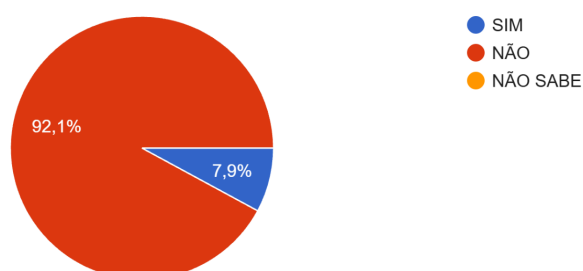


O gráfico 42 ilustra o consumo de arroz, batata, inhame, aipim, farinha ou macarrão, que pertencem à categoria dos cereais. Esses alimentos são fontes de carboidratos, nutrientes essenciais que fornecem energia para que as crianças possam brincar, crescer e se desenvolver. Além disso, eles são ricos em fibras, minerais e vitaminas, com destaque para os cereais integrais (Brasil, 2019).

No presente estudo, a maioria das crianças consumiu no dia anterior pelo menos um alimento do grupo, indicando um alcance de 89,2%, o dado orienta para o objetivo de se atingir uma diversidade alimentar mínima para crianças de 6 a 23 meses (Brasil, 2019). Apenas 3 das 38 crianças não comeram tais alimentos no dia anterior e uma entrevistada não soube responder à pergunta.

Gráfico 43 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU HAMBURGUER E/OU EMBUTIDOS (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?
38 respostas



Fonte: A autora (2026)

A partir deste gráfico será exemplificado os marcadores de consumo alimentar de alimentos ultraprocessados. Desse modo, pode-se concluir que 92,1% das crianças não se alimentaram de hambúrguer e os demais ultraprocessados citados, indicando um excelente desempenho dos responsáveis em não ofertar esses produtos.

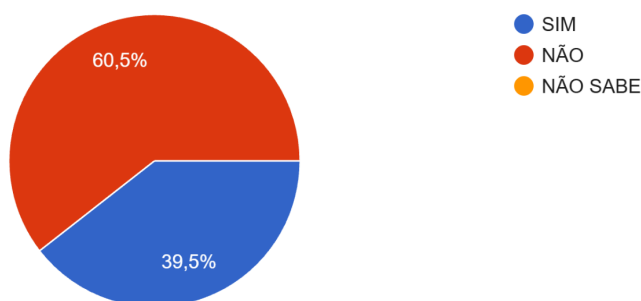
Esses itens são comercializados a fim de serem comprados rapidamente, em geral são apresentados como alimentos para crianças, com grande facilidade para seu preparo além de serem formulados para ter um sabor bastante palatável e induzir seu consumo frequente ou mesmo para criar dependência, essa construção de narrativa seduz a população a comprá-los.

Contudo, eles apresentam altos níveis de calorias, sódio, açúcares, gorduras, corantes artificiais e aditivos. Ademais, o consumo excessivo pode acarretar problemas como

hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, cáries e câncer. Esse aspecto é especialmente importante nos primeiros anos de vida, uma vez que a criança está estabelecendo os seus hábitos alimentares, ou seja, seu consumo frequente pode guiar a vida das crianças para um hábito alimentar inadequado na vida adulta (Brasil, 2019).

Gráfico 44 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU BEBIDAS ADOÇADAS (refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guarana/groselha, suco de frutta com adição de açúcar)
38 respostas



Fonte: A autora (2026)

No estudo realizado, constatou-se que 39,5% das crianças haviam ingerido bebidas adoçadas no dia anterior à coleta de informações, enquanto 60,5% não relataram esse tipo de consumo. Esses dados revelam que uma parte considerável das crianças com menos de dois anos teve contato com bebidas que contêm açúcar, incluindo refrigerantes, sucos de caixinha e xaropes açucarados.

Esse hábito alimentar é preocupante, uma vez que pesquisas mostram que bebidas adoçadas desempenham um papel significativo no aumento da ingestão de açúcares em crianças pequenas, além de estarem ligadas a um maior risco de sobrepeso, obesidade e problemas dentários já na primeira infância. Além disso, estudos sugerem que o início precoce do consumo de bebidas adoçadas pode afetar negativamente as preferências alimentares à medida que a criança cresce, favorecendo sabores doces em detrimento de opções nutritivas como frutas e vegetais (Jaime, Prado e Malta, 2017; Brasil, 2019).

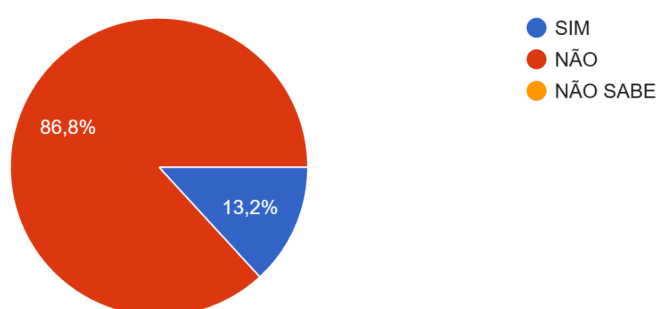
Embora mais da metade das crianças não tenha ingerido bebidas adoçadas no dia anterior, o fato de que quase 40% delas consumiram esse tipo de bebida revela falhas nas práticas alimentares das famílias e a necessidade de enfatizar orientações sobre uma

alimentação saudável durante a infância. O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, aconselha a eliminação total da oferta de bebidas adoçadas e ultraprocessadas para crianças com menos de dois anos, devido à sua baixa densidade nutricional e à ligação com efeitos adversos à saúde citados anteriormente.

Gráfico 45 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU MACARRÃO INSTANTÂNEO, SALGADINHOS DE PACOTE OU BISCOITOS SALGADOS?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

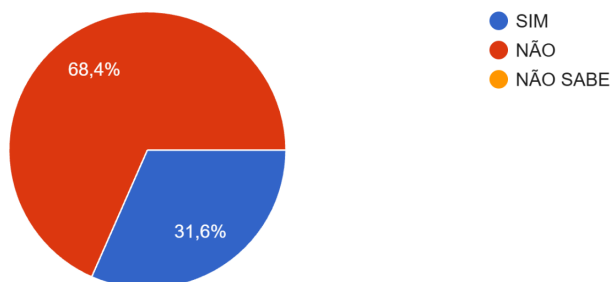
Os dados do gráfico 45 revelam que 13,2% das crianças ingeriram macarrão instantâneo, salgadinhos industrializados ou biscoitos salgados no dia anterior à coleta de informações, enquanto 86,8% não mencionaram ter consumido esses itens. Apesar de a maior parte das crianças não ter acesso a esses alimentos, a identificação de seu consumo em crianças menores de dois anos é uma descoberta considerável, pois tais produtos são considerados ultraprocessados, contendo altos níveis de sódio, gorduras e aditivos, além de possuírem um valor nutricional quase nulo (Brasil, 2019).

Além do mais, algumas pesquisas indicam que a ingestão de alimentos ultraprocessados durante os primeiros anos de vida está relacionada a uma dieta de qualidade inferior, com aumento no consumo de sódio e calorias, além de elevar o risco de obesidade e doenças crônicas no futuro (Lopes, et al, 2020). Brasil (2019) orienta que itens como macarrão instantâneo, salgadinhos e biscoitos industrializados não devem ser oferecidos a crianças abaixo dos dois anos, enfatizando a importância de dar preferência a alimentos in natura ou minimamente processados.

Gráfico 46 - Marcadores do consumo alimentar: Ontem a criança consumiu biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?

ONTEM A CRIANÇA CONSUMIU BISCOITO RECHEADO, DOCES OU GULOSEIMAS (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)?

38 respostas



Fonte: A autora (2026)

Os dados do gráfico 46 mostram que 31,6% das crianças ingeriram biscoitos recheados, doces ou outras guloseimas (como balas, pirulitos, chicletes, caramelos ou gelatinas) no dia anterior à entrevista, enquanto 68,4% não mencionaram ter consumido esses produtos. A presença desses alimentos na dieta de quase um terço das crianças com menos de dois anos é uma constatação importante, uma vez que esses produtos contêm altas quantidades de açúcares adicionados, aditivos e nenhum nutriente realmente perceptível. A exposição antecipada das crianças a doces e guloseimas influencia a formação de gostos alimentares inadequados, promovendo a preferência por sabores doces em detrimento do sabor natural dos alimentos in natura (Brasil, 2019).

As recomendações nacionais são enfáticas ao indicar que crianças com menos de dois anos não devem consumir açúcares e produtos ultraprocessados, uma vez que isso está ligado a um maior risco de cáries dentárias, obesidade e baixos índices de diversidade alimentar mínima (Brasil, 2019).

Estudo realizado pelo IBGE (2021) concluiu que 57,8% das crianças com menos de 2 anos de idade da pesquisa comiam biscoitos, bolachas ou bolo, e que 25,0% comiam doces, balas ou outros alimentos com açúcar. Demais pesquisas realizadas no país mostram que o consumo precoce de doces está ligado às práticas alimentares da família e à falta de informações adequadas sobre a alimentação complementar (UNICEF, 2021).

8. Construção de um produto técnico-tecnológico: folheto educativo sobre alimentação de crianças menores de dois anos

A elaboração do produto técnico-tecnológico consistiu no desenvolvimento de um folheto educativo voltado à orientação de pais, mães e cuidadores sobre a alimentação de crianças menores de dois anos. O material foi construído com base nas orientações e diretrizes do Ministério da Saúde, especialmente o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (2019), visando apoiar ações de educação em saúde a respeito da alimentação saudável de crianças menores de dois anos no território e ao decorrer do serviço da Unidade de Atenção Primária.

O folheto foi pensado para servir como tecnologia educativa simples, acessível e de fácil compreensão, considerando a diversidade socioeconômica e cultural do público-alvo. Para isso, utilizou-se linguagem clara, acolhedora e não culpabilizante, valorizando o conhecimento prévio das famílias e reconhecendo mudanças históricas nas recomendações alimentares. O material enfatiza que práticas anteriormente incentivadas hoje são reexaminadas, visto que houve um avanço das evidências, reduzindo sentimentos de culpa e dificuldades na aceitação às novas orientações.

O conteúdo aborda os temas principais da alimentação infantil, como a importância da amamentação exclusiva até os seis meses ou do uso seguro da fórmula infantil quando indicado, o início oportuno da introdução alimentar, o respeito aos sinais de fome e saciedade da criança e a adequação da consistência dos alimentos conforme a idade. Também são destacados os riscos do consumo de alimentos ultraprocessados antes dos dois anos, bem como os impactos do açúcar e do sal na formação do paladar e na saúde futura da criança.

Além disso, o folheto orienta sobre a composição adequada das refeições, reforçando a oferta de alimentos mais naturais e minimamente processados, a presença diária da variedade de grupos alimentares e a frequência mínima de refeições de sal conforme a faixa etária. O material também valoriza o aspecto educativo da alimentação, incentivando a oferta dos alimentos separados para estimular o reconhecimento de cores, texturas e sabores, compreendendo a alimentação como parte do processo de desenvolvimento da criança.

A construção do produto envolveu uma seleção cautelosa das informações, organização visual do conteúdo e adequação do tamanho do texto para facilitar a leitura e o seu uso em atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas (APÊNDICE J).

Ademais, foi instituído a Resolução SMS n.º 6651 de 15 de dezembro de 2025, o qual estabelece diretrizes para o recebimento obrigatório de solicitações em formato digital no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, baseando-se na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Essa normativa determina que o produto construído será transmitido apenas via e-mail institucional, e-mail dos profissionais de saúde da UAP e dos responsáveis pelas crianças menores de dois anos e via aplicativo de mensagem, sendo vedada a distribuição desta tecnologia em papel.

O folheto consolida-se como um instrumento de apoio às práticas educativas alimentares em saúde na unidade, principalmente durante as consultas coletivas do IUBAAM. Assim, possui o potencial para fortalecer o vínculo com as famílias, promover escolhas alimentares mais saudáveis e contribuir para a prevenção de agravos nutricionais na primeira infância, como sobrepeso e obesidade.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo diz respeito ao curto período em que ocorreu a coleta de dados, sendo a maior parte das entrevistas realizada em um único mês, em janeiro de 2026 (APÊNDICE A). Esse intervalo de tempo limitado diminuiu a possibilidade de observar as variáveis de interesse, o que pode ter afetado tanto o perfil das famílias atendidas quanto o número de indivíduos incluídos na amostra. Tal fato se deu, pois a autora obteve férias no mês anterior, anulando a possibilidade de coleta de dados no mês de dezembro de 2025.

Pesquisas metodológicas apontam que restrições de tempo durante a coleta de dados podem comprometer a representatividade da amostra e a robustez das análises, especialmente em áreas de saúde pública, onde a utilização dos serviços é influenciada por fatores como determinados períodos do tempo e pelo funcionamento das equipes de saúde (Creswell; Cresweel, 2018).

Ademais, mesmo com tentativas de uniformizar os procedimentos e reduzir vieses, a realização da maior quantidade de coleta das informações em um único mês limita a possibilidade de generalizar os resultados para outras épocas do ano, podendo levar a uma avaliação de valor inferior ou uma superavaliação de certos resultados observados.

Outra limitação diz respeito ao desvio em relação à amostra que foi inicialmente estabelecido. O objetivo primário desta pesquisa era reunir dados de crianças com menos de dois anos de todas as oito Equipes de Saúde da Família da Unidade de Atenção Primária em questão. No entanto, devido aos atravessamentos processuais da equipe, de organização e de tempo, a coleta de dados acabou sendo mais restrita do que o previsto (limitando-se apenas a uma eSF), o que afetou a distribuição da amostra entre as várias equipes e diminuiu a possibilidade de realizar comparações entre os diferentes territórios adstritos das equipes.

Estudos na área de metodologia científica enfatizam que modificações no desenho amostral ou na abrangência inicial representam limitações significativas, pois impactam diretamente a validade final dos achados e a capacidade de generalização dos resultados para as demais populações de crianças da UAP (University Of Southern California Libraries, s.d.).

Apesar de não afetarem a validade dos dados dentro do contexto analisado, essas limitações precisam ser levadas em consideração ao interpretar os dados coletados. Identificar as restrições de tempo e amostras demonstra rigor na metodologia e transparência científica, aspectos fundamentais para garantir a credibilidade do estudo (Gil, 2019).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar os hábitos alimentares de crianças com menos de dois anos cadastradas em uma Equipe de Saúde da Família em uma Unidade de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. A análise dos dados evidenciou que a alimentação das crianças menores de dois anos, no território pesquisado, é fortemente influenciada por fatores raciais, socioeconômicos e familiares. Esse cenário se retrata pelo fato de terem sido encontradas tanto práticas alimentares que seguem as diretrizes do Ministério da Saúde quanto presenças notáveis de inadequações alimentares, especialmente no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo e complementar e ao consumo de alimentos ultraprocessados pelos lactentes.

A aplicação do formulário “Marcadores de Consumo Alimentar” do SISVAN aos responsáveis por crianças com menos de dois anos demonstrou que o instrumento é viável e deve ser utilizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde, incluindo sua utilização durante visitas domiciliares e consultas de puericultura. A aplicabilidade do marcador facilitou a identificação mais exata do consumo alimentar no dia anterior das crianças, permitindo registrar práticas alimentares mais próximas da realidade e, ao mesmo tempo, viabilizar orientações imediatas aos cuidadores. No entanto, o uso do formulário também expôs algumas fragilidades institucionais, como a falta de integração do formulário no prontuário eletrônico da APS na aba adequada. Contudo, recentemente houve a incorporação da supracitada ficha na aba de Saúde da Criança no PEP. Com isso, espera-se que a frequência de avaliação do consumo alimentar durante as consultas de puericultura aumente, o que pode possibilitar a vigilância alimentar contínua e o acompanhamento a longo prazo das crianças atendidas na UAP.

Dando sequência, os dados analisados também revelaram uma combinação de hábitos alimentares adequados e inadequados. Foi possível observar que, apesar de algumas crianças receberem alimentos que atendem às recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, o consumo de alimentos ultraprocessados continua preocupante, incluindo as crianças menores de dois anos, idades nas quais essas opções não são aconselhadas.

Esse resultado está de acordo com estudos nacionais e com os resultados do perfil do cuidador da presente pesquisa, onde a introdução precoce e a continuidade desse tipo de produto estão ligadas a fatores como baixa renda, menor nível de escolaridade dos

responsáveis, condições precárias de trabalho e a forte influência da família envolvida nas escolhas dos alimentos oferecidos às crianças.

Além disso, os dados referentes ao aleitamento materno exclusivo mostraram que a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde ainda não foi totalmente atingida na equipe de saúde analisada, sinalizando a necessidade de intensificar as ações de promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno dentro da equipe de Saúde da Família. A escassa participação dos responsáveis em atividades educativas acerca da amamentação e alimentação complementar saudável evidencia obstáculos organizacionais e de acesso às consultas coletivas, indicando a necessidade de diversificar as abordagens educativas. Assim, sugere-se a aplicação de planejamentos, como a realização das orientações do IUBAAM em visitas domiciliares e pelos Agentes de Saúde antes ou após as consultas de pré-natal.

Enfim, o estudo possibilitou a criação de um produto técnico-tecnológico através da construção de um recurso educativo focado na promoção de uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos. A elaboração deste material surgiu diretamente das lacunas detectadas nos resultados, funcionando como uma resposta prática às demandas da comunidade. O recurso possui o potencial de aprimorar as orientações dadas nas consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento dos bebês, além de auxiliar as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas aos domicílios, ajudando a normatizar as informações e fortalecer o trabalho no território do ACS, contribuindo para consolidar a essência da APS - a educação em saúde.

Dessa maneira, a pesquisa não apenas detalhou os hábitos alimentares das crianças analisadas, mas também desenvolveu uma intervenção em concordância com as necessidades detectadas através da coleta de dados, enfatizando a importância da Atenção Primária à Saúde como um ambiente essencial para ocorrer a vigilância alimentar, promover a saúde e prevenir problemas nutricionais. Com isso, pode-se apontar inseguranças alimentares e alimentação inadequada tanto para a criança quanto para os moradores da família.

Portanto, nota-se como se dá a alimentação de crianças com menos de dois anos, juntamente com a compreensão dos fatores sociais que influenciam essa questão. Tal constatação é essencial para nortear práticas alimentares mais eficazes. Por isso, aconselha-se a implementação regular de indicadores de consumo alimentar (tanto para as crianças quanto para demais idades), a solidificação a longo prazo de iniciativas educativas e a promoção de tecnologias de saúde simples e acessíveis são estratégias fundamentais para garantir uma alimentação saudável e apropriada na primeira infância, favorecendo para um futuro de melhor qualidade de vida, bem-estar e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1698>. Acesso em: 28 jan. 2026.

ALLEO, Luciana Galve; SOUZA, S. B.; SZARFARC, Sophia Cornbluth. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J Hum Growth Dev*, v. 24, n. 2, p. 195-200, 2014.

ALTHUBAITI, Alaa. Sample size determination: A practical guide for health researchers. *Journal of general and family medicine*, v. 24, n. 2, p. 72-78, 2023.

ANTUNES, Anna Beatriz Souza et al. Padrões alimentares de adultos brasileiros em 2008–2009 e 2017–2018. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 8s, 2021.

AZEREDO, C. M. et al. Dietary intake of Brazilian adolescents. *Public Health Nutrition*, v. 18, n. 7, p. 1215-1224, 2015. DOI: 10.1017/S1368980014001463.

BORTOLINI, Gisele Ane; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cadernos de saúde pública*, v. 28, p. 1759-1771, 2012.

BOLZAN, Geovana de Paula et al. Aleitamento materno, hábitos orais e introdução alimentar: tire suas dúvidas [recurso eletrônico]. 1. ed. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Extensão, 2022. 1 e-book. (Série Extensão).

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 05 de julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 06 de fevereiro de 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Fatos e Números: Casamento e União Estáveis no Brasil. Publicado em 12 ago. 2021; atualizado em 29 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/FatoseNumerosCasamento.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 01 de fev. de 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. Agência Brasil. Mais de 32 milhões são autônomos informais ou trabalham sem carteira. 1 mai. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.abc.com.br/economia/noticia/2025-04/mais-de-32-milhoes-sao-autonomos-informais-ou-trabalham-sem-carteira>. Acesso em: 27 jan. 2026

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111265.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL, Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 mar. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 5 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_2reimp.pdf. Acesso em: fev. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Atualizada em 28 mar. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/@download/file>>. Acesso em: 1 jul. 2025.

BRITO, Flávia dos Santos Barbosa et al. Exploring maternal socio-demographic factors shaping children's dietary patterns in Brazil: results from the 2019 National Health Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 8, p. 992, 2024.

CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. (org.). Amamentação: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CARVALHO, R. B. N. et al. Characteristics associated with dietary patterns in Brazilian children under two years of age. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 118, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003757.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CEZIMBRA, V. G. et al. Meal and snack patterns of 7–13-year-old schoolchildren in Southern Brazil. *Public Health Nutrition*, v. 24, n. 9, p. 2542–2553, 2021. DOI: 10.1017/S1368980020003808.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). Fila do Programa Bolsa Família (PBF) se aproxima de 3 milhões de pessoas. Brasília: CNM, abr. 2025. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2025/Estudos_Tecnicos/ET_ASOCIAL_05-2025_Fila_do_Programa_Bolsa_Familia.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241–1299, 1991. Disponível em: <<https://blogs.law.columbia.edu/critique1313/files/2020/02/1229039.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2025.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 5. ed. Sage Publications, 2018.

DA SILVA, Danielle Cristina Guimarães et al. Food consumption according to degree of

food processing, behavioral variables, and sociodemographic factors: findings from a population-based study in Brazil. *Nutrition*, v. 93, p. 111505, 2022.

DA SILVA, Samuel Costa et al. A EDUCAÇÃO NO BRASIL E OS ESCRAVIZADOS: OS DESAFIOS DA SUPERAÇÃO SOCIAL. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 18, n. 52, p. 731-752, 2024.

DE FÁTIMA DORNELAS, Lílían; DE CASTRO MAGALHÃES, Lívía. Functional performance of school children diagnosed with developmental delay up to two years of age. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, v. 34, n. 1, p. 78-85, 2016.

DE LIMA DANTAS, Hallana Laisa et al. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, v. 12, n. 37, p. 334–345, 2022.

DE SOUZA, Giesy Ribeiro et al. Time trends and social inequalities in infant and young child feeding practices: national estimates from Brazil's Food and Nutrition Surveillance System, 2008–2019. *Public Health Nutrition*, v. 26, n. 9, p. 1731–1742, 2023.

GEIST, Claudia. Marriage formation in context: Four decades in comparative perspective. *Social Sciences*, v. 6, n. 1, p. 9, 2017.

GIESTA JM, Z.; ZOCHE, E.; CORRÊA, R. D. S.; BOSA, V. L. Associated factors with early introduction of ultra-processed foods in feeding of children under two years old. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2387–2397, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.24162017.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, J. M. R. et al. Early introduction of ultra-processed foods is associated with overweight and anaemia in socially vulnerable Brazilian children. *British Journal of Nutrition*, v. 131, n. 6, p. 1095–1104, 2024. DOI: 10.1017/S0007114523002684.

GUPTA, Surendra et al. The Association Between the Early Introduction of Solid Food and Childhood Obesity Risk: A Systematic Review. *Cureus*, v. 17, n. 12, 2025.

HADDAD, Laiza Santos Pimentel; BUBACH, Susana; SANTOS, Andréia Soprani dos et al. Participação das gestantes em atividades educativas e indicação da maternidade de referência ao parto no pré-natal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 24, 2024. Disponível em: <https://www.rbsmi.org.br/details/6011/pt-BR/participacao-das-gestantes-em-atividades-educativas-e-indicacao-da-maternidade-de-referencia-ao-parto-no-pre-natal>. Acesso em: 27 jan. 2026.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 10125: pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência, por sexo e grupos de idade. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática, 2025. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/10125#/n1/all/n2/all/n3/all/v/all/p/all/c2/all/c58/all/d/v13403%201/l/v,p+c2+c58,t/resultado>. Acesso em: 30 de jan. de 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores da educação infantil avançam, mas não atingem meta do PNE. Agência de Notícias IBGE, 03 dez. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/45338-indicadores-da-educacao-infantil-avancam-mas-nao-atingem-meta-do-pne>. Acesso em: 30 de jan. de 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama do Censo 2022 – Brasil. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>. Acesso em: 26 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: características dos domicílios e dos moradores. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LACERDA, E. M. A. et al. Minimum dietary diversity and consumption of ultra-processed foods among Brazilian children 6–23 months of age. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, supl. 2, e00081422, 2023.

LIMITATIONS IN RESEARCH – A Guide. University of Southern California: Research Guides, s.d. Disponível em: <https://libguides.usc.edu/writingguide/limitations>. Acesso em: 01 de fev. de 2026.

LOPES, M. K. et al. Ultra-processed food consumption among children aged 6–23 months and associated socioeconomic and demographic factors. *PubMed*, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495084/>. Acesso em: 01 de fev. de 2026.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Impact of the consumption of ultra-processed foods on children, adolescents and adults' health: scope review. *Cadernos de Saude Publica*, v. 37, p. e00323020, 2022.

MARTINS, Fernanda Andrade et al. Minimum acceptable diet in a cohort of children aged between 6 and 15 months: complementary feeding assessment and associated factors in the Brazilian western Amazon. *Nutrition*, v. 117, p. 112231, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: histórico e definição. Brasília: Ministério da Saúde, c2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sisvan.pdf>. Acesso em: 4 set. 2025.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them.

Public health nutrition, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

MOREIRA, P. R. et al. Estimated energy and nutrient intake in complementary feeding methods in Brazilian infants: randomized clinical trial. *Scientific Reports*, v. 14, n. 1, p. 13, 2024. DOI: 10.1038/s41598-023-50415-7.

MOREIRA, P. R. et al. Eating behavior and methods of complementary feeding introduction: a randomized clinical trial in Brazilian children. *Physiology & Behavior*, p. 114954, 2025. DOI: 10.1016/j.physbeh.2025.114954.

OLIVEIRA, G. A. L. et al. Consumption of ultra-processed foods and low dietary diversity are associated with sedentary and unhealthy eating behaviors: a nationwide study with Brazilian schoolchildren. *PLoS One*, v. 19, n. 1, e0294871, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0294871.

OLIVEIRA, Natasha Assunção. Aspectos do comportamento alimentar infantil em crianças de 0 a 10 anos: uma revisão integrativa. Orientadora: Luísa Margareth Carneiro da Silva. 2021. 60 f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2021. Disponível em: <https://bdm.ufpa.br/handle/prefix/6025>. Acesso em: 30 de jan. de 2026.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; TEDSTONE, A. E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, v. 17, p. 326–343, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Acesso em: 31 de jan. de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization, 2023. ISBN 978-92-4-008186-4. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>. Acesso em: 31 de jan. de 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Child feeding: minimum dietary diversity, 6–23 months – Indicator 7042, Global Health Observatory (GHO). Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/7042>. Acesso em: 31 de jan. de 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Aleitamento materno exclusivo infantil na Região das Américas: resultados de pesquisas nacionais de base populacional. Washington, D.C.: OPAS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guideline: complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>>. Acesso em: 5 jul. 2025.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1511-1520, 2021.

PINHEIRO, Luana et al. Gênero é o que importa: determinantes do trabalho doméstico não remunerado no Brasil. *Texto para Discussão*, 2023.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Folder. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002326.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2025.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Informação sobre o Cartão Primeira Infância Carioca. Carioca Digital, 22 out. 2025. Disponível em: <https://carioca.rio/servicos/informacao-sobre-o-cartao-primeira-infancia-carioca/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5.358, de 29 de dezembro de 2011. Institui o Programa de Transferência Condicionada de Renda – Cartão Família Carioca, e dá outras providências. Disponível em: <https://e.camara.rj.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/HTML/153582011.html>. Acesso em: 27 jan. 2026.

RINALDI, A. E. M.; CONDE, W. L. Socioeconomic inequality in dietary intake begins before 24 months in Brazilian children. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 9, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000679.

RONCA, D. B. et al. Diet quality index for Brazilian adolescents: the ERICA study. *European Journal of Nutrition*, v. 59, n. 2, p. 539–556, 2020. DOI: 10.1007/s00394-019-01923-8.

SANGALLI, C. N.; RAUBER, F.; VITOLO, M. R. Low prevalence of inadequate micronutrient intake in young children in the South of Brazil: a new perspective. *British Journal of Nutrition*, v. 116, n. 5, p. 890–896, 2016. DOI: 10.1017/S0007114516002695.

SANTIN, Fernanda et al. Marcadores de consumo alimentar e fatores associados no Brasil: distribuição e evolução, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, e00118821, 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde destaca os benefícios do aleitamento materno durante o Agosto Dourado. Rio de Janeiro, ago. 2023. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2023/08/secretaria-de-saude-destaca-os-beneficios-do-aleitamento-materno-durante-o-agosto-dourado>>. Acesso em: 5 jul. 2025.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 335–345, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia Prático de Aleitamento Materno – Atualizado. Rio de Janeiro: SBP, 2025. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/news/guia-pratico-de-aleitamento-materno-atualizado/>. Acesso em: 30 de jan. de 2026.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102–106, 2010.

SPANIOL, A. M. et al. Early consumption of ultra-processed foods among children under 2 years old in Brazil. Public Health Nutrition, v. 24, n. 11, p. 3341–3351, 2021. DOI: 10.1017/S1368980020004759.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_pl.pdf. Acesso em: 01 fev. 2026.

PETRIDI, E. et al. The impact of ultra-processed foods on obesity and cardiometabolic comorbidities in children and adolescents: a systematic review. Nutrition Reviews, v. 82, n. 7, p. 913–928, 2024. DOI: 10.1093/nutrit/nuad095.

PRADO, Guilherme Augusto Souza; CAETANO, Maria Verônica Almeida. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. Saúde em Debate, v. 48, p. e8730, 2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6719>. Acesso em: 01 fev. 2026.

UNICEF BRASIL. Estrutura metodológica da iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância (saúde e educação infantil). Fortaleza: UNICEF, 2021. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/14181/file/estrutura-metodologica-iniciativa-unidade-amiga-da-primeira-infancia.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2025.

UNICEF. Alimentação na primeira infância: conhecimentos, atitudes e práticas de pais e cuidadores. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia_conhecimentos-atitudes-praticas.pdf. Acesso em: 1 fev. 2026.

UNICEF BRASIL; CEDAPS. UAPI – Proposta metodológica para Assistência Social. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/uapi-proposta-metodologica-para-assistencia-social>>. Acesso em: 5 jul. 2025.

UNICEF. Children with disabilities: overview. UNICEF Data, 2025. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-disability/overview/>. Acesso em: 30 de jan. de 2026.

UNICEF BRASIL. Unidades Amigas da Primeira Infância serão certificadas no Rio de Janeiro. Brasília, 29 nov. 2024. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil>>. Acesso em: 14 ago. 2025.

UN, World Population Prospects (2024) – processed by Our World in Data. “Sex ratio, at birth – UN WPP” [dataset]. United Nations, “World Population Prospects” [original data]. Retrieved January 28, 2026 from <https://archive.ourworldindata.org/20260105-133053/grapher/sex-ratio-at-birth.html> (archived on January 5, 2026).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos – ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. Disponível em: <<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>. Acesso em: 22 abr. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. Documento eletrônico - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: dd.mm.aaaa

VEIGA, Izabella Paula Araújo et al. Fruit and vegetable consumption among Brazilian adults: trends from 2008 to 2023. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, e00032424, 2025.

WANG, Fenglei et al. Age of complementary foods introduction and risk of anemia in children aged 4–6 years: a prospective birth cohort in China. *Scientific reports*, v. 7, n. 1, p. 44726, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 = Declaração de Astana: Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde: Astana, Cazaquistão, 25 e 26 de outubro de 2018. Genebra: World Health Organization, 2019 (Referência nº WHO/HIS/SDS/2018.61). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 01 fev. 2026.

APÊNDICE A - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Tabela 1 - Cronograma de execução

Atividade	Ago./25	Set./25	Out./25	Nov./25	Dez./25	Jan./26	Fev./26
Apreciação Ética							
Coleta de dados							
Análise e interpretação dos dados							
Construção do relatório final							
Defesa do TCR							

Fonte: Autoria Própria

APÊNDICE B - RECURSOS NECESSÁRIOS

Tabela 2 - Recursos necessários para a execução da pesquisa

1	Papel A4 75g	Item de consumo	100 folhas	0,073R\$	7,30 R\$
2	Tinta para impressora	Item de consumo	1 unidade	50,00 R\$	50,00 R\$
3	Caneta BIC	Item de consumo	3 unidades	1,77R\$	5,31R\$
4	Lápis	Item de consumo	6 unidades	1,27R\$	7,60 R\$
5	Borracha	Item de consumo	2 unidades	3,15 R\$	6,30 R\$
6	Prancheta	Apoio para preenchimento de papel	2 unidades	12,00 R\$	24,00 R\$
7	Pasta sanfonada	Armazenamento de documentos	2 unidades	28,22 R\$	56,44 R\$
8	Clipes ou grampos	Organização dos formulários	100 unidades	0,0566 R\$	5,66 R\$
9	Bloco de anotações	Anotações rápidas de observações	1 unidade	20,00 R\$	20,00 R\$
10	Marcadores de texto	Destaque em formulários ou relatórios	5 unidades	3,76 R\$	18,80 R\$
11	Google Forms	Item para	Não se	Gratuito	Gratuito

		coleta de dados	aplica		
12	Programa Excel/Planilha	Tabulação dos dados	Não se aplica	Gratuito (Google) ou incluído no Office	Gratuito
TOTAL	Doze itens	-	-	-	201,41 R\$

Fonte: Autoria Própria / Fonte própria de financiamento.

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Millene Monteiro Sales, portadora do CPF nº 133.273.907-54, aluna do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PREFC/SMS-RJ) realizo um estudo intitulado **“Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma Unidade de Atenção Primária”** cujo objetivo é identificar os padrões alimentares de crianças menores de dois anos atendidas em uma Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. O desenvolvimento deste estudo tem a orientação da Enfª Ma. Juliana Spinula dos Santos.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que faz parte de um trabalho de conclusão de residência em Enfermagem de Família e Comunidade. A participação é voluntária e você pode decidir não participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento na unidade de saúde. A participação consiste no preenchimento de dois distintos questionários, o primeiro é intitulado “Marcadores de Consumo Alimentar” do Ministério da Saúde, voltado para crianças menores de 6 meses e de 6 meses até 23 meses e 29 dias. O outro instrumento consiste na coleta de dados sociodemográficos, contendo dados sobre o cuidador formal e perfil da criança, os itens incluem partes mais sensíveis como dados sobre a renda familiar, ocupação, escolaridade entre outros. As respostas deverão ser fornecidas por você, durante consultas ou visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora. O tempo estimado para a coleta de dados pode variar em até 20 minutos.

Os riscos relacionados à sua participação são mínimos, limitando-se a possíveis desconfortos emocionais ou constrangimento ao responder questões de cunho pessoal, como hábitos alimentares, experiências relacionadas ao aleitamento materno, renda familiar ou outros aspectos da vida cotidiana. Existe ainda a possibilidade, embora rara, de cansaço

ou perda de concentração durante o preenchimento dos questionários. Caso se sinta desconfortável ou deseje interromper a participação em qualquer momento, isso poderá ser feito sem prejuízo ao seu atendimento. Durante o desenvolvimento da pesquisa, será priorizada a criação de um ambiente acolhedor e respeitoso, no qual o participante se sinta à vontade para colaborar. A pesquisadora será cuidadosa e atenciosa no manejo das informações fornecidas, garantindo sigilo, privacidade e proteção dos dados, de forma a minimizar qualquer risco de identificação.

Embora não haja benefícios diretos imediatos para os participantes, a pesquisa poderá contribuir para a melhoria do cuidado em saúde do seu (sua) filho (a), promovendo maior entendimento sobre a alimentação infantil e dos fatores sociodemográficos que impactam na alimentação dos lactentes. Os resultados obtidos poderão subsidiar mais ações de promoção e proteção ao aleitamento materno exclusivo e complementar, além de possibilitar estratégias de educação alimentar para os cuidadores, família e lactentes. De forma indireta, o estudo poderá trazer contribuições futuras à comunidade, ao promover o aleitamento humano e alimentação saudável, podendo atingir maior prevalência de amamentação exclusiva no território e alimentação infantil natural e com menos ultraprocessados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento saudável na primeira infância.

No entanto, como pontos de preocupação comum aos participantes e pesquisadores, cabem os seguintes esclarecimentos:

- 1) Este estudo não apresenta riscos físicos ou biológicos aos participantes.
- 2) Caso você venha sentir algum desconforto em participar da atividade da pesquisa, terá assistência integral, sendo acompanhado e/ou orientado pelo pesquisador, caso necessário.
- 3) A sua participação é inteiramente voluntária, estando livre para se desligar do estudo em qualquer momento, sem que isto afete o seu relacionamento com a instituição.
- 4) Caso o pesquisador julgue necessário para o seu bem-estar, também pode retirá-lo da pesquisa a qualquer momento.
- 5) A sua participação não lhe trará custos, como também não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação.
- 6) Ao assinar este documento o (a) senhor (a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) senhor (a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

- 7) Os resultados são confidenciais e serão utilizados unicamente para fins de pesquisa que não há riscos no processo de coleta de dados.
- 8) Além disso, ciente da garantia de privacidade e anonimato, autorizo a publicação dos resultados das análises parcialmente ou em conjunto para efeito público.
- 9) Em caso de dúvidas Sr. (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa com endereço no final do deste documento.
- 10) As informações que vier a fornecer serão úteis para melhoria das práticas dos profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no que diz respeito à validação das práticas de cuidado dos usuários, contribuindo para o fortalecimento dos princípios da APS e do SUS.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

Rubrica do orientador

Desse modo, caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

De acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018, informo que todas as informações coletadas neste estudo serão armazenadas de forma confidencial e segura, tais dados serão utilizados de forma exclusiva para fins científicos. Sendo assim, é direito do participante solicitar acesso, correção ou exclusão dos dados coletados em qualquer momento, bem como retirar o seu consentimento em participar da pesquisa. É importante reiterar que absolutamente nenhuma informação será divulgada de forma a permitir a identificação pessoal do cuidador ou do lactente.

Caso você se sinta prejudicado, o parágrafo IV.3, os itens (g) e (h) da Resolução

466/12 garante os direitos de ressarcimento e indenização (se necessário): “g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes”; e “h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.” Há também base na Resolução 510/16, no Artigo 9, nos itens VI e VII: “VI - ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei”; e “VII - o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa”.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Millene Monteiro Sales, enfermeira residente do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, presente no endereço Rua Evaristo da Veiga, n.º 16, 3.º andar, Centro — Rio de Janeiro/RJ — CEP 20031-040, com e-mail millenetcc@gmail.com e telefone (21) 98266-9592.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP/SMS – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro – Cep: 40.11-060, Telefone: (21)2215-1485 / E- mail: cepsmsrj@yahoo.com.

O comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado responsável pelo acompanhamento das ações deste projeto em relação a sua participação, a fim de proteger os direitos dos participantes desta pesquisa e prevenir eventuais riscos.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____de _____de ____.

Nome do(a) participante: _____Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____Assinatura: _____

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade de Atenção Primária (UAP) Clínica da Família Medalhista Olímpico Maurício Silva (CFMOMS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma Unidade de Atenção Primária”, sob responsabilidade da pesquisadora Millene Monteiro Sales, CPF: 133.273.907-54, filiada a esta mesma instituição de saúde.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuenta” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Millene Monteiro Sales**, no intuito de realizar pesquisa científica no sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da **Clínica da Família Medalhista Olímpico Maurício Silva**, com projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma Unidade de Atenção Primária**” e tendo como orientador(s) **Ma. Juliana Spinula dos Santos**, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **banco de dados de acesso restrito**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa e responder ao objeto da pesquisa, sendo ele o consumo alimentar de crianças menores de dois anos. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados no **questionário “Marcadores de Consumo Alimentar”**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a informações sobre a alimentação infantil em crianças menores de dois anos, buscando compreender os seus padrões alimentares, no período compreendido entre **01/09/2025 a 26/01/2026**.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE F - DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS

Eu, Millene Monteiro Sales, pesquisadora responsável pelo projeto, declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Avaliação do consumo alimentar em crianças menores de 2 anos em uma Unidade de Atenção Primária**”, sob minha responsabilidade, não irá gerar nenhum ônus de qualquer natureza para a unidade proponente envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

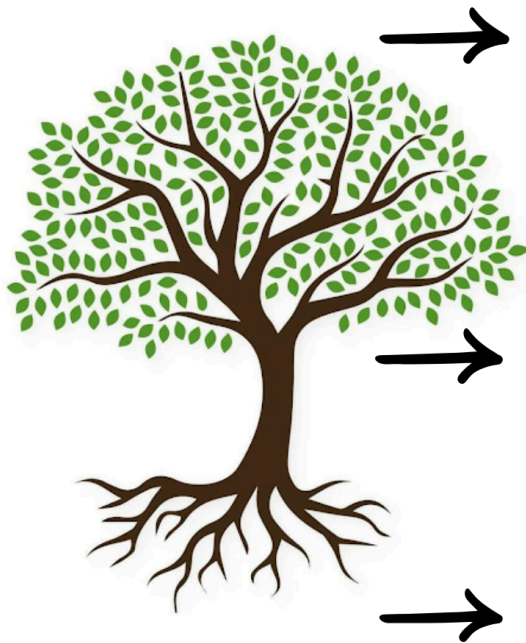
APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PERFIL DO CUIDADOR	
Você é:	☐ Mulher ☐ Homem ☐ Outro: _____
Qual a sua cor?	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela
Qual a sua idade?	
Qual seu estado civil?	☐ Solteiro ☐ Casado/União estável/Vivendo junto com outra pessoa ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Outro
Qual a sua escolaridade?	☐ Analfabeto ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino Superior incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Pós-graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado
Qual a sua ocupação?	
Qual o seu o seu vínculo de trabalho?	☐ Formal ☐ Informal ☐ Autônomo
Qual a sua renda familiar? (considerando o salário mínimo atual = R\$1.518,00)	☐ Menos de um salário ☐ entre um e dois salários ☐ Entre três a quatro salários ☐ Entre cinco e seis ☐ Entre sete e oito ☐ Entre nove a dez ☐ cima de dez
Você recebe algum tipo de benefício do governo (Bolsa Família, Cartão Família Carioca)?	
Quantas pessoas moram na sua casa?	
Você participou de algum grupo educativo relacionado a amamentação ou alimentação saudável para sua criança?	
PERFIL DA CRIANÇA	
Qual o sexo da sua criança?	
Qual a idade da sua criança?	
Qual a cor da sua criança?	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela
Com qual peso sua criança nasceu?	☐ < 1.500g ☐ < 2.500g ☐ ≥ 2.500g
Se sua criança tem menos de 6 meses, qual tipo de aleitamento é realizado?	☐ Exclusivo ☐ Predominante ☐ Complementar ☐ Não recebe leite materno ☐ Não sabe responder
Sua criança possui algum tipo de deficiência? (intelectual, visual, auditiva, física ou múltipla)	
A decisão sobre o alimento ofertado à sua criança é apenas sua ou compartilhada com outra pessoa? Se compartilhada, com quem?	
As pessoas que convivem com sua criança respeitam sua decisão sobre quais alimentos podem ou não serem ofertados à sua criança?	
Sua criança frequenta a creche? Se sim, você tem acesso a informação sobre os alimentos ofertados à ela pela creche?	

APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR		
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	() Sim () Não () Não sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	() Sim () Não () Não sabe
	Água/chá	() Sim () Não () Não sabe
	Leite de vaca	() Sim () Não () Não sabe
	Fórmula infantil	() Sim () Não () Não sabe
	Suco de fruta	() Sim () Não () Não sabe
	Fruta	() Sim () Não () Não sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	() Sim () Não () Não sabe
Outros alimentos/bebidas	() Sim () Não () Não sabe	
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	() Sim () Não () Não sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Se sim, quantas vezes? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais () Não Sabe	() Sim () Não () Não sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? Se sim, quantas vezes? () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais () Não Sabe	() Sim () Não () Não sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: () Em pedaços () Amassada () Passada na peneira () Liquidificada () Só o caldo () Não Sabe	
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	() Sim () Não () Não sabe
	Mingau com leite	() Sim () Não () Não sabe
	Iogurte	() Sim () Não () Não sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	() Sim () Não () Não sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	() Sim () Não () Não sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	() Sim () Não () Não sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	() Sim () Não () Não sabe
	Fígado	() Sim () Não () Não sabe
	Feijão	() Sim () Não () Não sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	() Sim () Não () Não sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	() Sim () Não () Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	() Sim () Não () Não sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	() Sim () Não () Não sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	() Sim () Não () Não sabe

APÊNDICE I - ÁRVORE DE PROBLEMAS



3) Consequências:

- Obesidade e sedentarismo
- Aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis
- Desnutrição
- Problemas no crescimento e desenvolvimento
- Seletividade alimentar

Quais os padrões de consumo alimentar de crianças menores de dois anos cadastradas em uma eSF de uma Unidade de Atenção Primária?

2) Causas:

- Insegurança alimentar
- Promoção de alimentos ultraprocessados
- Desinformação dos responsáveis em relação à alimentação infantil
- Senso comum da cultura brasileira sobre a alimentação
- Desmame precoce
- Hábitos familiares inadequados

APÊNDICE J - PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO (FOLHETO) DESTINADO AOS RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS ATENDIDAS NA UAP E COMO ESTRATÉGIA DE APOIO AOS PROFISSIONAIS DA UAP.



SAÚDE



Alimentação saudável para crianças menores de dois anos



Você não está errando, a informação é que mudou!

A gente sabe que antigamente alguns alimentos foram recomendados para as crianças. Muitos pais e mães ouviram que eles ajudavam a criança a crescer forte ou a ganhar peso. Essas orientações faziam sentido na época, com o conhecimento que se tinha.

Hoje, com o avanço da ciência sabemos que alimentos ultraprocessados, aqueles com **muito** açúcares, sal, gorduras, corantes e conservantes, fazem **mal** para crianças menores de 2 anos. Evitar esses alimentos agora pode garantir uma saúde melhor no futuro.



A amamentação ou fórmula: o começo de tudo

Até os 6 meses, o leite humano é o melhor alimento para o bebê, porque tem tudo o que ele precisa. É muito importante conversar com sua equipe de saúde se tiverem ocorrendo dificuldades durante a amamentação, como dor, machucados no bico ou "peito empedrado". Quando não é possível amamentar, a fórmula infantil indicada pelo profissional de saúde é a alternativa mais segura. Nessa fase, não precisa de água, chás ou outros alimentos.



Introdução alimentar: sem pressa

A boa notícia é que escolhas simples fazem diferença. A partir dos 6 meses, começa a introdução alimentar (IA). O ideal nessa fase e antes dos seis meses é não oferecer açúcar (até aos dois anos) e o mínimo de sal na comida a partir de 6 meses. Além de não dar farinhas espessantes com açúcar, como por ex.: farinha láctea e entre outros produtos ultraprocessados.

É importante respeitar os sinais do bebê:

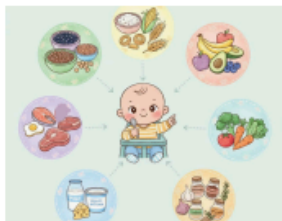
- quando ele abre a boca, se inclina para frente e demonstra interesse, é fome;
- quando vira o rosto, fecha a boca ou empurra a comida, é saciedade.

Forçar a comer não ajuda. O estômago do bebê dependendo da idade têm tamanhos diferentes:



As refeições devem conter pelo menos 1 alimento dos seguintes grupos alimentares: feijões; cereais (arroz, macarrão, farinha, pão de sal - em pequenas quantidades, por ex.); carnes; frutas; legumes e vegetais; leite e/ou yogurt natural e temperos naturais.

IMPORTANTE: Crianças de seis meses devem receber ao menos uma refeição de sal por dia; entre sete e onze meses, no mínimo duas; e de um a dois anos, pelo menos três refeições de sal diárias.



Oferecer os alimentos separados estimula a criança a reconhecer cores, texturas e sabores, permitindo explorar, tocar e se sujar, já que comer também faz parte do aprendizado.



A consistência da comida muda com o tempo, mas **não** precisa ser liquidificada, passada na peneira ou ser dado apenas o caldo, mesmo que a criança **não** tenha dentes.



O que pode acontecer com a criança quando ela **não** se alimenta bem nessa fase da vida?

- O sal e o açúcar alteram o paladar, dificultando a aceitação de alimentos saudáveis;
- Aumentam o risco de obesidade e/ou sobrepeso;
- Aumentam o risco de anemias e de doenças no futuro, como a pressão alta e a diabetes;



Exemplos de alimentos ultraprocessados que **não** devem ser oferecidos às crianças menores de dois anos:



Elaborado por En^{ft} Residente Millene Monteiro Sales

Referência Bibliográfica: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF; 2019.