



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NATÁLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO E INSEGURANÇA ALIMENTAR NOS
DOMICÍLIOS DE CRIANÇAS ASSISTIDAS PELO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ
NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO DE COORTE**

BRASÍLIA – DF

2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

NATÁLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO E INSEGURANÇA ALIMENTAR NOS
DOMICÍLIOS DE CRIANÇAS ASSISTIDAS PELO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ
NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO DE COORTE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Siqueira Santos Gonçalves

BRASÍLIA – DF

2024

Dissertação de Mestrado avaliada no dia 30/10/2024 pela Banca Examinadora:

Profa. Dra. Vivian Siqueira Santos Gonçalves (presidente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Verônica Cortez Ginani (membro efetivo interno)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Dra. Fernanda Ramos Monteiro (membro efetivo externo)
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Prof Dr. Ivan Ricardo Zimmermann (membro suplente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha amada avó, que, embora não esteja mais presente fisicamente, deixou em mim a marca de sua sabedoria, força e carinho. Sua memória estará sempre viva em cada uma das minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo seu amor incondicional e por ter me permitido chegar até aqui, me dando força, sabedoria e capacidade ao longo de toda minha vida acadêmica e profissional.

Aos meus pais (Lenita e Pedro) e irmãos (Naiara e Pedro Vitor), cujo amor e apoio foram alicerces fundamentais durante toda a jornada. Que eu possa sempre orgulhá-los e colher os frutos do sacrifício que fizeram para que eu chegasse até aqui.

À minha querida orientadora, Vivian Gonçalves, pelo incentivo e paciência que, com tanta dedicação, cuidado e experiência, me direcionou e auxiliou no desenvolvimento deste trabalho, além de toda confiança que depositou em mim.

Ao meu noivo, Wellisson Faustino, cujo apoio, incentivo e compreensão foram fundamentais neste trajeto. Este trabalho representa nosso companheirismo e a força que encontramos um no outro para superar os desafios. Agradeço por estar sempre ao meu lado, acreditando em mim nos momentos mais desafiadores e celebrando comigo cada conquista.

Às queridas amigas do Projeto PIPA-DF, da pós-graduação e demais amigas(os) que a vida me deu de presente (Érika Patriota, Cláudia Siqueira, Nathalia Pizato, Isabela Cristina Alves, Ana Flávia Rezende, Ada Bento, Luiza Palhares, Ana Paula, Ariene Carmo, Caroline Romeiro, Kaio Lourenço, Kely Costa e tantos outros), por estarem comigo nesta jornada, pelo companheirismo e apoio nesta fase tão especial.

Às minhas amigas e mentoras (Carmem Priscila Bocchi, Juliane Perini, Rafaela Gonçalves e Patrícia Gentil) por terem sido minhas incentivadoras no desenvolvimento pessoal e profissional. Agradeço pelas conversas inspiradoras e pelo exemplo de dedicação e excelência que vocês sempre demonstraram. Sou imensamente grata por todo apoio e pela confiança depositada em mim ao longo da minha vida.

À banca de defesa, por aceitar participar deste momento e compartilhar conhecimentos que enriqueceram este estudo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, minha sincera gratidão. Saibam que são parte desta conquista!

RESUMO

Introdução: A primeira infância é um período importante para o crescimento e desenvolvimento humano, quando a alimentação adequada e saudável exerce um papel fundamental. A nutrição nos primeiros mil dias de vida, que abrange desde a concepção até os dois anos de idade, é determinante para a saúde a longo prazo, influenciando não apenas o crescimento físico, mas também o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças. Assim, o estudo do perfil alimentar de crianças menores de dois anos e das condições socioeconômicas em que se encontram torna-se fundamental, podendo apoiar no entendimento de fatores de risco e proteção à saúde e contribuir para o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Avaliar a situação de aleitamento materno, consumo alimentar e segurança alimentar de crianças de 0 a 36 meses assistidas pelo programa de visita domiciliar Criança Feliz, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos, benefícios socioassistenciais e adesão ao programa. **Métodos:** Estudo observacional, com recortes transversal e longitudinal, realizado com crianças assistidas pelo Programa Criança Feliz, no Distrito Federal, Brasil. Foi aplicado questionário estruturado aos responsáveis para se obter informações sobre aspectos socioeconômicos e demográficos; situação de aleitamento materno; consumo alimentar; e situação de segurança alimentar dos domicílios. A análise do perfil alimentar foi realizada por marcadores de consumo alimentar recomendados pelo Ministério da Saúde; e a Escala Brasileira de Segurança Alimentar foi utilizada para avaliar a situação dos domicílios. Foram avaliados aspectos da adesão ao Programa Criança Feliz, da participação no Programa Bolsa Família e em outros benefícios socioassistenciais do Distrito Federal. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, multivariadas e construídos modelos de Equações de Estimativas Generalizadas com análises estratificadas ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram incluídas no estudo 301 crianças, sendo 51,16% do sexo feminino. Em 58,99% dos

domicílios, a pessoa de referência era a mãe: 86,20% estavam desempregadas e 27,08% tinham baixa escolaridade; 62,65% dos beneficiários viviam com até 1.000,00 reais mensais. Considerando a linha de base do estudo, foram associadas à situação de aleitamento materno atual, a idade da criança e a empregabilidade materna, sendo maior entre mães que não trabalhavam ($p= 0,015$). A diversidade alimentar mínima entre os maiores de 6 meses foi de 62,21%, associada à adesão ao Programa Criança Feliz ($p= 0,005$). O consumo de ultraprocessados foi de 77,21%, associado ao maior tempo no programa ($p=0,047$). O percentual de insegurança alimentar foi de 83,9%, 65,3% e 77,2%, na linha de base, após 6 e 12 meses de acompanhamento, respectivamente. Houve redução de insegurança alimentar após 6 meses (OR: 0,79; IC 95% 0,70; 0,89) e 12 meses (OR: 0,89; IC 95% 0,81; 0,97) de acompanhamento em relação a linha de base. Nas análises estratificadas, essa redução foi observada entre os beneficiários de programas socioassistenciais do Distrito Federal e do Programa Bolsa Família, entre aqueles que participaram do Programa Criança Feliz por 9 meses ou mais, e entre as famílias que receberam 4 visitas do programa no mês ($p<0,05$). **Conclusões:** As associações encontradas no estudo ressaltam a necessidade de integrar ações de educação alimentar e nutricional às iniciativas voltadas ao consumo alimentar para a primeira infância. Além disso, o estudo evidencia que a participação no Programa Criança Feliz e o acesso a outros benefícios socioassistenciais são fundamentais para mitigar a insegurança alimentar entre crianças em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: consumo alimentar; desenvolvimento infantil; visitas domiciliares; aleitamento materno; insegurança alimentar.

ABSTRACT

Introduction: Early childhood is a crucial period for human growth and development, where adequate and healthy nutrition plays a fundamental role. Nutrition during the first thousand days of life, from conception to two years of age, is key to long-term health, influencing not only physical growth but also the cognitive and emotional development of children. Therefore, studying the dietary profile of children under two years old and the socioeconomic conditions in which they live is essential. It can support the understanding of risk and protective factors for health and contribute to the improvement of public policies aimed at child development. **Objective:** To assess the breastfeeding situation, food consumption, and food security of children aged 0 to 36 months assisted by the home visitation *Criança Feliz* Program investigating its association with socioeconomic indicators, social assistance benefits, and program adherence. **Methods:** Observational study with cross-sectional and longitudinal segments, conducted with children assisted by the *Criança Feliz* Program in the Federal District, Brazil. A structured questionnaire was applied to the caregivers to obtain information on socioeconomic and demographic aspects, breastfeeding status, food consumption, and household food security status. The dietary profile analysis was based on food consumption markers recommended by the Ministry of Health, and the Brazilian Food Insecurity Scale was used to evaluate household situations. Aspects of adherence to the *Criança Feliz* Program, participation in the *Bolsa Família* Program, and other social assistance benefits in the Federal District were also evaluated. Descriptive and multivariate statistical analyses were conducted, and Generalized Estimating Equations models with stratified analyses ($p < 0.05$) were built. **Results:** The study included 301 children, 51.16% of whom were female. In 58.99% of households, the reference person was the mother: 86.20% were unemployed, and 27.08% had low

educational attainment; 62.65% of beneficiaries lived on up to USD 200.00 per month. At the study's baseline, current breastfeeding status was associated with the child's age and maternal employment, being higher among mothers who were not working ($p=0.015$). The minimum dietary diversity among children older than six months was 62.21%, associated with adherence to the *Criança Feliz* Program ($p=0.005$). The consumption of ultra-processed foods was 77.21%, associated with longer time in the program ($p=0.047$). The percentage of food insecurity was 83.9%, 65.3%, and 77.2% at baseline, after 6 months, and after 12 months of follow-up, respectively. There was a reduction in food insecurity after 6 months (OR: 0.79; 95% CI 0.70; 0.89) and 12 months (OR: 0.89; 95% CI 0.81; 0.97) of follow-up compared to baseline. In the stratified analyses, this reduction was observed among beneficiaries of social assistance programs in the Federal District and the *Bolsa Família* Program, among those who participated in the *Criança Feliz* Program for 9 months or more, and among families that received 4 program visits per month ($p<0.05$).

Conclusions: The associations found in the study highlight the need to integrate food and nutrition education into initiatives targeting early childhood food consumption. Moreover, this study demonstrates that *Criança Feliz* Program participation and access to other social assistance benefits are essential for mitigating food insecurity among vulnerable children.

Keywords: food consumption; child development; home visits; breastfeeding; food insecurity.

LISTA DE TABELAS

Tabelas do Artigo 1:

Tabela 1 - Características sociodemográficas, econômicas e de adesão dos beneficiários do Programa Criança Feliz Brasiliense. Distrito Federal, Brasil, 202278

Tabela 2 - Prevalência de aleitamento materno, diversidade alimentar mínima e consumo de alimentos ultraprocessados de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas pelo Programa Criança Feliz Brasiliense. Distrito Federal, Brasil, 2022.....79

Tabela 3 - Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasiliense associadas ao aleitamento materno. Distrito Federal, Brasil, 2022.....80

Tabela 4 - Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasiliense associadas à diversidade alimentar mínima. Distrito Federal, Brasil, 2022.....81

Tabela 5 - Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasiliense associadas ao consumo de alimentos ultraprocessados. Distrito Federal, Brasil, 2022.....82

Tabelas do Artigo 2:

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos beneficiários do Programa Criança Feliz no Distrito Federal ao longo do tempo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.....103

Tabela 2 – Modelos de Equações de Estimações Generalizadas para estimar o efeito do tempo nos níveis de insegurança alimentar após 6 e 12 meses de estudo e, segundo participação em programas de benefícios sociais e de adesão ao Programa Criança Feliz. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.....106

Tabela 3 – Características socioeconômicas dos beneficiários do Programa Criança Feliz, dados válidos para os três tempos do estudo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.....161

LISTA DE QUADROS

Quadros da dissertação:

Quadro 1 - Objetivos do Programa Criança Feliz, segundo o Decreto nº 8.869/2016.	28
Quadro 2 - Funções dos supervisores e visitadores do Programa Criança Feliz Brasiliense (PCFB)	34
Quadro 3 - Prevalências de (in)segurança alimentar em pesquisas nacionais e distritais por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).	42
Quadro 4 - Valores e preceitos importantes para a elaboração das recomendações sobre alimentação infantil.....	54

Quadros do Artigo 2:

Quadro 1 - Descrição do Programa Criança Feliz no Distrito Federal (PCFB), Brasil.....	158
Quadro 2 - Descrição de outros programas/benefícios sociais do Distrito Federal contemplados no presente estudo.....	160

LISTA DE FIGURAS

Figuras da dissertação:

Figura 1 - Linha do tempo com os principais normativos da primeira infância no Brasil.	30
Figura 2 - Fluxo de demandas identificadas junto às famílias atendidas pelo Programa Criança Feliz.....	36
Figura 3 - Principais equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional (SAN). ...	44
Figura 4 - Principais equipamentos públicos do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).	46
Figura 5 - Principais políticas públicas e normativas voltadas à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil.	52
Figura 6 - Classificação dos alimentos segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.	55
Figura 7 - Fluxograma da amostra de beneficiários participantes do estudo PIPA-DF.....	65

Figuras do Artigo 2:

Figura 1 - Situação de (in)segurança alimentar dos domicílios dos beneficiários do Programa Criança Feliz nos três tempos do estudo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.....104

LISTA DE GRAFÍCOS

Gráficos da dissertação:

Gráfico 1- Prevalência de segurança e insegurança alimentar constatadas por pesquisas nacionais entre 2004 e 2023.....41

Gráfico 2 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo constatados por pesquisas nacionais entre 1986 e 2019.....48

Gráfico 3 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo constatados por pesquisas nacionais entre 1986 e 2019.....49

LISTA DE SIGLAS

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento materno exclusivo

APS - Atenção Primária à Saúde

AUP - Alimento Ultraprocessado

BLH - Bancos de Leite Humano

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança

CEASA - Centrais de abastecimento

CF - Constituição Federal

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONSEA - Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializado de Assistência Social

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

DF - Distrito Federal

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

DI - Desenvolvimento Infantil

EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

EAN - Educação Alimentar e Nutricional

EBBS - Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

EBIA - Escala Brasileira de Segurança Alimentar

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

EpSAN - Equipamentos públicos de Segurança Alimentar e Nutricional

FAP-DF - Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal

GEE - Equações de Estimativas Generalizadas

IA - Insegurança Alimentar
IFF - Instituto Fernandes Figueira
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS-DF - Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal
LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
NESNUT - Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição
NIPI - Núcleos Intersetoriais de Primeira Infância
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
OR - Odds Ratio
PCF - Programa Criança Feliz
PCFB - Programa Criança Feliz Brasiliense
PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PIDESC- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIM - Primeira Infância Melhor
PIPA-DF - Projeto de Avaliação da Implementação do Programa Criança Feliz Brasiliense
PNADC - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISC- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNPI - Plano Nacional pela Primeira Infância
PNS - Política Nacional de Saúde
PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSB - Proteção Social Básica
PSE - Proteção Social Especial
RA - Região Administrativa

RP - Razão de Prevalência

SAN- Segurança alimentar e nutricional

SEDES - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF - Emergência Infantil Internacional do Fundo das Nações Unidas para a Infância

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

VD - Visita domiciliar

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	18
1.1. APRESENTAÇÃO DA AUTORA	18
1.2 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	20
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3.1. Programas públicos de visitação domiciliar como estratégia de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.....	21
3.1.1. Aspectos gerais de diferentes programas existentes no mundo	21
3.1.2. Ações intersetoriais propostas pelos programas existentes	23
3.1.3. Análises dos impactos e efetividade dos programas ao redor do mundo.....	25
3.2. Programa Criança Feliz na promoção do desenvolvimento integral de crianças brasileiras	26
3.2.1. Desenvolvimento infantil e Marco Legal da Primeira Infância no Brasil.....	26
3.2.2. Análises da efetividade do PCF no Brasil	30
3.2.3. Programa Criança Feliz Brasiliense (PCFB): diretrizes e organização.....	32
3.2.4. Intersetorialidade nas ações propostas pelo PCF	35
3.3. Aspectos gerais relacionados à alimentação e ao desenvolvimento durante a primeira infância.....	37
3.3.1. Importância da alimentação adequada e saudável para o crescimento e desenvolvimento infantil	37
3.3.2. Impacto da insegurança alimentar e nutricional na primeira infância	39
3.3.3. Importância das ações e equipamentos públicos de saúde, assistência social e segurança alimentar e nutricional.....	43
3.4. Aleitamento materno e alimentação complementar como direitos humanos e determinantes da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil	47
3.4.1. Epidemiologia do aleitamento materno e da alimentação complementar no Brasil ..	47
3.4.2. Marcos Legais e Políticas Públicas voltados à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil	50
3.4.3. Diretrizes e recomendações brasileiras sobre o consumo alimentar de crianças	53
3.4.4. Reflexos da situação de Insegurança Alimentar e Nutricional sobre o consumo alimentar adequado e saudável de crianças brasileiras	56
3.5. Ações intersetoriais do PCFB com possibilidade de impacto na situação de Insegurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiárias.....	58
3.5.1. Ações promotoras do aleitamento materno e alimentação adequada e saudável	58

3.5.2. Ações protetoras em relação à Insegurança Alimentar e Nutricional	59
4. JUSTIFICATIVA.....	61
5. OBJETIVOS.....	61
5.1. Objetivo geral.....	61
5.2. Objetivos específicos	61
6. METODOLOGIA	62
6.1. Contexto do estudo	62
6.2. Delineamento do estudo.....	63
6.3. Participantes (processo de amostragem).....	63
6.3.1 Critérios de elegibilidade e de exclusão	63
6.4. Coleta de dados.....	64
6.4.1 Controle de qualidade.....	65
6.5. Variáveis de estudo	65
6.5.1 Artigo 1 (transversal)	65
6.5.2 Artigo 2 (longitudinal)	68
6.6. Análise dos dados	69
6.7. Questões éticas e financiamento	70
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
Artigo 1 – Estudo Transversal	71
Artigo 2 – Estudo Longitudinal	95
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
9. REFERÊNCIAS	119
10. APÊNDICES.....	137
11. ANEXO.....	18

1. APRESENTAÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO DA AUTORA

Natália Araújo de Oliveira, nutricionista, graduada pela Universidade de Brasília (UnB), onde desde o início da formação participou de atividades de extensão, Empresa Júnior e monitorias. Como trajetória profissional, tem mais de 10 anos de experiência na área de Nutrição Social, com um foco especial em agendas de segurança alimentar e nutricional (SAN), conselhos e fóruns de políticas públicas. Sua formação complementar inclui especializações em SAN e em Políticas Públicas e Gestão Pública. Atuou por 6 anos como consultora no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), onde contribuiu para o desenvolvimento e implementação dos planos nacionais de SAN e estratégias voltadas para a promoção do direito humano à alimentação adequada (DHAA) no Brasil. Posteriormente, foi secretária-executiva do Conselho Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA - DF) e assessora da Unidade Técnica do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Atualmente, é coordenadora de Equipamentos de SAN no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Em 2022, iniciou o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, onde pôde unir o conhecimento adquirido na gestão pública com a área acadêmica. Durante este período, também integrou o grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição (NESNUT) da UnB.

1.2 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação apresenta dados referentes ao aleitamento materno, consumo alimentar e a situação de SAN de crianças de 0 a 36 meses assistidas pelo Programa Criança Feliz no Distrito Federal. O estudo investigou como esses fatores se associam a indicadores socioeconômicos, benefícios socioassistenciais e de adesão ao referido programa. Os dados são derivados do projeto intitulado “Projeto de Avaliação da Implementação do Programa Criança Feliz Brasiliense (PIPA-DF)”, conduzido entre 2022 e 2024.

A estrutura da dissertação foi organizada de modo a facilitar a compreensão da fundamentação teórica, bem como dos resultados e discussões que embasam os artigos produzidos. Na primeira seção, apresenta-se o referencial teórico que orientou as questões de pesquisa. Os resultados e as discussões são apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro manuscrito, intitulado “Práticas de aleitamento materno e consumo alimentar de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas por um programa de promoção do

desenvolvimento infantil” encontra-se submetido a um periódico científico classificado no Qualis/Capes como A1. O segundo manuscrito, intitulado “Insegurança Alimentar em domicílios de crianças brasileiras em situação de vulnerabilidade social participantes de programas socioassistenciais: um estudo de coorte” também será submetido a periódico científico após consolidada as sugestões da banca examinadora desta dissertação.

Ao final são apresentadas as potenciais implicações e contribuições dos achados para as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento infantil e à segurança alimentar. Apêndices foram incluídos a fim de esclarecer o conteúdo apresentado, oferecendo uma visão mais detalhada do estudo.

2. INTRODUÇÃO

Os primeiros mil dias de vida de uma criança, período que abrange a concepção até os dois anos de idade, é um período crucial para o desenvolvimento infantil (DI) que demanda cuidado multidimensional, diretamente relacionado à interdependência dos direitos humanos, entre eles o DHAA. Para garantir integralmente o DHAA e promover o DI, é necessário considerar duas dimensões: a proteção contra a fome e a desnutrição e o acesso à alimentação adequada e saudável (Casemiro; Valla; Guimarães, 2010; Brasil, 2013).

Nesse contexto, as práticas alimentares adequadas na infância desempenham papel fundamental, uma vez que não apenas moldam os hábitos alimentares futuros, mas também influenciam diretamente a saúde ao longo da vida (Brasil, 2016; Abuchaim *et al.*, 2016; dos Santos *et al.*, 2023). Essas práticas iniciam-se com o aleitamento materno (AM) e a introdução alimentar saudável, essenciais para o crescimento e DI. Além disso, estão associadas à menor incidência de deficiências nutricionais, doenças infecciosas e condições crônicas, à redução da morbimortalidade infantil e na melhora no desenvolvimento físico e cognitivo (Passanha *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2022; Buccini *et al.*, 2024).

Contudo, os indicadores globais revelam que ainda há muito a ser feito em relação à adequação da alimentação infantil. Estima-se que pelo menos uma em cada três crianças menores de cinco anos no mundo é afetada por uma ou mais formas de má nutrição – desnutrição, obesidade e deficiências de micronutrientes (UNICEF, 2019, 2023). No Brasil, segundo dados nacionais de 2019, somente quatro em cada dez crianças são amamentadas exclusivamente até os 6 meses de idade e 80% das crianças entre 6 a 23 meses consomem alimentos ultraprocessados (AUPs) (UFRJ, 2021). Outros dados das crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que: em 2020, 15,9% dos menores de 5 anos tinham excesso de peso, e dessas, 7,4% apresentavam obesidade segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (Brasil, 2023). Índices semelhantes foram observados no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), em que a prevalência de risco de sobrepeso em crianças menores de 5 anos foi de 18,3% (UFRJ, 2021).

Contribui a esse panorama, fatores socioeconômicos, como a renda familiar, além da situação de SAN vivenciada nesses domicílios, influenciando diretamente o acesso a alimentos adequados e saudáveis (UNICEF *et al.*, 2021; Hingle *et al.*, 2023). Em 2023, o Brasil tinha 27,6% (ou 21,6 milhões) dos seus domicílios em situação de insegurança alimentar (IA), sendo 18,2% (ou 14,3 milhões) com IA leve, 5,3% (ou 4,2 milhões) com IA moderada e 4,1% (ou 3,2

milhões) com IA grave (IBGE, 2024). Entre os domicílios com crianças menores de 5 anos, a IA grave era de 3,8% em 2019 (UFRJ, 2021).

Dado o grave cenário epidemiológico e nutricional, que ocasiona repercussões deletérias importantes em crianças, além de sobrecarregar o SUS com altos custos relacionados ao tratamento de suas complicações, faz-se necessário o fortalecimento de programas e ações intersetoriais que promovam o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância. Essa premissa é convergente com a reconhecida importância do programa brasileiro Criança Feliz, instituído em 2016, com o objetivo de ampliar a rede de cuidado para o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e o fortalecimento dos vínculos familiares, por meio de visitas domiciliares (Brasil, 2016; Nilson *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, esta dissertação buscou investigar a situação de AM, consumo alimentar e de SAN de crianças de 0 a 36 meses assistidas pelo Programa Criança Feliz no Distrito Federal, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos, benefícios socioassistenciais e de adesão ao programa, a fim de contribuir para o aprimoramento de políticas públicas voltadas ao DI no Distrito Federal e no Brasil.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Programas públicos de visitação domiciliar como estratégia de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil

3.1.1. Aspectos gerais de diferentes programas existentes no mundo

A primeira infância desempenha um papel crucial na vida do ser humano que repercute ao longo de sua trajetória, sendo o cuidado integral e integrado essenciais para o seu desenvolvimento (Britto *et al.*, 2016). O cuidado integral refere-se à atenção às necessidades da criança em suas dimensões física, emocional e social. O cuidado integrado pressupõe a articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de apoio à família, com foco nas suas necessidades. Nesse contexto, a visita domiciliar (VD) surgiu como uma diretriz política relevante para promover tais cuidados na primeira infância (Chiesa, 2018).

Segundo Sousa, Lopes e Barbosa (2004), a VD constitui em um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e da comunidade. Outros

autores destacam que as visitas devem ser orientadas por objetivos definidos e pautadas nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e da proteção da autonomia do usuário (Andrade *et al.*, 2014; Gomes *et al.*, 2021).

Inicialmente, a prática de VD tinha um enfoque assistencialista, baseado na caridade; posteriormente, a ênfase passou a ser na sistematização do cuidado (Quintino; Leachi, 2022). Atualmente, a VD tem se destacado como ação necessária especialmente nas equipes multiprofissionais do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como uma forma de reordenar a APS e a assistência social (Mendes, 2015), bem como na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade (Brasil, 2016).

No âmbito da primeira infância, as visitas podem se prestar a propósitos variados, podendo ser direcionada a diversos tipos de famílias (mães adolescentes, famílias monoparentais e famílias de grupos étnicos específicos), abordando diversas circunstâncias e experiências, como preparação para a escola, situações de estresse, casos de abuso, desenvolvimento infantil, entre outros. Além disso, as visitas domiciliares variam na dimensão dos profissionais que as conduzem, na duração e intensidade das ações e nos serviços oferecidos (Chiesa, 2018).

No cenário internacional, as VDs têm demonstrado amplos benefícios para a qualidade de vida das famílias, como o estabelecimento de confiança e de vínculos afetivos, encorajamento e suporte ao AM, além de ter impacto positivo no desenvolvimento socioemocional e na aprendizagem das crianças (Black *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos, o *Healthy Families New York (HFNY)*, um programa de VD que tem como público-alvo mães em vulnerabilidade social, busca otimizar a saúde e o DI, além prevenir maus-tratos. O estudo de McGinnis *et al.* (2018) analisou a relação entre a frequência das visitas do HFNY focadas no AM e o início e a continuidade da prática. As mães participaram, em média, de sete visitas pré-natais e três visitas mensais durante os primeiros três meses após o parto. A prevalência de aleitamento materno exclusivo ou continuado foi de 71,5%, e cada visita pré-natal que discutiu o AM aumentou em 1,5% a probabilidade de início do aleitamento. Além disso, uma visita adicional no terceiro mês pós-parto elevou em 11% a chance de amamentação aos seis meses.

Outro relatório sobre políticas públicas de DI da América Latina apontou que vários países adotaram diferentes estratégias e programas de VD voltados ao desenvolvimento na primeira infância (Aulicino; Langou, 2015). Em 1992, Cuba instituiu o Programa “Eduque seu Filho”, o pioneiro na América Latina, com o objetivo de fortalecer a família como agente

estimulador do desenvolvimento infantil. Por meio de VD, o programa integrou ações de educação e saúde (Brasil, 2016a).

Entre as similaridades dos programas, em especial aqueles da América do Sul e Central, estão a elaboração de documentos orientadores, realização de treinamentos dos visitantes, o público-alvo das intervenções (mulheres grávidas e crianças de até 30 meses de idade) e a periodicidade das visitas (Guttentag *et al.*, 2014). Já os desafios relatados estão relacionados, em sua maioria, ao fortalecimento da articulação intersetorial, aumento da cobertura, manutenção da qualidade e a garantia da sustentabilidade política e orçamentária dos programas (FMCSV, 2018).

A primeira ação intersetorial do governo federal brasileiro voltada à primeira infância foi a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), idealizada pelo Ministério da Saúde em 2007 e instituída em 2009, para promover ações integradas voltadas à saúde de mulheres e crianças até seis anos de idade, fase conhecida como Primeira Infância no Brasil. Em 2012, com o Programa Brasil Carinhoso, o governo expandiu esses esforços para incluir uma perspectiva de atenção integral à primeira infância, reforçando políticas de saúde, educação e transferência de renda (Brasil, 2012). Posteriormente, em 2016, o Programa Criança Feliz foi lançado com foco em visitas domiciliares direcionadas a gestantes e crianças de 0 a 3 anos inscritas no CadÚnico, com o objetivo de fortalecer a cidadania e as capacidades protetivas das famílias (Brasil, 2016; Venâncio, 2018). Apesar de ser evidente a importância dos programas de VD, uma vez que proporcionam a vinculação das famílias com as políticas públicas, propagam informações e facilitam o acesso a outros serviços ofertados, a sua implementação depende de compromisso de gestores federais, estaduais, municipais e o engajamento da sociedade civil (Soares *et al.*, 2023).

3.1.2. Ações intersetoriais propostas pelos programas existentes

Em meados do século XIX, não havia distinção entre os cuidados de saúde, educação e assistência social na infância. O responsável pelo cuidado da criança preocupava-se com todas as suas necessidades. Contudo, o olhar da ciência focado em aspectos particulares da vida e do desenvolvimento infantil foi gerando especialidades e com elas a necessidade que as ações setoriais se articulassem para atender as crianças integralmente. Foi então que, tanto no âmbito internacional quanto nacional, políticas e programas intersetoriais começaram a se moldar para garantir a atenção integral à criança (Brasil, 2018c).

Segundo Cunill-Grau (2016), o conceito de intersetorialidade teve suas raízes em meados dos anos 70, com o Movimento Sanitarista (Farah, 2017). O setor de saúde foi,

portanto, o pioneiro na promoção dessa perspectiva complexa e integradora de diversos componentes, consolidando a discussão sobre a intersetorialidade. A partir da década de 1980, o tema ganhou relevância nas políticas públicas. Na América Latina, surgiram experiências notáveis com enfoques intersetoriais, destacando-se aquelas voltadas ao desenvolvimento da primeira infância.

As iniciativas passaram a ser criadas e monitoradas, de forma compartilhada, por diversos setores do poder executivo. A exemplo, no âmbito federal, foi criada a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis foi elaborada com vistas ao desenvolvimento integral da criança nos seis primeiros anos de vida. Seu objetivo era fortalecer o pacto interfederativo para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com destaque para o cuidado essencial na primeira infância e a construção da cidadania. A intersetorialidade foi considerada a característica mais bem-sucedida da Estratégia, envolvendo profissionais que a consideram altamente eficaz (Cavalcanti, 2013).

Ainda no âmbito federal, o Programa Brasil Carinhoso, em 2012, que articulou setores de desenvolvimento social, educação e saúde, visando aprimorar as condições de vida, saúde, alimentação e educação de crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Foram utilizadas as estruturas existentes (creches e pré-escolas, postos de saúde e centros de assistência social) para promover a garantia da educação infantil, reforçar a nutrição, via alimentação escolar, e estender às crianças as ações do Programa Saúde na Escola (Fontana; Campos, 2017).

No contexto de iniciativas estaduais e municipais, o Primeira Infância Melhor (PIM), implementado em 2003 no Rio Grande do Sul, foi pioneiro nas ações intersetoriais locais. O programa promove o desenvolvimento infantil na primeira infância, oferecendo às famílias, com base em sua cultura e experiências, informações, orientações e apoio. O objetivo é criar um ambiente adequado, com estímulos e interações apropriadas para o desenvolvimento das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. As visitas domiciliares e as reuniões comunitárias são os pilares dessa ação, que prioriza o cuidado integral em todas as dimensões do desenvolvimento (Cavalcanti, 2013).

A intersetorialidade nos programas para a primeira infância reúne ainda competências que vão além da segmentação tradicional de serviços, tornando-se uma poderosa estratégia para oferecer cuidados integrais em resposta às necessidades de desenvolvimento infantil (Leal; Leal; César, 2011). Essa abordagem também promove a articulação de conhecimentos técnicos, pois especialistas de diferentes áreas integram agendas compartilhadas e objetivos comuns (Cavalcanti, 2013). Dessa forma, a intersetorialidade passou a contribuir com a efetividade

destes programas, ao identificar necessidades de forma abrangente, complementar serviços, ampliar a cobertura, promover sinergia entre profissionais e gerar impactos a longo prazo (Senna, 2014).

3.1.3. Análises dos impactos e efetividade dos programas ao redor do mundo

Programas de VDs são considerados estratégias efetivas para promoção do DI ao redor do mundo, promovendo práticas de cuidado e desenvolvimento integral na infância (Santos *et al.*, 2022). Uma revisão sistemática de intervenções realizadas em países de média e baixa renda demonstrou impacto positivo das VDs nos domínios cognitivo, linguagem, psicossocial e motor (Aboud e Yousafzai, 2015). Além disso, metanálises realizadas com ensaios randomizados em países que variam de renda alta a baixa também constataram efeitos positivos no desenvolvimento infantil, acompanhados de melhorias em resultados intermediários, como conhecimento dos pais, práticas parentais e interação com a criança (Jeong *et al.*, 2021; Prado *et al.*, 2019; Henwood *et al.*, 2020)

Na Colômbia, um estudo realizado em 96 municípios e cerca de 1.420 crianças mostrou que aquelas que receberam VDs durante 18 meses melhoraram o escore cognitivo e de linguagem comparado ao grupo não visitado (Attanasio *et al.*, 2014). Isso também foi observado em um estudo de intervenção no Peru que avaliou crianças de 6 a 35 meses de idade de zonas rurais. Segundo o estudo, houve uma melhoria significativa em sete domínios-chave do DI entre aquelas que recebiam visitas domiciliares, incluindo habilidades motoras finas, desenvolvimento pessoal e social e relacionamento entre objetos, condições essenciais para melhorias no desenvolvimento psicomotor e cognitivo (Hartinger *et al.*, 2017).

Buccini *et al.* (2023) realizaram uma revisão de escopo com o objetivo de identificar os caminhos de implementação dos programas voltados à VD de desenvolvimento infantil em países de baixa e média renda. Segundo o estudo, uma análise atenta do contexto e a adoção de um planejamento estratégico fundamentado em evidências são essenciais para a implementação eficaz de intervenções intersetoriais no cuidado e no desenvolvimento infantil.

Outros estudos, realizados no Brasil, evidenciam que programas de VDs podem ser eficazes, mas a sua eficácia pode variar de acordo com o contexto social e com a intersectorialidade entre as demais políticas envolvidas (Brentani *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2022). Cabe destacar que estudos de impacto e efetividade de abordagens domiciliares possibilitam a compreensão e a análise de contextos específicos vividos, bem como a identificação de gargalos nas visitas domiciliares entre equipe, família e cuidador (Brasil, 2013). Embora essas vantagens sejam apresentadas em diversos estudos, outros autores

apontam que o cuidado no domicílio exige ainda observação ativa e qualificação dos profissionais (Gusso; Lopes, 2012), bem como o desenvolvimento de estratégias e de intervenções intersetoriais (Brasil, 2013).

Outros estudos apontam as dificuldades entre as equipes em compartilhar o cuidado, tanto pela falta de experiência com a política quanto pela insuficiente comunicação entre elas. Ademais, apontam que o conteúdo relacionado à atenção domiciliar é pouco estudado durante a graduação, o que exige uma grande demanda para formação específica na área (Savassi, 2016; Paiva *et al.*, 2016).

Diante do contexto, é evidente a importância de informações qualificadas sobre os impactos e a efetividade dos programas de desenvolvimento infantil, em especial para embasar a tomada de decisão na gestão pública, ao mesmo tempo em que contribuem para a promoção da equidade e inclusão. Além disso, tais análises ajudam a orientar ações estratégicas para que o cuidado integral proposto pelos programas tenha um impacto positivo a longo prazo (Beatriz *et al.*, 2016; Heckman; Mastarov, 2007).

3.2. Programa Criança Feliz na promoção do desenvolvimento integral de crianças brasileiras

3.2.1. Desenvolvimento infantil e Marco Legal da Primeira Infância no Brasil

A construção do consenso da criança como cidadã de pleno direito se deu após anos de debate e múltiplos atores envolvidos. Na Constituição Federal (CF) de 1988, em seu Art. 227, os direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária são definidos como dever da família, da sociedade e do Estado, para as crianças (Brasil, 1988).

Foi, portanto, a partir da promulgação da CF que um novo paradigma passou a direcionar a formulação de políticas públicas voltadas para o público infantil. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído em 1990, enfatiza a "condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em processo de desenvolvimento" (Brasil, 1990). Diante desse desenvolvimento contínuo, tornou-se essencial priorizar a garantia de direitos e a proteção integral desses indivíduos (Fugymoto, 2016).

Em 2005, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, colocou a primeira infância em sua agenda, destacando que as crianças tinham necessidades especiais em relação à sua criação, cuidado e orientação, bem

como reconheceu a importância crítica desses primeiros anos para o desenvolvimento humano. Como resultado da Convenção, foi elaborado um documento de trabalho que estabeleceu obrigações para que os países membros desenvolvessem políticas abrangentes, oferecendo cobertura de saúde, cuidado e educação para as crianças, além de orientação para pais e cuidadores (UNESCO, 2007).

Foi a partir da instituição da Frente Parlamentar da Primeira Infância, em 2011, que ocorreram vários avanços nas normativas para garantir a efetividade da proteção integral à criança, especialmente na primeira infância, período em que os cuidados são cruciais para a formação humana (Brasil, 2016).

Com a implementação do Programa Brasil Carinhoso (Lei nº 12.722/2012), houve ampliações no PBF e incentivos na educação infantil. A iniciativa também evidenciou a discussão sobre os desafios da intersetorialidade na ação governamental, característica que deve ser fortalecida na formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância (Brasil, 2012).

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que inclui, além de estratégias para redução da mortalidade infantil, ações específicas voltadas à promoção do desenvolvimento infantil (Brasil, 2015). A política abrange os cuidados com a criança desde a gestação até os 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações mais vulneráveis. Estruturada em sete eixos estratégicos, a política visa orientar e qualificar as ações e serviços de saúde infantil em todo o território nacional. Os eixos consideram os determinantes sociais e condicionantes, buscando garantir o direito à vida e à saúde, reduzir vulnerabilidades e riscos de adoecimento e outros agravos, prevenir doenças crônicas na vida adulta e diminuir a mortalidade prematura infantil (Brasil, 2015).

O Marco Legal da Primeira Infância foi outro passo dado para a garantia de direitos às crianças. A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, estabelece princípios e diretrizes para a formulação de políticas públicas que visam atender de forma mais efetiva os direitos fundamentais da criança na primeira infância. Com a publicação do Marco, diversos programas e ações de VD de estimulação ao desenvolvimento integral foram implementados, aumentando assim a eficácia das políticas voltadas para a infância e as estratégias de articulação intersetorial (Brasil, 2016b).

Reconhecendo a importância de políticas voltadas à primeira infância, em 2016, o Brasil tornou-se o primeiro país do mundo a lançar um programa de VDs com abrangência

nacional visando promover o desenvolvimento de crianças vivendo em condições de vulnerabilidade social, o Programa Criança Feliz (PCF) (Brasil, 2016b).

O PCF foi estabelecido pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, pelo Governo Federal com o objetivo geral de promover o desenvolvimento integral infantil e fortalecer os vínculos familiares. A implementação do PCF ocorre por meio de VDs, nas quais profissionais orientam as famílias sobre cuidados responsivos, destacando a importância do afeto e da interação. Além disso, sugerem atividades que estimulam o desenvolvimento infantil em diversas dimensões, incluindo os aspectos cognitivo, linguístico, motor e socioafetivo (Brasil, 2016).

O público-alvo do programa são gestantes e crianças de 0 a 36 meses inseridas no Cadastro Único, registro que permite ao governo identificar quem são as famílias de baixa renda no Brasil; crianças de 0 a 72 meses beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e crianças de 0 a 72 meses afastadas do convívio familiar (Brasil, 2016).

O programa, de caráter intersetorial, não envolve transferência direta de renda. A identificação das famílias que atendem aos requisitos é realizada por meio de busca ativa, com planejamento conjunto da equipe do PCF e da Proteção Social Básica e Especial, através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (Vilanova *et al.*, 2023). Os objetivos específicos do PCF estão apresentados no Quadro 1, conforme disposto no Art. 3º do Decreto nº 8.869/2016.

Quadro 1- Objetivos do Programa Criança Feliz, segundo o Decreto nº 8.869/2016.

Objetivo 1	Promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância;
Objetivo 2	Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;
Objetivo 3	Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade;
Objetivo 4	Mediar o acesso da gestante, de crianças na primeira infância e de suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; e

Objetivo 5	Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.
-------------------	---

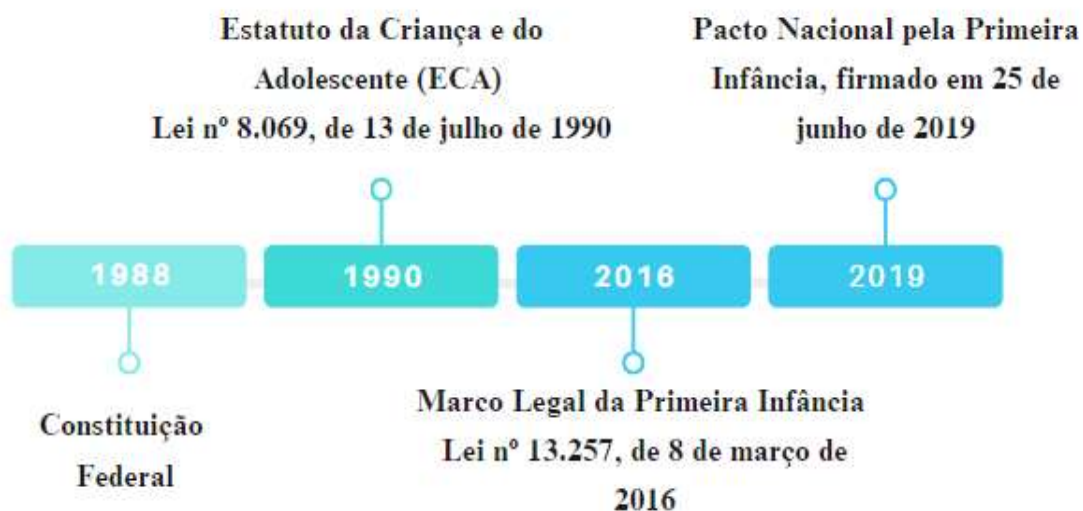
Fonte: Decreto nº 8.869/2016 (Brasil, 2016). **Elaboração:** autora.

O PCF é coordenado pelo atual Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) e possui desenho interfederativo e intersetorial. Sua implementação exige coordenação vertical, envolvendo diferentes níveis de governo, e coordenação horizontal, integrando diversas políticas setoriais. Dessa forma, cada um dos entes coordena, articula a intersetorialidade, planeja e acompanha o programa em seu âmbito. A União e os estados também fornecem orientações técnicas e metodológicas, apoio técnico e de capacitação e informações sobre o público-alvo para os municípios. Os municípios, como entes da ponta, são os responsáveis finais pela execução do programa, formando e capacitando as equipes de visitantes, além de planejar e realizar os acompanhamentos através de visitas domiciliares (Abdal, 2022).

Até junho de 2022, o PCF havia realizado aproximadamente 1.870.000 visitas, entre gestantes e crianças; e, em 2023, estava presente em 3.014 municípios e contava com mais de 25 mil profissionais envolvidos, entre visitantes, supervisores e multiplicadores (VISDATA, 2024).

Outro importante marco ocorreu em 2019, em que foi celebrado entre o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e os poderes legislativo e executivo, o Pacto Nacional pela Primeira Infância, cujas ações principais estão centradas no desenvolvimento de intercâmbio de conhecimento e desenvolvimento de pesquisas relativas a temas afetos à primeira infância. O Pacto consolidou-se como importante iniciativa de boas práticas do Marco Legal da Primeira Infância no Sistema de Justiça Brasileiro (Verones; Ribeiro, 2019). A linha do tempo e o marco jurídico que oficializa e fortalece ações em prol da primeira infância são apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo com os principais normativos da primeira infância no Brasil.



Fonte: Brasil, 1988, 1990, 2016; Veronese; Ribeiro, 2019. **Elaboração:** autora.

Recentemente, foi revisado o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), que também contempla ações voltadas à garantia de direitos das crianças na faixa etária dos 0 aos 6 anos e está ligado diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até o ano de 2030. O Plano também destaca que todos os direitos da criança devem ser preservados em sua individualidade, além de promover a valorização da diversidade étnica, cultural e de gênero no Brasil (Brasil, 2020).

3.2.2. Análises da efetividade do PCF no Brasil

A promulgação do ECA, em 1990, trouxe uma transformação significativa nas políticas públicas direcionadas à proteção dos direitos das crianças. Essa legislação introduziu o conceito de proteção integral para crianças e adolescentes, assegurando prioridade máxima no atendimento em todas as políticas públicas e respeitando a condição especial de desenvolvimento desses indivíduos (Brasil, 2016b).

Foi neste contexto que o PCF, baseado na intersetorialidade, destacou a importância do desenvolvimento humano no combate à pobreza e às desigualdades sociais, priorizando a convivência familiar e comunitária e a assistência social à família da criança. Ademais, visa promover, acompanhar e monitorar o desenvolvimento infantil, mediando o acesso das famílias a outros serviços públicos que possam impactar positivamente no desenvolvimento das crianças, como a saúde, a alimentação e a educação infantil (Brasil, 2017, 2023b).

De acordo com Tenório (2011), a efetividade é a “capacidade de atender as expectativas e as demandas da sociedade”. A própria CF, em seu parágrafo único do artigo 1º, traz a premissa de que o Poder emana do Povo, ou seja, nas mãos do povo está a verdadeira essência da efetividade das políticas públicas (Brasil, 1988). Dessa forma, os estudos de análise do PCF, em sua maioria qualitativos, buscam analisar se o programa supre as demandas de seus beneficiários, levando em consideração o número de famílias que acessam, a capacidade do programa em atendê-las e o grau de satisfação desses participantes (Brasil, 2023). Além disso, considerando que o PCF se concentra não apenas na criança, mas também na família, os estudos de análise de efetividade do PCF buscam avaliar também o vínculo entre a criança e seus familiares para promover um desenvolvimento integral (Fernandes, 2020).

Embora existam estudos avaliando programas de visitação domiciliar voltados para o DI, uma revisão de literatura destacou a necessidade de mais pesquisas nessa área (FMCSV, 2018). Uma revisão de escopo realizada em 2019 apresentou uma gama de abordagens que podem ser adotadas segundo o objetivo de cada programa de visitação domiciliar e a disponibilidade de recursos. Contudo, demonstrou que tais programas carecem de estratégias de efetividade comprovadas (Siqueira *et al.*, 2019).

Estudo realizado em Pelotas-RS, adotando um desenho quase-experimental para avaliar o PIM, analisou o desenvolvimento de 601 crianças de quatro anos e não encontrou impacto significativo. No entanto, observou-se que as crianças cujas famílias foram visitadas desde a gravidez apresentaram uma prevalência 60% menor de atraso no desenvolvimento em comparação ao grupo de controle (Silva *et al.*, 2022).

Estudos recentes realizados sobre o PCF demonstraram impacto limitado do programa nos desfechos globais de DI (Santos *et al.*, 2022) e dificuldades na sua implementação (Buccini *et al.*, 2024). Além disso, esses estudos apresentam a importância de investigações mais abrangentes, identificando inclusive outros fatores que poderiam influenciar aspectos do desenvolvimento infantil, como contextos sociais e econômicos.

Vilanova *et al* (2023) analisaram a efetividade do PCF conforme a percepção dos usuários. Os resultados mostraram que as famílias em situação de vulnerabilidade social são, de fato, as que acessam o PCF. Além disso, as ações do programa estavam alinhadas com os objetivos estabelecidos no Decreto nº 8.869/2016.

Outro estudo conduzido pelo Governo Federal em 2020 avaliou qualitativamente as percepções de resultados do PCF junto a seus beneficiários. Foram entrevistadas 78 beneficiárias, todas do sexo feminino. Elas acreditavam nas informações recebidas, sentiam-se seguras com o auxílio no desenvolvimento da criança e confiavam nas orientações dos

visitadores. As beneficiárias relataram ainda que o programa promove mudanças positivas nas crianças, especialmente nas aptidões cognitivas, motoras e socioemocionais (Brasil, 2023d).

Dessa forma, conforme mencionado por Cunha (2018), a avaliação de programas é "um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo". Assim, ao avaliar a efetividade do PCF, ou elementos que colaboram com ela, não apenas assegura que os recursos públicos sejam utilizados de forma eficaz e transparente, mas também fornece dados essenciais para o aprimoramento deste programa.

3.2.3. Programa Criança Feliz Brasileira (PCFB): diretrizes e organização

No Distrito Federal (DF), o PCF foi instituído no SUAS em 2019, por meio do Decreto nº 39.867, de 31 de maio de 2019, com o nome Programa Criança Feliz Brasileira (PCFB) (Brasil, 2019).

O objetivo do PCFB era expandir a rede de atenção e cuidado voltada para o desenvolvimento integral de crianças na primeira infância, desde a gestação até os seis anos de idade. Entre suas principais ações, destacam-se as visitas domiciliares e a articulação intersetorial, que buscava integrar diversas políticas públicas, como as de assistência social, educação, saúde, cultura, direitos humanos e dos direitos da criança e do adolescente, entre outras (Brasil, 2019).

Assim como no âmbito Federal, o PCFB tem como objetivos gerais, segundo a Resolução nº 19, de 24 de novembro de 2016, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) de:

- Qualificar e incentivar o atendimento e o acompanhamento nos serviços socioassistenciais das famílias com gestantes e crianças na primeira infância inseridas no Cadastro Único e BPC;
- Apoiar as famílias com gestantes e crianças na primeira infância no exercício da função protetiva e ampliar o acesso a serviços e direitos;
- Estimular o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, em situação de vulnerabilidade e risco social, fortalecendo vínculos familiares e comunitários;
- Fortalecer a presença da assistência social nos territórios e a perspectiva da proteção proativa e da prevenção de situações de fragilização de vínculos, de isolamentos e de situações de risco pessoal e social;

- Qualificar os cuidados nos serviços de acolhimento e priorizar o atendimento a famílias acolhedoras de crianças na primeira infância e que estão afastadas do convívio familiar;
- Desenvolver ações de capacitação e educação permanente que abordem especificidades, cuidados e atenções a gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias, respeitando todas as formas de organização familiar;
- Potencializar a perspectiva da complementaridade e da integração entre serviços, programas e benefícios socioassistenciais; e
- Fortalecer a articulação intersetorial com vistas ao desenvolvimento integral das crianças na primeira infância e o apoio a gestantes e suas famílias.

Entre as finalidades específicas do programa estavam a de proporcionar às crianças o estabelecimento e fortalecimento dos vínculos e da convivência familiar, promover a socialização por meio de brincadeiras, e garantir o acesso a experiências lúdicas que favoreçam o desenvolvimento. O foco principal era assegurar a qualidade do convívio familiar e comunitário. Com os familiares, o PCFB buscava estabelecer discussões reflexivas, atividades voltadas ao fortalecimento dos vínculos, orientações sobre os cuidados com a criança na primeira infância e orientações sobre acesso a serviços e políticas públicas, de modo a atender as necessidades da criança em sua integralidade (Brasil, 2017).

A execução do Criança Feliz no Distrito Federal ocorreu entre os anos de 2019 e 2023, sob a supervisão da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES DF), que recebia financiamento do Governo Federal direcionado ao PCFB. Esta ação contou com o apoio de uma Fundação Pública, cujas atribuições eram compor, coordenar e administrar uma equipe técnica mínima composta por supervisores e visitadores, cujas funções estão descritas no Quadro 2, proporcionais à meta de indivíduos a serem acompanhados.

As visitas domiciliares eram guiadas por referenciais teóricos, como o "Manual de orientações às famílias" no modelo "Cuidados para o Desenvolvimento da Criança" (UNICEF/OPAS) e do PIM. Essas visitas também seguiam as Resoluções do CNAS e as Portarias do MDS (Brasil, 2016, 2018a, 2018b).

Quadro 2 - Funções dos supervisores e visitadores do Programa Criança Feliz Brasileira (PCFB)

Supervisor	Profissional responsável por supervisionar visitadores, conferir e atualizar registros de visitas nos sistemas do PCFB, atualizar o Cadastro Único das famílias, alimentar bancos de dados, apoiar capacitações dos visitadores, planejar visitas e articular com serviços e políticas de assistência social para encaminhar demandas das famílias.
Visitador	Profissional responsável por preencher formulários de caracterização da família e criança, planejar e registrar visitas domiciliares em sistemas de monitoramento e bancos de dados. Além disso, mapeia vulnerabilidades e potencialidades, caracteriza a família e gestante/criança a ser acompanhada, orienta e sensibiliza para fortalecer vínculos familiares e cuidado responsivo, e encaminha vulnerabilidades observadas ao Comitê Gestor Intersetorial.

Fonte: Manual de Gestão Municipal do Programa Criança Feliz (Brasil, 2019c). **Elaboração:** autora.

No Distrito Federal, as visitas domiciliares aconteciam conforme a seguinte periodicidade mínima:

- 1 (uma) visita domiciliar por mês para gestantes e suas famílias beneficiárias;
- 4 (quatro) visitas por mês para crianças de 0 a 36 meses e suas famílias beneficiárias; e
- 2 (duas) visitas por mês para crianças de 37 a 72 meses e suas famílias beneficiárias e que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

As visitas domiciliares auxiliavam na prevenção de situações de negligência e violência, promovendo o desenvolvimento psicomotor e cognitivo das crianças, levando em conta o ambiente familiar em que estão inseridas. Em resumo, tinham como objetivo oferecer suporte e assistência às famílias, destacando a importância do envolvimento dos cuidadores no desenvolvimento das crianças. As visitas ainda forneciam orientações e incentivavam os cuidadores a participarem ativamente das atividades com as crianças (Brasil, 2017).

Até a sua descontinuidade, o PCFB acompanhou aproximadamente 3.200 indivíduos e suas famílias, em cerca de 16 das 33 Regiões Administrativas do DF, somando mais de 10.957 visitas domiciliares (GDF, 2023).

Assim, o PCFB consolidou-se como uma abordagem interdisciplinar para intervir nos contextos familiar e social, a fim de atender de forma abrangente as necessidades de cuidado das crianças na primeira infância; promover a preparação para uma parentalidade sensível e

responsiva; fortalecer os laços familiares e comunitários; e integrar as redes de proteção setoriais no território, com o objetivo de prevenir casos de negligência e reduzir as vulnerabilidades sociais dos beneficiários (Brasil, 2019).

3.2.4. Intersetorialidade nas ações propostas pelo PCF

A intersetorialidade na gestão pública busca potencializar os resultados das políticas e programas sociais por meio da integração de diferentes setores e atores governamentais e a sociedade civil. Essa abordagem visa promover a eficiência na prestação de serviços e a otimização dos recursos públicos. Para Wanderley, Martinelli e Paz (2020), “o horizonte da intersetorialidade das políticas públicas consubstancia-se na melhora das condições de vida da população, na otimização e utilização dos recursos (financeiros, materiais e humanos) e nos ganhos de escala e de resultados”.

No âmbito da Primeira Infância no SUAS, as ações intersetoriais do PCF buscam melhorar as condições socioeconômicas, nutricionais, cognitivas e de cuidados na primeira infância, bem como a saúde materna em prol do desenvolvimento infantil (Munhoz, 2022).

O PCF coordena as atividades de apoio social junto com setores como saúde, educação, cultura, direitos humanos e redução da pobreza. Ao mesmo tempo, fortalece e potencializa as ações da política de Assistência Social focadas na primeira infância dentro do SUAS, incluindo a Proteção Social Básica (PSB), a Proteção Social Especial (PSE) e os CRAS (Abdal, 2022).

Nesse contexto, o CRAS desempenha um papel central na concretização da abordagem intersetorial, assim como o Comitê Gestor do PCF. O CRAS facilita a integração das diversas políticas públicas, proporcionando o atendimento mais abrangente e coordenado às famílias. Por sua vez, o Comitê Gestor assegura a articulação entre os diferentes setores envolvidos, promovendo ações conjuntas e estratégicas para alcançar os objetivos do PCF (Abdal, 2022).

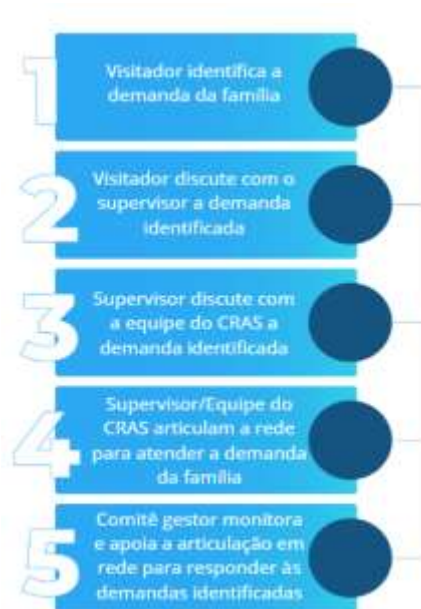
Segundo o Manual de Gestão Municipal do Programa Criança Feliz (2019):

O Comitê Gestor é a instância deliberativa e articuladora das ações necessárias para a promoção da atenção integral às famílias participantes do Programa. O Comitê deve estar atento às demandas identificadas no grupo familiar ou no território. Essas demandas poderão ser atendidas pelo conjunto das políticas públicas que compõem a rede local, como Assistência Social, Saúde, Educação, Direitos Humanos, entre outras (Brasil, 2019c, p.10).

Os Comitês Gestores existem nas três esferas de governo (nacional, estadual e municipal) e seu papel é articular políticas e ações multissetoriais para uma resposta conjunta

às demandas identificadas durante as visitas às famílias acompanhadas pelo PCF, bem como monitorá-las a posteriori, conforme fluxo apresentado na Figura 2.

Figura 2- Fluxo de demandas identificadas junto às famílias atendidas pelo Programa Criança Feliz.



Fonte: Manual de Gestão Municipal do Programa Criança Feliz (2019c). **Elaboração:** autora.

No entanto, conforme constatado no estudo realizado por Abdal (2022), a institucionalização do Comitê Gestor nos municípios ainda é precária, o que acarreta uma capacidade limitada para abordar e resolver questões relacionadas ao PCF. Segundo o mesmo autor, a intersetorialidade depende ainda do vencimento das resistências iniciais do CRAS que, em geral, se dão pela: (i) percepção pelo CRAS (coordenador e equipes técnicas) do PCF como algo recente, um “corpo estranho”; e (ii) resultados “não-previstos” do PCF e que implicaram no aumento da demanda pelos serviços. A relevância dessa abordagem intersetorial e o monitoramento do Comitê é evidente, uma vez que as famílias devem ter suas necessidades básicas satisfeitas para poderem se dedicar ao bem-estar de seus filhos (Brasil, 2021).

Além do Comitê Gestor do PCFB, foram criados Núcleos Intersetoriais de Primeira Infância (NIPI) nas Regiões Administrativas do DF atendidas pelo programa, com o objetivo de promover a integração entre políticas públicas voltadas ao cuidado de crianças e gestantes. Esses núcleos reúnem representantes de diferentes serviços, como CRAS, CREAS, Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), coordenações de ensino e conselhos tutelares locais, sob coordenação da assistência social (Brasil, 2019c).

O Guia para orientar ações intersetoriais na Primeira Infância, publicado em 2018 pelo Ministério da Saúde, também destaca a necessidade da intersetorialidade. Essa abordagem é fundamentada no entendimento de que a criança beneficiária de um programa específico também frequenta a creche ou pré-escola da comunidade, utiliza o campo de esportes, acessa o serviço de saúde e usufrui de outros equipamentos disponíveis no território. Portanto, reconhecer a criança como um ser integral e integrado é fundamental para assegurar seus direitos. Nesse sentido, é crucial que a abordagem da primeira infância inclua políticas sociais intersetoriais, com ações coordenadas e integradas entre diversos profissionais e setores, adotando uma perspectiva holística (Brasil, 2018).

3.3. Aspectos gerais relacionados à alimentação e ao desenvolvimento durante a primeira infância

3.3.1. Importância da alimentação adequada e saudável para o crescimento e desenvolvimento infantil

Entende-se por alimentação adequada e saudável na infância a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de idade e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados para complementar o AM, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) (WHO, 2010; Brasil, 2019).

Evidências têm apontado que os primeiros mil dias, correspondente ao período da gestação até os dois anos de idade da criança, consistem em uma janela de oportunidades para promover saúde duradoura (Bhutta *et al.*, 2013; Pérez *et al.*, 2017; Pietrobelli *et al.*, 2017; UNICEF *et al.*, 2021). Durante esse período, práticas alimentares adequadas têm sido associadas a benefícios que se estendem ao longo da vida adulta, contribuindo para alcançar o potencial de crescimento e desenvolvimento na infância, a formação de hábitos alimentares saudáveis e a prevenção de deficiências de micronutrientes, bem como de doenças infecciosas e respiratórias (Venâncio *et al.*, 2010; Victora *et al.*, 2016; Bégin; Aguayo, 2017; Alves e Cunha, 2020). Outros estudos reafirmam também a proteção da amamentação contra doenças crônicas (como diabetes e sobrepeso), além de estabelecer padrões alimentares que repercutirão ao longo da vida no melhor desenvolvimento cognitivo infantil (Victora *et al.*, 2016; Koletzko *et al.*, 2019; UNICEF *et al.*, 2021).

Considerado o mais completo alimento para a criança, o leite materno promove vínculo, afeto e proteção (Conde *et al.*, 2017; Brasil, 2018). Além desses benefícios, o AM oferece inúmeras vantagens para as mães, como o fortalecimento do seu sistema imunológico (Jones *et al.*, 2003). Em domicílios com condições de dificuldade de acesso aos alimentos, o leite materno desempenha outro papel crucial, o de proteger a criança da alimentação inadequada e as consequências associadas à privação alimentar (Neault *et al.*, 2007). De acordo com o relatório *The Lancet* de 2023, períodos ideais de amamentação poderiam prevenir mais de 800.000 mortes de crianças menores de cinco anos anualmente em todo o mundo. O relatório ressalta que a amamentação reduz significativamente o risco de morte súbita infantil em países de alta renda e diminui os episódios de diarreia e infecções respiratórias em países de baixa e média renda (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023).

A partir dos 6 meses, deve-se introduzir novos alimentos de forma gradual, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais, conforme as recomendações do Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (Brasil, 2019). Os alimentos devem ser in natura ou minimamente processados, ricos em nutrientes com efeitos benéficos para o desenvolvimento infantil, além de comporem uma dieta variada e equilibrada (Black *et al.*, 2017; Brasil, 2019).

A partir dos dois anos, as crianças começam a formar novos hábitos alimentares e práticas adequadas devem ser estimuladas para auxiliar o desenvolvimento do seu eixo psicocognitivo e do crescimento (Cardoso *et al.*, 2019; Dos Reis; Reinaldo, 2018). Assim, a alimentação não está relacionada apenas com o aspecto físico, mas também com o componente emocional, cerebral, comportamental e humoral da criança. Por outro lado, maus hábitos alimentares podem reduzir o interesse em realizar atividades básicas, causar maior irritabilidade, comportamentos agressivos e antissociais, prejudicar o aprendizado, diminuir a autoestima e causar doenças psicológicas como ansiedade e depressão (Alves; Cunha, 2020).

As consequências da má nutrição geram a longo prazo custos diretos e indiretos ao SUS, com o tratamento das doenças relacionadas, além das consequências sociais indesejáveis. Nilson *et al.* (2020) investigaram os custos diretos associados à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil, que somaram R\$ 3,45 bilhões em 2018, correspondendo a 11% do gasto anual direto com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Dentre esses custos, 72% foram referentes a indivíduos com idades entre 30 e 69 anos, e 56% foram relacionados a mulheres.

Uma recente metanálise quantificou o impacto econômico global do sobrepeso e da obesidade infantil, utilizando dados de 48 estudos. Os custos médicos anuais aumentaram em

US\$ 237,55 per capita, com despesas mais altas para hospitalizações (US\$ 1.975,06) e medicamentos (US\$ 46,38). Até 2050, os custos diretos e indiretos desses agravos são estimados em US\$ 13,62 bilhões e US\$ 49,02 bilhões, respectivamente (Ling *et al.*, 2023).

Vale destacar que o sobrepeso e a obesidade infantil podem ser prevenidos mediante políticas que envolvem a promoção da alimentação adequada desde a infância, bem como ações de educação alimentar e nutricional (EAN) nas políticas voltadas ao desenvolvimento integral da primeira infância (Brasil, 2019).

3.3.2. Impacto da insegurança alimentar e nutricional na primeira infância

A alimentação e a nutrição devem ser compreendidas como um direito humano indispensável para a sobrevivência e para a garantia do pleno potencial de crescimento e DI (Brasil, 2013). No Brasil, o DHAA, originalmente previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), foi reafirmado no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e estabelecido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), no intuito de garantir e proteger este direito (Brasil, 2006a).

O DHAA pode ser definido como um “direito que se realiza quando todos têm acesso físico e econômico à alimentação adequada, segura e saudável e em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, ou os meios necessários à sua obtenção” (Brasil, 2006a).

Desde 2010, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64/2010, o DHAA está assegurado entre os direitos sociais da CF, sendo dever do Estado garantir e promover a SAN da população, conceitualmente definida como:

A SAN consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006a, p.1).

Baseando-se nessa definição, quatro dimensões estão relacionadas à garantia da SAN: disponibilidade, acesso econômico e físico aos alimentos, utilização e estabilidade ao longo do tempo (FAO, 2020). A dimensão de disponibilidade refere-se à oferta física de alimentos, abrangendo aspectos como produção, estoques, comercialização, transporte e alimentos silvestres. A dimensão de acesso relaciona-se com a capacidade das famílias de obterem alimentos física e monetariamente. A utilização envolve a adequação nutricional e as condições sanitárias dos alimentos que as famílias consomem. Por fim, a estabilidade é uma dimensão

que permeia as demais, garantindo que a disponibilidade, o acesso e a boa utilização dos alimentos sejam mantidos continuamente.

A violação do DHAA, baseado nos princípios da SAN, configura-se na IA, definida como a incerteza de dispor com regularidade de alimentos, podendo chegar até a privação total de alimentos entre os membros familiares, ou seja, fome (Wolfe; Frongillo, 2001; Valente, 2003).

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Desenvolvimento Sustentável reconhece a necessidade de abordar a fome e a desnutrição em todo o mundo. Entretanto, a redução projetada desses índices para os anos de 2009 e 2014 não foi alcançada em 2022 e 2023. Segundo o relatório mais recente da ONU, cerca de 733 milhões de pessoas enfrentaram a fome em 2023, o que representa um em cada 11 indivíduos globalmente e um em cada cinco na África (ONU, 2024).

Por sua natureza multidimensional, a IA envolve aspectos sociais, psicológicos, de qualidade de vida e condições de moradia, tornando sua avaliação complexa e desafiadora. Por anos, a condição de IA foi medida por indicadores econômicos de produção e disponibilidade de alimentos; no entanto, esses indicadores se mostraram insuficientes para capturar toda a sua complexidade. A partir da década de 1970 diferentes escalas têm sido propostas, sendo que no Brasil é adotada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)¹ (De Araújo *et al.*, 2021).

A EBIA é uma escala validada que tem sido utilizada em distintos contextos como fonte de informações estratégicas para gestão pública e programas sociais (Anexo 1). Por ser uma escala de medição direta de percepção da IA, permite tanto identificar e quantificar os grupos sociais em risco de IA. Este instrumento apresenta 14 (quatorze) questões que são respondidas (“sim” ou “não”) em sua totalidade quando há morador com até 18 anos no domicílio, ou apenas até a questão 8 (oito) quando há somente adulto(s) e idoso(s) (IBGE, 2014).

O número de respostas afirmativas permite classificar o domicílio em SAN (0), refletindo o acesso pleno do domicílio a alimentos, tanto em quantidade quanto em qualidade; ou em IA podendo ser:

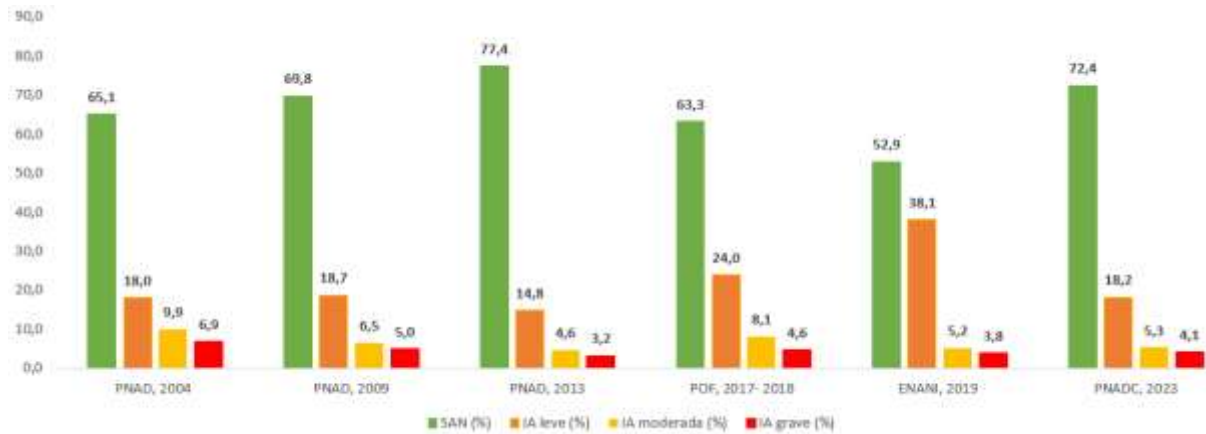
- (i) IA leve (1 a 5), que se caracteriza pela preocupação da família em não obter o alimento no futuro; (ii) IA moderada (6 a 9), relacionada à necessidade da família em reduzir a quantidade, qualidade e variedade dos alimentos, visando evitar sua falta; e (iii) IA grave (10 a 14), que corresponde à falta do

¹ A EBIA foi baseada na escala norte-americana e validada em 2003, sendo uma escala de percepção sobre a quantidade e qualidade de alimentos disponíveis no domicílio (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

alimento e, conseqüentemente, fome (De Araújo *et al.*, 2021, p.02; Segall-Corrêa, 2007, p.146).

A evolução histórica de SAN e IA no Brasil, a partir de 4 (quatro) pesquisas nacionais, são apresentadas no Gráfico 1.

Gráfico 1- Prevalência de segurança e insegurança alimentar constatadas por pesquisas nacionais entre 2004 e 2023.



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009, 2013 (IBGE, 2005, 2010, 2014); Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE, 2019); Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil 2019 (UFRJ, 2021); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD contínua (IBGE; 2024). **Elaboração:** autora.

Cabe destacar que no ENANI foi avaliada a situação de SAN somente em domicílios com crianças menores de 5 anos de idade. Outras pesquisas não oficiais também trouxeram prevalências ainda piores, como o 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19, de 2022, que revelou que 6 em cada 10 brasileiros conviviam com algum grau de IA. Embora tenha se agravado como uma das conseqüências previsíveis da pandemia de Covid-19, a IA já vinha crescendo há alguns anos no Brasil. Com a crise sanitária, fatores econômicos, como a ampliação do desemprego e a falta de renda, dificultaram o acesso aos alimentos, bem como elevaram os preços e precarizaram os serviços de alimentação (Maluf, 2021). A última pesquisa realizada, PNAD 2023, mostra uma redução em todos os níveis de IA, comparada à POF 2018; contudo, cerca de 21,6 milhões de domicílios brasileiros ainda convivem com algum grau de IA.

Com relação ao DF, os dados coletados nas pesquisas por meio da EBIA e comparados aos dados do Brasil estão resumidos no Quadro 3, sendo mais recentes os da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal em 2021 (Codeplan, 2021).

Quadro 3- Prevalências de (in)segurança alimentar em pesquisas nacionais e distritais por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

Pesquisa	SAN (%)	IA leve (%)	IA moderada (%)	IA grave (%)
PNAD, 2004 (Brasil)	65,1	18,0	9,9	6,9
PNAD, 2004 (DF)	75,1	13,9	6,4	4,6
PNAD, 2009	69,8	18,7	6,5	5
PNAD, 2009 (DF)	78,8	15,1	3,5	2,7
PNAD, 2013	77,4	14,8	4,6	3,2
PNAD, 2013 (DF)	86,7	9,7	2,0	1,5
POF, 2017- 2018 (Brasil)	63,3	24,0	8,1	4,6
POF, 2017- 2018 (DF)	67,3	21,2	6,6	5,0
PDAD, 2021 (DF)	79,0	12,9	4,2	3,9
PNADC, 2023	72,4	18,2	5,3	4,1

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009, 2013 (IBGE, 2005, 2010, 2014); Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE, 2019); Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil 2019 (UFRJ, 2021); Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2021 (CODEPLAN, 2021); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (IBGE; 2024). **Elaboração:** autora.

Tratando-se das manifestações de IA, destacam-se duas principais e contraditórias: a fome, decorrente da falta de acesso físico e econômico aos alimentos, e o excesso de peso, por consequência da alimentação não saudável. A desnutrição e as carências nutricionais, como a anemia, são outras manifestações, assim como o consumo de alimentos considerados “inseguros” para a população, como os alimentos com agrotóxicos, e as doenças adquiridas resultante da alimentação inadequada (Maluf, 2009; Oliveira *et al.*, 2009, 2010).

De acordo com o quadro conceitual da Emergência Infantil Internacional do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a IA é o principal determinante imediato do estado nutricional de uma criança (UNICEF, 1991), sendo as crianças menores de cinco anos as mais vulneráveis a quaisquer dessas manifestações do que qualquer outra faixa etária (Senthilkumar *et al.*, 2018).

O impacto do estado nutricional precário nas crianças vai além da infância, influenciando negativamente o crescimento, o desempenho escolar e aumentando a propensão

a diversas doenças na idade adulta, principalmente as DCNTs (Aguayo *et al.*, 2016; Inzaghi *et al.*, 2022; De Oliveira *et al.*, 2020; UNICEF *et al.*, 2021).

Uma recente revisão sistemática destacou a associação entre a IA e o atraso no crescimento em crianças de 0 a 59 meses de idade em estudos individuais; no entanto, esta associação não foi observada no conjunto da análise (Patriota *et al.*, 2024). Outra recente revisão sistemática conduzida por De Oliveira *et al.* (2020) mostrou que a IA domiciliar está associada a um déficit no DI entre crianças menores de 5 anos, tanto em países de alta renda quanto de baixa e média renda. Além disso, a metanálise mostrou que a IA estava associada ao desenvolvimento de risco mental e cognitivo. Estes resultados reforçam o papel crítico que experiências adversas, como a IA durante a primeira infância, colocam em risco o futuro das crianças.

3.3.3. Importância das ações e equipamentos públicos de saúde, assistência social e segurança alimentar e nutricional

A promoção da alimentação adequada e saudável extrapola as escolhas e práticas individuais e não se restringe apenas às responsabilidades do setor de saúde; ela depende fundamentalmente da garantia de direitos e de condições sociais e econômicas que estabelecem o ambiente propício para a garantia da SAN, proporcionado pela inter-relação de diferentes programas públicos (Alves e Jaime, 2014).

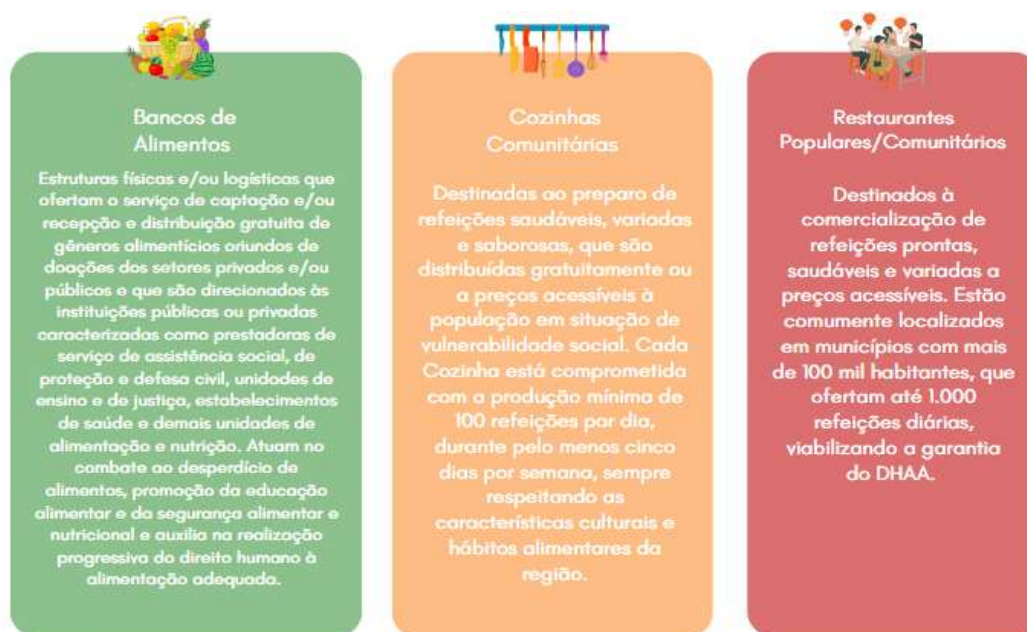
No Brasil, o conjunto de ações e serviços de Saúde, Assistência Social e SAN estão organizados em sistemas únicos e nacionais: o SUS, instituído em 1990; o SUAS, em 2005; e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), em 2006. Os três Sistemas são integrados por espaços institucionais de participação social, ainda que com composição distinta, bem como de gestão governamental nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e baseiam-se também em princípios semelhantes, como a universalidade e a equidade (Brasil, 1988, 2005, 2006a).

A operacionalização desses três Sistemas se dá por meio de políticas e programas públicos que operam como estratégias transversais, como a Política Nacional de Saúde (PNS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). A estrutura dos três Sistemas possibilitou a aproximação institucional e temática convergentes entre as áreas, seja em âmbito federal, estadual ou municipal (Brasil, 1988, 2004, 2006a, 2006b, 2013).

Diante dessa intersectorialidade, a garantia da SAN permeia o SUS e o SUAS, e exige que o direito à saúde e à assistência sejam respeitados e concretizados para que o seu fim seja alcançado (Alves e Jaime, 2014). Se, por exemplo, para a população em geral, a principal forma de obter alimentos é comprando-os, a falta de renda ou de acesso físico coloca em risco a realização desse direito, cabendo ao Estado intervir e encontrar caminhos para a sua realização (Jesus; Hoffmann; Miranda, 2024).

Dessa forma, dentre os inúmeros meios de garantia do DHAA, destacam-se os equipamentos de SAN (EpSAN) – “estruturas operacionais que têm como finalidade principal a redução dos índices de IA da população e a ampliação do acesso físico e financeiro a uma alimentação adequada e saudável” (Brasil, 2011). Segundo dados do último Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil 2022), dos 5.568 municípios brasileiros, 1.390 municípios tinham algum tipo de equipamento público de SAN (25%), sendo em sua maioria bancos de alimentos ou restaurantes populares. Os principais tipos de equipamentos de SAN encontram-se detalhados na Figura 3.

Figura 3- Principais equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional (SAN).



Fonte: Equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional (RedeSAN, 2011). **Elaboração:** autora.

Além dos EpSAN descritos na Figura 3, há ainda as cozinhas solidárias, os restaurantes universitários, cozinhas e refeitórios de escolas e creches, cozinhas e refeitórios hospitalares, bancos de leite humano, lactários, cozinhas e refeitórios de casas lares, albergues e abrigos

institucionais e cozinhas do sistema prisional e socioeducativo que visam o acesso à alimentação (RedeSAN *et al.*, 2011).

Têm-se também aqueles que abarcam a dimensão do abastecimento, como as centrais de recebimento e distribuição de produtos da agricultura familiar, os bancos de alimentos, as centrais de abastecimento (CEASA), as feiras e os mercados públicos. Estes são voltados à comercialização de alimentos, com os preços e a qualidade controlados pelo poder público, além da geração de renda local, promoção da autonomia e subsistência da comunidade (RedeSAN *et al.*, 2011).

Já no âmbito da Assistência Social, as unidades públicas, que realizam atendimentos para pessoas ou grupos de crianças, de jovens, de mulheres, idosos, pessoas com deficiência, entre outros, exercem papel fundamental na organização e articulação da rede socioassistencial e de garantia do DHAA (Brasil, 2004). Por seu caráter de política de proteção social, grande parte das ações da assistência social são voltadas para situações em que os direitos e vínculos já foram violados e outras que são preventivas, protetivas e proativas de garantia de direitos (Brasil, 2018). Essa abordagem se reflete na capilaridade do SUAS nos municípios brasileiros e favorece a articulação das políticas, concretizando efetivamente o acesso à alimentação adequada e saudável para a população em vulnerabilidade social (Brasil, 2004).

Em grande parte dos municípios brasileiros, é na Assistência Social que são operados e coordenados muitos dos programas e EpSAN (Brasil, 2023). Na Figura 4 encontram-se os principais equipamentos públicos do SUAS e suas principais características.

Figura 4 - Principais equipamentos públicos do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).



Fonte: Mapa de Oportunidades e Serviços Públicos (Brasil, 2023). **Elaboração:** autora.

Já no âmbito do SUS, a APS é a principal responsável pela realização da atenção nutricional, garantia da SAN e a articulação das políticas anteriormente mencionadas, especialmente em municípios com altos índices de vulnerabilidade (Brasil, 2021). Nesse espaço, as equipes realizam o monitoramento da alimentação e nutrição por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), implementam estratégias para incentivar o AM e promovem a alimentação adequada e saudável, além de identificarem necessidades alimentares, nutricionais e de saúde de grupos específicos, podendo servir como ponto de acesso para a integração com programas de assistência social e SAN (Brasil, 2023). Em 2023, o Brasil contava com cerca de 51.369 mil equipes de Saúde da Família, o que equivale à cobertura de 79,7% da população brasileira (Brasil, 2024).

Dessa forma, as ações de SAN, saúde e assistência social podem impactar positivamente situações de vulnerabilidade ao viabilizar o acesso das famílias aos serviços e equipamentos públicos (RedeSAN *et al.*, 2011). Entre outras ações intersetoriais já existentes entre o SUS, SUAS e SISAN, destacam-se os espaços de convivência familiar, comunitária e social de caráter intergeracional; programas de VD, como o PCF; fomento à economia local com produtos nos territórios dos CRAS; a utilização do Cadastro Único (CadÚnico) para

programas sociais; e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) como referência para identificar o público-alvo (Brasil, 2012).

Apesar do notório avanço das ações dos três Sistemas, pode-se considerar que ainda é um desafio atual promover aproximações entre as instituições e serviços que integram os respectivos Sistemas em âmbito local visando atenção integral à saúde, assistência, alimentação e nutrição das populações que vivem em contextos sociais específicos. Vale considerar que, em 2023, a Portaria Interministerial MDS/MS nº 25 de 1º de setembro de 2023, estabeleceu, no âmbito do programa de governo Brasil Sem Fome, as orientações para gestores e profissionais da assistência social, SAN e saúde, sobre a integração da oferta de ações de atenção, proteção e cuidado para indivíduos e famílias em situação de IA, no âmbito do SUAS, do SUS e do SISAN (Brasil, 2023a).

Outra orientação da referida portaria refere-se à ampliação e qualificação do cuidado integral às pessoas com má nutrição em todas as suas formas - desnutrição, obesidade e deficiências de micronutrientes - no âmbito do SUS, em especial nos serviços de APS, priorizando indivíduos e famílias cadastrados no PBF (Brasil, 2023).

Dessa forma, a articulação entre as políticas públicas e ações do SISAN, SUAS e SUS promovem o olhar integral às necessidades dos sujeitos inseridos em diferentes cenários sociais, consolidando a abordagem integrada no enfrentamento de desafios relacionados a esses três sistemas públicos (Fernandes, 2020).

3.4. Aleitamento materno e alimentação complementar como direitos humanos e determinantes da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil

3.4.1. Epidemiologia do aleitamento materno e da alimentação complementar no Brasil

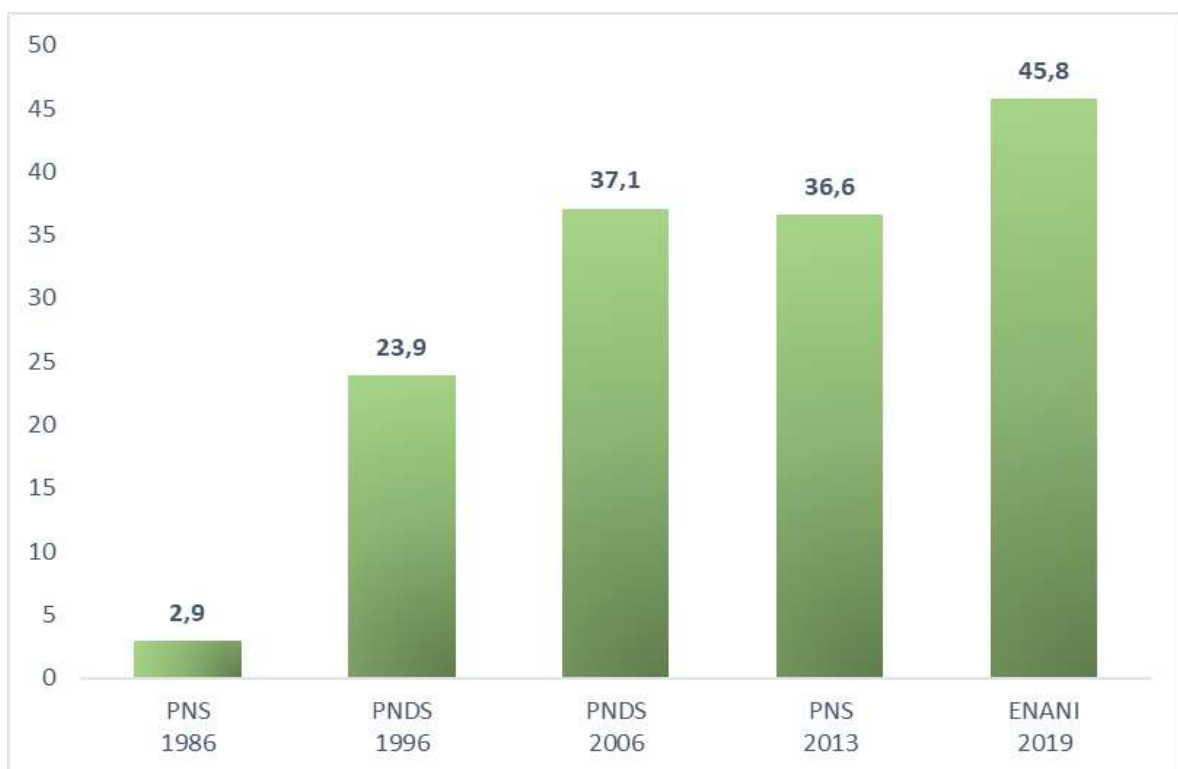
Conforme as diretrizes da OMS e do MS, recomenda-se que o leite materno seja oferecido como o primeiro alimento ao recém-nascido, preferencialmente dentro da primeira hora de vida. Orienta-se ainda manter a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses e, a partir desse período, complementá-la com alimentos adequados até os 2 anos de idade (WHO, 2010; Brasil, 2019).

Apesar da escassez de dados epidemiológicos sobre a tendência da amamentação no Brasil antes da década de 1970, alguns estudos regionais indicam o declínio dessa prática nos anos 1960 e início dos anos 1970, com o advento da revolução industrial (Sousa *et al.*, 1975; Zuniga; Monteiro, 1995; Palmer, 1993).

Após este período, houve uma tendência de retorno à amamentação, conforme pesquisas realizadas na época (Monteiro *et al.*, 1987; Rea; Berquó, 1990), o que contribui para uma melhora significativa dos indicadores de saúde infantil no Brasil, principalmente na redução das doenças infecciosas e respiratórias em crianças menores de um ano (Boccolini, 2011; Venâncio *et al.*, 2013; Victora *et al.*, 2016).

Foi a partir de 1986 que o Brasil passou a realizar pesquisas nacionais, permitindo a análise de indicadores do AM. A prevalência de AME em crianças menores de seis meses observadas em estudos nacionais entre 1986 e 2019 encontra-se no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo constatados por pesquisas nacionais entre 1986 e 2019.

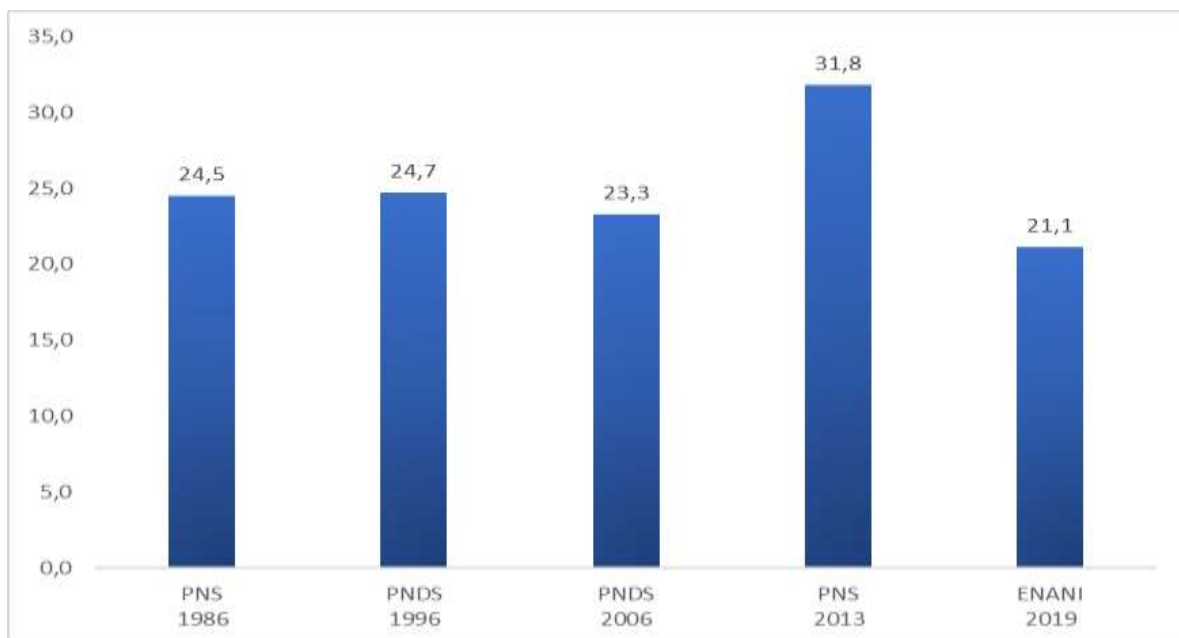


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 1986); Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996 e 2006 (IBGE, 1996; IBGE, 2006); Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013); Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (UFRJ, 2021). **Elaboração:** autora.

Apesar da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno sempre ter sido uma das ações prioritárias do governo federal (Boccolini, 2017) e compor estratégias para a redução da mortalidade infantil até 2030, compromisso assumido pelo Brasil no âmbito internacional (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável), as prevalências de AME continuam aquém da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de pelo menos 50%.

A partir dos 6 meses, além do leite materno, as crianças necessitam de alimentos complementares, que devem ser oferecidos de forma responsiva, ser frequentes, seguros, culturalmente aceitos e diversificados, conforme preconiza o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (Brasil, 2019; Pérez-Escamilla *et al.*, 2019; OMS, 2021). A prevalência de aleitamento materno continuado (AMC) em crianças menores de dois anos observada em estudos brasileiros entre 1986 e 2019 é apresentada no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo constatados por pesquisas nacionais entre 1986 e 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 1986); Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996 e 2006 (IBGE, 1996, 2006); Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE; 2013); Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (UFRJ, 2021). **Elaboração:** autora.

Apesar do leite materno ser o alimento mais completo para o recém-nascido nos primeiros seis meses de vida, diversos motivos têm levado as nutrizes a optarem pelo desmame precoce dos seus filhos, entre eles fatores históricos, socioeconômicos, acesso aos serviços de saúde, culturais e individuais (Rollins *et al.*, 2016; Izidoro *et al.*, 2022; Mendes *et al.*, 2023). A busca por caminhos alternativos para a nutrição dos bebês e a falta de continuidade no aleitamento resultam em desfechos negativos para a saúde infantil, como deficiências nutricionais e o aumento do consumo de AUPs (De Souza *et al.*, 2021).

A PNDS 2019 revelou que apenas 63,1% das crianças de 6 a 8 meses receberam alimentação complementar adequada, ou seja, com início oportuno, diversificação e consistência adequadas (Giugliani; Victora, 2000). Dados mais recentes, de 2023, revelam

estagnação dos dados. A média de diversidade alimentar mínima foi de 63,4% (Larcerda *et al.*, 2023).

Segundo os dados do ENANI 2019 (UFRJ, 2021), o consumo de alimentos não recomendados entre crianças menores de dois anos é expressivo, com destaque para biscoitos doces ou salgados (51,3%) e farinhas instantâneas (41,4%). Dados do Sisvan para o ano 2023 mostraram que ainda é elevado o consumo de bebidas adoçadas (24%) e de AUPs nessa faixa etária (39%) (Brasil, 2023).

Estudos conduzidos em diferentes localidades no Brasil também verificaram padrão alimentar inadequado, com baixo consumo de frutas, baixa diversidade alimentar e consumo precoce de AUPs (Sahoo *et al.*, 2015; Menezes *et al.*, 2017; Karnopp *et al.*, 2017; Lopes *et al.*, 2020; Spaniol *et al.*, 2020).

Diante destes dados, torna-se evidente a necessidade do fortalecimento e investimento em políticas públicas de incentivo, promoção e proteção da amamentação e de continuidade dessas ações para uma alimentação complementar saudável.

3.4.2. Marcos Legais e Políticas Públicas voltados à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil

Embora o AM seja atualmente reconhecido como a estratégia natural mais sábia para estabelecer vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, sua importância foi frequentemente desafiada, exigindo uma luta constante para promovê-lo (Brasil, 2009a).

Na década de 1970, houve uma "epidemia de desmame" causada pelo intenso processo de urbanização, pela crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e pela propaganda e marketing não regulados (Venâncio *et al.*, 2013). A preocupação com o declínio do AM foi discutida em Genebra na Reunião Conjunta entre a OMS e o UNICEF. Apontou-se a necessidade da implementação de programas de promoção, proteção e apoio ao AM e a decisão de se elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda e comercialização de produtos que interferem na amamentação. Foi então elaborado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno por meio da Resolução da Assembleia Mundial de Saúde de 1980 (Rea, 2003) e aprovado na Assembleia Mundial de Saúde, em 1981, constituída por 151 países incluindo o Brasil (Brasil, 2013).

A favor da promoção do AM, o Brasil criou em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), reconhecido pela diversidade de ações estabelecidas, dentre as quais: (i) a regulação da comercialização dos alimentos para lactentes; (ii) a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Rea, 2003); (iii) a criação da Rede

Brasileira de Bancos de Leite Humano (Giugliani, 2002); (iv) a adoção do Método Canguru como política pública (Gontijo; Xavier; Freitas, 2012); (v) a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Passanha *et al.*, 2013); e (vi) a inclusão de ação voltada para a mulher trabalhadora que amamenta (Boccolini *et al.*, 2017; Kalil; Costa, 2012; Silva *et al.*, 2017).

Além disso, a partir da promulgação da CF de 1988, ficaram garantidos outros importantes direitos da mulher relacionados diretamente ao incentivo ao AM, como a licença-maternidade de 120 dias e licença-paternidade, bem como a licença às mulheres privadas de liberdade (Silva *et al.*, 2018).

Em relação ao marco legal e às principais políticas públicas de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991-92, tornou-se uma importante estratégia de apoio e implementação do aleitamento materno. A iniciativa viabilizou medidas para padronizar a assistência fornecida pelos profissionais de saúde, melhorar sua qualificação e padronizar as instalações de saúde para apoiar a amamentação (Brasil, 2015).

No mesmo sentido, os bancos de leite humano (BLH) configuram-se como locais privilegiados para as ações de incentivo ao AM no território nacional. O primeiro BLH do país foi inaugurado em outubro de 1943 no Instituto Nacional de Puericultura, conhecido hoje como Instituto Fernandes Figueira (IFF). Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para atender casos especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias às proteínas heterólogas (Maia *et al.*, 2006).

Outro importante marco para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil foi a PNAN, aprovada no ano de 1999, que estabeleceu diretrizes e ações para garantir o acesso universal e igualitário à alimentação adequada, promovendo a SAN da população (Brasil, 2013).

Ressalta-se ainda a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL), transformada em Lei em 2006 (Lei nº 11.265/2006), padronizando e minimizando a divulgação e comércio de soluções lácteas industrializadas, chupetas e mamadeiras; e a importância dos Bancos de Leite Humano na redução dos índices de desmame precoce (Brasil, 2015b).

Posteriormente, foi instituída no âmbito do SUS, pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Esta assegura às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, apoiando e dando subsídios para a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB),

lançada em 2012, para estimular a promoção do AM e da alimentação saudável de crianças menores de dois anos atendidas no âmbito do SUS (Brasil, 2011, 2015).

A EAAB é um grande marco brasileiro de promoção da alimentação adequada e saudável infantil. Além de qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos, visa aprimorar as competências e habilidades dos profissionais da APS (Brasil, 2019). Os principais marcos legais voltados à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil são apresentados na Figura 5.

Figura 5- Principais políticas públicas e normativas voltadas à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Brasil.



Fonte: Rea, 2003; Brasil, 1988, 2006, 2013, 2017. **Elaboração:** autora

Outro importante marco legal, não voltado diretamente à amamentação, mas sim a alimentação adequada e saudável, é o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), criado em 1955 e regulamentado pela Lei nº 11.947/2009, que tem como objetivo principal promover uma alimentação mais saudável nas escolas. Para isso, estabelece que pelo menos 30% dos recursos financeiros repassados pelo governo federal para a alimentação escolar devem ser destinados à compra de alimentos da agricultura familiar (Brasil, 2009b). Essa medida contribui significativamente para a alimentação saudável das crianças na primeira infância, garantindo uma alimentação mais diversificada e rica em nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento infantil (Barbosa *et al.*, 2013).

Cabe ainda destacar que, em 2017, foi lançado o documento “Bases para a Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno” com o propósito de apoiar a formulação e pactuação dessa política no Brasil. A elaboração do documento teve início em 2010, buscando fortalecer as diversas iniciativas de incentivo ao aleitamento materno desenvolvidas no país desde os anos 1980. O texto propõe uma maior articulação e integração

dessas ações para ampliar seu impacto, utilizando a linha de cuidado como estratégia principal (Brasil, 2017).

3.4.3. Diretrizes e recomendações brasileiras sobre o consumo alimentar de crianças

A alimentação adequada e saudável é entendida como:

a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o curso da vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local, devendo atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados (Consea, 2007, p.27).

Considerando que o DHAA começa com a garantia do AME até os seis meses e complementado com alimentação adequada e saudável até os dois anos, políticas públicas e ações de promoção e apoio durante o pré-natal e o acompanhamento da criança são essenciais (Brasil, 2019).

Foi com base nesta premissa que a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (do inglês *The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*), da OMS, orientou que os países formassem e atualizassem regularmente suas diretrizes sobre alimentação e nutrição, levando em consideração as mudanças no perfil alimentar, nutricional e epidemiológico da população, bem como os avanços científicos nessa área (WHO, 2004).

No Brasil, os Guias Alimentares são os principais instrumentos de EAN que visam ampliar a autonomia das pessoas nas escolhas dos alimentos, além de incentivar práticas e políticas alimentares voltadas para a promoção da saúde e o combate à má nutrição (Brasil, 2014).

O primeiro guia alimentar brasileiro para crianças foi publicado em 2002 e resumido no “Dez Passos para Alimentação Saudável de Crianças Brasileiras Menores de dois anos” (Brasil, 2010). Este guia foi utilizado durante anos como referência a diversas instituições e profissionais da área da saúde, em serviços de nutrição, educação e na docência. As diretrizes deste guia já foram avaliadas e, quando implementadas, têm o potencial de melhorar as taxas

de AME e a qualidade da alimentação complementar das crianças (IBGE, 2015; Nunes *et al.*, 2017).

Em 2019, foi publicada uma nova edição do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Esta nova edição busca responder às transformações sociais e às mudanças nas práticas alimentares ocorridas nos últimos anos, além de alinhar sua abordagem e suas recomendações ao Guia Alimentar para a População Brasileira, que orientam a escolha alimentar saudável e aborda a promoção de sistemas alimentares social e ambientalmente sustentáveis (Brasil, 2014, 2019).

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos de 2019, bem como sua versão resumida de 2021, trazem, além dos fundamentos, valores e preceitos importantes para a elaboração das recomendações sobre alimentação infantil (Quadro 4).

Quadro 4 - Valores e preceitos importantes para a elaboração das recomendações sobre alimentação infantil.

Valores e preceitos importantes para a elaboração das recomendações sobre a alimentação infantil	
1	A saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos.
2	O ambiente familiar é espaço para a promoção da saúde.
3	Os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares.
4	O acesso a alimentos adequados e saudáveis e à informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias.
5	A alimentação é uma prática social e cultural.
6	Adotar uma alimentação adequada e saudável para a criança é uma forma de fortalecer sistemas alimentares sustentáveis.
7	O estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

Fonte: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (Brasil, 2021).

Os Guias trazem recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento para que elas alcancem todo o seu potencial. Estes preconizam que uma alimentação adequada e saudável deve ser feita com “comida de verdade” e começa com o AM. Ela deve ter como base alimentos in natura ou minimamente processados e os alimentos ultraprocessados não devem fazer parte da alimentação da criança (Brasil, 2019, 2021).

Ressaltam ainda que a alimentação vai além do consumo de nutrientes, valorizam a importância da sintonia da alimentação com o seu tempo, contribuem para ampliar a autonomia nas escolhas alimentares, classificam os alimentos conforme o nível, a extensão e o propósito do seu processamento, conforme detalhamento da Figura 6, além de valorizar a culinária doméstica (Brasil, 2019, 2021).

Figura 6- Classificação dos alimentos segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.



Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). **Elaboração:** autora.

Essas recomendações visam garantir a alimentação saudável e adequada para as crianças brasileiras desde a primeira infância, contribuindo para o desenvolvimento e prevenção de doenças. Nos últimos anos houve uma produção intensa de evidências científicas sobre a relação entre alimentos, nutrição, saúde e doenças. Essas demonstraram, por exemplo, a correlação entre o tipo de alimento e seu processamento com a obesidade e a presença das carências nutricionais devido à baixa qualidade da alimentação (Monteiro *et al*, 2019).

Contudo, ainda persistem desafios para a implementação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, como a disseminação de seus princípios e recomendações, e a garantia de que esses princípios norteiam a formulação de políticas públicas, direta ou indiretamente relacionadas à saúde e à SAN. A publicidade de AUPs e as estratégias empregadas pelos fabricantes desses alimentos para influenciar decisões políticas a

seu favor, visando aumentar seus lucros às custas da saúde e da SAN da população, representam grandes desafios para a implementação dos guias alimentares (Brasil, 2019).

A superação dos desafios na implementação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos depende ainda da vontade política de gestores e legisladores, manifestada pela aprovação de instrumentos normativos que promovam a alimentação adequada e saudável e protejam a população (Brasil, 2023). Esses guias e diretrizes não só apoiam as famílias no cuidado cotidiano, mas também subsidiam os profissionais no desenvolvimento de ações de EAN em nível individual e coletivo. Além disso, eles orientam políticas, programas e ações destinados a apoiar, proteger e promover a saúde e a SAN das crianças brasileiras.

3.4.4. Reflexos da situação de Insegurança Alimentar e Nutricional sobre o consumo alimentar adequado e saudável de crianças brasileiras

A IA, decorrente da falta de acesso regular a alimentos, permanece no cenário brasileiro como uma barreira para a realização do direito à alimentação adequada, configurando-se como uma questão de saúde pública, em especial, para grupos em situação de vulnerabilidade social (FAO, 2015).

Em geral, as famílias em situação de IA enfrentam desafios para obter alimentos suficientes e nutritivos necessários para uma vida ativa e saudável. A IA pode levar as famílias a priorizar alimentos de baixo custo, frequentemente ricos em calorias vazias, como alimentos ultraprocessados, *fast food* e produtos ricos em açúcar, gordura e sódio (Morais *et al.*, 2014; Hingle *et al.*, 2023). Essa preferência resulta em dietas pobres em nutrientes essenciais, como vitaminas, minerais e fibras, o que prejudica o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças (UNICEF *et al.*, 2021).

O relatório mais recente do UNICEF, publicado em 2024, revela dados preocupantes sobre a situação mundial, indicando que aproximadamente 440 milhões de crianças menores de 5 anos não têm acesso à alimentação adequada e diversificada todos os dias. Entre essas, cerca de 181 milhões consomem, no máximo, alimentos de dois grupos alimentares por dia (UNICEF, 2024). Essa realidade reflete a IA, que eleva consideravelmente o risco de desnutrição infantil, impactando tanto o consumo quanto a qualidade alimentar das crianças. Além disso, essa situação aumenta a probabilidade de morbidade e mortalidade, muitas vezes devido a sistemas imunológicos enfraquecidos (UNICEF *et al.*, 2021).

Sendo a renda *proxy* da IA, Cavalcanti e Boccolini (2022) descreveram que as desigualdades sociais podem ser uma das causas do acesso insuficiente a alimentos seguros e

de qualidade entre os mais vulneráveis. Essas desigualdades estão relacionadas a maiores níveis de IA, desnutrição e mortalidade infantil, sendo especialmente agravadas nas economias em desenvolvimento que estão passando por transição demográfica e nutricional, como é o caso do Brasil.

Dessa forma, crianças e adolescentes ficam mais vulneráveis às consequências da IA devido às suas maiores necessidades nutricionais para o crescimento e desenvolvimento (Cook; Frank, 2008; Eicher-Miller; Zhao, 2018; De Oliveira *et al.*, 2020), além disso, são afetadas pelas consequências do *stress* associado ao acesso incerto aos alimentos para todo o mundo (Fram *et al.*, 2015).

Ademais, Lins e Pedraza (2021) destacam que crianças de famílias em situação de IA tendem a ter uma qualidade alimentar precária desde o início da vida, visto que o quadro alimentar da mãe desde o período de amamentação influencia diretamente no sistema imunológico e na incidência de processos infecciosos da criança.

Uma revisão sistemática, conduzida por Hanson e Connor (2014), observou que a IA estava relacionada a um menor consumo de frutas em crianças, embora as associações com outros fatores nutricionais tenham se mostrado inconsistentes. O estudo destacou que essa ingestão reduzida pode contribuir para uma futura seletividade/rejeição por esses alimentos e para o estabelecimento de padrões que promovam a diminuição do consumo diário de frutas e vegetais ao longo da vida.

Outra revisão analisou relações específicas por faixa etária entre IA e qualidade da dieta e identificou várias associações adversas para crianças de 1 a 5 anos, entre elas a menor ingestão de vegetais, fibras e ferro; maiores probabilidades de consumir refrigerante; e ingestão mais frequente de gordura saturada (Eicher-Miller; Zhao, 2018).

A complexidade da relação entre IA e consumo alimentar ressalta a necessidade de implementar medidas organizadas, programas e políticas públicas que abrangem todos os aspectos dos sistemas alimentares, desde a produção até o consumo. Isso está diretamente ligado ao efeito cíclico da IA e ao contexto do sistema alimentar global (Swinburn *et al.*, 2019). Conforme destacado por Dhurandhar (2016), a fácil acessibilidade e a ampla disponibilidade de alimentos nutricionalmente pobres são fatores que agravam a IA e suas consequências.

Dessa forma, é imprescindível que escolhas alimentares saudáveis sejam garantidas por políticas públicas intersetoriais que promovam ambientes alimentares adequados, viabilizem o acesso à alimentação, ampliem as ações de formação de hábitos saudáveis e acesso à informação confiável, e apoiem famílias em situação de vulnerabilidade com medidas de assistência alimentar e renda mínima (Mendes *et al.*, 2021).

3.5. Ações intersetoriais do PCFB com possibilidade de impacto na situação de Insegurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiárias

3.5.1. Ações promotoras do aleitamento materno e alimentação adequada e saudável

Por seu caráter intersetorial e de promotor do desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, o PCF está interligado a toda a rede de apoio à saúde e em consonância com o Marco Legal da Primeira Infância. Dessa forma, o programa não se limita apenas aos aspectos educacionais, mas também abrange a promoção da saúde, incluindo a atenção à amamentação e a promoção de uma alimentação saudável (Brasil, 2017).

Visto que a prática do aleitamento materno e os hábitos alimentares são oriundos de conhecimentos, vivências e experiências, moldados pelas condições de vida, cultura, redes sociais e conhecimento científico de cada época histórica e cultural, é fundamental estabelecer orientações e apoio adequados a essas etapas (Rotenberg; De Vargas, 2004).

Dessa forma, durante as visitas domiciliares podem ser desenvolvidas atividades educativas desde o período pré-natal, em especial ações voltadas ao AM. Segundo Becker (2001) essas visitas buscam interagir efetivamente com as mulheres, permitindo conhecer suas experiências anteriores, explorar o momento da gravidez, suas dúvidas e incertezas, de modo a favorecer o futuro processo de aleitamento.

Vale ressaltar que a promoção do AM não deve ser focada apenas nos aspectos técnicos da lactação. É essencial considerar os aspectos emocionais, a cultura familiar e a rede de apoio à mulher. A mulher deve ser reconhecida como a protagonista do seu processo de amamentação, sendo valorizada, ouvida e empoderada (Palheta, 2021).

Nesse contexto, os visitantes do PCF podem incentivar e promover o aleitamento como uma estratégia natural para fortalecer os laços afetivos, garantir proteção e fornecer nutrição essencial à criança. Além disso, o profissional deve estar preparado para oferecer uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, respeitando o conhecimento e a história de vida de cada mulher, ajudando-a a superar medos, dificuldades e inseguranças (Brasil, 2015).

O ECA assegura ainda que as mulheres tenham o direito de redução de horário de trabalho, pausas para ordenhar o leite ou amamentar (Brasil, 2016d). Este e outros direitos podem ser reforçados durante as visitas domiciliares do PCF com abordagens acolhedoras dos profissionais, conforme orientações desenvolvidas pelas diretrizes do programa (Brasil, 1990).

Se por um lado a manutenção do AM é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na alimentação da criança, no momento oportuno e de forma adequada, é essencial para o desenvolvimento equitativo e a promoção de hábitos saudáveis. A introdução alimentar adequada não apenas complementa a nutrição oferecida pelo leite materno, mas também ajuda a estabelecer preferências alimentares saudáveis ao longo da vida (Brasil, 2009a).

Durante a introdução alimentar das crianças e, para que os hábitos alimentares sejam saudáveis desde o começo, é importante orientar que toda a família esteja envolvida e adote também uma alimentação mais adequada, seguindo os preceitos do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Nesse momento, faz-se necessário o envolvimento de todos que moram com a criança, incluindo na rotina alimentar alimentos adequados e saudáveis (Brasil, 2022).

Estudos mostram que refeições em família estão associadas à melhora da qualidade da alimentação (Martins *et al.*, 2019; Piasetzki; Boff; Battisti, 2020), incluindo o maior consumo de frutas, hortaliças (Gillman *et al.*, 2000; Draxten *et al.*, 2014) e produtos lácteos (Taylor; Evers; McKenna, 2005). Portanto, incentivar e promover ações de EAN no âmbito do PCF, modelando hábitos alimentares saudáveis, pode promover a alimentação adequada e saudável ao longo da infância e ajudar na prevenção de distúrbios nutricionais entre todos os membros da família (Draxten *et al.*, 2014).

Dessa forma, a incorporação de ações promotoras da alimentação adequada e saudável no âmbito do PCB podem contribuir para um bom desenvolvimento infantil, bem como reduzir os agravos nutricionais na primeira infância (Shekar; Popkin, 2020).

3.5.2. Ações protetoras em relação à Insegurança Alimentar e Nutricional

Reconhecendo a SAN como um dos principais fatores de desenvolvimento na infância e que sua garantia abrange diversas dimensões (disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade), ações intersetoriais durante a primeira infância se tornam fundamentais para garantir não apenas a oferta de alimentos em quantidade suficiente, mas também a qualidade nutricional e todos os outros determinantes que garantam a sua realização a longo prazo (ABRANDH, 2013).

Apesar dos esforços do Estado brasileiro em direção à universalização de políticas públicas para combater a IA, mediante planejamento intersetorial e participação social, ainda há desafios a serem superados para alcançar plenamente esses objetivos. O último Relatório Luz, documento que reúne dados baseados em indicadores globais para verificar o progresso

em relação aos ODS da Agenda 2030 da ONU, publicado em 2023, mostra que o Brasil está progredindo de forma irregular e insuficiente em áreas como melhora da saúde materna e infantil, SAN e desigualdades sociais (GT Agenda 2030, 2023).

Sendo dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, entre outros direitos conforme preconizado na CF (1988), o PCF pode oferecer benefícios significativos para a saúde das crianças e desempenha um papel crucial como ações de proteção contra a IA (Brasil, 2016).

Por ser um programa que se desenvolve no âmbito da assistência social, porta de entrada de famílias em situação de vulnerabilidade social, a sua execução oportuniza o acesso à alimentação adequada e saudável por meio da orientação alimentar, pela busca de equipamentos de SAN nos territórios e de outros serviços destinados à garantia do DHAA (Beatriz *et al.*, 2016). Para tal, faz-se necessário que os visitantes estejam bem orientados e capacitados.

Como a visita domiciliar constitui estratégia fundamental do PCF, o conhecimento dos profissionais que atuarão no atendimento às famílias sobre a oferta de políticas e serviços da rede, existentes nos territórios, nos campos da assistência social, saúde, cultura, educação e direitos humanos possibilitará o suporte adequado às demandas identificadas (Brasil, 2019, p. 15).

A identificação das vulnerabilidades relacionadas à alimentação durante as visitas do PCF ou consequências da IA, como o estado nutricional das crianças, pode direcionar ações específicas de intervenção e suporte às famílias. Essas mediações oportunas nos primeiros anos de vida contribuem para a superação de lacunas geradas pela IA (Mattos; Bianchi; Toigo, 2020; Lazaretti; Becker, 2022).

O estudo de Mendes *et al* (2023) destaca o papel crucial do PCF no enfrentamento da IA, com o visitante domiciliar sendo uma fonte vital de assistência para obtenção de cestas básicas, seja por meio de doações, encaminhamento a organizações comunitárias ou pela interface com outros programas socioassistenciais. Esses esforços contribuem para um ambiente mais seguro e nutritivo para as crianças, promovendo um desenvolvimento saudável e mitigando os impactos negativos da vulnerabilidade familiar.

Ressalta-se ainda, que o Marco Legal da Primeira Infância estabelece que as políticas públicas devem monitorar, coletar dados e avaliar periodicamente os elementos que constituem a oferta dos serviços à criança (Brasil, 2016a). Assim, a avaliação de fatores socioeconômicos

e de indicadores de consumo alimentar tornam-se fundamentais para a proteção das crianças contra a IA.

4. JUSTIFICATIVA

Dada a importância dos primeiros mil dias de vida para o desenvolvimento infantil e o atual contexto epidemiológico e nutricional, torna-se fundamental investigar os fatores associados à IA e às práticas alimentares de crianças em situação de vulnerabilidade. Embora programas intersetoriais como o Criança Feliz tenham o objetivo de promover o desenvolvimento integral infantil, ainda há lacunas no conhecimento sobre como sua implementação e a oferta de outros benefícios socioassistenciais afetam as práticas alimentares e a SAN das crianças atendidas.

Compreender essa dinâmica pode fornecer subsídios para o aprimoramento dessas políticas, articulando programas socioassistenciais, de saúde e de SAN para o desenvolvimento das crianças mais vulneráveis. Assim, a urgência em gerar evidências científicas que orientem esse fortalecimento justifica o presente estudo, buscando não só conhecer a realidade socioeconômica e alimentar dessas crianças, mas também aprimorar as ações voltadas à primeira infância.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Avaliar a situação de aleitamento materno, consumo alimentar e segurança alimentar de crianças de 0 a 36 meses assistidas pelo programa Criança Feliz no Distrito Federal, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos, benefícios socioassistenciais e adesão ao programa.

5.2. Objetivos específicos

1. Descrever indicadores de aleitamento materno e consumo alimentar de crianças de 0 a 24 meses assistidas pelo Programa Criança Feliz no Distrito Federal, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos e de adesão ao programa; e
2. Avaliar prospectivamente a influência da adesão de crianças ao Programa Criança Feliz no Distrito Federal e do recebimento de benefícios socioassistenciais na redução da insegurança alimentar domiciliar.

6. METODOLOGIA

Esta seção sumariza os métodos globais do estudo, identificando características específicas dos métodos empregados em cada artigo produzido. O detalhamento de cada artigo encontra-se em suas versões completas contidas na seção de resultados.

6.1. Contexto do estudo

O DF é uma das Unidades da Federação que formam o Brasil; é onde está localizada a capital do país, Brasília. Fundado em 1960, o DF é o menor território brasileiro em extensão, porém possui uma importância política e econômica significativa. Composto por 35 regiões administrativas, localizado na região Centro-Oeste do país, o DF possuía, em 2021, uma população de 3.010.881 pessoas, sendo que 52,2% eram do sexo feminino. Em relação à população infantil do mesmo período, 465.193 crianças residiam no DF, o que corresponde a 15,5% da população total. Desse quantitativo, 60,8% possuíam entre 0 e 6 anos (Codeplan, 2021).

No contexto social, apesar do DF ter registrado o maior rendimento domiciliar per capita do país nos últimos anos; em 2023, seu índice de Gini era de 0,566, superior ao índice nacional de 0,518, o que evidencia uma das maiores desigualdades de renda e socioeconômicas do Brasil. Em 2021, 15,7% da população vivia em situação de pobreza (classificada como renda inferior a US\$ 5,50 per capita por dia) e 21,6% conviviam com algum grau de IA (Codeplan, 2021).

No DF, o PCF foi caracterizado por uma abordagem intersetorial e pela realização de visitas domiciliares por visitantes capacitados. Essas visitas, direcionadas às crianças de até 36 meses, tinham como objetivo promover o DI na primeira infância, integrando ações nas áreas de saúde, educação e assistência social (Brasil, 2017).

A implementação do PCF no DF ocorreu em duas fases. A primeira, em 2019, incluiu oito regiões administrativas (RAs), e a segunda em agosto de 2021, adicionando outras oito regiões. O PCF contava, então, com 3,2 mil famílias inscritas nas 16 regiões (1.600 inscrições em cada fase). Para este estudo, foram incluídas as oito RAs do DF que aderiram ao PCF na segunda fase de implementação, sendo: Brazlândia, Paranoá, Varjão, Itapoã, Fercal, Sobradinho, Planaltina e Gama. A opção por selecionar as RAs da segunda fase de implementação se deu visando maior padronização dos procedimentos adotados pelo programa e menor influência da emergência em saúde gerada pela pandemia de COVID-19.

6.2. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, com delineamentos transversal (artigo 1) e longitudinal (artigo 2). O estudo transversal foi realizado a partir dos dados da linha de base (tempo 1) e o longitudinal com seguimento de 12 meses (Tempos 1, 2 e 3) do PIPA-DF, conduzido entre 2022 e 2024.

6.3. Participantes (processo de amostragem)

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se a proporção de 11,8% de crianças menores de 36 meses com escore-Z PIPAS ≥ 1 , obtida no estudo PIPAS Ceará (Venâncio *et al.*, 2022). Foram considerados ainda: erro de amostragem (d) de 5%, Z igual a 1,96 correspondendo ao nível de confiança de 95% e efeito de delineamento ($deff$) igual a 1,5. Assim, estimou-se o número de 230 crianças necessárias para avaliação no tempo 3 (12 meses). Considerando a perda de seguimento de 23% e 10%, em relação ao tempo 3, estimou-se o tamanho amostral de 300 e 270 crianças a serem avaliadas no tempo 1 (linha de base) e tempo 2 (6 meses), respectivamente. As expressões algébricas utilizadas para o cálculo são apresentadas a seguir.

$$n = p \cdot (1-p) \cdot (dz)^2 \cdot deff \rightarrow d = \sqrt{p \cdot (1-p) \cdot z^2 \cdot deff} / n \text{ (Kish, Silva)}$$

O cadastro de visitantes do PCFB foi utilizado para fins de seleção da amostra por conglomerados e em três estágios. A unidade primária de amostragem (UPA) foi composta por visitantes. Foram selecionados 26 visitantes de um total de 51, considerando eventuais recusas, desligamento do programa ou realização de atendimentos *online*. As frações de amostragem correspondentes a esse plano foram as seguintes:

$f = (a \cdot M_i) / M$, em que a é o número de visitantes sorteados, M_i é o número de crianças elegíveis do visitante sorteado e M é o total de crianças elegíveis. Para o cálculo do peso da amostra, após a coleta de dados, foi considerada a seguinte fórmula: peso amostral = $1/(1/f)$.

6.3.1 Critérios de elegibilidade e de exclusão

Todas as famílias atendidas pelo PCF nas oito RAs elegíveis, que tinham como membros crianças com até 24 meses de idade, foram consideradas para as avaliações. O critério de idade foi definido na linha de base para viabilizar 12 meses completos de adesão ao PCF e, portanto, de acompanhamento no estudo, tendo em vista que estar ativo no programa foi o

principal critério de elegibilidade. Nas famílias selecionadas com mais de uma criança entre 0 e 24 meses, foi incluída a de menor idade. O critério de inclusão foi ser acompanhada pelo programa durante todo o tempo de avaliação do estudo.

Não foram incluídas crianças pertencentes a famílias cujo cuidador apresentasse qualquer déficit cognitivo que o impedisse de responder aos questionários. Além disso, não foram inclusas crianças beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) – auxílio socioassistencial que garante benefício de transferência de renda às crianças com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos).

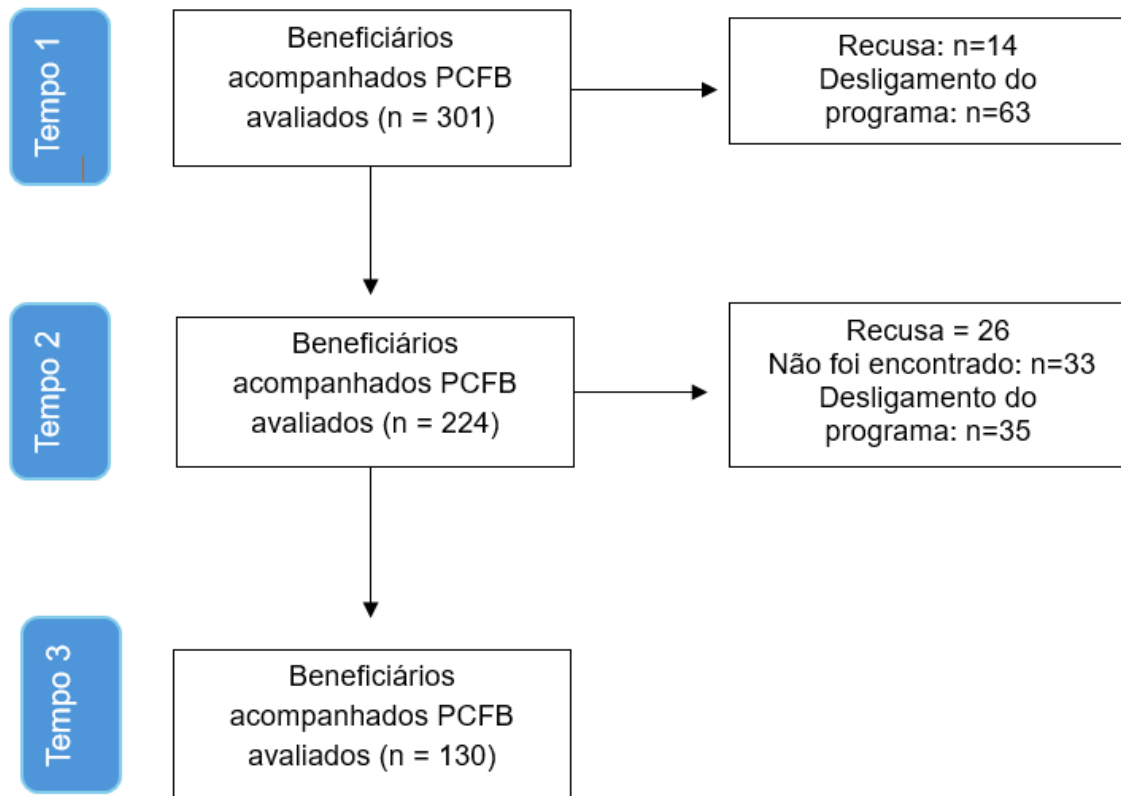
6.4. Coleta de dados

Entrevistadores treinados pela equipe PIPA-DF visitaram as famílias com o suporte de visitantes e supervisores do PCFB, nos tempos 1, 2 e 3 de seguimento. Em cada etapa de coleta de dados, o projeto contou com o apoio de sete entrevistadores, pós-graduandos com experiência em pesquisa ou atividades de campo.

Durante os treinamentos, foram apresentados o instrumento de coleta, os protocolos do estudo e as instruções detalhadas para a realização do trabalho de campo. Em cada visita, foi aplicado um questionário estruturado, adaptado do instrumento utilizado no estudo PIPAS (Venâncio *et al.*, 2022), conforme descrito no Apêndice 2. O questionário incluía 77 questões no T1 e 56 questões nos T2 e T3. A coleta de dados foi realizada digitalmente, por meio do aplicativo KoboCollect®, utilizando celulares, sendo a mãe ou outro responsável pela criança os possíveis respondentes. O tempo de aplicação do questionário variou entre 40 e 90 min. Além disso, os entrevistadores mantinham contato remoto quinzenalmente com os visitantes para monitorar a adesão dos beneficiários do PCFB, sendo cada entrevistador responsável por pelo menos uma RA incluída na pesquisa.

A coleta de dados do tempo 1 ocorreu no período de maio a junho de 2022; do tempo 2 de novembro a dezembro de 2022; e do tempo 3 de maio a junho de 2023. O número de crianças participantes em cada etapa, bem como as perdas de seguimento ao longo do estudo, estão apresentados na Figura 7. A perda de seguimento foi decorrente do desligamento de algumas crianças do PCFB e da interrupção do programa no primeiro semestre de 2023, o que gerou insegurança nas famílias ao receberem os entrevistadores sem a presença dos visitantes do programa.

Figura 7- Fluxograma da amostra de beneficiários participantes do estudo PIPA-DF.



6.4.1 Controle de qualidade

Para garantir a padronização na coleta e na seleção dos participantes foram realizadas reuniões semanais ou quinzenais (presenciais ou online) entre os entrevistadores e as pesquisadoras supervisoras, nas quais foram discutidos possíveis desafios logísticos e ajustes necessários no processo de coleta.

Para prevenir erros sistemáticos durante a coleta de dados, foi implementado um controle de qualidade ao longo dos meses de campo. Esse controle envolveu a conferência do banco de dados, a fim de assegurar a precisão dos dados e identificar possíveis falhas.

6.5. Variáveis de estudo

6.5.1 Artigo 1 (transversal)

6.5.1.1 Variáveis de desfecho: indicadores de aleitamento materno e consumo alimentar

A prática de AM em crianças de 0 a 24 meses foi avaliada por meio de duas perguntas: (1) "A criança ainda está sendo amamentada?" (com as opções: sim, não, nunca foi amamentada, ou não sei); e (2) "Até que idade ela foi amamentada exclusivamente, sem o consumo de água, chá ou outros líquidos?" (respondido em meses). A análise seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), baseadas nos indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2008) para práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, além de adaptações do estudo PIPAS (Venâncio *et al.*, 2022). Foram avaliados os seguintes aspectos:

Situação atual do AM: proporção de crianças de 0 a 24 meses que estavam sendo amamentadas no momento da entrevista, independentemente de ser de forma exclusiva ou não. Esta variável foi incluída no modelo de Regressão de Poisson;

AME: proporção de crianças com até 6 meses que eram exclusivamente amamentadas, sem a oferta de água, chá ou outros líquidos, ou que foram amamentadas exclusivamente até completar 6 meses; e

AMC: proporção de crianças de 6 a 24 meses que ainda recebiam leite materno no momento da avaliação.

A diversidade alimentar e o consumo de AUPs foram investigados por meio de perguntas com três opções de resposta (sim, não, ou não sei) sobre o consumo de alimentos no dia anterior à entrevista. Os marcadores de consumo alimentar foram definidos com base nos indicadores propostos pelos Marcadores de Consumo Alimentar do MS (Brasil, 2015a), com algumas adaptações:

Diversidade alimentar mínima: proporção de crianças de 6 a 24 meses que consumiram cinco grupos alimentares no dia anterior à entrevista, dividida pelo número total de crianças da mesma faixa etária. Os grupos alimentares incluídos foram: (1) grãos, raízes e tubérculos; (2) leguminosas; (3) leite materno, leite não materno e derivados; (4) carnes e ovos; e (5) frutas, legumes e verduras; e

Consumo de alimentos ultraprocessados: proporção de crianças de 6 a 24 meses que consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior à entrevista, dividida pelo número total de crianças da mesma faixa etária. Os AUPs avaliados incluíram: (1) refrigerantes ou sucos industrializados; (2) biscoitos doces ou salgados; (3) salgadinhos de pacote; e (4) balas, pirulitos, chocolates ou outras guloseimas.

6.5.1.2 Variáveis de exposição: indicadores demográficos, socioeconômicos e de adesão ao PCFB

As variáveis demográficas e socioeconômicas, e suas categorias de respostas, utilizadas no estudo incluíram: data de nascimento da criança (para cálculo da idade em meses); sexo da criança (feminino ou masculino); raça/cor da criança (branca, preta, parda, amarela, indígena ou "não sei"); idade do responsável (em anos); pessoa de referência ou chefe da família (pai, mãe ou outro); escolaridade materna (sem instrução, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental I completo/fundamental II incompleto, ensino fundamental II completo/ensino médio incompleto, ensino médio completo/ensino superior incompleto, ensino superior completo ou "não sei/não lembro"); ocupação materna (empregada, desempregada, aposentada ou em licença maternidade remunerada); e renda familiar (menos de R\$500, entre R\$500 e R\$1.000, entre R\$1.000 e R\$2.000, mais de R\$2.000, ou "não sabe/não respondeu").

Para a análise, a raça/cor foi agrupada em duas categorias: branca e não branca (preta, parda, indígena), com a exclusão de dados referentes a crianças de pele amarela (descendência asiática) devido à baixa representatividade (<1%). A estratificação étnica foi realizada para capturar a diversidade alimentar nas diferentes fases da infância (Brasil, 2019). A idade do responsável foi categorizada, e a escolaridade materna foi classificada em três níveis: baixa, média e alta, conforme a metodologia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (IPEA, 2024).

A adesão ao PCFB foi avaliada por meio de cinco questões que visavam medir a "dose" do programa. As respostas mais positivas ou de maior frequência foram usadas como referência: (1) "Há quanto tempo a criança recebe visitas do PCFB?" (em meses, categorizados em até 8 meses ou 9 meses ou mais); (2) "Quantas visitas a criança recebeu no último mês?" (4 visitas - 1 por semana ou menos de 4 visitas); (3) "Qual a duração das visitas do PCFB?" (60 minutos ou menos); (4) "A família realiza as atividades sugeridas pelo visitador com a criança?" (sim ou não); e (5) "Qual o nível de confiança nas orientações recebidas do PCFB?" (confio totalmente e pratico, confio parcialmente, indiferente, não confio e não pratico). Na análise, as categorias "confio parcialmente, indiferente, e não confio totalmente e não pratico" foram agrupadas como "não confia ou confia parcialmente".

A IA foi medida por meio da EBIA, em sua versão completa de 14 perguntas (Anexo 1). As respostas eram "sim" ou "não", sendo que o número de respostas afirmativas determinava a classificação do domicílio em: segurança alimentar (0), insegurança leve (1 a 5),

insegurança moderada (6 a 9) e insegurança grave (10 a 14) (Segall-Corrêa e Marin-Leon, 2009).

6.5.2 Artigo 2 (longitudinal)

6.5.2.1 Variáveis de desfecho: insegurança alimentar

A IA nos domicílios foi medida utilizando a EBIA, uma escala psicométrica composta por 14 perguntas, validada para a população brasileira, amplamente aplicada em pesquisas nacionais desde 2004.

A EBIA contém perguntas com respostas "sim" ou "não" sobre a vivência da família em relação ao acesso a alimentos nos últimos três meses. O número de respostas afirmativas determina a classificação dos domicílios em: segurança alimentar (0); insegurança alimentar leve (1 a 5); insegurança moderada (6 a 9); e insegurança grave (10 a 14). Para as análises estratificadas, as categorias de insegurança alimentar leve, moderada e grave foram agrupadas (Segall-Corrêa e Marin-Leon, 2009).

6.5.2.2 Variáveis de exposição: adesão ao programa de desenvolvimento infantil e recebimento de benefícios socioassistenciais

A adesão ao PCF foi avaliada por duas questões: (1) "Há quanto tempo a criança recebe visitas do PCF?" (em meses, categorizado conforme a mediana da distribuição na linha de base – 8 meses); e (2) "Quantas visitas do PCF a criança recebeu no último mês?" (4 visitas, uma por semana; ou menos de 4 visitas).

Além disso, os beneficiários foram questionados sobre a participação em outros programas ou benefícios sociais, como: (1) Programa Bolsa Família; e (2) programas socioassistenciais do Distrito Federal, incluindo DF Social, Prato Cheio, Cartão Gás, Cesta Verde, e Cesta Emergencial, entre outros. Para a análise, foi considerado beneficiário de programas socioassistenciais do DF quando a família recebia pelo menos um desses programas. As respostas para essas perguntas foram "sim" ou "não".

6.5.2.3 Covariáveis

As covariáveis consideradas na análise incluíram: i) idade da criança (em meses); ii) idade do responsável (em anos); iii) raça/cor ou etnia da criança (branca, preta, parda, amarela ou indígena); e iv) renda familiar mensal (abaixo de R\$500, entre R\$500 e R\$1.000, entre R\$1.000 e R\$2.000, acima de R\$2.000 ou "não sabe/não respondeu").

6.6. Análise dos dados

6.6.1 Artigo 1 (transversal – linha de base)

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, com o cálculo das prevalências e seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95% para as variáveis categóricas. As médias das idades das crianças e das mães foram apresentadas juntamente com seus desvios-padrão (DP). Para as análises de associação entre as variáveis de exposição (demográficas, socioeconômicas e de adesão ao PCFB) e os desfechos (situação atual de aleitamento materno, diversidade alimentar mínima e consumo de alimentos ultraprocessados), foi utilizado o modelo de Regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo de razões de prevalência (RP). Variáveis com p-valor inferior a 0,20 na análise bruta foram incluídas na análise multivariada. O procedimento foi repetido até que todas as variáveis presentes no modelo possuíssem significância estatística ($p < 0,05$). Todas as análises estatísticas foram realizadas no software STATA® versão 16, sendo considerados pesos amostrais.

6.6.2 Artigo 2 (longitudinal)

A análise descritiva incluiu o cálculo de medianas e intervalos interquartis (percentil 25 e percentil 75) para variáveis contínuas, além de frequências relativas com intervalos de confiança (IC) de 95% para variáveis categóricas. As prevalências de SAN e IA foram estimadas para o total de famílias acompanhadas nos três momentos do estudo, e uma curva exponencial foi utilizada para representar a tendência de melhoria na SAN ao longo do tempo. As comparações entre os três períodos do estudo foram realizadas por meio de testes não paramétricos, incluindo o teste de McNemar para variáveis dicotômicas e o teste de Wilcoxon pareado para variáveis categóricas. Valores de p foram calculados para determinar a significância das diferenças entre os tempos, considerando um nível de significância de 5%.

Para estimar o efeito do tempo (tendo a linha de base como referência) nos níveis de IA após 6 e 12 meses de acompanhamento, foi aplicado o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE). As variáveis foram tratadas com distribuição binomial e função de ligação log. A matriz de correlação de trabalho utilizada foi a matriz de covariância *exchangeable* (intercambiável) e robusta. Foram calculadas as razões de chances (Odds Ratio - OR) com seus respectivos IC de 95%. Esses modelos foram realizados considerando todas as crianças incluídas na amostra no tempo 1 e estratificados de acordo com a participação no PBF, outros benefícios socioassistenciais do DF, tempo de permanência no PCF e frequência de

visitas do PCF. Todos os modelos foram ajustados pelas variáveis: idade da criança, idade do responsável, raça/cor da criança e renda familiar mensal.

Análises de sensibilidade foram conduzidas para verificar se os resultados seriam alterados ao considerar apenas os indivíduos com dados válidos para IA em todos os momentos do estudo (detalhes adicionais nos materiais de apoio). O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$). As análises estatísticas foram realizadas nos softwares STATA® versão 16 e SPSS® versão 20, levando em consideração a complexidade do delineamento e aplicando pesos amostrais em todos os cálculos.

6.7. Questões éticas e financiamento

O Projeto contou com o apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), aprovado pela chamada pública nº 01/2021 e vinculado ao Edital nº 04/2020 – Programa Desafio DF.

Por se tratar de um estudo com seres humanos, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE nº 32390620.0.0000.0030 e parecer nº 5288003) e os responsáveis pelas crianças assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) antes do início da coleta dos dados.

O estudo atendeu aos princípios éticos apontados pela Resolução nº 738/2024, de 01 de fevereiro de 2024, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) minimizando riscos, potencializando os benefícios e garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes (Brasil, 2024a).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do estudo estão apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro manuscrito, intitulado “Práticas de aleitamento materno e consumo alimentar de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas por um programa de promoção do desenvolvimento infantil” encontra-se submetido a um periódico científico classificado no Qualis/Capes como A1. O segundo manuscrito, intitulado “Insegurança Alimentar em domicílios de crianças brasileiras em situação de vulnerabilidade social participantes de programas socioassistenciais: um estudo de coorte” também será submetido a periódico científico após consolidada as sugestões da banca examinadora desta dissertação. Os artigos estão apresentados conforme a formatação exigida pelos periódicos de submissão.

Artigo 1 – Estudo Transversal

Modalidade: Artigo Original

Práticas de aleitamento materno e consumo alimentar de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas por um programa de promoção do desenvolvimento infantil

Resumo

Introdução: A promoção do desenvolvimento infantil requer uma abordagem multidimensional, incluindo o direito à alimentação adequada. **Objetivo:** Descrever indicadores de aleitamento materno e consumo alimentar de crianças de 0 a 24 meses assistidas pelo Programa Criança Feliz, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos e de adesão ao programa. **Metodologia:** Estudo observacional transversal, realizado com crianças assistidas pelo Programa Criança Feliz, no Distrito Federal, Brasil. Realizou-se análise multivariada para identificar fatores associados ao aleitamento materno e ao consumo alimentar. **Resultados:** Foram incluídas 301 crianças, sendo 51,16% do sexo feminino. Em 58,99% dos domicílios, a pessoa de referência era a mãe: 86,20% estavam desempregadas e 27,08% tinham baixa escolaridade. 62,65% dos beneficiários viviam com até 1.000,00 reais mensais. Foram associadas à situação de aleitamento materno atual, a idade da criança e a empregabilidade materna, sendo maior entre mães que não trabalhavam ($p=0,015$). A diversidade alimentar mínima entre os maiores de 6 meses foi de 62,21%, associada à adesão ao programa ($p=0,005$). O consumo de ultraprocessados foi de 77,21%, associado a um maior tempo no programa ($p=0,047$). **Conclusões:** As associações revelaram a necessidade de integrar ações de educação alimentar e nutricional às ações voltadas à primeira infância.

Palavras-chave: consumo alimentar; desenvolvimento infantil; visitas domiciliares; aleitamento materno; promoção da saúde.

Abstract

Introduction: Promoting child development requires a multidimensional approach, including the right to adequate food. **Objectives:** Describe breastfeeding and food consumption of children aged 0 to 24 months assisted by the *Criança Feliz* Program, investigating their association with socioeconomic indicators and adherence to the program. **Methods:** Observational study, with a cross-sectional design, carried out with children assisted by the *Criança Feliz* Program, in the Federal District, Brazil. Multivariate analysis was performed to identify factors associated with breastfeeding and food consumption. **Results:** The study included 301 children, 51.16% of whom were female. In 58.99% of households, the reference person was the mother: 86.20% were unemployed and 27.08% had low education. 62.65% of beneficiaries lived on up to USD 200.00 per month. They were independently associated with the current breastfeeding situation, the child's age and the mother's current work situation, being higher among women who did not work ($p= 0.015$). The minimum dietary diversity among children over 6 months old was 62.21% and was associated with adherence to the program ($p= 0.005$). On the other hand, the consumption of ultra-processed foods was 77.21% and was associated with longer follow-up time with the program ($p= 0.047$). **Conclusion:** The associations observed revealed the need to integrate food and nutritional education actions into public policies at early childhood.

Key-words: food consumption; child development; home visits; breastfeeding; health promotion.

1. Introdução

A promoção do desenvolvimento infantil (DI) exige uma abordagem multidimensional que esteja intrinsecamente ligada à interdependência dos direitos humanos, incluindo o direito humano à alimentação adequada (DHAA) ^(1,2). Esse cuidado integral e integrado assume maior relevância diante das evidências de que os primeiros mil dias, correspondente ao período da gestação até os 24 meses de idade da criança, consistem em uma janela de oportunidades para promover a saúde duradoura ⁽³⁻⁶⁾.

Apesar dos avanços obtidos na garantia do DHAA no Brasil, vários são os desafios em relação à adequação da alimentação infantil. Pelo menos uma em cada três crianças menores de cinco anos no mundo é afetada por uma ou mais formas de má nutrição – desnutrição, excesso de peso e deficiências de micronutrientes ⁽⁷⁾. No Brasil, somente quatro em cada dez crianças são amamentadas exclusivamente até os 6 meses de idade e 80% das crianças entre 6

a 23 meses consomem alimentos ultraprocessados (AUPs) ⁽⁸⁾. Esses padrões alimentares têm relação direta com a prevalência de sobrepeso (7%) e obesidade (3%) em crianças menores de cinco anos ⁽⁸⁾.

Como parte desse cenário, programas de visitação domiciliar emergem como uma diretriz política relevante na promoção do DI, ganhando destaque nas agendas de políticas públicas de saúde e de proteção à infância e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) ^(9,10). Além de facilitar o acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, os programas também podem promover o conhecimento das mães ou cuidadores sobre equipamentos públicos de proteção social e segurança alimentar, além de proporcionarem oportunidades de intervenções precoces ⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, destaca-se o programa brasileiro Criança Feliz (PCF) que, fundamentado em ações interdisciplinares, busca fortalecer as habilidades parentais na promoção da atenção integral às crianças, podendo ser uma eficiente ferramenta articuladora do cuidado na primeira infância nos territórios onde é implementado ⁽¹²⁾.

Estudos recentes realizados no Brasil demonstraram impacto limitado do PCF nos desfechos globais de DI ^(13,14), destacando a importância de investigações mais abrangentes, identificando outros fatores que poderiam, sinergicamente, influenciar aspectos do DI, como aqueles relacionados à nutrição adequada. Assim, o presente estudo buscou descrever indicadores de aleitamento materno (AM) e consumo alimentar de crianças de 0 a 24 meses assistidas pelo PCF no Distrito Federal, investigando sua associação com indicadores socioeconômicos e de adesão ao programa.

2. Metodologia

O presente estudo foi relatado seguindo as recomendações para estudos observacionais *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) ⁽¹⁵⁾.

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, de delineamento transversal, realizado a partir da linha de base do estudo de coorte denominado “Projeto de Avaliação da Implementação do Programa Criança Feliz Brasiliense (PIPA-DF)”.

2.2 Contexto e participantes

Foram selecionadas crianças em vulnerabilidade social do Distrito Federal (DF), participantes do Programa Criança Feliz Brasiliense (PCFB). Para ser assistido pelo PCFB, as

famílias beneficiárias deveriam necessariamente estar cadastradas no Cadastro Único (CadÚnico) e serem acompanhadas por algum Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do DF⁽¹⁶⁾. Na ocasião do estudo, o PCFB fazia parte do PCF, possuindo delineamento intersetorial caracterizado pela visitação periódica realizada por técnicos treinados às gestantes e crianças de até 36 meses de idade.

2.2.1 Tamanho do estudo

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se a proporção de 11,8% de crianças menores de 36 meses com escore-Z PIPAS ≥ 1 , obtida no estudo “Primeira Infância para Adultos Saudáveis (PIPAS)”, elaborado e validado em 2018⁽¹⁷⁾. Foram considerados ainda: erro de amostragem (d) de 5%, Z igual a 1,96 correspondendo ao nível de confiança de 95% e efeito de delineamento (deff) igual a 1,5. Assim, estimou-se o número de 300 crianças para o estudo. As expressões algébricas utilizadas para o cálculo são apresentadas a seguir⁽¹⁸⁾.

$$n = \frac{p \cdot (1-p)}{(d/z)^2} \cdot deff \rightarrow d = \sqrt{\frac{p \cdot (1-p) \cdot z^2 \cdot deff}{n}}$$

2.2.2 Critérios de elegibilidade

Todas as famílias atendidas, que tinham como membros crianças com até 24 meses de idade, foram consideradas elegíveis para as avaliações. Nas famílias com mais de uma criança entre 0 e 24 meses, foi selecionada a de menor idade. O critério de inclusão foi ser elegível pelo programa durante todo o tempo de acompanhamento da pesquisa. Não foram incluídas as crianças pertencentes a famílias cujo cuidador da criança não apresentasse condições de responder aos questionários pela existência de qualquer déficit cognitivo, ou que fossem beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

2.3 Variáveis e mensuração

O instrumento de coleta de dados utilizado consistiu em um questionário estruturado, utilizado no estudo PIPAS⁽¹⁷⁾ com adaptações. Para garantir a precisão e consistência na obtenção dos dados, os entrevistadores passaram por treinamento, no qual foram apresentados ao instrumento, aos protocolos do estudo e às instruções para a coleta de campo.

As entrevistas foram conduzidas presencialmente nos domicílios, junto aos responsáveis pelas crianças, contando com o apoio de visitantes e supervisores do PCFB. O questionário foi aplicado de forma digital por meio do aplicativo KoboCollect®, com o auxílio de *smartphones*.

2.3.1 Indicadores de aleitamento materno e consumo alimentar (variáveis desfecho)

A prática de AM entre as crianças de 0 a 24 meses foi mensurada por duas questões: (1) A criança ainda mama no peito? (sim, não, nunca mamou ou não sei); e (2) Até quando ela mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos? (em meses).

A análise foi baseada no instrutivo do Ministério da Saúde (MS) ⁽¹⁹⁾, embasado em indicadores para avaliação das práticas de alimentação de lactentes e crianças da Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽²⁰⁾, bem como no estudo PIPAS, com adaptações ⁽¹⁷⁾:

1) Situação atual de AM: proporção de crianças de 0 a 24 meses de idade que recebiam leite materno no dia da avaliação, independente se exclusivo ou não. Variável escolhida para compor o modelo de Regressão de *Poisson*;

2) Aleitamento materno exclusivo (AME): proporção de crianças até 6 meses que mamavam no peito, sem a oferta de água, chá ou outros líquidos, ou crianças que foram amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses completos; e

3) Aleitamento materno continuado (AMC): proporção de crianças de 6 a 24 meses de idade que recebiam leite materno no dia da avaliação.

A diversidade alimentar e o consumo de AUPs foram avaliados por meio de questões que apresentavam três opções de respostas (sim, não ou não sei) sobre o consumo de alimentos no dia anterior à entrevista. Os marcadores de consumo alimentar foram definidos com base na proposta dos Marcadores de Consumo Alimentar do MS ⁽¹⁹⁾, com adaptações:

1) Diversidade alimentar mínima: proporção de crianças de 6 a 24 meses que consumiram cinco grupos alimentares no dia anterior à entrevista dividido pelo número total de crianças da mesma faixa etária. Os grupos alimentares avaliados foram: (1) grãos, raízes e tubérculos; (2) leguminosas; (3) leite materno, leite não materno e derivados; (4) carnes e ovos; e (5) frutas, legumes e verduras; e

2) Consumo de alimentos ultraprocessados: proporção de crianças de 6 a 24 meses que consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior à entrevista dividido pelo número total de crianças da mesma faixa etária. Os AUPs avaliados foram: (1) refrigerante ou suco de caixinha; (2) biscoito salgado/doce; (3) salgadinho de pacote; (4) bala/pirulito/chocolate/guloseimas.

2.3.2 Indicadores demográficos, socioeconômicos e de adesão ao PCFB (variáveis de exposição)

As variáveis demográficas e socioeconômicas e suas categorias de resposta foram: data de nascimento da criança (utilizada para o cálculo da idade, em meses); sexo da criança (feminino e masculino); raça/cor da criança (branca, preta, parda, amarela, indígena ou não sei); idade do responsável (em anos); pessoa de referência/chefe de família (pai, mãe ou outro); escolaridade materna (sem instrução, fundamental incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto, superior completo ou não sei/não lembro); ocupação materna (empregada, desempregada, aposentada ou licença maternidade remunerada); e renda familiar (<500 reais, entre 500 reais e 1000 reais, entre 1000 reais e 2000 reais, > 2000 reais ou não sabe/não respondeu).

Para a análise, a raça/cor da criança foi categorizada em branca e não branca (preta, parda e indígena). Considerando a baixa representatividade de crianças de pele amarela (descendentes de asiáticos) (< 1%), as estimativas dos indicadores desses subgrupos não foram apresentadas. A estratificação por idade da criança foi adotada para contemplar a diversidade alimentar das crianças em cada faixa etária ⁽²¹⁾. A idade do responsável foi categorizada para a análise; e escolaridade materna foi classificada em baixa escolaridade, média escolaridade e alta escolaridade, considerando os três primeiros níveis de organização de grau de instrução do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ⁽²²⁾.

A adesão no PCFB foi mensurada por cinco questões que objetivaram avaliar as “doses” do programa. As categorias de resposta positivas ou mais elevadas às perguntas foram utilizadas como referência: (1) “Há quanto tempo a criança recebe visitas do PCFB?” (em meses e categorizada em até 8 meses e 9 meses ou mais para análise); (2) “Quantas visitas do PCFB a criança recebeu no último mês?” (4 visitas - 1 por semana ou < 4 visitas); (3) “Qual a duração das visitas que a criança recebe do PCFB?” (60 minutos ou <60 minutos); (4) “Depois da visita a família realiza as atividades propostas pelo visitador com a criança?” (sim ou não); e (5) “Quanto você confia (acredita) nas orientações que você recebe do PCFB?” (confio totalmente e pratico; confio parcialmente; indiferente; e não confio totalmente e não pratico). Para a análise, as categorias “confio parcialmente, indiferente e não confio totalmente e não pratico” foram combinadas em não confia ou confia parcialmente.

A avaliação da insegurança alimentar (IA) nos domicílios foi conduzida por meio da EBIA. As respostas possíveis dessa escala são “sim” e “não”, sendo que o escore de respostas afirmativas define a classificação dos domicílios em segurança alimentar (0); insegurança leve (1 a 5); insegurança moderada (6 a 9); e insegurança grave (10 a 14) ⁽²³⁾.

2.4 Viés

A etapa de controle da qualidade dos dados foi conduzida com rigor e em tempo real para identificação de erros sistemáticos oriundos da coleta de dados. Os dados foram verificados diariamente para prevenir falhas de mensuração ou incompletude e, quando necessário, procedeu-se à nova coleta.

2.5 Métodos estatísticos

Foi realizada a análise descritiva dos dados, calculando a prevalência com Intervalo de Confiança (IC) 95% para variáveis categóricas. A média da idade das crianças e mães foram apresentadas com seus respectivos desvios-padrão (DP). O modelo de Regressão de *Poisson* com variância robusta foi utilizado para calcular as razões de prevalência (RP) nas análises de associação entre as variáveis de exposição (demográficas e socioeconômicas e de adesão ao PCFB) e desfecho (situação atual de AM, diversidade mínima e consumo de AUPs). Associações com p-valor menor que 0,20 na análise bruta foram selecionadas para compor a análise multivariada. No modelo final, por sua vez, utilizou-se o método *backward*, sendo que aquelas variáveis com menor significância (maior valor p) foram retiradas uma a uma do modelo. O procedimento foi repetido até que todas as variáveis presentes no modelo possuíssem significância estatística ($p < 0,05$).

Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* STATA® versão 16, sendo considerados pesos amostrais.

2.6 Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo com seres humanos, o PIPA-DF foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE: 32390620.0.0000.0030) e os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta dos dados.

O estudo atendeu aos princípios éticos apontados pela Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁽²⁴⁾ minimizando riscos, potencializando os benefícios e garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes.

3. Resultado

Foram avaliadas 301 crianças com média de idade de 14,54 meses (DP = 5,92). Destas, 51,16% eram do sexo feminino e 69,25% não brancas (pretas, pardas e indígenas). Em mais da metade dos domicílios (58,99%), a pessoa de referência (chefe da família) era a mãe, sendo a

sua idade média 29,31 (DP = 8,75) anos. As mães, em sua maioria (86,20%), encontravam-se desempregadas e 27,08% apresentavam baixa escolaridade. Quanto à renda familiar, 62,65% dos beneficiários conviviam com até 1.000,00 reais mensais. A aplicação da EBIA demonstrou que 83,87% dos domicílios conviviam com algum grau de IA sendo 49,33% em IA leve, 23,11% moderada e 11,43% grave (Tabela 1).

Os dados de adesão dos beneficiários ao PCFB também são apresentados na tabela 1. Mais da metade eram acompanhados há menos de 8 meses e quase a totalidade dos beneficiários relataram realizar as atividades propostas pelo visitador, bem como confiavam e praticavam as orientações recebidas.

Tabela 1. Características sociodemográficas, econômicas e de adesão dos beneficiários do Programa Criança Feliz Brasiliense. Distrito Federal, Brasil, 2022.

Variáveis	%	IC (95%)
Idade das crianças		
Até 6 meses	10,83	7,74 – 14,96
6 a 12 meses	23,72	19,16 – 28,97
13 a 18 meses	35,64	30,28 – 41,38
19 meses ou mais	29,81	24,75 – 35,41
Sexo das crianças		
Feminino	51,16	45,36 – 56,93
Masculino	48,84	43,06 – 54,64
Raça/cor das crianças		
Branco	30,75	25,65 – 36,37
Não brancos ¹	69,25	63,63 – 74,35
Pessoa de referência da família		
Pai	28,69	23,67 – 34,30
Mãe	58,99	53,14 – 64,60
Outro	12,32	8,93 – 16,74
Idade do responsável		
Até 19 anos	6,00	25,65 – 36,37
20 a 29 anos	52,30	63,63 – 74,35
30 a 39 anos	29,56	25,65 – 36,37
>=40 anos	12,14	63,63 – 74,35
Escolaridade da mãe		
Baixa escolaridade ²	27,08	22,18 – 32,61
Média escolaridade ³	22,92	18,41 – 28,15
Alta escolaridade ⁴	50,0	44,19 – 55,81
Situação de trabalho atual materna		
Empregada	13,80	10,31 – 18,23
Desempregada	86,20	81,77 – 89,69
Renda familiar		
<500 reais	26,95	22,02 – 32,54
Entre 500 reais e 1000 reais	35,70	30,31 – 41,48
Entre 1000 reais e 2000 reais	32,54	27,16 – 38,42
> 2000 reais	4,81	2,76 – 8,23
(In)segurança Alimentar		
SAN	16,13	12,25 – 20,93
IA leve	49,33	43,55 - 55,12
IA moderada	23,11	18,52 - 28,45
IA grave	11,43	8,20 - 15,69
Tempo de acompanhamento pelo PCFB		
Até 8 meses	57,10	51,25 – 62,76
9 meses ou mais	42,90	37,24 – 48,75
Frequência de visitas no último mês		
< 4 visitas no mês	9,93	6,98 – 13,93
4 visitas (1 por semana)	90,07	86,06 – 93,01
Duração das visitas		
Menos de 60 min	85,57	80,86 – 89,28
60 min	14,43	10,71 – 19,14
Realiza atividades propostas pelo visitador do PCFB		
Não	5,27	03,27 - 8,39
Sim	94,73	91,61- 96,73
Confiança nas orientações recebidas		
Não confia ou confia parcialmente	4,63	2,73 – 7,75
Confia totalmente e pratica	95,37	92,25 – 97,27

¹Não brancos: pretos, pardos e indígenas; ²Baixa escolaridade: analfabeta, ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto; ³Média escolaridade: ensino fundamental II completo ou

médio incompleto; ⁴Alta escolaridade: médio completo e superior incompleto/completo; IC95% = Intervalo de confiança 95%; PCFB: Programa Criança Feliz Brasileira.

Em relação à prática de AM, 37,33% das mães afirmaram não estar amamentando no período da entrevista (Tabela 2). A situação de AME e AMC entre as crianças beneficiárias do programa também se encontram na Tabela 2.

Tabela 2. Prevalência de aleitamento materno, diversidade alimentar mínima e consumo de alimentos ultraprocessados de crianças em situação de vulnerabilidade social assistidas pelo Programa Criança Feliz Brasileira. Distrito Federal, Brasil, 2022.

Variáveis	%	IC (95%)
Aleitamento materno (situação atual)		
Sim	62,67	56,88 – 68,12
Não	37,33	31,89 – 43,12
Aleitamento Materno Exclusivo (até 6 meses)		
Sim	53,13	32,48 – 72,77
Não	46,87	27,23 – 67,52
Aleitamento Materno Continuado (6 a 24 meses)		
Sim	60,23	54,14 – 66,02
Não	39,77	33,98 – 45,85
Diversidade alimentar mínima		
Sem diversidade alimentar	37,79	31,96 – 43,98
Com diversidade alimentar	62,21	56,02 – 68,03
Consumo de alimentos ultraprocessados		
Não consumiu nenhum	22,79	18,12 – 28,26
Consumiu pelo menos 1 alimento	77,21	71,74 – 81,88

IC95% = Intervalo de confiança 95%

Foram avaliados, ainda, a diversidade alimentar mínima e o consumo de AUPs (tabela 2) entre as crianças com mais de 6 meses de idade, sendo que 62,21% apresentavam diversidade alimentar mínima. Com relação ao consumo de AUPs, observou-se que 77,21% consumiram pelo menos um tipo desses alimentos no dia anterior.

A análise bruta mostrou associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e de adesão ao PCFB com os indicadores da alimentação das crianças. Foram independentemente associadas à situação atual de AM, a idade da criança e a situação atual de trabalho da mãe, sendo a prevalência maior entre mulheres que não trabalhavam (Tabela 3). Observou-se que a diversidade alimentar mínima foi maior entre as crianças que recebiam 4 visitas no último mês e entre as crianças não brancas (Tabela 4). Em contrapartida, o consumo de AUPs foi maior entre aquelas com maior tempo de acompanhamento pelo PCFB e menor

entre crianças do sexo masculino (Tabela 5). Na análise multivariada, as associações se mantiveram significantes ($p < 0,05$).

Tabela 3. Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasiliense associadas ao aleitamento materno. Distrito Federal, Brasil, 2022.

Variáveis	Aleitamento Materno					
	Análise bruta			Análise multivariada		
	RP	IC _{95%}	p-valor	RP	IC _{95%}	p-valor
Idade das crianças						
Até 6 meses	Ref			Ref		
6 a 12 meses	0,08	0,69 - 1,05	0,141	0,87	0,72 - 1,05	0,154
13 a 18 meses	0,75	0,61 - 0,92	0,007	0,76	0,63 - 0,93	0,007
19 meses ou mais	0,58	0,44 - 0,75	<0,001	0,59	0,46 - 0,76	<0,001
Sexo das crianças						
Feminino	Ref					
Masculino	0,95	0,79 - 1,14	0,596			
Raça/cor das crianças						
Branco	Ref					
Não branco ¹	1,17	0,94 - 1,44	0,152			
Idade do responsável						
Até 19 anos	Ref					
20 a 29 anos	0,83	0,59 - 1,17	0,290			
30 a 39 anos	0,93	0,65 - 1,31	0,663			
>=40 anos	0,78	0,51 - 1,20	0,255			
Pessoa de referência na família						
Pai	Ref					
Mãe	0,99	0,80 - 1,21	0,892			
Outro	0,95	0,69 - 1,31	0,757			
Escolaridade da mãe						
Baixa escolaridade ²	Ref					
Média escolaridade ³	1,04	0,81 - 1,32	0,776			
Alta escolaridade ⁴	0,98	0,79 - 1,22	0,883			
Situação de trabalho materna atual						
Empregada	Ref			Ref		
Desempregada	1,65	1,13 - 2,41	0,010	1,62	1,10 - 2,39	0,015
Renda Familiar						
<500 reais	Ref					
Entre 500 reais e 1000 reais	0,91	0,73 - 1,13	0,394			
Entre 1000 reais e 2000 reais	0,92	0,73 - 1,15	0,470			
> 2000 reais	0,62	0,32 - 1,21	0,162			
Frequência de visitas no último mês						
< 4 visitas no mês	Ref					
4 visitas (1 por semana)	0,91	0,66 - 1,26	0,567			
Tempo de acompanhamento pelo PCFB						
Até 8 meses	Ref					
9 meses ou mais	0,90	0,74 - 1,08	0,253			
Confiança nas orientações recebidas						
Não confia ou confia parcialmente	Ref					
Confia totalmente e pratica	0,83	0,61 - 1,13	0,232			
Duração das visitas						
Menos de 60 min	Ref					
60 min	1,04	0,80 - 1,33	0,785			
Realiza atividades propostas pelo visitador do PCFB						
Não	Ref					
Sim	0,89	0,64 - 1,23	0,469			

¹Não brancos: pretos, pardos e indígenas; ²Baixa escolaridade: analfabeta, ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto; ³Média escolaridade: ensino fundamental II completo ou médio incompleto; ⁴Alta escolaridade: médio completo e superior incompleto/completo; IC95% = Intervalo de confiança 95%; Ref. = categoria de referência. PCFB: Programa Criança Feliz Brasileira.

Tabela 4. Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasileira associadas a diversidade alimentar mínima. Distrito Federal, Brasil, 2022.

Variáveis	Diversidade Alimentar Mínima					
	Análise bruta			Análise multivariada		
	RP	IC _{95%}	p-valor	RP	IC _{95%}	p-valor
Idade das crianças						
Até 6 meses	Ref					
6 a 12 meses	1,90	0,57 - 6,36	0,295			
13 a 18 meses	2,57	0,78 - 8,45	0,121			
19 meses ou mais	2,45	0,74 - 8,07	0,141			
Sexo das crianças						
Feminino						
Masculino	0,88	0,72 - 1,06	0,183			
Raça/cor das crianças						
Branco	Ref					
Não brancos ¹	1,27	1,00 - 1,61	0,050	1,28	1,01 - 1,62	0,040
Idade do responsável						
Até 19 anos	Ref					
20 a 29 anos	1,15	0,70 - 1,87	0,586			
30 a 39 anos	1,04	0,62 - 1,74	0,873			
>=40 anos	1,31	0,08 - 2,20	0,304			
Pessoa de referência na família						
Pai	Ref					
Mãe	1,24	0,97 - 1,58	0,086			
Outro	1,08	0,74 - 1,57	0,684			
Escolaridade da mãe						
Baixa escolaridade ²	Ref					
Média escolaridade ³	0,80	0,59 - 1,08	0,142			
Alta escolaridade ⁴	0,95	0,76 - 1,18	0,653			
Situação de trabalho materna atual						
Empregada	Ref					
Desempregada	1,02	0,77 - 1,36	0,862			
Renda Familiar						
<500 reais	Ref					
Entre 500 reais e 1000 reais	1,04	0,81 - 1,33	0,774			
Entre 1000 reais e 2000 reais	1,04	0,80 - 1,34	0,786			
> 2000 reais	0,92	0,55 - 1,54	0,749			
Frequência de visitas no último mês						
< 4 visitas no mês	Ref			Ref		
4 visitas (1 por semana)	1,36	1,10 - 1,67	0,004	1,37	1,10 - 1,71	0,005
Tempo de acompanhamento pelo PCFB						
Até 8 meses	Ref					
9 meses ou mais	0,91	0,75 - 1,11	0,357			
Confiança nas orientações recebidas						
Não confia ou confia parcialmente	Ref					
Confia totalmente e pratica	1,45	0,68 - 3,12	0,335			
Duração das visitas						
Menos de 60 min	Ref					
60 min	1,08	0,83 - 1,40	0,567			
Realiza atividades propostas pelo visitador do PCFB						
Não	Ref					

Sim 1,43 0,70 - 2,96 0,329

¹Não brancos: pretos, pardos e indígenas; ²Baixa escolaridade: analfabeta, ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto; ³Média escolaridade: ensino fundamental II completo ou médio incompleto; ⁴Alta escolaridade: médio completo e superior incompleto/completo; IC95% = Intervalo de confiança 95%; Ref. = categoria de referência; PCFB: Programa Criança Feliz Brasileira.

Tabela 5. Características demográficas, socioeconômicas e de adesão ao Programa Criança Feliz Brasileira associadas ao consumo de alimentos ultraprocessados. Distrito Federal, Brasil, 2022.

Variáveis	Consumo de Alimentos Ultraprocessados					
	Análise bruta			Análise multivariada		
	RP	IC _{95%}	P-valor	RP	IC _{95%}	p-valor
Idade das crianças						
Até 6 meses	Ref					
6 a 12 meses	1,10	0,64 - 1,90	0,726			
13 a 18 meses	1,18	0,69 - 2,02	0,534			
19 meses ou mais	1,35	0,79 - 2,29	0,269			
Sexo das crianças						
Feminino	Ref					
Masculino	0,78	0,68 - 0,90	0,001	0,79	0,69 - 0,90	0,001
Raça/cor das crianças						
Branco	Ref					
Não brancos ¹	1,01	0,88 - 1,17	0,840			
Idade do responsável						
Até 19 anos	Ref					
20 a 29 anos	0,87	0,68 - 1,10	0,250			
30 a 39 anos	0,88	0,69 - 1,14	0,333			
>=40 anos	1,05	0,82 - 1,34	0,721			
Pessoa de referência na família						
Pai	Ref					
Mãe	0,97	0,84 - 1,12	0,679			
Outro	0,99	0,79 - 1,24	0,948			
Escolaridade da mãe						
Baixa escolaridade ²	Ref					
Média escolaridade ³	0,93	0,76 - 1,13	0,448			
Alta escolaridade ⁴	0,99	0,85 - 1,16	0,936			
Situação de trabalho materna atual						
Empregada	Ref					
Desempregada	0,99	0,83 - 1,20	0,980			
Renda Familiar						
<500 reais	Ref					
Entre 500 reais e 1000 reais	1,03	0,87 - 1,22	0,706			
Entre 1000 reais e 2000 reais	0,99	0,82 - 1,18	0,892			
> 2000 reais	1,01	0,73 - 1,40	0,947			
Frequência de visitas no último mês						
< 4 visitas no mês	Ref					
4 visitas (1 por semana)	0,99	0,79 - 1,24	0,918			
Tempo de acompanhamento pelo PCFB						
Até 8 meses	Ref			Ref		
9 meses ou mais	1,15	1,01 - 1,31	0,037	1,14	1,00 - 1,29	0,047
Confiança nas orientações recebidas						
Não confia ou confia parcialmente	Ref					
Confia totalmente e pratica	1,31	0,77 - 2,24	0,310			
Duração das visitas						
Menos de 60 min	Ref					
60 min	1,03	0,87 - 1,23	0,700			

Realiza atividades propostas pelo visitador do PCFB

Não	Ref		
Sim	1,14	0,73 - 1,79	0,552

¹Não brancos: pretos, pardos e indígenas; ²Baixa escolaridade: analfabeta, ensino fundamental I incompleto/completo e fundamental II incompleto; ³Média escolaridade: ensino fundamental II completo ou médio incompleto; ⁴Alta escolaridade: médio completo e superior incompleto/completo; IC95% = Intervalo de confiança 95%; Ref. = categoria de referência; PCFB: Programa Criança Feliz Brasiliense.

4. Discussão

Este estudo investigou as práticas de AM e de consumo alimentar em crianças entre 0 e 24 meses em situação de vulnerabilidade social, com foco na associação com a adesão a um programa de promoção do DI e outros fatores sociais, econômicos e demográficos. Nossos resultados apontam que a adesão ao programa está associada à maior diversidade alimentar. Entretanto, não foi observado o mesmo benefício em relação às práticas de AM e de consumo de AUPs.

Apesar da OMS e o MS recomendarem o AME até os 6 meses de idade ^(21,26) e, após esse período, a inclusão de alimentos adequados, além do leite materno ⁽²⁷⁾, a prática de AME chegou apenas a 53,13% entre os beneficiários com até 6 meses de idade, enquanto o AMC alcançou 60,23% entre aqueles de 6 a 24 meses de idade. Esses valores foram semelhantes ao de crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde em 2023, cujas prevalências de AME foi de 55% e de AMC, 61% ⁽²⁸⁾; e superiores às prevalências observadas no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), que foram de 45,8% para AME e 43,6% para AMC entre crianças de 12 a 23 meses no Brasil, e de 46,5% para AME e 43,9% para AMC na região Centro-Oeste ⁽⁸⁾. A prevalência de AM foi maior entre as mães desempregadas ($p=0,015$), corroborando estudos que apresentam o trabalho como um dos principais responsáveis pelo desmame ⁽²⁹⁻³¹⁾. Izidoro et al ⁽²⁹⁾ identificaram que 80,5% das mães que ofereciam leite materno exclusivo não realizavam trabalhos fora de casa ($p=0,001$), assim como 72% das mães que ofereciam aleitamento predominante também não o faziam ($p=0,014$). Para garantir a continuidade do AM após a volta ao trabalho, é necessário superar barreiras estruturais e garantir que, desde o pré-natal, a mulher seja preparada para dar prosseguimento na amamentação ⁽³²⁾. Além disso, é essencial considerar obstáculos como o vínculo trabalhista, escolaridade materna e o apoio dos governos locais. De acordo com Santos et al ⁽³³⁾, as mulheres no setor informal e que não têm acesso à licença-maternidade, têm uma alta probabilidade de interromper a amamentação. Em outros casos, quando assumem o papel de chefes de família, elas também são levadas a trabalhar fora de casa, o que resulta na interrupção da amamentação

⁽³⁴⁾. Portanto, políticas abrangentes que promovam ambientes de apoio à amamentação no trabalho, creches públicas e estratégias de promoção em saúde são essenciais para sustentar a amamentação ⁽²⁹⁾. As mulheres devem ser informadas ainda quanto aos seus direitos de redução de horário de trabalho e pausas para ordenhar o leite ou amamentar ⁽³⁵⁾, podendo ser reforçado pelo PCFB com abordagens acolhedoras dos profissionais, conforme orientações desenvolvidas pelas diretrizes do programa ⁽³⁶⁾.

Destaca-se que o AMC, até os dois anos ou mais, traz inúmeros benefícios à saúde das crianças menores de 5 anos, tendo um papel protetor contra doenças infecciosas, de redução do risco de sobrepeso e obesidade, além de contribuir com o desenvolvimento cognitivo ^(37,38). No entanto, a ausência de suporte do programa pode ter limitado intervenções eficazes, influenciando os resultados de AM. Os resultados são corroborados pelo estudo de avaliação qualitativa do PCF, realizado por Mendes et al ⁽¹⁰⁾, em que o desmame precoce foi frequentemente relatado pelas famílias e atribuído a uma variedade de fatores, incluindo a falta de apoio e informação sobre o AM.

Em relação à diversidade alimentar mínima, a maior parte dos beneficiários estavam alinhados às recomendações do MS para menores de dois anos ⁽²¹⁾. Estes resultados se assemelham aos de Lacerda et al ⁽³⁹⁾, cuja prevalência de diversidade alimentar mínima foi de 63,4% entre crianças de 6 a 23 meses e superam os dados do ENANI- 2019 ⁽⁸⁾ e de Spaniol et al ⁽⁴⁰⁾, em que 55,6% e 44,6% das crianças de 12 a 24 meses atingiram a diversidade alimentar mínima, respectivamente.

A diversidade alimentar mínima se associou ao número de visitas do PCFB no último mês ($p= 0,005$), demonstrando que aquelas acompanhadas conforme o recomendado (1 visita por semana) ⁽²⁵⁾ estavam mais propensas a seguir as recomendações de promoção da alimentação adequada e saudável. Ademais, a diversidade alimentar mínima teve maior prevalência entre os beneficiários não brancos ($p= 0,040$). Esta associação pode estar relacionada ao grande número de crianças não brancas no estudo, mas como a amostra não foi delineada para representar a população em relação ao critério raça/cor, mais estudos são necessários para entender se de fato essa associação existe na população em geral.

As visitas domiciliares são voltadas para situações em que os direitos e vínculos já foram violados e outras que são preventivas, protetivas e proativas de garantia de direitos ⁽⁴¹⁾. Desta forma, os visitantes, ao identificar famílias em vulnerabilidade social, podem ter oportunizado o acesso à alimentação adequada e saudável por meio da orientação alimentar e pela busca de equipamentos de segurança alimentar e nutricional (SAN) nos territórios ⁽¹¹⁾, o que explicaria a diversidade alimentar observada.

Em contraste, os dados de consumo de AUPs são preocupantes, visto que 77,21% das crianças consumiram algum tipo destes alimentos no dia anterior à entrevista, além de ter sido associado ao maior tempo de acompanhamento do PCFB ($p=0,047$). Evidências têm mostrado a introdução de AUPs cada vez mais precoce na alimentação complementar de crianças menores de dois anos, seja em âmbito nacional ou internacional ^(42,43). Em 2019, a prevalência de consumo destes alimentos entre crianças de 6 a 23 meses foi de 80,5% ⁽⁸⁾ e, em 2021, a prevalência entre menores de 2 anos permaneceu alta: 72% ⁽⁴⁴⁾.

Os efeitos deletérios associados ao consumo de AUPs na infância são diversos, incluindo impactos no desenvolvimento ⁽⁴⁵⁾ e crescimento ^(46,47), problemas respiratórios ⁽⁴⁸⁾, sobrepeso e obesidade infantil ⁽⁴⁹⁾ e outras consequências da má nutrição, como a anemia ⁽⁵⁰⁾. Dessa forma, os resultados encontrados indicam que apesar de terem papel influenciador no consumo de alimentos saudáveis e diversos, as visitas podem ter promovido o mesmo efeito do consumo de AUPs, o que pode estar relacionado com a falta de esclarecimento dos visitantes do programa em relação aos malefícios provocados por esses alimentos.

O cenário apresentado, em que a maior parte das crianças apresentavam diversidade alimentar e alto consumo de AUPs de forma concomitante, pode ser explicado ainda pela escolha alimentar de grupos em situação de vulnerabilidade social, aplicada preferencialmente a alimentos que trazem maior sensação de saciedade, como é o caso do arroz e do feijão; e a preferência por alimentos de baixo custo, frequentemente ricos em calorias vazias, como AUPs, *fast food* e produtos ricos em açúcar e gordura ^(51,52). Os resultados podem ser justificados também pelo nível relativamente alto de consciência sobre a necessidade da alimentação adequada, conforme preconizado pelos programas socioassistenciais, mas estarem relacionados a grande dificuldade das famílias em identificar o que é saudável, assim como em interpretar os rótulos de alimentos ⁽⁵²⁾.

Contudo, o enfrentamento ao consumo de AUPs entre crianças exige uma abordagem intersetorial, uma vez que está ligado a uma complexa rede de fatores além da simples falta de informação ⁽⁵³⁾. Políticas públicas devem focar na criação de incentivos para tornar alimentos saudáveis mais acessíveis, incluindo subsídios para a produção e distribuição desses alimentos, além de programas de apoio financeiro para famílias em vulnerabilidade ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

Ademais, é essencial implementar uma regulamentação mais rigorosa sobre a publicidade de AUPs para crianças ⁽⁵⁷⁾ e promover programas de educação alimentar e nutricional (EAN) que ajudem as famílias a superar a falta de habilidades culinárias, a escassez de tempo e a criar um ambiente familiar saudável ⁽⁵⁸⁾. Tais achados reforçam a ideia de que são necessárias intervenções cada vez mais precoces para a promoção de hábitos alimentares

saudáveis, incluindo ações de EAN nas políticas voltadas ao desenvolvimento integral da primeira infância, fase mais propícia para a promoção da saúde e prevenção de doenças ^(59,60). Logo, programas de visitação domiciliar podem fortalecer a promoção da alimentação adequada, contribuindo para o melhor DI, desde que os visitantes estejam bem esclarecidos em relação a esses parâmetros.

Este estudo apresenta um aspecto inovador ao abordar questões relacionadas ao AM, consumo alimentar e sua associação com fatores socioeconômicos e de adesão a um programa de promoção do DI. Embora a natureza transversal do estudo não permita inferir causalidade nas associações observadas, é um importante ponto de partida para futuros estudos longitudinais que poderão realizar análises causais mais robustas. Como limitação, a análise do consumo alimentar considerou apenas um dia, o que pode não refletir os hábitos alimentares. Outro possível fator limitante, pode ser o constrangimento sobre questionamentos de acesso à alimentos ou renda. Dessa forma, tentou-se minimizar os impactos por meio do esclarecimento da pergunta de pesquisa e na liberdade de escolha na participação. Os resultados, no entanto, são oriundos de uma amostra representativa de crianç as em situação de vulnerabilidade social e revelam uma situação até então não monitorada – práticas de AM e hábitos alimentares – desses beneficiários.

Apesar dos avanços nas políticas de DI, as associações encontradas destacam a necessidade de integrar a promoção da alimentação adequada nas políticas públicas. Neste sentido, recomenda-se a capacitação dos visitantes sobre o tema para serem capazes de promover a es de EAN, bem como no aconselhamento das famílias para a alimentação saudável nos primeiros anos de vida.

5. Conclusão

Com base nos resultados apresentados, conclui-se que a idade da crianç a e a empregabilidade materna foram fatores significativamente associados à situação de aleitamento materno atual, destacando a importância desses aspectos na promoção da amamentação. Além disso, a diversidade alimentar mínima encontrada, bem como o consumo de ultraprocessados entre as crianç as maiores de 6 meses indica a necessidade de intervenções específicas de EAN para garantir uma alimentação adequada nessa faixa etária. Assim, a abordagem multidimensional do PCF mostra-se fundamental para promover o DI, integrando aspectos socioeconômicos na garantia do DHAA.

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União 2011; 7 set.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Participação do SUAS no Programa Criança Feliz. Brasília, 2017.
3. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Lancet Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-477. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4. Epub 2013 Mar 6. Erratum in: Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):396. PMID: 23746776.
4. Pérez-Escamilla, Rafael PhD; Segura-Pérez, Sofia MS, RD; Lott, Megan MPH, RD. Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach. Nutrition Today 52(5):p 223-231, 9/10 2017. doi: 10.1097/NT.0000000000000234.
5. Pietrobelli A, Agosti M; MeNu Group. Nutrition in the First 1000 Days: Ten Practices to Minimize Obesity Emerging from Published Science. Int J Environ Res Public Health. 2017 Dec 1;14(12):1491. doi: 10.3390/ijerph14121491. PMID: 29194402; PMCID: PMC5750909.
6. United Nations Children's Fund (UNICEF). Effective regulatory approaches to protect, support and promote better diets and create healthy food environments for children. New York: United Nations Children's Fund; 2021.
7. United Nations Children's Fund (UNICEF). Nutrition: good nutrition is the bedrock of child survival and development. <https://www.unicef.org/nutrition>. Accessed on 12 dec 2023.
8. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI-2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (135 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-5-alimentacao-infantil-i/>.
9. Organização das Nações Unidas (ONU). Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Accessed on 15 dez 2023.
10. Dos Santos LMTD, Godoi L, de Andrade E Guimarães B, Coutinho IM, Pizato N, Gonçalves VSS, Buccini G. A qualitative analysis of the nurturing care environment of

families participating in Brazil's Criança Feliz early childhood program. PLoS One. 2023; ;18(7). doi: 10.1371/journal.pone.0288940.

11. Abuchaim BO et. al. Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II / organização Comitê Científico do Núcleo Pela Infância. Redação: 1. ed. — São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV, 2016.

12. Brasil. Decreto no 8.869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz. Diário oficial da União. seção 1. 2016. p. 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718.

13. Santos IS, Munhoz TN, Barcelos RS, Blumenberg C, Bortolotto CC, Matijasevich A, et al. Evaluation of the Happy Child Program: a randomized study in 30 Brazilian municipalities. *Cien Saude Colet*. 2022 Dec;27(12):4341-4363. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320222712.13472022. Epub 2022 Aug 26. PMID: 36383848.

14. Buccini G, Gubert MB, de Araújo Palmeira P, Godoi L, Dal'Ava Dos Santos L, Esteves G, et al. Scaling up a home-visiting program for child development in Brazil: a comparative case studies analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2024 Jan 3;29:100665. doi: 10.1016/j.lana.2023.100665. PMID: 38235370; PMCID: PMC10793162.

15. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007 Oct 20;335(7624):806-8. doi: 10.1136/bmj.39335.541782.AD. PMID: 17947786; PMCID: PMC2034723.

16. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Programa Criança Feliz: a Intersetorialidade na Visita Domiciliar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2017

17. Venancio SI, Teixeira JA, de Bortoli MC, Bernal RTI. Factors associated with early childhood development in municipalities of Ceará, Brazil: a hierarchical model of contexts, environments, and nurturing care domains in a cross-sectional study. *Lancet Reg Health Am*. 2021 Dec 23;5:100139. doi: 10.1016/j.lana.2021.100139. PMID: 36776455; PMCID: PMC9903638.

18. Kish L. Statistical design for research. Wiley–Blackwell, editor. Wiley–Blackwell; 2005. 296 p.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.: il. Disponível em:

https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/12783/1/Orientacao_marcadores_consumo_alimentar.pdf.

20. World Health Organization (WHO). Macro Internacional. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva; 2008.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: 2019 Ministério da Saúde. 265p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Estado Brasileiro: escolaridade no setor pública. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/>. Acesso em 22 fev. 2024.
23. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. Segurança Alimentar e Nutricional 2009; 16:1-19.
24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, de 01 de fevereiro de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3316-resolucao-n-738-de-01-de-fevereiro-de-2024#>. Acesso em 22 fev. 2024.
25. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz. Edição Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Promoção e Desenvolvimento Humano. - Brasília: Ministério da Cidadania, 2019.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cad. Atenç. Básic. 2015; 184 p.
27. Saldan PC, Mello DF de. Variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6 a 23 meses de idade de uma cidade do interior do Paraná. DEMETRA: 2019. Alimentação, Nutrição & Saúde, 14, e43705. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.43705>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Acesso em: Jan 8 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/>
29. Oliveira Izidoro N, Milagres Resende Chitarra F, Andrade Silva L, Bortolini Magevski K, Ferreira Franco M, Magalhães da Rocha L, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados entre mães adolescentes de Governador Valadares, Minas Gerais. HU Rev [Internet]. 22 de março de 2022;48:1-8. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/35587>.

30. Souza, B. S. de; Assunção, E. G.; Guimarães, G. C. Fatores associados ao desmame precoce no contexto brasileiro. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e133427, 2023. doi: 10.54909/sp.v7i2.133427. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/133427>.
31. Pinto KC de LR, Silva LFC da, Ribeiro PS, Dias ERDS, Silva BV da. Prevalência do desmame precoce e suas principais causas / Prevalence of early weaning and its main causes. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020. doi: 10.34119/bjhrv3n1-056. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6597>.
32. Oliveira TC de, Silva M das MG da, Silva JB da. A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a dupla mãe-bebê. *Rev Iniciação Científica e Extensão*. 2018;1:250–4.
33. Santos VL, Holand BL, Drehmer M, Bosa VL. Sociodemographic and obstetric factors associated with the interruption of breastfeeding within 45 days postpartum - Maternal Cohort Study. *Rev Bras Saude Mater Infant*: 2021Apr;21(2):575–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200013>
34. Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr*. 2012 Jan;101(1):55-60. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x. Epub 2011 Jul 22. PMID: 21767302.
35. Brasil. Lei 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei n 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n o 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n o 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União* 2016; 9 mar.
36. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. SUAS e Programa Criança Feliz: Atuação integrada. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano.
37. Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Macro International, Institute for Resource Development. Demographic, and Health Surveys. Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Rio de Janeiro; 1997. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>.
38. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-324. doi: 10.1590/S0021-75572010000400012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/279746715>.

39. Lacerda EM de A, Bertoni N, Alves-Santos NH, Carneiro LBV, Schincaglia RM, Boccolini CS, et al. Minimum dietary diversity and consumption of ultra-processed foods among Brazilian children 6-23 months of age. *Cad Saude Publica*. 2023 Oct 20;39(Suppl 2):e00081422. doi: 10.1590/0102-311XEN081422. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN081422>.
40. Spaniol AM, da Costa THM, Bortolini GA, Gubert MB. Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. *BMC Public Health*. 2020 Mar 14;20(1):330. doi: 10.1186/s12889-020-8405-6. PMID: 32171266; PMCID: PMC7071637.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
42. Oliveira, Priscila Gomes de. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde materno-infantil: revisão sistemática. Orientador: Karla Danielly da Silva Ribeiro Rodrigues. 2022. 75f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.
43. Lucena, N.; Silva, R.; Bezerra, M.; Oliveira, G. Marcadores do Consumo de Alimentos Ultraprocessados em Crianças. *Revista Ciência Plural*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 1–18, 2022. doi: 10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26022>. Acesso em: 28 jan. 2024.
44. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Alimentação na primeira infância: conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa Família / Marília Barreto Pessoa Lima, Pedro Ivo Alcantara, Stephanie Amaral, (coordenação). -- Brasília: UNICEF, 2021.
45. Sato, Helena Keico; Marques, Heloisa Helena de Souza; Lyra Filho, Fernando Jorge da C; Hirschheimer, Mário Roberto. *Recomendações: atualização de condutas em pediatria*. São Paulo; SPSP; 2010. 14 p. ID: cid-63932. Biblioteca responsável: BR67.1
46. Elizabeth L, Machado P, Zinöcker M, Baker P, Lawrence M. Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. *Nutrients*. 2020 Jun 30;12(7):1955. doi: 10.3390/nu12071955. PMID: 32630022; PMCID: PMC7399967.
47. Costa CDS, Buffarini R, Flores TR, Neri D, Freitas Silveira M, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and growth outcomes in early childhood: 2015 Pelotas Birth Cohort. *Br J Nutr*. 2022 Sep 12;1-8. doi: 10.1017/S0007114522002926. Pel. Epub ahead of print. PMID: 36093936.

48. Moreno-Galarraga L, Martín-Álvarez I, Fernández-Montero A, Santos Rocha B, Ciriza Barea E, Martín-Calvo N. Consumption of ultra-processed products and wheezing respiratory diseases in children: The SENDO project. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021 Jul;95(1):18-25. doi: 10.1016/j.anpede.2020.05.012. Epub 2021 May 26. PMID: 34052171.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
50. De Amicis R, Mambrini SP, Pellizzari M, Foppiani A, Bertoli S, Battezzati A, Leone A. Ultra-processed foods and obesity and adiposity parameters among children and adolescents: a systematic review. *Eur J Nutr*. 2022 Aug;61(5):2297-2311. doi: 10.1007/s00394-022-02873-4. Epub 2022 Mar 24. PMID: 35322333; PMCID: PMC8942762.
51. Drake I, Abeyá Gilardon E, Mangialavori G, Biglieri A. Description of nutrient consumption based on the level of industrial food processing: national Survey on Nutrition and Health of 2005. *Arch Argent Pediatr*. 2018 Oct 1;116(5):345-352. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2018.eng.345. PMID: 30204986.
52. Cavalcanti, Allyveison Alves et al. Desigualdades sociais e alimentação complementar na América Latina e no Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 619-630, 2022. doi: 10.1590/1413-81232022272.31862020.
53. United Nations Children's Fund (UNICEF). Childhood Overweight: A Call for prevention in Latin America and the Caribbean, UNICEF, Panama City, 2021.
54. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173):791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8. Epub 2019 Jan 27. Erratum in: *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173):746. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30384-8. PMID: 30700377.
55. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2019 Apr;22(5):936-941. doi: 10.1017/S1368980018003762. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30744710; PMCID: PMC10260459.
56. Popkin BM, Ng SW. The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. *Obes Rev*. 2022 Jan;23(1):e13366. doi: 10.1111/obr.13366. Epub 2021 Oct 10. PMID: 34632692; PMCID: PMC8639733.
57. Hawkes C. Regulating and litigating in the public interest: regulating food marketing to young people worldwide: trends and policy drivers. *Am J Public Health*. 2007

Nov;97(11):1962-73. doi: 10.2105/AJPH.2006.101162. Epub 2007 Sep 27. Erratum in: Am J Public Health. 2008 Mar;98(3):390. PMID: 17901436; PMCID: PMC2040356.

58. Sirasa F, Mitchell LJ, Rigby R, Harris N. Family and community factors shaping the eating behaviour of preschool-aged children in low and middle-income countries: A systematic review of interventions. *Prev Med*. 2019 Dec; 129:105827. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105827. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31476337.

59. Sato PM, Ulian MD, da Silva Oliveira MS, Cardoso MA, Wells J, Devakumar D, Lourenço BH, et al. Signs and strategies to deal with food insecurity and consumption of ultra-processed foods among Amazonian mothers. *Glob Public Health*. 2020 Aug;15(8):1130-1143. doi: 10.1080/17441692.2020.1749694. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32248738.

60. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Criança Feliz: guia para visita domiciliar. – 2ª versão. -- Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, 2017.

Artigo 2 – Estudo Longitudinal

Modalidade: Artigo Original

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS DE CRIANÇAS BRASILEIRAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL PARTICIPANTES DE PROGRAMAS SOCIOASSISTENCIAIS: UM ESTUDO DE COORTE

Resumo

Introdução: A insegurança alimentar é uma situação complexa e multidimensional que pode prejudicar o desenvolvimento integral na primeira infância. **Objetivo:** Avaliar prospectivamente a influência da adesão de crianças ao Programa Criança Feliz no Distrito Federal e do recebimento de benefícios socioassistenciais na redução da insegurança alimentar domiciliar. **Metodologia:** Estudo observacional, de delineamento longitudinal, com crianças de 0 a 36 meses, assistidas pelo Programa Criança Feliz no Distrito Federal. A Escala Brasileira de Segurança Alimentar foi utilizada para avaliar a insegurança alimentar. Foram avaliados a adesão ao Programa Criança Feliz, a participação no Programa Bolsa Família e em outros benefícios sociais do Distrito Federal. Para comparar o nível/grau de insegurança alimentar na linha de base, após 6 e 12 meses, utilizou-se o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas com análises estratificadas ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram incluídas no estudo 301 crianças. O percentual de insegurança alimentar foi de 83,9%, 65,3% e 77,2%, nos 3 tempos, respectivamente. Houve redução de insegurança alimentar após 6 meses (OR: 0,79; IC 95% 0,70; 0,89) e 12 meses (OR: 0,89; IC 95% 0,81; 0,97) de acompanhamento. Nas análises estratificadas, essa redução foi observada entre os beneficiários de programas socioassistenciais locais e do Programa Bolsa Família, entre aqueles que participaram do Programa Criança Feliz por 9 meses ou mais, e entre as famílias que receberam 4 visitas do programa no mês ($p < 0,05$). **Conclusão:** A adesão ao Programa Criança Feliz e a programas sociais reduziu a insegurança alimentar entre crianças em situação de vulnerabilidade. Estes dados podem contribuir para a adequação na gestão de políticas públicas par o aprimoramento do combate à fome e à IA.

Abstract

Introduction: Food insecurity is a complex and multidimensional situation that can hinder integral development in early childhood. **Objective:** To prospectively assess the influence of

children's adherence to the *Criança Feliz* Program in the Federal District and the receipt of social assistance benefits in reducing household food insecurity. **Methodology:** This is an observational, longitudinal study involving children aged 0 to 36 months assisted by the *Criança Feliz* Program in the Federal District. The Brazilian Food Insecurity Scale was used to assess food insecurity. Adherence to the *Criança Feliz* Program, participation in the *Bolsa Família* Program, and other social benefits in the Federal District were evaluated. To compare the level/degree of food insecurity at baseline, after 6 months, and 12 months, the Generalized Estimating Equations model with stratified analyses was used ($p < 0.05$). **Results:** The study included 301 children. The percentage of food insecurity was 83.9%, 65.3%, and 77.2% at the three time points, respectively. There was a reduction in food insecurity after 6 months (OR: 0.79; 95% CI 0.70; 0.89) and 12 months (OR: 0.89; 95% CI 0.81; 0.97) of follow-up. In stratified analyses, this reduction was observed among beneficiaries of local social assistance programs and the *Bolsa Família* Program, among those who participated in the *Criança Feliz* Program for 9 months or more, and among families that received 4 visits from the program in a month ($p < 0.05$). **Conclusion:** Adherence to the *Criança Feliz* Program and social programs reduced food insecurity among vulnerable children. This data can contribute to the improvement of public policy management aimed at enhancing efforts to combat hunger and food insecurity.

1. Introdução

A alimentação e a nutrição são direitos humanos fundamentais, essenciais para a sobrevivência e para a garantia do pleno potencial de desenvolvimento infantil (DI) [1,2]. A violação deste direito, seja no aspecto quantitativo (proteção contra a falta de alimentos e a desnutrição) quanto qualitativo (prevenção de doenças associadas à má alimentação, como as carências nutricionais e a obesidade), resulta na insegurança alimentar (IA), uma situação complexa e multidimensional [3-5].

A IA é um dos mais graves problemas sociais e de saúde, especialmente para famílias em situação de vulnerabilidade social e pobreza, que são mais suscetíveis a episódios transitórios ou prolongados desta condição [6]. Crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis às consequências da IA devido às suas maiores necessidades nutricionais [7]. Na infância, a IA está associada ao déficit de crescimento [8], baixa qualidade alimentar [9], alterações no estado nutricional, deficiências de micronutrientes [10,11], e comprometimento no desempenho acadêmico, cognitivo e comportamental [12,13].

Em 2023, 27,6% dos domicílios brasileiros (21,6 milhões) enfrentavam algum grau de IA – leve, moderado ou grave, também caracterizada como fome. A situação era mais grave em domicílios chefiados por mulheres, na população preta ou parda, em áreas rurais e entre pessoas com baixa escolaridade [14]. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani) de 2019 revelou que 47,1% das famílias brasileiras com crianças menores de 5 anos de idade conviviam com algum grau de IA [15]. Esses dados podem estar relacionados aos indicadores de hospitalizações de bebês menores de um ano por desnutrição em 2021, o maior desde 2008 no Brasil [16].

Ao longo dos anos, políticas públicas foram implementadas no Brasil para combater a fome e a pobreza, compreender a realidade local das famílias e facilitar o acesso a serviços públicos de forma intersetorial. Para operacionalizar essas políticas, foram implementados programas socioassistenciais, como o Programa Bolsa Família (PBF), o maior programa brasileiro de transferência de renda. Instituído em 2003, o PBF visa atender famílias em situação de pobreza e extrema pobreza condicionado ao cumprimento de compromissos educacionais, de saúde e sociais [17]. No Brasil, o PCF é amplamente reconhecido por seu impacto na redução da pobreza e vulnerabilidade em virtude da sua focalização, contribuindo assim para a melhoria das condições de renda, saúde e educação [18,19]. Em 2022, a participação dos programas sociais no rendimento domiciliar das pessoas em situação de extrema pobreza e pobreza chegou a 67% e 20,5%, respectivamente; além de contribuir para a redução do coeficiente de Gini [20].

Outro importante programa é o Criança Feliz (PCF), criado em 2016 em resposta ao Marco Legal da Primeira Infância [21]. O PCF promove o DI por meio de visitas domiciliares e ações intersetoriais, orientando as famílias em situação de vulnerabilidade sobre práticas de cuidado, saúde e nutrição [22]. Por ser um programa que se desenvolve no âmbito da assistência social, porta de entrada de famílias em situação de vulnerabilidade social, o PCF oportuniza ações essenciais na redução da IA [23].

No contexto local, as Unidades da Federação brasileiras, utilizando sua autonomia política e administrativa, desenvolveram programas específicos para facilitar o acesso a serviços socioassistenciais e complementar as iniciativas nacionais. No Distrito Federal (DF), que abriga a capital do Brasil – Brasília, por exemplo, foi implementado o programa DF Social, com o objetivo de ampliar a proteção social por meio da transferência de renda para famílias em situação de vulnerabilidade, com o intuito de assegurar-lhes acesso a direitos fundamentais, como a alimentação [42]. Além disso, o DF adaptou a logística de adesão ao Programa Criança Feliz (PCF) para atender às necessidades locais, incluindo a capacitação de visitantes

domiciliares e a definição de critérios específicos para a inclusão de famílias, considerando o risco social do território [25,26].

Até o momento, a maioria dos estudos que investigam a IA e a participação de beneficiários em programas socioassistenciais e de DI utilizam delineamentos transversais, que não permitem a identificação de fatores determinantes da persistência ou da superação da IA [27,28]. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar prospectivamente a influência da adesão de crianças ao PCF no DF e do recebimento de outros benefícios socioassistenciais na redução da IA de seus domicílios.

2. Metodologia

O presente estudo foi relatado seguindo as recomendações para estudos observacionais *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, de delineamento longitudinal prospectivo, com seguimento de 12 meses, entre maio de 2022 e maio de 2023, parte do projeto denominado “Projeto de Avaliação da Implementação do Programa Criança Feliz no Distrito Federal (PIPA-DF)”.

2.2 Contexto do estudo

O DF possui 35 regiões administrativas (RAs), formando Brasília - capital do Brasil, um dos maiores centros urbanos com altos níveis de pobreza e desigualdades raciais e étnicas. Em 2021, 15,7% da população do DF vivia na pobreza (classificada como renda inferior a US\$ 5,50 per capita por dia). No mesmo ano, a população infantil do DF era 465.193 crianças, correspondendo a 15,5% da população total, das quais 60,8% tinham entre 0 e 6 anos de idade [29].

No DF, o PCF foi caracterizado por uma abordagem intersetorial e pela realização de visitas domiciliares por visitadores capacitados. Essas visitas, direcionadas às crianças de até 36 meses, tinham como objetivo promover o DI na primeira infância, integrando ações nas áreas de saúde, educação e assistência social [25].

A implementação do PCF no DF ocorreu em duas fases. A primeira, em 2019, incluiu oito RAs, e a segunda começou em agosto de 2021, adicionando outras oito regiões. O PCF contava, então, com 3,2 mil famílias inscritas nas 16 regiões (1.600 inscrições em cada fase). Para este estudo, foram incluídas as oito RAs do DF que aderiram ao PCF na segunda fase de implementação, sendo: Brazlândia, Paranoá, Varjão, Itapoã, Fercal, Sobradinho, Planaltina e

Gama. A opção por selecionar as RAs da segunda fase de implementação se deu visando maior padronização dos procedimentos adotados pelo programa e menor influência da emergência em saúde decorrente da pandemia de COVID-19.

2.3 Seleção dos participantes

Foram selecionadas crianças entre 0 e 24 meses que participavam do PCF, em situação de vulnerabilidade social. Para serem atendidas pelo programa no DF, as famílias beneficiárias deveriam necessariamente estar cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), uma base de dados utilizada pelo governo brasileiro para identificar famílias em situação de pobreza. Além disso, as famílias deveriam ser acompanhadas por algum Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do DF, unidades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) responsáveis pela prestação de diversos serviços socioassistenciais para atender às necessidades de cada RA [25,26]. Detalhes sobre o PCF no DF encontram-se no Quadro 1 (informações de apoio).

2.3.1 Tamanho do estudo

Foram realizadas três avaliações nos tempos 1 (linha de base), 2 (6 meses de acompanhamento) e 3 (12 meses de acompanhamento). Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se a proporção de 11,8% de crianças menores de 36 meses com escore-Z PIPAS ≥ 1 , obtida no estudo “Primeira Infância para Adultos Saudáveis (PIPAS)”, conduzido em 2018 [30]. Foram considerados ainda: erro de amostragem (d) de 5%, Z igual a 1,96 correspondendo ao nível de confiança de 95% e efeito de delineamento ($deff$) igual a 1,5. Assim, estimou-se o número de 230 crianças necessárias para avaliação no tempo 3. Considerando a perda de seguimento de 23% e 10%, em relação ao tempo 3, estimou-se o tamanho amostral de 300 e 270 crianças a serem avaliadas no tempo 1 e tempo 2, respectivamente. As expressões algébricas utilizadas para o cálculo são apresentadas a seguir [31].

$$n = p \cdot (1-p) \cdot (dz)^2 \cdot deff \rightarrow d = \sqrt{p \cdot (1-p) \cdot z^2 \cdot deff / n}$$

2.3.2 Critérios de elegibilidade

Todas as famílias atendidas pelo PCF nas 8 RAs elegíveis, que tinham como membros crianças com até 24 meses de idade, foram consideradas para as avaliações. O critério de idade foi definido na linha de base para viabilizar 12 meses completos de adesão ao PCF e, portanto, de acompanhamento no estudo, tendo em vista que estar ativo no programa foi o principal critério de elegibilidade. Nas famílias selecionadas com mais de uma criança entre 0 e 24

meses, foi incluída a de menor idade. O critério de inclusão foi o acompanhamento contínuo pelo programa durante todo o período de avaliação do estudo.

Não foram incluídas crianças pertencentes a famílias cujo cuidador apresentasse qualquer déficit cognitivo que o impedisse de responder aos questionários. Além disso, crianças beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC), um auxílio socioassistencial que garante um salário-mínimo por mês à pessoa com deficiência.

2.3 Variáveis e mensuração

O instrumento de coleta de dados utilizado consistiu em um questionário estruturado, utilizado no estudo PIPAS [30] com adaptações. Para garantir a precisão e consistência na obtenção dos dados, entrevistadores passaram por treinamento antes de cada tempo de coleta, no qual foram apresentados ao instrumento, aos protocolos do estudo e às instruções para a coleta de campo.

As entrevistas foram conduzidas presencialmente nos domicílios, junto aos responsáveis pelas crianças, com o apoio de visitadores e supervisores do PCF. O questionário foi aplicado de forma digital por meio do aplicativo KoboCollect®, com o auxílio de *smartphones*. As visitas duravam em média 40 a 60 minutos.

2.3.1 Insegurança alimentar (variável de desfecho)

A avaliação IA nos domicílios foi conduzida por meio da Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA), uma escala psicométrica validada para a população brasileira e utilizada em pesquisas nacionais desde 2004 [32]. A escala é composta por perguntas com respostas “sim” ou “não” sobre a experiência da família em relação ao acesso aos alimentos nos últimos 3 meses, sendo que o score de respostas afirmativas define a classificação dos domicílios em segurança alimentar (0); insegurança leve (1 a 5); insegurança moderada (6 a 9); e insegurança grave (10 a 14) [33]. Para as análises estratificadas, as categorias de IA (leve, moderada e grave) foram agrupadas.

2.3.2 Adesão ao programa de desenvolvimento infantil e recebimento de outros benefícios socioassistenciais (variáveis de exposição)

A adesão no PCF foi mensurada por duas questões: (1) “Há quanto tempo a criança recebe visitas do PCF?” (em meses e categorizada segundo a mediana da sua distribuição na linha de base – 8 meses); (2) “Quantas visitas do PCF a criança recebeu no último mês?” (4 visitas - 1 por semana; ou < 4 visitas).

Os beneficiários foram questionados ainda quanto à participação em outros programas ou benefícios socioassistenciais, tais como: (1) Programa Bolsa Família e (2) Programas socioassistenciais do DF, incluindo DF Social, Prato Cheio, Cartão Gás, Cesta Verde, Cesta Emergencial, entre outros. Detalhes desses programas estão descritos no Quadro 2 (informações de apoio). As opções de resposta para todas essas perguntas foram “sim” ou “não”. Para a variável Programas socioassistenciais do DF, considerou-se que o participante era beneficiário se a família recebesse pelo menos um deles.

2.3.3 Covariáveis

As covariáveis incluídas foram: i) idade da criança (em meses); ii) idade do responsável (em anos); iii) raça/cor ou etnia da criança (branca, preta, parda, amarela ou indígena); e iv) renda familiar mensal (<500 reais, entre 500 reais e 1000 reais, entre 1000 reais e 2000 reais, > 2000 reais ou não sabe/não respondeu).

2.4 Viés

A etapa de controle da qualidade dos dados foi conduzida com rigor e em tempo real para identificação de erros sistemáticos oriundos da coleta de dados. Os dados foram verificados diariamente para prevenir falhas de mensuração ou incompletude e, quando necessário, procedeu-se à nova coleta e novo treinamento de membros da equipe.

2.5 Métodos estatísticos

A análise descritiva contemplou o cálculo de medianas e intervalos interquartis (percentil 25 e percentil 75) para variáveis contínuas e de frequências relativas com intervalo de confiança (IC) 95% para variáveis categóricas. Foram calculadas as prevalências de segurança alimentar (SAN) e IA do total de famílias acompanhadas nos três momentos do estudo, com a curva exponencial que representa a tendência de crescimento da situação de SAN ao longo do estudo. As comparações dos três momentos do estudo foram realizadas utilizando testes não-paramétricos, incluindo a análise de McNemar para variáveis dicotômicas e o teste de Wilcoxon pareado para variáveis categóricas. Os valores-p foram calculados para determinar a significância das diferenças observadas entre os tempos do estudo, considerando-se 5%.

Para estimar o efeito geral do tempo (tendo a linha de base como referência) nos níveis de IA após 6 meses e 12 meses de acompanhamento, foi utilizado o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE). As variáveis foram tratadas como apresentando distribuição

binominal, com função log de conexão. A matriz de correlação de trabalho utilizada foi a matriz de covariância do estimador *exchangeable* (intercambiável) e robusto. Foram calculadas as razões de chances (Odds Ratio – OR) e seus respectivos IC 95% [34]. Esses modelos foram realizados considerando todos as crianças incluídas na amostra no tempo 1 e estratificados segundo participação no PBF, benefícios socioassistenciais do DF, tempo de permanência no PCF e frequência de visitas no mês do PCF. Todos os modelos foram ajustados por idade da criança, idade do responsável, raça/cor ou etnia da criança e renda familiar mensal.

Análises de sensibilidade foram conduzidas para avaliar se os resultados mudariam substancialmente quando se consideram apenas os indivíduos que têm dados válidos para IA em todos os tempos de avaliação do estudo (informações de apoio).

O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi considerado. As análises estatísticas foram realizadas nos *softwares* STATA® versão 16 e SPSS® versão 20. As estimativas levaram em conta a complexidade de seu delineamento, tendo sido utilizados pesos amostrais em todos os cálculos realizados. As frações utilizadas para o cálculo do peso amostral são apresentadas a seguir: $f = \frac{a \cdot M_i}{M}$, em que a é o número de visitantes sorteados, M_i é o número de crianças elegíveis do visitador sorteado e M é o total de crianças elegíveis. O peso amostral é o inverso da fração de amostragem. Ou seja: $W_i = \frac{1}{f_i}$.

2.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE: 32390620.0.0000.0030) e os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta dos dados.

O estudo atendeu aos princípios éticos apontados pela Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) minimizando riscos, potencializando os benefícios e garantindo a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados entre os participantes [35].

3. Resultado

Foram incluídas no estudo 301 crianças. A mediana de idade das crianças, na linha de base, era 15 meses (10,0-19,0), enquanto a mediana de idade dos responsáveis era 27,0 anos (23,0-34,0). Mais da metade das crianças eram pardas (57,2%; IC 95% 47,9%; 65,9%); 29,2% eram brancas (IC 95% 21,4%; 38,2%); 13,0% pretas (IC 95% 7,9%; 20,5%) e 0,6% indígenas (IC 95% 0,08%; 4,4%). Além disso, mais da metade das famílias (68,2%) tinha uma renda

mensal inferior a R\$1000,00. A renda familiar mensal apresentou variações ao longo do estudo, com uma diminuição na faixa de até R\$ 500,00 ($p=0,001$) e aumento na faixa de R\$ 500,00 a 1000,00 ($p<0,001$).

A frequência de beneficiários do PBF foi alta em todos os tempos, enquanto a participação de beneficiários de programas sociais do DF aumentou ao longo das três avaliações, sendo significativa entre o Tempo 1 e Tempo 3 ($p=0,06$). Foram observados altos percentuais para a frequência ideal de visitas ao PCF (4 vezes/mês), mas houve uma redução significativa entre o Tempo 1 e o Tempo 2 ($p=0,001$). Além disso, o acompanhamento durante nove meses ou mais mostrou aumento significativo ao longo do estudo ($p<0,001$) (Tabela 1).

Observou-se que 75,7% das famílias recebiam algum benefício social do DF e 78,6% eram beneficiários do PBF. Mais de metade da amostra era acompanhada pelo PCF há menos de 8 meses (57,1%) e quase a totalidade realizava 4 consultas por mês no âmbito deste programa (90,1%) (Tabela 1).

O percentual de IA na linha de base foi de 83,9%, sendo 49,3% IA leve (IC 95% 43,5; 55,1); 23,1% IA moderada (IC 95% 18,5; 28,4); e 11,5% IA grave (IC 95% 8,2;15,7). Após 6 meses, o percentual de IA foi 65,3%, sendo 44,6% IA leve (IC 95% 38,1; 51,4); 11,8% IA moderada (IC 95% 8,2; 16,8); e 8,9% IA grave (IC 95% 5,5; 14,1). Após 12 meses de acompanhamento, o percentual de IA foi de 77,2%, sendo 49,3% IA leve (IC 95% 40,5; 58,2), 18,2% IA moderada (IC 95% 12,4; 25,9) e 9,7% IA grave (IC 95% 5,7-15,9) (Figura 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas dos beneficiários do Programa Criança Feliz no Distrito Federal ao longo do tempo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.

Variáveis	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3	Valor p ^a	Valor p ^b	Valor p ^c
Idade da criança (meses) (mediana-p25-75)	15,0 (10,0-19,0)	21,0 (18,0-25,0)	27,0 (23,0-30,0)	<0,001	<0,001	<0,001
Idade do responsável (anos) (mediana-p25-75)	27,0 (23,0-34,0)	28,0 (24,0-34,0)	30,0 (25,0-35,0)	<0,001	<0,001	<0,001
Renda familiar mensal (%; IC95%)				0,001	0,001	0,193
Até R\$ 500,00	26,9 (22,0 - 32,5)	8,5 (4,5-15,3)	10,2 (5,7-17,5)			
R\$ 500,00 a 1000,00	35,7 (30,3 - 41,5)	49,9 (40,6-59,2)	54,6 (45,3-63,5)			
R\$ 1000,00 a 2000,00	32,5 (27,2 -38,4)	37,6 (28,8-47,1)	31,1 (23,2-40,1)			
>R\$2000,00	4,8 (2,8 – 8,2)	4,0 (1,6-9,3)	4,1 (1,6-9,6)			
Beneficiário Programa Bolsa Família (%; IC95%)				0,096	0,307	0,815
Não	21,4 (16,9-26,7)	11,0 (6,3-18,5)	11,9 (7,1-19,1)			
Sim	78,6 (73,3-83,0)	89,0 (81,4-93,6)	88,1 (80,9-92,8)			
Beneficiário de Programas Sociais DF (%; IC95%)				0,868	0,061	0,152
Não	24,3 (19,5-29,8)	18,7 (12,5-26,9)	11,7 (7,1-18,8)			
Sim	75,7 (70,2-80,5)	81,3 (73,0-87,4)	88,3 (81,2-92,9)			
Frequência de visitas no último mês do PCF (%; IC95%)				0,001	0,432	0,563
< 4 vezes/mês	9,9 (6,9-13,9)	14,1 (8,7-21,9)	12,8 (8,1-19,6)			
4 vezes/mês	90,1 (86,1-93,0)	85,9 (78,0-91,2)	87,2 (80,3-91,9)			
Tempo de acompanhamento do PCF (%; IC95%)				<0,001	0,003	0,009
0 a 8 meses	57,1 (51,2-52,8)	27,9 (20,0-37,4)	12,3 (7,2-20,0)			
9 meses ou mais	42,9 (37,2-48,7)	72,0 (62,5-79,9)	87,7 (79,9-92,7)			
Tempo de acompanhamento do PCF (mediana (p25-p75))	8 (5-10)	12 (11-16)	13 (7-18)	<0,001	<0,001	0,466

Tempo 1: n=301; Tempo 2: n=224; Tempo 3: n=130. Todas as análises foram realizadas utilizando pesos amostrais.

IC95%: Intervalo de confiança 95%; PCF: Programa Criança Feliz; p25-75: percentis 25% e 75%

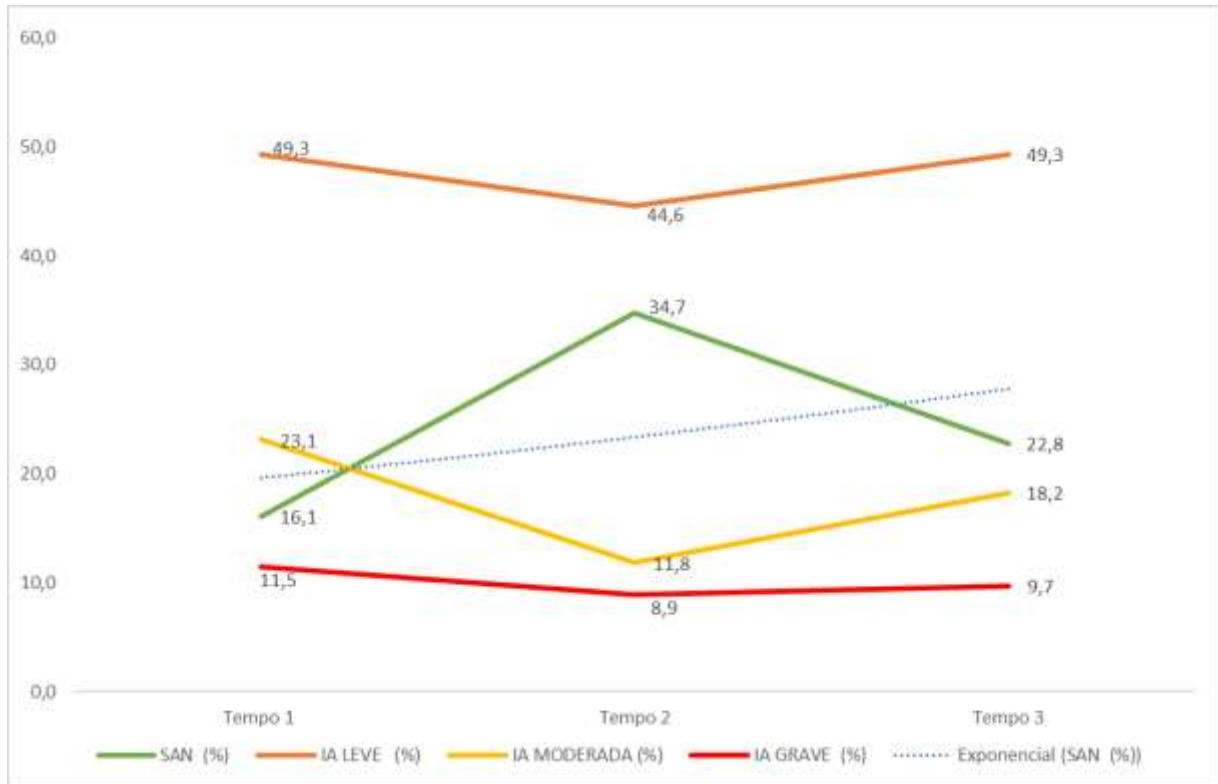
a Comparação entre o Tempo 1 e 2.

b Comparação entre o Tempo 1 e 3.

c Comparação entre o Tempo 2 e 3.

Nota: Teste de McNemar para comparação de proporções e Teste de Wilcoxon para comparação de medianas em amostras dependentes.

Figura 1 - Situação de (in)segurança alimentar dos domicílios dos beneficiários do Programa Criança Feliz nos três tempos do estudo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.



Tempo 1: n=301; Tempo 2: n=224; Tempo 3: n=130.
 Todas as análises foram realizadas utilizando pesos amostrais.

Os modelos de GEE para a amostra inicial e segundo análises estratificadas são apresentados na Tabela 2. Em comparação com a linha de base, houve redução dos níveis de IA após 6 meses (OR: 0,79; IC 95% 0,70; 0,89) e 12 meses de acompanhamento (OR: 0,89; IC 95% 0,81; 0,97). Quando realizada as análises estratificadas, também foi observada redução dos níveis de IA após 6 e 12 meses de acompanhamento entre os beneficiários dos programas sociais do DF e do PBF; entre aqueles com 9 meses ou mais de acompanhamento do PCF; e com uma frequência de 4 visitas do programa no mês ($p < 0,05$) (Tabela 2). Entre aqueles com menor tempo de acompanhamento foi observada redução dos níveis de IA apenas após 6 meses, sem diferença estatisticamente significativa após 12 meses de acompanhamento (Tabela 2).

Tabela 2 – Modelos de Equações de Estimações Generalizadas para estimar o efeito do tempo nos níveis de insegurança alimentar após 6 e 12 meses de estudo e, segundo participação em programas de benefícios sociais e de adesão ao Programa Criança Feliz. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.

	Tempo 1			Tempo 2			Tempo 3		
	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Amostra total	83,9 (79,0-87,7)	Ref	-	65,3 (58,6-71,5)	0,79 (0,70-0,89)	<0,001	77,2 (68,7-83,9)	0,89 (0,81-0,97)	0,014
Beneficiário Programa Bolsa Família									
Não	75,5 (61,9-85,3)	Ref	-	65,2 (50,1-77,8)	1,00 (0,71-1,40)	1,000	82,5 (58,8-93,9)	1,14 (0,88-1,48)	0,318
Sim	86,3 (81,1-90,2)	Ref	-	65,2 (57,4-72,3)	0,76 (0,67 – 0,86)	<0,001	75,9 (66,4-83,5)	0,85 (0,77-0,94)	0,002
Beneficiário de Programas Sociais DF									
Não	82,3 (69,9-90,3)	Ref	-	64,1 (48,2-77,5)	0,74 (0,55 – 0,98)	0,042	87,1 (63,6-96,3)	1,00 (0,84-1,18)	1,000
Sim	84,5 (79,1-88,7)	Ref	-	65,4 (57,9-72,5)	0,80 (0,70 – 0,91)	0,001	74,0 (64,2-81,9)	0,86 (0,77-0,96)	0,007
Frequência de visitas no último mês do PCF									
< 4 vezes/mês	76,3 (56,6-88,8)	Ref	-	62,5 (36,6-82,8)	0,76 (0,54-1,05)	0,105	79,1 (46,3-94,3)	0,84 (0,67-1,06)	0,158
4 vezes/mês	84,7 (86,0-93,0)	Ref	-	65,6 (58,5-72,0)	0,80 (0,70-0,91)	0,001	76,9 (67,9-84,1)	0,89 (0,81-0,99)	0,033
Tempo de acompanhamento do PCF									
0 a 8 meses	81,4 (74,6-86,7)	Ref	-	64,7 (55,3-73,0)	0,80 (0,65 – 0,98)	0,033	81,1 (69,0-89,2)	0,94 (0,82-1,07)	0,366
9 meses ou mais	86,9 (79,3-92,1)	Ref	-	65,9 (55,6-74,8)	0,78 (0,68 – 0,90)	0,001	73,5 (60,6-83,3)	0,85 (0,74-0,96)	0,013

Tempo 1: n=301; Tempo 2: n=224; Tempo 3: n=130. Todas as análises foram realizadas utilizando pesos amostrais.

IC95%: Intervalo de confiança 95%; PCF: Programa Criança Feliz; Ref.: categoria de referência; OR: Odds Ratio (razão de chances);

Nota: Todos os modelos foram ajustados por idade da criança, idade do responsável, raça/cor da criança e renda familiar mensal.

Com relação às análises de sensibilidade, os resultados encontrados três tempos de avaliação (n=124) são qualitativamente idênticos aos dos modelos de GEE realizados para a amostra inicial (n=301), evidenciando a robustez e a consistência dessas análises (informações de apoio – Apêndice 4).

4. Discussão

Os resultados apresentados mostram que a adesão ao PCF e o recebimento de programas socioassistenciais contribuíram para a redução da IA entre crianças em situação de vulnerabilidade, consolidando-se como um importante mecanismo de proteção social. Percebeu-se que houve redução da IA durante o período de acompanhamento, de maneira mais pronunciada nos 6 primeiros meses, e que parte dessa melhoria pôde ser atribuída à participação no PCF e ao apoio dos demais programas avaliados. No entanto, as prevalências de IA encontradas nos três tempos (87,2%, 68,3% e 76,9%, respectivamente) foram maiores em relação ao dado nacional mais recente, no qual a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) mostrou que 27,6% dos domicílios brasileiros conviviam com algum grau de IA em 2023 [18]. A diferença de IA observada é possivelmente explicada pelo fato de que a pesquisa nacional supracitada analisa a população de modo geral, sem estratificar pelo recebimento de programas socioassistenciais. Segundo achados de Souza et al (2019) [36] e Grimaccia e Naccarato (2020) [37], os mais vulneráveis têm uma maior predisposição à IA incluindo os diversos subgrupos populacionais e diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. Além disso, domicílios brasileiros com crianças menores de 5 anos enfrentam condições ainda mais desfavoráveis [19].

Nesse sentido, os resultados obtidos se aproximam aos de estudos transversais realizados com beneficiários do PBF de diferentes municípios brasileiros, em que as prevalências de IA ultrapassavam 70% [38, 39, 28]. Suzart e Ferreira (2018) [38] avaliaram famílias beneficiadas do PBF com menores de 18 anos do município de Vitória da Conquista, Bahia, e relataram uma prevalência de IA de 73,4%. No estudo de Santos et al. (2020) [39] que investigou a IA em famílias beneficiárias com crianças menores de 5 anos na Região Metropolitana de João Pessoa, a prevalência foi de 71,4%, com IA moderada/grave (32%) associada ao recebimento do PBF, presença de crianças menores de 2 anos e baixo nível socioeconômico. Motozo et al (2023) [28] avaliaram beneficiários do PBF em Ribeirão Preto, São Paulo, encontrando uma prevalência de IA de 94,3%, com 53,2% dos casos em níveis moderado ou grave, destacando-se a predominância de chefes de família do sexo feminino, de etnia parda, com baixo nível de escolaridade e desempregadas. Os resultados obtidos neste

estudo também se aproximam ao do estudo realizado em 2022 com beneficiários do PCF no Ceará também relatou elevada prevalência de IA (54,3%) [30].

Os resultados de IA encontrados na população de estudo podem também ter relação com a localidade dos domicílios. Apesar do DF ter registrado o maior rendimento domiciliar per capita do país nos últimos anos; em 2023, seu índice de Gini era de 0,566, superior ao índice nacional de 0,518, o que evidencia uma das maiores desigualdades de renda do Brasil [18]. Além disso, o Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF), baseado na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018 e construído em 2020, reforça esse cenário ao classificar RAs contempladas neste estudo, como Brazlândia, Paranoá, Varjão, Itapoã, Fercal e Planaltina, com "muito alta vulnerabilidade social" [40]. Essa disparidade de renda se torna ainda mais evidente ao observar que 68,2% das famílias tinham uma renda mensal inferior a R\$1000,00, desfavorecendo as condições de acesso à alimentação adequada.

Ao longo do estudo, observou-se a redução na IA dos domicílios nos períodos T2 e T3 em comparação ao T1, indicando uma possível melhoria na quantidade e na qualidade da alimentação e na redução na incerteza quanto ao acesso regular aos alimentos. Além disso, os beneficiários do PBF e de programas socioassistenciais do DF (DF Social, Prato Cheio, Cartão Gás, Cesta Verde, Cesta Emergencial ou outros) experimentaram a redução significativa na IA ($p < 0,05$), demonstrando a importância dos programas de transferência de renda e de provimento alimentar na mitigação dessa condição. Ao proporcionar uma fonte de renda estável, esses programas permitem que as famílias tenham acesso econômico à alimentação mais adequada e regular, especialmente porque os gastos com alimentação representam uma proporção significativamente maior do orçamento das famílias de baixa renda [41,42].

No cenário internacional, os estudos de Mabli e Ohls (2015) [43] e Keith-Jennings, Lobera, Dean (2019) [44] avaliaram o *Supplemental Nutrition Assistance Program*, um programa governamental dos Estados Unidos que beneficia famílias com recursos financeiros para a compra de alimentos. Os resultados apontam que quanto mais cedo e maior a adesão ao programa, maiores são as chances de reduzir a IA dos domicílios [43]. Outros estudos longitudinais realizados em diferentes localidades do Brasil avaliaram o impacto dos programas de transferência de renda na redução da IA domiciliar [45-47]. Freitas, Vilton e Silva (2018) [45] concluíram que entre 2004 e 2013 houve um aumento na percepção de SAN entre esses beneficiários. Palmeira, Salles-Costa e Pérez-Escamilla (2020) [46] demonstraram que, na ausência do programa de transferência de renda, cerca de 10% das famílias que avançaram da IA para a SAN teriam permanecido em situação de insegurança. Laurentino et al. (2023) [47] identificaram tendências de melhoria nas condições de IA e estabilidade nas

condições sociodemográficas das famílias ao longo do tempo, reforçando o papel crucial do PBF na mitigação dos impactos sociais e na redução da IA.

Cabe mencionar que o PBF foi criado como forma de combater a fome e a miséria no país, atuando por meio de três vertentes: transferência de renda, que promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades, que fortalecem o acesso a direitos sociais básicos; e os programas complementares de desenvolvimento familiar, que permitem que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade [48]. Estudos evidenciam o papel fundamental do PBF na redução da vulnerabilidade social, destacando que o programa pode reduzir a pobreza extrema em até 80% e a pobreza em até 12%, por meio da transferência de renda [17,18]. Além disso, o PBF contribuiu na frequência escolar das crianças beneficiárias [49] e reduziu a IA nas famílias atendidas [50].

No âmbito das ações socioassistenciais e de provimento alimentar locais, de caráter emergencial, este estudo incluiu o programa Prato Cheio, instituído pela Lei Distrital nº 7.009/2021, bem como a concessão da cesta básica in natura, cartão gás e cesta verde. Essas iniciativas também visam contribuir para o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e promover a cidadania, com o objetivo de superar a situação de IA. Embora temporárias, são concedidas diante da identificação de IA nas famílias, incidindo também de maneira positiva nos resultados encontrados neste estudo [51,52].

O PCF, ao promover a orientação nutricional e o apoio social, torna-se essencial para o enfrentamento IA [53], o que poderia explicar, no presente estudo, que beneficiários com maior frequência de adesão e maior tempo de acompanhamento no PCF tiveram uma redução significativa desta condição. O estudo qualitativo do PCF, realizado por Dos Santos et al (2023) [54] também reforça esse impacto, destacando o papel do visitador domiciliar na obtenção de cestas básicas por meio de doações ou encaminhamentos a outros programas. Esses esforços criam um ambiente mais seguro e nutritivo, favorecendo o DI saudável e o acompanhamento regular dos beneficiários, caracterizado por visitas frequentes, permitindo intervenções mais ágeis e eficazes [55,56].

Apesar da redução da IA ao longo do acompanhamento e da associação com os programas socioassistenciais e de DI, as altas prevalências ainda evidenciam os desafios estruturais e a complexidade da IA, que não está restrita apenas ao aspecto econômico. Os programas de transferência de renda e de DI, por si só, não conseguem resolver integralmente o problema da IA [57]. É essencial a implementação de políticas públicas que garantam não apenas o acesso econômico aos alimentos, mas também fortaleçam as redes de apoio social,

melhorem o acesso a serviços básicos e promovam ações específicas de educação alimentar e nutricional [58].

Apesar das potencialidades, este estudo também apresenta limitações. Conforme Nord (2012) [59], o viés de seleção é inerente a esse estudo, pois as famílias com maiores dificuldades econômicas são priorizadas na participação de programas socioassistenciais e de provimento alimentar. Contudo, o desenho longitudinal da nossa pesquisa reduz o potencial de alterações socioeconômicas, ao incluir a renda como um dos fatores de confusão. A robustez das análises estatísticas longitudinais também fortalece a confiabilidade dos resultados ao monitorar as mesmas famílias ao longo do tempo, o que permite uma melhor compreensão das mudanças nas condições de segurança alimentar.

É importante destacar que houve perda de seguimentos durante a coleta, decorrente do desligamento de crianças do PCF e da descontinuidade do programa no primeiro semestre de 2023. Para minimizar esse impacto, a utilização do modelo de GEE permitiu a inclusão de todos os indivíduos nas análises, mesmo aqueles com dados ausentes em algum momento do estudo, garantindo maior robustez e confiabilidade nos resultados finais. Cabe mencionar ainda que os resultados obtidos são específicos para os participantes do PCF, o que limita a generalização para o DF ou para a população brasileira como um todo. Outro possível fator limitante é o constrangimento dos participantes ao responderem perguntas sobre acesso a alimentos ou renda. Dessa forma, tentou-se minimizar os impactos por meio do esclarecimento da pergunta de pesquisa e na liberdade de escolha na participação.

5. Conclusão

A participação em programas sociais ajudou a mitigar a insegurança alimentar nos agregados familiares avaliados. Porém, esses programas, isoladamente, não conseguem resolver plenamente o problema da IA indicando a necessidade de monitoramento contínuo e da garantia de outros direitos sociais para que as famílias vulneráveis tenham seu direito à alimentação cumprido. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a adaptação da gestão de políticas públicas para melhorar o combate à fome e à IA.

Referências

1. Brasil. Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010. Diário Oficial da União, 4 fev. 2010; Seção 1:1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.
3. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 18 set.
4. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos. Rome: FAO; 2015.
5. Guerra LD da S. ComiDHAA de verdade para todos: desafios para a efetivação do direito humano à alimentação adequada no cenário de crises no Brasil. Saude Soc. 2022;31(2). Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210370pt>.
6. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyra C de O. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2020 Oct;25(10):3833–46. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>.
7. Watling RM, Smith C. Nutrition in the first year of life-foundations for the future. In: De Boeck K, Southern KW, editors. The early cystic fibrosis years. Karup, Denmark: European Cystic Fibrosis Society; 2018. p. 76-100.
8. Patriota ÉSO, Abrantes LCS, Figueiredo ACMG, Pizato N, Buccini G, Gonçalves VSS. Association between household food insecurity and stunting in children aged 0-59 months: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. Matern Child Nutr. 2024 Jan 9:e13609. doi: 10.1111/mcn.13609. Epub ahead of print. PMID: 38196291.
9. United Nations Children's Fund. Effective regulatory approaches to protect, support and promote better diets and create healthy food environments for children. New York: United Nations Children's Fund; 2021. (UNICEF Technical Note).
10. Antunes M, Sichieri R, Salles-Costa R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. Cad Saúde Pública. 2010;26(8):8. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800017>.
11. Almeida JA, Santos AS, Nascimento MADO, Oliveira JVC, Silva DGD, Mendes-Netto RS. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. Ciênc Saúde Coletiva. 2017; 22:479-88. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.27102015>.

12. De Oliveira KHD, de Almeida GM, Gubert MB, Moura AS, Spaniol AM, Hernandez DC, Pérez-Escamilla R, Buccini G. Household food insecurity and early childhood development: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2020 Jul;16(3):e12967. doi: 10.1111/mcn.12967. Epub 2020 Feb 12. PMID: 32052571; PMCID: PMC7296813. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052571/>.
13. Gallegos D, Eivers A, Sondergeld P, Pattinson C. Food Insecurity and Child Development: A State-of-the-Art Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 18(17):8990. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178990>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Síntese dos Indicadores da PNADC. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. 97 p.
15. Castro IRR, Normando P, Farias DR, Berti TL, Schincaglia RM, Andrade PG, Bertoni N, Lacerda EMA, Anjos LAD, Boccolini CS, Reis MCD, Bezerra FF, Pedrosa LFC, Jordão Junior AA, Lira PIC, Kac G; Brazilian Consortium on Child Nutrition; Vertulli Carneiro LB, Alves-Santos NH. Factors associated with anemia and vitamin A deficiency in Brazilian children under 5 years old: Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). *Cad Saude Publica.* 2023 Sep 25;39Suppl 2(Suppl 2):e00194922. doi: 10.1590/0102-311XEN194922. PMID: 37792880; PMCID: PMC10552616.
16. Damasceno RM, Oliveira VBB, Neto JGV, Palhares AK da S, Valerio FR, Paschoa A, Santos R de M dos, Cruz N da, Silva IMR, Silva GMR, Cavalcanti WBB, Costa MD. Panorama da morbimortalidade infantil por desnutrição no Brasil. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. 19º de junho de 2024; 6(6):1346-5. Available at: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2384>.
17. Soares S, Souza PH, Osorio RG, Silveira FG. Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Brasília: IPEA; 2019. Available at: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9356>.
18. Shei, A., Costa, F., Reis, M.G. et al. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights* 14, 10 (2014). <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-10>.
19. Laguinde L, Gasparini L, Neidhöfer G. The long-run effects of conditional cash transfers: the case of Bolsa Familia in Brazil. CEDLAS, Working Papers 0328, Universidad Nacional de La Plata; 2024.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: rendimento de todas as fontes 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=publicacoes>.
21. Brasil. Lei 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei n 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n o 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n o 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União* 2016; 9 mar.

22. Brasil. Avanços no Marco Legal da Primeira Infância. Brasília: Câmara dos Deputados; 2016. Available at: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>.
23. Mattos EJ de, Bianchi L, Toigo CH. Avaliando a insegurança alimentar no Brasil: a questão dos efeitos não simétricos. *Nova econ* [Internet]. 2020Sep;30(3):969–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6351/5239>.
24. Paixão B. Impacto da transição de programas sociais no Distrito Federal: DF Sem Miséria para DF Social e Bolsa Família para Auxílio Brasil: Impact of the Transition of Social Programs in the Federal District: “DF without Poverty” to “Social DF” to “Bolsa Família” to “Brazil Aid”. *Simetria* [Internet]. 9º de julho de 2024;1(13):158-77. Available at: <https://revista.tcm.sp.gov.br/simetria/article/view/164>.
25. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Programa Criança Feliz: a intersectorialidade na visita domiciliar. Brasília; 2017.
26. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Manual de gestão municipal do Programa Criança Feliz. Brasília: Ministério da Cidadania; 2019.
27. Santos JI de L. Análise da insegurança alimentar associada à prática alimentar de crianças menores de 3 anos acompanhadas pelo Programa Criança Feliz residentes no município de Cuité, Paraíba, Brasil. [monografia]. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande; 2022.
28. Motozo VPP, Ribeiro LC, Oliveira REM de, Goulart JLP, Franco LJ. Food and nutritional insecurity of Bolsa Família Program beneficiaries. *O Mundo Da Saúde*. 2023;47. Available at: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202347e14062022P>.
29. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília - Distrito Federal; 2021. Available at: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf.
30. Venâncio SI, Teixeira JA, de Bortoli MC, Bernal RTI. Factors associated with early childhood development in municipalities of Ceará, Brazil: a hierarchical model of contexts, environments, and nurturing care domains in a cross-sectional study. *Lancet Reg Health Americas*. 2022 Jan;5:100139. doi: 10.1016/j.lana.2021.100139.
31. Kish L. Statistical design for research. Wiley–Blackwell; 2005. 296 p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, 2009. 300 p.
33. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2009;16:1-19.
34. Rumel, D.. (1986). "Odds ratio": algumas considerações. *Revista De Saúde Pública*, 20(3), 253–258. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000300011>.

35. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, de 01 de fevereiro de 2024. Brasília; 2024. Available at: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3316-resolucao-n-738-de-01-de-fevereiro-de-2024#>.
36. Souza LRM, Segall-Corrêa AM, Ville AS, Quiñonez HM. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(7). Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00084118>.
37. Grimaccia, E. & Naccarato, A. 2020. Confirmatory factor analysis to validate a new measure of food insecurity: perceived and actual constructs. *Quality & Quantity*, 54(4): 1211–1232. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11135-020-00982-y>.
38. Suzart AS, Ferreira AP. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. *Interações (Campo Grande)*. 2018 Jul;19(3):585–95. Available at: <https://doi.org/10.20435/inter.v19i3.1636>.
39. Santos EES dos, Oliveira MM de, Bernardino Í de M, Pedraza DF. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família em dois municípios paraibanos, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 May;25(5):1607–17. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33412019>.
40. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). IVS-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília - Distrito Federal; 2020. Available at: https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/IVS-DF-16_12_2020.pdf.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
42. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota técnica: Desigualdade e pobreza no Brasil em 2021. [Internet]. Brasília: IPEA; 2022. Available at: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/220128_nt_disoc_100.pdf . Accessed on: August 3rd, 2024.
43. Mabli J, Ohls J. Supplemental Nutrition Assistance Program participation is associated with an increase in household food security in a national evaluation. *J Nutr*. 2015 Feb;145(2):344-51. doi: 10.3945/jn.114.198697. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25644357.
44. Keith-Jennings B, Llobrera J, Dean S. Links of the Supplemental Nutrition Assistance Program With Food Insecurity, Poverty, and Health: Evidence and Potential. *Am J Public Health*. 2019 Dec;109(12):1636-1640. doi: 10.2105/AJPH.2019.305325. PMID: 31693420; PMCID: PMC6836787.
45. Freitas Araújo RR, Vilton Costa J, Silva Cruz Junior V. A Presença da (In) Segurança Alimentar entre os Beneficiários do Bolsa Família da Região Nordeste do Brasil. *Res Soc Dev*. 2018;7(6). Available at: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560659013005>. DOI: <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i6.346>.

46. Palmeira PA, Salles-Costa R, Pérez-Escamilla R. Effects of family income and conditional cash transfers on household food insecurity: evidence from a longitudinal study in Northeast Brazil. *Public Health Nutr.* 2020 Mar;23(4):756-767. doi: 10.1017/S1368980019003136. Epub 2019 Nov 5. PMID: 31685079; PMCID: PMC10200439.
47. Laurentino JSL, Morais MGC, Silva RT de O, Palmeira P de A. Mudanças na insegurança alimentar e condições sociodemográficas de famílias titulares do Programa Bolsa Família: evidências de um estudo longitudinal em um município da Paraíba, Brasil, 2011-2019. *Segur. Aliment. Nutr.* [Internet]. 28º de abril de 2023 [citado 26º de agosto de 2024];30(00):e023003. Available at: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8670711>.
48. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o programa Bolsa Família e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2004 [capturado em 13 nov. 2019]. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm.
49. Borchers J, Cunha MS. Impact of the Bolsa Familia Program on children and adolescents educational level. *Global J Hum Soc Sci Res.* 2021;21(6):12-23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/361860089_Impact_of_the_Bolsa_Familia_Program_on_Children_and_Adolescents'_Educational_Level_Impact_of_the_Bolsa_Familia_Program_on_Children_and_Adolescents'_Educational_Level.
50. Schott E, Rezende FAC, Priore SE, Ribeiro AQ, Franceschini S do CC. Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020;23:e200096. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200096>.
51. Brasil. Ministério da cidadania. Criança Feliz: manual do visitador. Brasília: Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 2021. 47 p.
52. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES). Manual Operacional para o Gestor do Prato Cheio. Brasília: SEDES; 2021.
53. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. SUAS e Programa Criança Feliz: Atuação integrada. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano.
54. Dos Santos LMTD, Godoi L, de Andrade E Guimarães B, Coutinho IM, Pizato N, Gonçalves VSS, Buccini G. A qualitative analysis of the nurturing care environment of families participating in Brazil's Criança Feliz early childhood program. *PLoS One.* 2023 Jul 19;18(7):e0288940. doi: 10.1371/journal.pone.0288940. PMID: 37467262; PMCID: PMC10355381.
55. Ribas AFP, Seidl de Moura ML. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2004;17(3):315–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300004>.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
57. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54-60. Available at: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000100008
59. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação. Rio de Janeiro, abril de 2014.
59. Nord, C. Texto base-texto meta. Un modelo funcional de análisis pretraslativo. Tradução e adaptação de Cristiane Nord. Castelló de la Plana, Espanha: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2012.
60. Brasil. Lei nº 14.601, de 19 de julho de 2023. Dispõe sobre a inclusão produtiva e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2023 Jul 19. Available at: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114601.htm.
61. Governo do Distrito Federal (GDF). Decreto nº 41.570, de 7 de dezembro de 2020. Regulamenta a Lei nº 6.657, de 29 de julho de 2020. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2020. Available at: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/a434d024f3734f468e9727f53f02aa6c/Decreto_41570_07_12_2020.html.
62. Governo do Distrito Federal (GDF). Lei nº 7.008, de 20 de outubro de 2021. Institui o Programa DF Social. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2021. Available at: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/40d9acb49b074f92826c714acbd4fbb4/Lei_7008_2021.html.
63. Governo do Distrito Federal (GDF). Lei nº 6.938, de 10 de agosto de 2021. Institui o Programa Cartão Gás. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2021. Available at: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/73a4d82907db4ab98fbce2982adcf5a8/Lei_6938_2021.html.
64. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES). CRAS: Serviços, Programas e Benefícios. [Internet]. Brasília (DF): SEDES; 2023. Available at: <https://www.sedes.df.gov.br/cras-servicos-programas-e-beneficios/#identidade>.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos dessa dissertação apresentaram dados sobre a característica da alimentação, situação de SAN e a participação em programas socioassistenciais de crianças de 0 a 36 meses em situação de vulnerabilidade social no Distrito Federal.

No estudo transversal, foi observado que mais de 50% das crianças beneficiárias ainda eram amamentadas no momento da coleta de dados; no entanto, os resultados mostraram interrupção do AME entre grande parte das crianças menores de seis meses e a introdução precoce de AUPs. Os dados reforçam a necessidade de estratégias para apoiar, promover e proteger o aleitamento materno e a introdução alimentar adequada, a fim de prevenir prejuízos à saúde na infância e ao longo da vida. Para tal, faz-se necessária a integração de ações de EAN ao programa, capacitando famílias e cuidadores a reconhecerem e evitarem alimentos prejudiciais à saúde.

Já o estudo longitudinal investigou a IA de crianças de 0 a 36 meses, assistidas pelo PCF no Distrito Federal, investigando a influência da adesão ao Programa e o recebimento de outros benefícios socioassistenciais nesta condição. Os resultados mostraram uma redução significativa na IA após 6 e 12 meses de acompanhamento. Os beneficiários do PBF e de outros programas sociais, além daqueles que receberam visitas regulares do PCF, apresentaram as maiores reduções na IA demonstrando a eficácia dessas iniciativas como mecanismos de proteção social. No entanto, os dados evidenciam que, apesar dos avanços, as taxas de IA ainda permanecem altas em comparação aos dados nacionais, evidenciando que a vulnerabilidade persiste e que os programas, embora eficazes, não são suficientes para resolver integralmente o problema da IA.

Nesse contexto, diversos desafios ainda precisam ser superados. Entre eles, destaca-se a importância de que as políticas públicas sejam orientadas pelo DHAA. O reconhecimento da alimentação como direito fundamental e determinante de saúde deve ser incorporado de maneira transversal em todas as ações e políticas públicas a fim de garantir a SAN.

Como reflexão, ressalta-se a relevância dos programas socioassistenciais e de promoção do DI para as famílias em situação de vulnerabilidade, destacando a necessidade de contínuos investimentos e aperfeiçoamento dos mesmos. No entanto, é crucial que estudos futuros aprofundem suas avaliações de maneira mais ampla e intersetorial. Nesta dissertação, foi analisada apenas uma dimensão da SAN, o acesso. Considerando a natureza multidimensional da SAN, é fundamental que outras pesquisas explorem diferentes aspectos dessa questão, proporcionando uma compreensão mais completa e integrada.

Em síntese, este estudo não só amplia o conhecimento sobre o AM, o consumo alimentar e a IA de crianças em situação de vulnerabilidade, como também oferece novas evidências para a formulação e implementação de políticas e ações destinadas às crianças. Dessa forma, o trabalho cumpre seu papel social e acadêmico ao contribuir para o avanço das discussões no campo da saúde coletiva, consolidando-se como uma importante contribuição no contexto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

9. REFERÊNCIAS

- ABDAL, A. O Programa Criança Feliz – um balanço crítico de sua implementação com ênfase nos municípios. **Revista Parlamento e Sociedade**, v. 10, n. 19, p. 97-121, 2022. Disponível em: <https://parlamentoesociedade.emnuvens.com.br/revista/article/view/243>. Acesso em: 22 jul. 2023.
- ABOUD, F.; YOUSAFZAI, A. Global health and development in early childhood. **Annual Review of Psychology**, v. 66, p. 433-457, 2015.
- ABUCHAIM *et al.* Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV, 2016. (Série Estudos do Comitê Científico: NCPI 2).
- AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.
- AGUAYO, V. M.; NAIR, R.; BADGAIYAN, N.; KRISHNA, V. Determinants of stunting and poor linear growth in children under 2 years of age in India: an in-depth analysis of Maharashtra's comprehensive nutrition survey. **Maternal & Child Nutrition**, v. 12, n. Suppl 1, p. 121–140, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12259>
- ALVES, G.M; DE OLIVEIRA CUNHA, T.C. A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 10, n. 27, p. 46-62, 2020. DOI: 10.25242/8876102720201966. Disponível em: https://www.perspectivasonline.com.br/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/1966 Acesso em: 23 set. 2024.
- ALVES, K. P.; JAIME, P. C. O Programa Nacional de Alimentação Escolar e seu papel na promoção de hábitos alimentares saudáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 37-46, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5rjQDDxqWPZ5KprPdJMLFzB/>. Acesso em: 19 set. 2024.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 mai. 2024.

ARANHA, A. Arranjos intersetoriais no enfrentamento da pobreza: análise da construção da política de segurança alimentar no Brasil. In: XIX Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Quito, Equador, 11-14 nov. 2014. Disponível em: <http://siare.clad.org/fulltext/0077850.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.

ATTANASIO, O. P. *et al.* Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ. Clinical research ed.* 2014, 349, g5785. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5785>

AULICINO, C.; LANGOU, G. D. **Políticas públicas de desenvolvimento infantil na América Latina. Levantamento e análise de experiências.** 2015. Disponível: <http://www.reduca-al.net/les/observatorio/reportes/politicas-publicas-portugues-web-2016-APOIADORES.pdf>. Acesso em 23 ago.2023

BEATRIZ, O. A. *et al.* **Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II / organização.** Comitê Científico do Núcleo Pela Infância. Redação: 1. ed. — São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV, 2016. — (Série Estudos do Comitê Científico: NCPI 2).

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

BÉGIN, F.; AGUAYO, V. M. First foods: why improving young children’s diets matter. **Maternal & Child Nutrition, Hoboken**, v. 13, Suppl. 2, e12528, 2017.

BHUTTA, Z. A. *et al.* Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? **The Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 452-477, 2013.

BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, 2016, v. 389, n. 10064, p. 77-90.

BLACK, M.M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, 2017, v. 389, n. 10064, p. 77-90.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, 2017.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, P. M. M. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, v. 87, n. 5, p. 399-404, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000500006>.

BRASIL. **Atlas da obesidade.** 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf. Acesso em: 22 jan. 2024.

BRASIL. **Avanços no Marco Legal da Primeira Infância.** 2016a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução no 130, de 15 de julho de 2005. **Aprova a Norma Operacional Básica de Assistência Social.** Diário Oficial da União, 25 jul. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, de 01 de fevereiro de 2024**. Brasília; 2024a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3316-resolucao-n-738-de-01-de-fevereiro-de-2024#>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 maio. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 39.867, de 31 de maio de 2019**. Institui o Programa Criança Feliz Brasileira e cria seu Comitê Gestor no âmbito do Distrito Federal. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b4364404f7fd4837969fad2ad70f7e35/Decreto_39867_31_05_2019.html. Diário Oficial da União, 9 mar. 2019b., Acesso em: 23 set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União, 2015b.

BRASIL. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Diário oficial da União. seção 1. 2016. p. 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 fev. 2010. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Guia para visita domiciliar: manual**. 1. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019a.

BRASIL. **Informação e gestão da atenção básica**. e-GESTOR AB/SISAB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 18 mai. 2024.

BRASIL. **Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União, 9 mar. 2016b.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm. Acesso em: 13 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 set. 2006a.

BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica;

altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jun. 2009b.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 27 set 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Criança Feliz: manual do visitador.** Brasília: Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, 2021. 47 p.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual de Gestão Municipal do Programa Criança Feliz.** 2019c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Manual%20do%20Gestor.pdf. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria MC nº 664, de 2 de setembro de 2021.** Consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Diário Oficial da União, 6 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos.** Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersectoriais na primeira infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. il.

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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.: il. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/12783/1/Orientacao_marcadores_consumo_alimentar.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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: 2019. Ministério da Saúde. 265p.; [accessed 2021 Jan 6]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 134 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/SUAS_SISAN.PDF. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_hipertensao_arterial.pdf. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/>. Acesso em: 8 mar. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 1º de setembro de 2023**. Estabelece as orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 29-30, 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Programa Criança Feliz: a Intersetorialidade na Visita Domiciliar**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; **Norma Operacional Básica – NOB/Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Estudo Técnico No. 01/2014** - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Articulação SUAS e SISAN**. Brasília, 2018b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/SUAS_SISAN.PDF. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Comissão Intergestores Tripartite aprova resolução que trata sobre o reordenamento do Programa Criança Feliz**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/comissao-intergestores-tripartite-aprova-resolucao-que-trata-sobre-o-reordenamento-do-programa-crianca-feliz>. Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **SUAS e Programa Criança Feliz: atuação integrada**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, 2018c.

BRASIL. **Portaria MC nº 664, de 2 de setembro de 2021**. Consolida os atos normativos que regulamentam o Programa Criança Feliz/Primeira Infância no Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/9f4b75f2c9fa4d2791c35a63b3e35032/Portaria_664_02_09_2021.html Acesso em: 23 set. 2024.

BRENTANI, A. *et al.* A home visit-based early childhood stimulation programme in Brazil-a randomized controlled trial. **Health Policy and Planning**, v. 36, n. 3, p. 288-297, 2021. DOI: 10.1093/heapol/czaa195.

BRITTO PR *et al.* Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. **The Lancet**. 2017 Jan 7;389(10064):91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3. Epub 2016 Oct 4. PMID: 27717615.

BUCCINI G *et al.* Scaling up a home-visiting program for child development in Brazil: a comparative case studies analysis. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 29, p. 100665, 2024. doi: 10.1016/j.lana.2023.100665.

Buccini G *et al.* Pathways to scale up early childhood programs: A scoping review of Reach Up and Care for Child Development. **PLOS Glob Public Health**. 2023 Aug 9;3(8):e0001542. doi: 10.1371/journal.pgph.0001542. PMID: 37556418; PMCID: PMC10411826.

- BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1441–1451, nov. 2007.
- CABRAL, C. S.; LOPES, A. G.; LOPES, J. M.; VIANNA, R. P. T. Food security, income, and the Bolsa Família program: a cohort study of municipalities in Paraíba State, Brazil, 2005-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 393-402, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00140112>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- CARDOSO, A. A.R; DA SILVA LIMA, M.R; CAMPOS, M.O.C. Educação nutricional para pais e pré-escolares em uma creche. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.
- CARDOSO, L. de O.; MENEZES, M. C. de; PESSOA, M. C. A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, e00038621, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038621>.
- CASEMIRO, J. P.; VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L. Direito humano à alimentação adequada: um olhar urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2085–2093, jul. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400022>
- CAVALCANTI, A. U. A.; BOCCOLINI, C. S. Desigualdades sociais e alimentação complementar na América Latina e no Caribe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 619-630, fev. 2022.
- CAVALCANTI, P.B *et al.* A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, n. 39, p. 192-215, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2024.
- CHIESA, A.M. **Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância: estudo IV**. São Paulo: Núcleo Ciência Pela Infância, 2018. Disponível em: <https://ncpi.org.br/publicacoes/visita-domiciliar-como-estrategia-de-promocao-do-desenvolvimento-e-da-parentalidade-na-primeira-infancia/>. Acesso em: 21 abr. 2024.
- COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília - Distrito Federal; 2021. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf
- CONDE, R. G. *et al.* Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 383-389, 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional: Relatório final**. Fortaleza: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2007.
- COOK, J. T.; FRANK, D. A. Food security, poverty, and human development in the United States. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1136, p. 193-209, 2008.
- CUNHA, C. G. S. da. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento**, n. 12, dez. 2018.

CUNILL-GRAU, N. **A intersectorialidade nas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual**. In: MACEDO, J. M.; XEREZ, F. H. S.; LOFRANO, R. (orgs). *Intersectorialidade nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família*. Brasília: Cadernos de Estudo – Desenvolvimento Social, n. 26, p. 38, 2016.

CURI, A. Z.; MENEZES-FILHO, N. A. **A relação entre educação pré-primária, salários, escolaridade e proficiência escolar no Brasil**. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 811-850, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612009000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 mar. 2023.

DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-13, 19 fev. 2018.

DE OLIVEIRA *et al.* Household food insecurity and early childhood development: systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, Hoboken, v. 16, n. 3, p. e12967, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12967>

DE SOUZA, M.S. *et al.* Ultra-processed foods and early childhood caries in 0–3-year-olds enrolled at Primary Healthcare Centers in Southern Brazil. **Public Health Nutr**; 24:3322–3330, 2021.

DHURANDHAR, E. J. The food-insecurity obesity paradox: a resource scarcity hypothesis. *Physiology & Behaviour*, v. 162, p. 88-92, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.04.025>.

DOS REIS, W.A; DOS SANTOS R. A M. Estratégias de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, 2018.

DOS SANTOS LMTD, *et al.* A qualitative analysis of the nurturing care environment of families participating in Brazil's Criança Feliz early childhood program. **PLoS One**. 2023 Jul 19;18(7):e0288940. doi: 10.1371/journal.pone.0288940. PMID: 37467262; PMCID: PMC10355381..

DRAXTEN, M. *et al.* Parental role modeling of fruits and vegetables at meals and snacks is associated with children's adequate consumption. **Appetite**, v. 78, p. 1-7, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.02.017>.

EICHER-MILLER, H. A.; ZHAO, Y. Evidence for the age-specific relationship of food insecurity and key dietary outcomes among US children and adolescents. **Nutrition Research Reviews**, v. 31, n. 1, p. 98-113, jun. 2018. DOI: 10.1017/S0954422417000245.

EICKMANN, S. H. *et al.* Improved cognitive and motor development in a community-based intervention of psychosocial stimulation in northeast Brazil. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 45, n. 8, p. 536-541, 2003.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. Roma: **FAO**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/ca9692en>. Acesso em: 8 mar. 2023.

FARAH, M. **Análises de políticas públicas**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <https://ss.cursos.fgv.br/d21/le/content/32745/Home>. Acesso em: 20 mar. 2024.

FERNANDES, D. A. **A importância do brincar no desenvolvimento infantil: o Programa Criança Feliz**. 2020. Monografia (Licenciatura em Pedagogia) – Instituto Federal do Espírito Santo, Campus Itapina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ifes.edu.br/handle/123456789/1639>. Acesso em: 23 set. 2024.

FONTANA, I. L. M.; CAMPOS, R. Brasil carinhoso: análises iniciais sobre a concepção de criança no programa. **Revista Educativa**, Goiânia, v. 19, n. 2, p. 737-755, 2017. DOI: 10.18224/educ.v19i2.5416. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/educativa/article/view/5416>. Acesso em: 5 maio 2024.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 em relación el hambre: balance de los desiguales progresos**. Roma: FAO, 2015.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **The State of Food Insecurity in the World: When people Live with Hunger and Fear Starvation**. Roma, 2002. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/pdf/005/y7352e/y7352e00.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2023.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **The state of food insecurity in the world**. Rome: FAO, 2013.

FRAM, M. S.; RITCHIE, L. D.; ROSEN, N., *et al.* Child experience of food insecurity is associated with child diet and physical activity. **Journal of Nutrition**, v. 145, p. 499-504, 2015.

FUGYMOTO, G. **Cenário mundial das políticas da primeira infância**. In: Primeira Infância: Avanços do marco legal da primeira infância. Brasília: Centro de Estudos e Debates Estratégicos, 2016.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL (FMCSV). **Visita domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância**. São Paulo: FMCSV, 2018.

GILLMAN, M. W. *et al.* Family dinner and diet quality among older children and adolescents. **Archives of Family Medicine**, v. 9, n. 3, p. 235-240, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil: tecnologia para exportar. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 3, p. 183-184, 2002.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. **Alimentação complementar**. *Jornal de Pediatria*, v. 76, Supl. 3, p. S253-62, 2000.

GOMES R. M *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e40010212616, 2021 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12616>

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 935-944, 2012.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal (SEDES). CRAS: Serviços, Programas e Benefícios. [Internet]. Brasília (DF): SEDES; 2023. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/cras-servicos-programas-e-beneficios/#identidade>.

GT AGENDA 2030. **VII Relatório Luz do Desenvolvimento Sustentável** | 2023.
Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/relatorio-luz/relatorio-luz-do-desenvolvimento-sustentavel-no-brasil-2023/>.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática I**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 845 p.

GUTTENTAG, C. L. *et al.* "My Baby & Me": effects of an early, comprehensive parenting intervention on at-risk mothers and their children. **Developmental psychology**. 2014; 50(5), 1482–1496. <https://doi.org/10.1037/a0035682>.

HANSON, K.L. AND CONNOR, L.M. Food Insecurity and Dietary Quality in US Adults and Children: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2014; 100, 684-692. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.084525>.

HARTINGER, S. *et al.* Impact of a child stimulation intervention on early child development in rural Peru: a cluster randomised trial using a reciprocal control design. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 3, p. 217-224, 2017.

HECKMAN, J. J. Policies to foster human capital. **Research in Economics**, v. 54, p. 3-56, mar. 2000.

HECKMAN, J. J.; MASTEROV, D. V. The productivity argument for investing in young children. **Review of Agricultural Economics**, v. 29, n. 3, p. 446-493, 2007. Disponível em: https://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman_Masterov_RAE_2007_v29_n3.pdf. Acesso em: 1 jun. 2024.

HENWOOD, T. *et al.* Do home visiting programmes improve children's language development? A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 109, p. 103610, 2020.

HINGLE, M. *et al.* Food security is associated with higher diet quality among children of the US-affiliated Pacific region. **Journal of Nutrition**, v. 153, n. 3, p. 848-856, mar. 2023. DOI: 10.1016/j.tjnut.2023.01.015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro, Brasil. IBGE. 2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas do Estado Brasileiro: escolaridade no setor pública**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/> Acesso em 22 fev. 2024.

INZAGHI, E. *et al.* The effects of nutrition on linear growth. **Nutrients**, v. 14, n. 9, p. 1752, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14091752>.

ISOYAMA VENANCIO, S. Políticas Públicas dirigidas para primeira infância: uma agenda em expansão. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 15-18, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34648>. Acesso em: 20 set. 2024.

IZIDORO, N. O.; *et al.* Prevalência de aleitamento materno e fatores associados entre mães adolescentes de Governador Valadares, Minas Gerais. **HU Revista**, v. 48, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/35587>.

JEONG, J. *et al.* Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: a global systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v. 18, n. 5, p. e1003602, 2021.

JESUS, J. G., HOFFMANN, R., MIRANDA, S. H. G. Insegurança alimentar, pobreza e distribuição de renda no Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**. 2024: 62(4), e281936. <https://doi.org/10.1590/1806-9479.2023.281936>

JONES, G. *et al.* How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13811-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13811-1). Acesso em: 8 mar. 2023.

KALIL, I. R.; COSTA, M. C. “Nada mais natural que amamentar”. Discursos contemporâneos sobre aleitamento materno no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 4, dez. 2012.

KARNOPP E.V.N *et al.* Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. **J Pediatr (Rio J)**. 2017Jan;93(1):70–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.04.007>.

KOLETZKO B, *et al.* EarlyNutrition Project Systematic Review Group. Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. **Ann Nutr Metab**. 2019;74(2):93-106. doi: 10.1159/000496471. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30673669; PMCID: PMC6397768.

LACERDA, E. M. DE 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, p. e00081422, 2023.

LAZARETTI, L. R.; BECKER, K. L. **O programa criança feliz: uma avaliação do impacto sobre a mortalidade e a nutrição materna e infantil**. [S.l.]: ANPEC, 2022. Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2022/submissao/files_I/i12-7ca7abe97189fe5a8a1b997216791e35.pdf.

LEAL, M. L. P.; LEAL, M. F. P.; CÉSAR, M. C. **Matriz intersetorial de enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes**: relatório. Brasília, 2011. Disponível em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Direitos_da_Criana_e_do_Adolescente/RelatorioMatriz.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

LEÃO, M. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

LING J. *et al.* Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. **Obes Rev**. 2023 Feb;24(2):e13535. doi: 10.1111/obr.13535. Epub 2022 Nov 27. PMID: 36437105; PMCID: PMC10078467.

- LOPES, W.C. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020
- MAIA, P. R. da S *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 285-292, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000300004>. Acesso em: 20 set. 2024.
- MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2023.
- MALUF, R. R. P. VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. **Rede PENSSAN**. [S. l.: s. n.], 2021.
- MALUF, R.S. **Manifestações de Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil**. In: Segurança Alimentar e Nutricional. Editora Vozes. 2ª edição. 2009.
- MARTINS BG *et al.* Fazer refeições com os pais está associado à maior qualidade da alimentação de adolescentes brasileiros. **Cad Saúde Pública**. 2019;35(7):e00153918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153918>.
- MATTOS, E. J. de; BIANCHI, L.; TOIGO, C. H. Avaliando a insegurança alimentar no Brasil: a questão dos efeitos não simétricos. **Nova Economia**, v. 30, n. 3, p. 969-998, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6351/5239>.
- MCGINNIS S, *et al.* Let's Talk About Breastfeeding: The Importance of Delivering a Message in a Home Visiting Program. **American Journal of Health Promotion**. 2018 May 23;32(4):989–96.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 848 p.
- MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. ISBN 978-85-8071-034-2.
- MENDES, L. D. T. *et al.* **A qualitative analysis of the nurturing care environment of families participating in Brazil's Criança Feliz early childhood program**. [S.l.: s.n.], 2023.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* The recent revival of breast-feeding in the city of São Paulo, Brazil. **American Journal of Public Health**, [Washington], n. 77, p. 964-966, 1987.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Roma: FAO, 2019.
- MORAIS, D. C. *et al.* Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1475-1488, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.13012013>. Acesso em: 22 jan. 2024.
- MUNHOZ, T. N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00316920, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>.

NEAULT, N. B. *et al.* Breastfeeding and health outcomes among citizen infants of immigrant mothers. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, p. 2077-2086, 2007.

NILSON, E. A. F.; *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

NUNES, L. M. *et al.* Efeito de intervenção no cumprimento das recomendações alimentares no primeiro ano de vida: ensaio clínico randomizado com mães adolescentes e avós maternas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, e00205615, 2017.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Insegurança Alimentar e Estado Nutricional de Crianças de São João do Tigre, no Semiárido do Nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.3, p.413-423. 2009.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Anemia, Hipovitaminose A e Insegurança Alimentar em Crianças de Municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p.: 651-664. 2010.

OLIVEIRA, M. L. de. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_bd32a5cf5e42600672a222be2680d5f0/Details. Acesso em: 8 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comentário geral n. 12: o direito humano à alimentação adequada (art. 11)**. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos: ONU, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 5 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública** / Alessandra Schneider e Vera Regina Ramires. – Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.p. 128

PAIVA P.A. *et al.* Home care services: eligibility, inclusion, exclusion and discharge criteria. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2016 Apr/June; 29(2): 244-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300018>

PALHETA, Q. A. F. *et al.* Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 8, p. e5926, 2021.

PALMER, G. **The politics of breastfeeding**. 4. ed. London: Pandor Press, 1993.

PASSANHA, A. *et al.* Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013.

PASSANHA, A.; BENICIO, M. H. D.; VENÂNCIO, S. I. Influence of breastfeeding on consumption of sweetened beverages or foods. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 00008, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;2018;36;2;00008>. Acesso em: 12 jun. 2023.

PATRIOTA, É. S. O *et al.* Association between household food insecurity and stunting in children aged 0-59 months: systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Maternal & Child Nutrition**, 2024, e13609. doi: 10.1111/mcn.13609. Epub ahead of print. PMID: 38196291.

PEDRAZA, D. F.; LINS, A. C. L. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 3, p. 5329-5350, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.33202019>

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16281>. Acesso em: 19 set. 2024.

PÉREZ-ESCAMILLA, R *et al.* Perspective: Should Exclusive Breastfeeding Still Be Recommended for 6 Months? **Adv Nutr.** 2019 Nov 1;10(6):931-943. doi: 10.1093/advances/nmz039. PMID: 31147672; PMCID: PMC6855974.

PÉREZ-ESCAMILLA, R, *et al.* Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet.** 2023 Feb 11;401(10375):472-485. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8. Epub 2023 Feb 7. Erratum in: *Lancet.* 2023 Mar 18;401(10380):916. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00410-5. PMID: 36764313.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURA-PÉREZ, S.; LOTT, M. Feeding guidelines for infants and young toddlers: A responsive parenting approach. **Nutrition Today**, v. 52, n. 5, p. 223-231, 2017.

PIASETZKI, T.R; BOFF, E. T. de O.; BATTISTI, E. I. D. Influência da Família na Formação dos Hábitos Alimentares e Estilos de Vida na Infância. **Revista Contexto & Saúde**, [S. L.], V. 20, N. 41, P. 13–24, 2020. Doi: 10.21527/2176-7114.2020.41.13-24. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/11091>. Acesso em: 1 fev. 2024.

PIETROBELLI, A. *et al.* Nutrition in the first 1000 days: Ten practices to minimize obesity emerging from published science. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, 2017.

PRADO, E. *et al.* Do effects of early life interventions on linear growth correspond to effects on neurobehavioural development? A systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 10, p. e1398-e1413, 2019.

QUINTINO, M. A.; LEACHI, H. F. L. Home nursing assistance and care in a pandemic time. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e2911729662, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29662. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29662>. Acesso em: 28 mai. 2024.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, p. S37-S45, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>. Acesso em: 23 set. 2024.

REA, M. F. & BERQUÓ, E. S. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in greater.1990: São Paulo. **Bulletin of the World Health**

Organization, 68 (3), 365 - 371. World Health Organization. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/261288>.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (PENSSAN). **II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: relatório final**. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024. (Análise; 1).

REDE DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (REDESAN) *et al.* **Equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional**. Porto Alegre: Evangraf, 2011. 80 p. (GenteSAN, v. 4).

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 4, n. 1, p. 85-94, jan. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000100008>. Acesso em: 4 maio 2024.

SAHOO, K. *et al.* Childhood Obesity: Causes and Consequences. **Journal of Family Medicine and Primary Care**. 2015, 4, 187-192. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3096888>

SANTOS IS, *et al.* Evaluation of the Happy Child Program: a randomized study in 30 Brazilian municipalities. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022 Dec;27(12):4341-4363. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320222712.13472022. Epub 2022 Aug 26. PMID: 36383848.

SANTOS, J. I. de L. de. **Programa Criança Feliz e sua contribuição para a segurança alimentar e nutricional** [trabalho de conclusão de curso]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2022.

SAVASSI, L. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SEGALL-CORRÊA AM, MARIN-LEON L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 2009; 16:1-19.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o Programa Bolsa Família em questão. **O Social em Questão**, ano XVII, n. 30, 2014. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.pucrio.br/media/OSQ_30_Senna_12.pdf. Acesso em: 22 jan. 2024.

SENTHILKUMAR, S. K.; CHACKO, T. V.; SUVETHA, K. Nutritional status assessment of children aged 0–5 years and its determinants in a tribal community of Coimbatore district.

International Journal of Community Medicine and Public Health, v. 5, n. 7, p. 2835–2845, 2018.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: health and economic consequences of an impending global challenge**. [S.l.]: World Bank Publications, 2020.

SILVA, D. S. S. *et al.* Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. **Cadernos UniFOA**, v. 12, n. 35, p. 135-140, 2018.

SILVA, D.; SOARES, P.; MACEDO, M. V. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. **Unimontes Científica**, v. 19, n. 2, p. 146-157, 2017.

SILVA, E. V. *et al.* Effectiveness of a large-scale home visiting programme (PIM) on early child development in Brazil: quasi-experimental study nested in a birth cohort. **BMJ Global Health**, v. 7, e007116, 2022.

SIQUEIRA, L.D *et al.* Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 5, p. 584-591, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900081>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SOARES, L. B.; MISHIMA, F. K. T.; FERRIANI, M. G. C. As vozes do Programa Criança Feliz: desafios e potencialidades. **Serviço Social e Sociedade** [online], v. 146, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.327>. Acesso em: 4 maio 2024.

SOUSA PLR *et al.* The decline in breast-feeding in Brazil. **J Trop Pediatr Environ Child Health**. 1975; 21: 212-3.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista UFG**, dez. 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SPANIOL, A. M. *et al.* Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **BMC Public Health**, v. 20, p. 330, 2020. DOI: 10.1186/s12889-020-8405-6.

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 23, p. 791-846, 2019.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Fundação Telefônica. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43.

TAYLOR, J. P.; EVERS, S.; McKENNA, M. Determinants of healthy eating in children and youth. **Canadian Journal of Public Health**, v. 96, supl. 3, p. 20-26, 2005.

TENÓRIO, F. G. **Gestão social, um conceito não-idêntico? Ou a insuficiência inevitável do pensamento**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) *et al.* **Levels and trends in child malnutrition. Joint Child Malnutrition Estimates**. [S.l.: s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Effective regulatory approaches to protect, support and promote better diets and create healthy food environments for children**. New York: United Nations Children's Fund, 2021.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Nutrition: good nutrition is the bedrock of child survival and development**. Disponível em: <https://www.unicef.org/nutrition> (accessed on 12/dez/2023).

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2019: Crescendo saudável em um mundo em transformação: Crianças, alimentação e nutrição**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/situacao-mundial-da-infancia-2019-crianca-alimentacao-e-nutricao> Acesso em: 12 jun. 2024.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The State of World's Children 1998: Report on Malnutrition: Causes, consequences, and solutions**. Disponível em: <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/TheStateoftheWorld'sChildren1998.pdf> Acesso em: 12 jun. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI-2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (135 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-5-alimentacao-infantil-i/>

VALENTE, F. L. S. Direito humano à alimentação e à nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2003.

VENANCIO, S. I. *et al.* A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VENANCIO, S. I. *et al.* Factors associated with early childhood development in municipalities of Ceará, Brazil: a hierarchical model of contexts, environments, and nurturing care domains in a cross-sectional study. **Lancet Reg Health Americas**. 2022 Jan;5:100139. doi: 10.1016/j.lana.2021.100139.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>. Acesso em: 12 jun. 2023.

VERONESE, J. R. P.; RIBEIRO, J. O Pacto Nacional pela Primeira Infância: instrumento de proteção às crianças e garantia de um futuro ao país. **Revista CNJ**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 36-47, jul./dez. 2019.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, p. 340–57, 2008.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7). Acesso em: 12 jun. 2023.

VILANOVA, A.G *et al.* Avaliação Qualitativa da Percepção de Resultados do Programa Criança Feliz junto a seus beneficiários e agentes: Análise de Política Pública de Atenção à Primeira Infância. Vol. 5 N.º 1 (2023): **Sociedade em Debate**. Secção: Políticas Públicas de Direitos Humanos e efetividade social. Disponível em: <https://www.sociedadeemdebate.com.br/index.php/sd/article/view/74>. Acesso em: 23 set. 2024.

VISUALIZADOR DE DADOS SOCIAIS (VISDATA). **Programa Criança Feliz, 2023.**

Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/vis/data3>. Acesso em: 20 set. 2024.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, p. 7-13, jan./abr. 2020.

WOLFE, W. S.; FRONGILLO, E. A. Building household food security measurement tools from the ground up. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 22, n. 1, p. 5-12, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health.** Fifty seventh world health assembly [WHA 57.17]. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Macro Internacional. Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Geneva; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Obesity Atlas 2023.** 2023.

Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf. Acesso em: 22 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND.

Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: WHO; New York: UNICEF, 2021.

ZUNIGA HPP, MONTEIRO CA. **Uma nova hipótese para a ascensão da mortalidade infantil da cidade de São Paulo nos anos 60.** In: Monteiro, C.A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO/NUPENS-USP; 1995. p. 157-73

10. APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a), está sendo convidado a participar de uma pesquisa que será desenvolvida pela Universidade de Brasília: "Avaliação de Impacto do Programa Criança Feliz Brasileira". Essa pesquisa tem por objetivo avaliar o impacto da do Programa Criança Feliz Brasileira no desenvolvimento infantil e será realizada com famílias que recebem as ações do Programa Criança Feliz no Distrito Federal.

Se o (a) Sr(a), aceitar participar dessa pesquisa, iremos fazer algumas visitas à sua família para fazer perguntas sobre o desenvolvimento da sua criança, sobre alimentação, e sobre o cuidado com a criança. Durante a duração da pesquisa, o (a) Sr(a) poderá receber em torno de 3 visitas dos entrevistadores do projeto. Esses encontros terão uma duração de mais ou menos 50 minutos. As informações serão obtidas por meio de algumas questões que podem fazer com que o (a) Sr(a), se sinta desconfortável em responder. Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa. Caso não se sinta confortável em responder alguma pergunta, por favor me avise e eu tentarei minimizar o desconforto. Além disso, o Sr(a) tem a liberdade de não responder, interromper nossa conversa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Se o Sr(a), escolher participar, esse estudo não trará benefícios diretos para você. Entretanto, embora este estudo não beneficie você pessoalmente, esperamos que nossos resultados possam ajudar a melhorar o Programa Criança Feliz Brasileira, bem como a saúde e o bem-estar das crianças e suas famílias que participam do Programa.


Todas as suas respostas serão mantidas em segredo. Apenas os pesquisadores envolvidos neste estudo e os responsáveis pela supervisão da pesquisa terão acesso a qualquer informação que possa identificá-lo. Os formulários que preencheremos serão armazenadas em arquivos protegidos por senha. Somente pessoal autorizado do estudo terá acesso a ele para realizar a análise. Os arquivos eletrônicos não incluirão identificadores pessoais e serão excluídos após três anos. A principal investigadora do estudo controlará o acesso a cópias impressas dos dados, bem como o acesso a arquivos eletrônicos.

Sua participação neste estudo é importante e voluntária. O (a) Sr (a), não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. O (a) Sr (a), pode se recusar a participar ou encerrar sua participação a qualquer momento por qualquer motivo, ou se recusar a responder qualquer pergunta sem penalidade. Sua decisão de participar ou não, não afetará seu relacionamento com o visitador ou com os benefícios que recebe pelo programa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o(a) Sr(a), poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Vivian Siqueira Santos Gonçalves, e-mail: vivian.goncalves@unb.br que pode ser localizada na Universidade de Brasília (telefone 61-3107-1816), disponível inclusive para ligações a cobrar. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, também poderá ser consultado caso o(a) Sr(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 61- 3107-1947 - Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Brasília DF 70.904-970 ou pelo e-mail cepfs@unb.br.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

_____/_____/_____
Assinatura do entrevistado

Documento assinado digitalmente
 VIVIAN SIQUEIRA SANTOS GONCALVES
Data: 25/04/2022 13:45:39 -0300
Verifique em: <https://www.brasil.br.br>

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo

Apêndice 2 – Questionário aplicado nos três tempos de estudo

Tempo 1 (linha de base)

Bloco I - Informações sobre a família, cuidador e criança

» PARTE 1 - Identificação

1. Regiões Administrativas

- Brazlândia
- Planaltina
- Gama
- Paranoá
- Varjão
- Itapoã
- Fercal
- Sobradinho

4. A senhora aceita receber ligação do coordenador da equipe?

Essa ligação será apenas para confirmarmos algumas respostas, de perguntas aleatórias, dadas ao entrevistador

- Sim
- Não

4.1 Telefone (anotar telefone fixo, celular e de contato, se possível)

» PARTE 2 - Informações do cuidador e da família

» » DADOS DA FAMÍLIA

Começaremos conversando sobre você e a sua família

5. Qual o seu nome (primeiro nome)?

6. Qual a sua idade?

pipasDF 12

7. O que é da criança?

pipasDG 5

- Mãe
- Pai
- Avó
- Outro

7.1 Se outro, especifique

pipasDG 5.1

8. Quantas crianças tem no domicílio?

9. A mãe (você) da criança (nome da criança que participa do programa) tem outros filhos ou é responsável por outras crianças?

pipasDG 7

- Sim
- Não

10. Sua família passou por algum dos seguintes eventos nos últimos 12 meses?

pipasDG 4

- Mudou de emprego
- Perdeu o emprego ou a renda
- Divórcio ou separação
- Mudou de casa/cidade/país
- Morte na Família - Luto
- Novo filho (nascimento/adoção)
- Problemas médicos graves
- Evento traumático/desastre/acidente
- Outro grande evento
- Nenhum evento

10.1 Qual outro evento?

11. Qual a renda da família, somando todos os benefícios recebidos?

- <500 reais
- entre 500 e 1000 reais
- entre 1000 reais e 2000 reais
- > 2000 reais
- Não sabe ou não Respondeu

12. Participa de algum desses programas sociais?

- Auxílio Brasil
- Benefício de Prestação Continuada
- Auxílio Gás dos Brasileiros
- Bolsa Atleta
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)
- Programa DF Social
- Cartão Gás (DF)
- Cartão Creche (DF)
- Prato Cheio (DF)
- Cesta Verde (DF)
- Cesta emergencial (DF)
- Outro
- Nenhum dos listados acima

12.1 Qual?

pipasDF 2

13. Quem é o chefe da família?

pipasDF 3

- O pai da criança
- A mãe da criança
- Outro

13.1 Quem?

pipasDF 3.1

14. O chefe da família está:

pipasDF 8

- Empregado
- Desempregado
- Aposentado

15. Qual é a escolaridade do chefe da família? (caso não seja nem o pai, nem a mãe)

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

16. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio?

17. Qual é a escolaridade do pai da criança (nome da criança que participa do programa)?

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

18. Qual é a escolaridade da mãe da criança (nome da criança que participa do programa)?

- Analfabeta
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

19. A mãe da criança (nome da criança que participa do programa) está:

- Empregada
- Desempregada
- Aposentada
- Licença maternidade remunerada

19.1 A mãe da criança (nome da criança que participa do programa) trabalha fora quantas vezes por semana?

- até 3 vezes
- 4 a 6 vezes
- Todos os dias
- Licença maternidade

20. Quando a criança (nome da criança que participa do programa) nasceu a mãe teve direito a licença maternidade?

- Sim 4 meses
- Sim 6 meses
- Não
- Não estava trabalhando
- Não sabe

21. A criança (nome da criança que participa do programa) convive com pessoas que fazem uso de álcool ou droga?

pipasDF 14

- Sim
 Não
 Não sei

22. A mãe fez/faz uso de bebida alcoólica durante a gestação?

pipasDF 15

- Sim
 Não
 Não sei

23. A mãe fumou/fuma durante a gestação da criança?

pipasDF 16

- Sim
 Não
 Não sei

» PARTE 3 - Informações sobre a criança

» » DADOS SOBRE A CRIANÇA

Agora vamos falar somente sobre a criança que participa do Programa Criança Feliz Brasileira

24. Qual o nome da criança que participa do Programa?

25. Data de nascimento da criança da criança mais nova

yyyy-mm-dd

26. Sexo da Criança

pipasDG 10

- Feminino
 Masculino

27. Como você classifica a cor da criança?

pipasDC 11

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei

28. A mãe da criança fez pré-natal durante a gestação da criança (nome da criança que participa do programa)?

pipasDC 1

- Sim
- Não
- Não sei

28.1 Quantas consultas?

Entrevistador, confirme essa informação na caderneta da criança

pipasDC 2

- 1 a 3
- 4 a 6
- 7 ou mais
- Não Lembro
- Não sei

29. Qual o tipo de parto da criança (nome da criança que participa do programa)?

Entrevistador, confirme essa informação na caderneta da criança

pipasDC 3

- Vaginal
- Cesárea
- Fórceps
- Ignorado
- Não sei

30. Foi prematuro?

Entrevistador, confirme essa informação na caderneta da criança. Consideramos prematuro o bebê que nasce antes das 37 semanas de gestação.

pipasDC 4

- Sim
- Não
- Não Sei

30.1 Se sim, quantas semanas?

Entrevistador, confirme essa informação na caderneta da criança

pipasDC 5

41. Qual o peso de nascimento da criança?

Se possível, pegue a caderneta e confira a informação. (Em gramas)

pipasDC 6

42. A criança (nome da criança que participa do programa) teve algum problema ao nascimento?

pipasDC 7

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não sei

42.1 Se sim, qual?

pipasDC 8

43. A criança (nome da criança que participa do programa) ficou em contato pele a pele sobre o corpo da mãe logo após o nascimento?

pipasDC 9

- Sim
- Não
- Não Lembro
- Não sei

44. Foi amamentado na primeira hora de vida?

pipasDC 10

- Sim
- Não
- Não Lembro
- Não sei

45. Ela ainda mama no peito?

pipasDC 11

- Sim
- Não
- Nunca mamou
- Não sei

45.1 Até quando ela mamou no peito?

resposta em meses

45.2 Até quando ela mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos?

resposta em meses

pipasDC 13

46. A senhora já deu, alguma vez, para o seu filho(a), água, chá ou algum outro alimento?

pipasDC 14

- Sim
 Não

47. Desde ontem de manhã até hoje de manhã, o que seu filho(a) comeu algum desses alimentos? Eu vou perguntar os alimentos e você responde sim ou não:

pipasDC 15

48. A criança (nome da criança participante do programa) ontem tomou leite?

pipasDC 16

- Sim
 Não
 Não sei

49. A criança (nome da criança participante do programa) ontem tomou água/chá?

pipasDC 17

- Sim
 Não
 Não sei

50. A criança (nome da criança participante do programa) ontem tomou suco natural?

pipasDC 18

- Sim
 Não
 Não sei

51. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu carne ou ovo?

pipasDC 19

- Sim
 Não
 Não sei

52. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu legumes?

pipasDC 20

- Sim
 Não
 Não sei

53. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu verduras?

pipasDC 21

- Sim
 Não
 Não sei

54. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu frutas?

pipasDC 22

- Sim
 Não
 Não sei

55. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu arroz/batata/mandioca/macarrão?

pipasDC 23

- Sim
 Não
 Não sei

56. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu feijão/lentilha?

pipasDC 24

- Sim
 Não
 Não sei

57. A criança (nome da criança participante do programa) ontem tomou refrigerante ou suco de caixinha?

pipasDC 25

- Sim
 Não
 Não sei

58. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu biscoito salgado/doce?

pipasDC 26

- Sim
 Não
 Não sei

59. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu salgadinho de pacote?

pipasDC 27

- Sim
 Não
 Não sei

60. A criança (nome da criança participante do programa) ontem comeu bala/pirulito/chocolate/guloseimas?

pipasDC 28

- Sim
 Não
 Não sei

61. Escreva outro alimento informado pela mãe/cuidador que não foi citado nas perguntas acima

pipasDC 29

62. A criança (nome da criança participante do programa) recebeu visita domiciliar de algum profissional da saúde na 1ª semana de vida?

pipasDC 30

- Sim
- Não
- Não lembro
- Não sei

63. A mãe recebeu visitas domiciliares entre o sétimo e o décimo dias de nascimento do seu filho(a) (nome da criança)?

- Sim
- Não

64. A criança frequenta creche/escola?

pipasDC 35

- Sim
- Não
- Não sei

65. Que tipo de creche/escola?

pipasDC 36

- Pública/Filantrópica
- Privada
- Não sei

65.1 Desde que idade?

» » PCFB

Agora vamos falar sobre o programa de visita domiciliar que seu Filho(a) recebe, o Programa Criança Feliz Brasileira

67. A mãe da (nome da criança que participa do programa) recebeu visitas em sua casa do Programa Criança Feliz Brasileira durante a gestação?

- Sim
- Não

68. Quantas visitas do Programa Criança Feliz Brasileira a mãe recebeu quando gestante?

- 2 por mês (1 a cada 15 dias)
- <2 por mês
- Nenhuma

69. A criança (nome da criança que participa do programa) recebe visitas em sua casa do Programa Criança Feliz Brasileira?

- Sim
- Não

69.1 Há quanto tempo essa criança (nome da criança que participa do programa) recebe visitas do Programa?

Entrevistador, este dado deve ser respondido em meses. Se a mãe/cuidador responder em anos, fazer a conversão para meses.

69.2 Quantas visitas do Programa Criança Feliz Brasileira a criança (nome da criança que participa do programa) recebeu no último mês?

- 4 (1 por semana)
- <4

70. Qual a duração das visitas que a criança (nome da criança que participa do programa) recebe?

- 60 minutos
- < 60 minutos

71. Desde que iniciou o acompanhamento, quantos visitantes do programa a criança (nome da criança que participa do programa) já recebeu?

- 1
- 2
- >= 3

72. Tem outra criança recebendo visitas do programa Criança Feliz Brasileira na mesma casa?

- Sim
- Não

73. Depois da visita a família realiza as atividades propostas pelo visitador com a criança (nome da criança que participa do programa)?

- Sim
- Não

73.1 Quantas vezes na semana vocês realizam?

- 1 a 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 7 vezes

74. Outras crianças, que moram no mesmo domicílio, participam das atividades do Programa Criança Feliz Brasileira?

- Sim
- Não

75. Qual a sua opinião sobre as informações que você recebe do Programa Criança Feliz Brasileira?

- Confio totalmente e pratico
- Confio parcialmente
- Indiferente
- Não confio totalmente e não pratico

76. Quanto você confia (acredita) nas informações que você recebe do Programa Criança Feliz Brasileira?

- Confio totalmente e pratico
- Confio parcialmente
- Indiferente
- Não confio totalmente e não pratico

» » » Intersetorialidade

77. A equipe do Programa Criança Feliz Brasileira já encaminhou a criança ou algum membro da família a algum desses serviços ou iniciou sua participação em algum desses programas?

Entrevistador, leia todas as opções.

- Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde, Posto de Saúde)
- Maternidades ou Centro da Gestante
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro Especializado em Reabilitação (CER) ou Oficina Ortopédica - (para pessoas com deficiência)
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) - (informações CadÚnico; Auxílio Brasil; BPC)
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - (oferta de trabalho)
- Unidade de Acolhimento do SUAS - (serviço de acolhimento)
- Programa BPC na escola
- Programa Auxílio Brasil
- Educação - Creche
- Vacinação
- Consulta de pré-natal
- Pesagem e medição da criança conforme calendário do Programa Auxílio Brasil (Bolsa Família)
- Nenhum dos serviços listados acima

Tempo 2 (após 6 meses) e Tempo 3 (após 12 meses)

BLOCO I - Informações sobre a família, cuidador e criança

» PARTE 1 - Identificação

1. Regiões Administrativas

pipasDG 1

- Brazlândia
- Planaltina
- Gama
- Paranoá
- Varjão
- Itapoã
- Fercal
- Sobradinho

3. Endereço

pipasDG 3

Oi, tudo bem? Eu sou (nome do entrevistador) e vim para conversarmos um pouco sobre sua família e sobre a criança que participou do Programa Criança Feliz Brasiliense. Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde e do seu filho(a) (nome da criança) e o desenvolvimento dele(a). Nossa visita durará em torno de 50 minutos. Aqui está o TCLE que explica sobre o projeto que será desenvolvido. (Leia partes importantes do TCLE como os objetivos da pesquisa, o não recebimento de benefícios, duração do acompanhamento e número de visitas que essa família receberá, email e telefones dos pesquisadores para dúvidas). Concorda em participar dessa pesquisa?"

4. A senhora aceita receber ligação do coordenador da equipe?

Essa ligação será apenas para confirmarmos algumas respostas, de perguntas aleatórias, dadas ao entrevistador

- Sim
- Não

4.1 Telefone (anotar telefone fixo, celular e de contato, se possível)

» PARTE 2 - Informações do cuidador e da família

» » DADOS DA FAMÍLIA

Começaremos conversando sobre você e a sua família

5. Qual o seu nome (primeiro nome)?

pipasDG 4 001

6. Qual a sua idade?

pipasDG 5 001

7. O que é da criança?

pipasDG 6

- Mãe
- Pai
- Avó
- Outro

7.1 Se outro, especifique

pipasDG 6.1

8. Quantas crianças tem no domicílio?

pipasDG 7

9. A mãe (você) da criança (nome da criança que participa do programa) tem outros filhos ou é responsável por outras crianças?

pipasDG 8

- Sim
- Não

10. Sua família passou por algum dos seguintes eventos nos últimos 12 meses?

pipasDG 9

- Mudou de emprego
- Perdeu o emprego ou a renda
- Divórcio ou separação
- Mudou de casa/cidade/país
- Morte na Família - Luto
- Novo filho (nascimento/adoção)
- Problemas médicos graves
- Evento traumático/desastre/acidente
- Outro grande evento
- Nenhum evento

10.1 Qual outro evento?

pipasDG 9.1

11. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio?

pipasDG 10

12. Qual a renda da família, somando todos os benefícios recebidos?

pipasDG 11

- <500 reais
- entre 500 e 1000 reais
- entre 1000 reais e 2000 reais
- > 2000 reais
- Não sabe ou não Respondeu

13. Participa de algum desses programas sociais ou frequenta?

pipasDG 12

- Bolsa Família
- Benefício de Prestação Continuada
- Auxílio Gás dos Brasileiros
- Bolsa Atleta
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)
- Programa DF Social
- Cartão Gás (DF)
- Cartão Creche (DF)
- Prato Cheio (DF)
- Cesta Verde (DF)
- Cesta emergencial (DF)
- Restaurante Comunitário
- Outro
- Nenhum dos listados acima

13.1 Qual?

pipasDG 13

14. Quem é o chefe da família?

pipasDG 14

- O pai da criança
- A mãe da criança
- Outro

14.1 Quem?

pipasDG 15

15. O chefe da família está:

pipasDG 14

- Empregado
- Desempregado
- Aposentado
- Outro

Qual outro?

16. Qual é a escolaridade do chefe da família? (caso não seja nem o pai, nem a mãe)

pipasDG 15

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

17. Qual é a escolaridade do pai da criança (nome da criança que participa do programa)?

pipasDG 16

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

18. A mãe da criança (nome da criança que participa do programa) está:

pipasDG 16

- Empregada
- Desempregada
- Aposentada
- Licença maternidade remunerada

18.1 A mãe da criança (nome da criança que participa do programa) trabalha fora quantas vezes por semana?

pipasDG 17 1

- até 3 vezes
- 4 a 6 vezes
- Todos os dias
- Licença maternidade

19. Qual é a escolaridade da mãe da criança (nome da criança que participa do programa)?

pipasDG_17

- Analfabeta
- Fundamental incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental II completo/ Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Não sei/não lembro

20. Qual a cor/raça da mãe da criança?

pipasDG_18

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei

» PARTE 3 - Informações sobre a criança

» » DADOS SOBRE A CRIANÇA

Agora vamos falar somente sobre a criança que participa do Programa Criança Feliz Brasileira

21. Qual o nome da criança que participa do Programa?

pipasDC_1

22. Data de nascimento da criança

datanascBB

23. Sexo da Criança

pipasDC_2

- Feminino
- Masculino

24. Como você classifica a cor da criança?

pipasDC 3

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei

25. Ela ainda mama no peito?

pipasDC 11

- Sim
- Não
- Nunca mamou
- Não sei

25.1 Até quando ela mamou no peito?

resposta em meses

25.2 Até quando ela mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos?

resposta em meses

pipasDC 13

42. A criança frequenta creche/escola?

pipasDC 35

- Sim
- Não
- Não sei

43. Que tipo de creche/escola?

pipasDC 36

- Pública/Filantropica
- Privada
- Não sei

» » PCFB

Agora vamos falar sobre o programa de visita domiciliar que seu Filho(a) participou, o Programa Criança Feliz Brasileira

<https://kf.kobotoolbox.org/#/forms/aNUeJZcr9sGDvxinnwDM9z/landing>

7/80

28/04/2024, 15:42

PIPA-DF QUESTIONÁRIO T3

44. A criança (nome da criança que participa do programa) recebeu visitas em sua casa do Programa Criança Feliz Brasileira?

Visitas_PCFB1

- Sim
 Não

44.1 Há quanto tempo essa criança (nome da criança que participa do programa) recebeu visitas do Programa?
Entrevistador, este dado deve ser respondido em meses. Se a mãe/cuidador responder em anos, fazer a conversão para meses.

Visitas_PCFB2

45 Quantas visitas do Programa Criança Feliz Brasileira a criança (nome da criança que participa do programa) recebeu no último mês em que participou do programa?

Visitas_PCFB3

- 4 (1 por semana)
 <4

46. Qual a duração das visitas que a criança (nome da criança que participa do programa) recebeu?

Visitas_PCFB4

- 60 minutos
 < 60 minutos

47. Nos últimos seis meses, a criança deixou de receber a visita domiciliar em algum momento?

Visitas_PCFB5

- Sim
 Não

48. Por quanto tempo ela não recebeu?

Visitas_PCFB6

- 1 a 2 semanas
 3 semanas a 1 mês
 entre 1 mês e 2 meses
 entre 2 meses e 3 meses
 mais que 3 meses

49. Nos últimos seis meses, a criança recebeu visita de forma remota?

Visitas_PCFB7

- Sim
 Não

49.1 Nos últimos seis meses, quantas vezes a criança recebeu visita de forma remota?

- 1 a 2 vezes
 3 a 5 vezes
 6 a 7 vezes
 8 ou mais vezes

50. Desde que iniciou o acompanhamento, quantos visitantes do programa a criança (nome da criança que participa do programa) já recebeu?

Visitas_PCFB8

- 1
 2
 >= 3

51. Tem outra criança recebendo visitas do programa Criança Feliz Brasiliense na mesma casa?

Visitas_PCFB9

- Sim
 Não

52. Depois da visita a família realiza as atividades propostas pelo visitador com a criança (nome da criança que participa do programa)?

Visitas_PCFB11

- Sim
 Não

52.1 Quantas vezes na semana vocês realizam?

Visitas_PCFB12

- 1 a 2 vezes
 3 a 5 vezes
 6 a 7 vezes

52.2 E agora, não recebendo o programa, a criança continua fazendo as atividades propostas durante as visitas?

- Sim
 Não

53. Outras crianças, que moram no mesmo domicílio, participam das atividades do Programa Criança Feliz Brasiliense?

Visitas_PCFB13

- Sim
 Não

54. Qual a sua opinião sobre as informações que você recebe do Programa Criança Feliz Brasileira?

Visitas_PCFB14

- Confio totalmente e pratico
- Confio parcialmente
- Indiferente
- Não confio totalmente e não pratico

55. Quanto você confia (acredita) nas informações que você recebe do Programa Criança Feliz Brasileira?

Visitas_PCFB15

- Confio totalmente e pratico
- Confio parcialmente
- Indiferente
- Não confio totalmente e não pratico

» » » Intersetorialidade

56. A equipe do Programa Criança Feliz Brasileira já encaminhou a criança ou algum membro da família a algum desses serviços ou iniciou sua participação em algum desses programas?

Entrevistador, leia todas as opções.

- Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde, Posto de Saúde)
- Maternidades ou Centro da Gestante
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro Especializado em Reabilitação (CER) ou Oficina Ortopédica - (para pessoas com deficiência)
- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) - (informações CadÚnico; Bolsa Família; BPC)
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - (oferta de trabalho)
- Unidade de Acolhimento do SUAS - (serviço de acolhimento)
- Programa BPC na escola
- Programa Bolsa Família
- Educação - Creche
- Vacinação
- Consulta de pré-natal
- Pesagem e medição da criança conforme calendário do Programa Bolsa Família
- Nenhum dos serviços listados acima

Apêndice 3 - Informações de apoio do Artigo 2

Quadro 1 - Descrição do Programa Criança Feliz no Distrito Federal, Brasil.

Finalidade	<p>Promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, no período compreendido entre 0 e 6 anos, considerando sua família e seu contexto de vida, em consonância com a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.</p> <p>O Programa se desenvolve por meio de visitas domiciliares que buscam envolver ações de saúde, educação, assistência social, cultura e direitos humanos. Além disso, o Programa busca facilitar o acesso das crianças e de suas famílias às políticas e aos serviços públicos que necessitam</p>
Público-alvo	<ol style="list-style-type: none">1. Gestantes e crianças de 0 a 36 meses e suas famílias inseridas na base de dados para Programas Sociais do Governo Federal brasileiro – Cadastro Único;2. Crianças de 37 a 72 meses e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) - auxílio socioassistencial que garante transferência de renda em geral por motivo de deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos); e3. Crianças de até 72 meses afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida protetiva prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none">1. Promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância;2. Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;3. Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade;4. Mediar o acesso da gestante, de crianças na primeira infância e de suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; e5. Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.
Periodicidade	<ul style="list-style-type: none">- 1 (uma) visita domiciliar por mês para gestantes e suas famílias beneficiárias do Programa;- 4 (quatro) visitas por mês para crianças de 0 a 36 meses e suas famílias beneficiárias do Programa; ou- 2 (duas) visitas por mês para crianças de 37 a 72 meses e suas famílias beneficiárias do Programa e que recebem o BPC.
Governança	<ol style="list-style-type: none">1. A implementação do Programa no Distrito Federal é liderada pela Casa Civil do Governo do Distrito Federal;

	<p>2. A Secretaria Executiva coordena o Comitê Gestor Intersetorial do PCF, que é responsável por articular as ações intersetoriais do Programa. Este comitê é composto pelos seguintes órgãos: I – Casa Civil do DF, que assume a coordenação; II – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do DF; III – Secretaria de Estado de Saúde do DF; IV – Secretaria de Estado de Educação do DF; V – Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do DF; VI – Secretaria de Estado da Mulher do DF; e VII – Secretaria de Estado de Esporte e Lazer do DF;</p> <p>3. A administração do PCF no Distrito Federal é realizada pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), que abriga os mestres formadores, responsáveis pela supervisão, orientação e educação continuada dos supervisores e dos visitantes domiciliares; e</p> <p>4. O Instituto de Educação, Esportes, Cultura e Artes Populares (IECAP), uma organização sem fins lucrativos, que foi contratado pela SEDES para conduzir as visitas domiciliares do PCF. O IECAP é encarregado da contratação de pessoal para o programa, incluindo os visitantes e supervisores.</p>
Profissionais	<p>1. Supervisor: profissional responsável por supervisionar visitantes, conferir e atualizar registros de visitas nos sistemas do Programa, atualizar o Cadastro Único das famílias, alimentar bancos de dados, apoiar capacitações dos visitantes, planejar visitas e articular com serviços e políticas de assistência social para encaminhar demandas das famílias; e</p> <p>2. Visitadores: profissional responsável por preencher formulários de caracterização da família e criança, planejar e registrar visitas domiciliares em sistemas de monitoramento e bancos de dados. Além disso, mapeia vulnerabilidades e potencialidades, caracteriza a família e gestante/criança a ser acompanhada, orienta e sensibiliza para fortalecer vínculos familiares e cuidado responsivo, e encaminha vulnerabilidades observadas ao Comitê Gestor Intersetorial.</p>

Fonte: Brasil (2016) [18]; Brasil (2021) [46];

Quadro 2 – Descrição de outros programas/benefícios sociais do Distrito Federal contemplados no presente estudo.

Programa	Finalidade
Programa Bolsa Família	Programa de transferência de renda direta para famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de combater a fome; contribuir para a interrupção do ciclo de reprodução da pobreza entre as gerações; e promover o desenvolvimento e a proteção social das famílias, especialmente das crianças, dos adolescentes e dos jovens em situação de pobreza (Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023). Inclui condições de frequência escolar e acompanhamento de saúde para receber os benefícios.
DF Social	O DF Social, criado pela Lei nº 7.008/2021 e regulamentado pelo Decreto nº 42.872/2021, faz parte das estratégias de combate à pobreza, oferecendo transferência de renda às famílias em situação de vulnerabilidade (renda inferior a meio salário-mínimo vigente) e foi criado para substituir o antigo programa DF Sem Miséria. O benefício possui valor fixo mensal de R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por família. Para serem elegíveis, as famílias devem estar inscritas no Cadastro Único e residir no DF.
Prato Cheio	O Programa Prato Cheio foi instituído pelo Decreto nº 41.570/2020 em caráter emergencial, com o objetivo de atender cidadãos e famílias em situação de IA, cuja condição foi agravada pela pandemia de COVID-19. O programa consiste no repasse de subsídio financeiro destinado a garantir o DHAA para cidadãos e famílias em situação de vulnerabilidade, que, devido a contingências sociais agravadas pelo avanço da pademia, encontram-se impossibilitados de arcar com suas necessidades alimentares. Em dezembro de 2021, com a promulgação da Lei nº 7.009/2021, o programa foi incorporado à política permanente do DF.
Cartão Gás	Estabelecido pela Lei nº 6.938/2021 e alterado pela Lei nº 7.010/2021, o Cartão Gás visa assegurar o acesso ao gás de cozinha às famílias com renda per capita de até meio salário-mínimo. O programa oferece auxílio financeiro bimestral no valor de R\$ 100,00 (cem reais), para aquisição do Gás Liquefeito de Petróleo (GLP 13 kg).
Cesta Emergencial	Programa de caráter temporário que fornece cestas de alimentos a famílias e indivíduos em situação de insegurança alimentar. Este programa atende aqueles com acesso insuficiente ou inadequado a alimentos de qualidade, classificando a insegurança alimentar em três níveis: leve, moderado e grave.
Cesta Verde	A Cesta Verde complementa os benefícios do Prato Cheio e da Cesta Básica (Emergencial), oferecendo frutas, verduras e legumes para promover uma alimentação mais saudável e variada, conforme orientações do Guia Alimentar da População Brasileira do Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil (2023) [55]; GDF (2020) [56]; GDF (2021) [57]; GDF (2021) [58]; GDF (2023) [59].

Tabela 3 – Características socioeconômicas dos beneficiários do Programa Criança Feliz, dados válidos para os três tempos do estudo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023.

Variáveis	Dados válidos para os 3 tempos		Valor p
	Não	Sim	
Idade da criança (meses) (mediana-p25-75)	15 (10-20)	14,5 (11-19)	0,492
Idade do responsável (anos) (mediana-p25-75)	27 (23-34)	27 (23-33,5)	0,975
Renda familiar mensal (%)			0,382
Até R\$ 500,00	51,3	48,7	
R\$ 500,00 a 1000,00	57,4	42,6	
R\$ 1000,00 a 2000,00	64,4	35,6	
>R\$2000,00	61,5	38,5	
Cor da criança (%)			0,418
Branca	62,0	38,0	
Preta	50,0	50,0	
Parda	59,1	40,9	
Indígena	0,0	100,0	
Beneficiário Programa Bolsa Família (%)			0,175
Não	66,1	33,9	
Sim	56,6	43,4	
Beneficiário de Programas Sociais DF (%)			0,439
Não	62,7	37,3	
Sim	57,4	42,6	
Frequência de visitas no último mês do PCF (%)			0,802
< 4 vezes/mês	56,7	43,3	
4 vezes/mês	59,0	41,0	
Tempo de acompanhamento do PCF (%)			0,002
0 a 8 meses	66,7	33,3	
9 meses ou mais	48,4	51,6	
Tempo de acompanhamento do PCF (mediana (p25-p75))	9 (5-10)	7 (4,55-9)	0,802

IC95%: Intervalo de confiança 95%; PCF: Programa Criança Feliz; p25-75: percentis 25% e 75%

Tabela 2 – Modelos de Equações de Estimações Generalizadas para comparação dos níveis de insegurança alimentar nos três tempos do estudo. Distrito Federal, Brasil, 2022-2023, n=124.

	Tempo 1			Tempo 2			Tempo 3		
	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p	IA (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Amostra total	87,2 (79,7-92,1)	Ref	-	68,3 (59,1-76,2)	0,80 (0,71; 0,90)	<0,001	76,9 (68,2-83,3)	0,89 (0,81-0,98)	0,022
Beneficiário Programa Bolsa Família									
Não	78,8 (55,2-91,8)	Ref	-	73,7 (49,7-88,9)	1,00 (0,71-1,40)	1,000	82,5 (58,8-93,9)	1,14 (0,88-1,48)	0,318
Sim	88,8 (80,4-93,9)	Ref	-	66,9 (56,6-75,8)	0,76 (0,67-0,87)	<0,001	75,6 (65,7-83,4)	0,85 (0,77-0,94)	0,003
Beneficiário de Programas Sociais DF									
Não	89,4 (69,5-96,9)	Ref	-	67,4 (44,7-84,0)	0,76 (0,57-1,01)	0,060	86,1 (61,3-96,1)	1,00 (0,83-1,20)	1,000
Sim	86,4 (77,5-92,2)	Ref	-	68,3 (57,9-77,1)	0,80 (0,70-0,92)	0,002	74,1 (64,0-82,1)	0,86 (0,77-0,96)	0,012
Frequência de visitas no último mês do PCF									
< 4 vezes/mês	93,9 (59,4-99,4)	Ref	-	70,8 (37,9-90,6)	0,75 (0,54-1,04)	0,084	86,1 (51,7-97,3)	0,91 (0,77-1,08)	0,317
4 vezes/mês	86,4 (78,2-91,8)	Ref	-	68,0 (58,2-76,5)	0,80 (0,70-0,91)	0,001	75,9 (66,5-83,4)	0,89 (0,80-0,99)	0,033
Tempo de acompanhamento do PCF									
0 a 8 meses	84,9 (72,8-92,2)	Ref	-	68,6 (54,9-79,7)	0,80 (0,65-0,98)	0,039	81,7 (69,2-89,8)	0,95 (0,83-1,09)	0,527
9 meses ou mais	89,0 (77,6-95,0)	Ref	-	67,8 (54,6-78,7)	0,79 (0,68-0,91)	0,001	72,7 (59,6-82,8)	0,85 (0,74-0,96)	0,013

IC95%: Intervalo de confiança 95%; PCF: Programa Criança Feliz; Ref.: categoria de referência; OR: Odds Ratio (razão de chances);

Nota: Análise estratificada segundo participação no Programa Bolsa Família, benefícios sociais do DF, tempo de permanência do Programa Criança Feliz e frequência de visitas no mês do Programa Criança Feliz.

11. ANEXO

Anexo 1 – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e pontos de corte segundo o nível de segurança/insegurança alimentar

1. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
5. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
6. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
7. Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
8. Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
9. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
10. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
11. Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
12. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
13. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
14. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

Fonte: Brasil, 2014.

	Domicílios com menores de 18 anos	Domicílios sem menores de 18 anos
SA (Segurança Alimentar)	0	0
IL (Insegurança Alimentar Leve)	1-5	1-3
IM (Insegurança Alimentar Moderada)	6-9	4-5
IG (Insegurança Alimentar Grave)	10-14	6-8

Fonte: Brasil, 2014.