

## Impacto da “estratégia amamenta e alimenta Brasil” sobre o consumo alimentar infantil

### *Impact of the “amamenta e alimenta Brasil strategy” on children’s food consumption*

Jussara Tavares Pessoa<sup>1</sup>, Nathália Paula de Souza<sup>1</sup>, Alessandro Henrique da Silva Santos<sup>2</sup>, Pedro Israel Cabral de Lira<sup>3</sup>, Vanessa Sá Leal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nutricionista, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); <sup>2</sup>Bacharel em Estatística, Doutor em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); <sup>3</sup>Médico, Doutor em Medicina, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

#### Resumo

**Objetivo:** avaliar o impacto da “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” sobre o consumo alimentar de crianças menores de dois anos, assistidas pela Atenção Primária à Saúde de um município da região Nordeste. **Metodologia:** trata-se de um ensaio comunitário, com análise do tipo pré e pós-intervenção. A intervenção consistiu na implementação dessa estratégia em equipes de saúde, através de metodologia participativa e contextualizada. Para a análise dos impactos da ação na alimentação das crianças, foram aplicados marcadores de consumo alimentar com as mães, antes (N=89) e depois (N=103) da intervenção. A comparação dos indicadores foi feita através de testes qui-quadrado, considerando-se valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** depois da intervenção, o consumo de legumes e verduras aumentou em 33,2% ( $p < 0,001$ ), e o consumo de biscoitos recheados, doces e guloseimas foi reduzido em 32,6% ( $p < 0,001$ ). Observou-se, ainda, aumento no número de mães que referiu ter recebido apoio e orientações das equipes de saúde acerca da alimentação infantil. **Conclusão:** sugere-se que as mudanças observadas nos padrões de alimentação tenham sido influenciadas por apoio e orientações mais direcionados e contextualizados, prestados pelas equipes de saúde às mães das crianças, após a intervenção. Tais resultados fortalecem essa estratégia pública e incentivam sua expansão.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; consumo alimentar; crianças; educação em saúde.

#### Abstract

**Objective:** to evaluate the impact of the “Amamenta e Alimenta Brasil Strategy” on the food consumption of children under two years old, assisted by Primary Health Care in a municipality in the Northeast region. **Methodology:** this is a community trial, with pre- and post-intervention analysis. The intervention consisted of implementing the strategy in health teams, through a participatory and contextualized methodology. To analyze the impacts of the action on children’s nutrition, food consumption markers were applied to their mothers, before (N=89) and after (N=103) the intervention. The comparison of indicators was made using chi-square tests, considering values of  $p < 0.05$ . **Results:** After the intervention, the consumption of vegetables increased by 33.2% ( $p < 0.001$ ) and the consumption of stuffed biscuits and sweets reduced by 32.6% ( $p < 0.001$ ). There was also an increase in the number of mothers who reported having received support and guidance from health teams about infant nutrition. **Conclusion:** it is suggested that the changes observed in eating patterns were influenced by more targeted and contextualized support and guidance provided by the health teams to the children’s mothers after the intervention. Such results strengthen this public strategy and encourage its expansion.

**Keywords:** Primary Health Care; eating; child; health education.

## INTRODUÇÃO

Fatores nutricionais, em fases iniciais do desenvolvimento humano, têm efeito, em curto e em longo prazo, na saúde do indivíduo. Por isso, a importância da alimentação na primeira infância é inquestionável<sup>1</sup>. Além disso, o padrão da alimentação, nos primeiros anos de vida, é fundamental para a formação dos hábitos alimentares que se prolongarão pelas diferentes fases do curso da vida, sendo a família, a escola e o sistema de assistência à saúde influenciadores importantes nessa construção<sup>2</sup>.

A alimentação infantil deve conter grande variedade de alimentos naturais, fundamentais para o crescimento

e o desenvolvimento infantis, como frutas, verduras e legumes, sendo evitada a oferta de alimentos processados e ultraprocessados, e o acréscimo de açúcares simples<sup>3,4</sup>. Os alimentos processados e ultraprocessados são nutricionalmente desequilibrados, com elevado teor de açúcares, gordura e sódio, estando associados ao excesso de peso e a diversas doenças crônicas. Devido a suas características hiperpalatáveis, esses produtos prejudicam o controle da fome e da saciedade, e sua oferta, especialmente quando precoce, leva a criança ao desinteresse pelos alimentos naturais<sup>5,6</sup>.

No Brasil, dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) (2021) apontam práticas alimentares distantes das recomendadas para expressiva parcela da população de crianças menores de dois anos. Por exemplo, 22,2% das crianças de seis a 23 meses não

**Correspondente/ Corresponding:** \*Jussara Tavares Pessoa – End: Rua Projetada Três, nº. 09. Carpina, Pernambuco – E-mail: sarinha.pessoa90@gmail.com

consomem frutas e hortaliças, enquanto as prevalências de consumo de alimentos ultraprocessados e de bebidas adoçadas é de 80,5% e de 24,5%, respectivamente<sup>7</sup>. Outras investigações demonstram que a introdução de produtos processados e ultraprocessados tem sido cada vez mais precoce entre crianças brasileiras<sup>8,9</sup>.

No Nordeste, a participação relativa dos alimentos ultraprocessados no total de energia consumida por crianças menores de cinco anos é a maior dentre as regiões do país (27,3%), enquanto a contribuição do grupo alimentar verduras e legumes é a menor (1,1%)<sup>10</sup>. Além disso, a introdução alimentar precoce desses alimentos tem sido frequente nessa população, estando associada a prejuízos à nutrição e à saúde infantis<sup>11</sup>.

Tais achados apontam para a necessidade de investimentos e esforços para a promoção de práticas alimentares saudáveis na infância. A “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” (EAAB) constitui o principal programa do Ministério da Saúde do Brasil voltado para capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no que diz respeito à abordagem e aos processos de trabalho voltados para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Trata-se de uma intervenção de educação alimentar e nutricional que utiliza um método educativo participativo e contextualizado<sup>12</sup>.

A educação alimentar e nutricional configura um campo de conhecimento e prática transdisciplinar, multissetorial e multiprofissional cuja matéria é a alimentação adequada e saudável<sup>13</sup>. Dessa forma, as estratégias educativas usadas pela EAAB podem equipar os profissionais de saúde da Atenção Primária com ferramentas que lhes permitam, em equipe, incentivar, em suas áreas de atuação, a alimentação saudável na infância<sup>14</sup>.

Diante da necessidade de avaliar e consolidar intervenções públicas em saúde que promovam a alimentação infantil adequada e saudável, em especial, estratégias de educação alimentar e nutricional, o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da EAAB, estratégia pública brasileira de abrangência nacional, sobre marcadores de consumo alimentar de crianças menores de dois anos, assistidas pela Atenção Primária à Saúde de um município da região Nordeste.

## METODOLOGIA

### DESENHO DO ESTUDO

Este estudo constitui um ensaio comunitário, randomizado, não controlado, com análise do tipo pré e pós-intervenção. A intervenção consistiu na implementação da EAAB em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Limoeiro, localizado no agreste do Estado de Pernambuco, no Nordeste brasileiro. A implementação da EAAB foi realizada por meio de oficinas educativas, pautadas em metodologia participativa e contextualizada, seguindo-se todo o protocolo das indicações instrutivas da Estratégia.

## PARTICIPANTES E RECRUTAMENTO

A população estudada consistiu de crianças com idade entre seis e 23 meses, acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município de Limoeiro. O município contava com a atividade de 18 UBS e 19 equipes de atenção primária, distribuídas em três territórios de saúde, sendo um deles de abrangência da zona rural. A escolha do local se deu pela necessidade de descrever e analisar o consumo alimentar infantil num ecossistema do interior do estado de Pernambuco, e de implementar a EAAB num município que ainda não a houvesse implementado.

Foi aplicado às mães das crianças, antes e depois da intervenção, para fins de comparação, um questionário composto por questões de avaliação sociodemográfica e sobre marcadores de consumo alimentar para menores de dois anos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)<sup>15</sup>. O questionário foi aplicado exclusivamente às mães das crianças, como critério exigido na metodologia da pesquisa. Os marcadores de consumo alimentar do SISVAN correspondem a questionamentos sobre a alimentação nas 24 horas prévias à entrevista. A utilização de dados atuais (*current status*) é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>16</sup>, por ser capaz de reduzir possíveis vieses de memória. No formulário de pesquisa, a mãe também informava o sexo e a idade da criança envolvida no estudo.

A coleta dos dados foi realizada nas salas de espera das consultas de puericultura das UBS, enquanto as mães aguardavam atendimento. Todas as mães de crianças na faixa etária da pesquisa, que tivessem mais de 18 anos e condições psíquicas para responder ao questionário, foram convidadas a participar do estudo. Por se tratar de um ensaio comunitário, não necessariamente as mesmas mães foram entrevistadas nos dois momentos da pesquisa, uma vez que, ao longo do tempo, as crianças deixavam a faixa etária incluída no estudo.

Na fase de pré-intervenção, a coleta dos dados ocorreu entre junho e agosto de 2022 e, na fase pós-intervenção, entre junho e dezembro de 2023. Foi estabelecido um período de um ano entre a primeira e a segunda coleta de dados, além de um intervalo de seis meses entre o término da intervenção (direcionada aos profissionais de saúde) e a segunda coleta, de acordo com a literatura na área<sup>17,18</sup>.

## AMOSTRA

Para o cálculo amostral, foi considerada a prevalência de 80,5% para consumo de ultraprocessados entre crianças de seis a 23 meses, na população do Nordeste brasileiro (UFRJ, 2021). Além disso, considerou-se erro de  $\pm 5\%$ , nível de 95% de confiança, redução estimada (esperada) de até 20% na prevalência com a intervenção e 10% de perdas. O valor amostral obtido foi de 86 crianças de seis a 23 meses, antes e após a implementação da EAAB.

A amostra de crianças foi estratificada em função da proporcionalidade, entre os três territórios de saúde do município de Limoeiro, de acordo com a cobertura de cada um deles para crianças na faixa etária do estudo.

Foram sorteadas aleatoriamente as UBS suficientes para que fosse atingida a amostra calculada, totalizando cinco UBS e seis equipes de saúde.

## VARIÁVEIS

Para caracterizar o perfil sociodemográfico e de assistência das famílias das crianças estudadas, foram avaliadas variáveis referentes às mães: idade, raça, alfabetização, escolaridade, se primíparas ou múltiparas, se trabalhavam ou não fora de casa, presença de companheiro, renda familiar, número de pessoas na casa onde residiam, se beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e apoio ou orientação recebidos quanto à alimentação complementar.

A partir dos marcadores de consumo alimentar, foram analisadas as frequências de consumo de: frutas; legumes e (ou) verduras de folha; vegetais ricos em vitamina A; alimentos fonte de ferro e proteína animal, carne e (ou) ovo e (ou) fígado; feijão; hambúrguer e (ou) embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo e (ou) salgadinhos de pacote e (ou) biscoitos salgados; e biscoito recheado e (ou) doces e (ou) guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

## INTERVENÇÃO

Considerando a Educação Alimentar e Nutricional, com base nos princípios da metodologia de ensino participativa, que promove a criticidade e a reflexão contextualizada, foram realizadas quatro oficinas educativas com os profissionais de saúde das UBS sorteadas, no período de agosto a dezembro de 2022<sup>14</sup>. A partir da intervenção realizada com os profissionais, este estudo buscou verificar mudanças no perfil da alimentação das crianças por eles assistidas.

A primeira oficina consistiu na apresentação da EAAB aos profissionais e na problematização das questões que envolviam alimentação e nutrição infantil em seus contextos de assistência. A segunda oficina abordou as principais orientações do Ministério da Saúde sobre a alimentação saudável para crianças menores de dois anos. A terceira oficina teve como tema a Vigilância Alimentar e Nutricional, discutindo sua importância e operacionalização. Na última oficina, as equipes de saúde tiveram a oportunidade de elaborar seus planos de ação para a promoção da alimentação infantil adequada e saudável.

Todas as atividades realizadas seguiram as orientações do Ministério da Saúde, presentes no Manual de Implementação da EAAB e no *e-book* do curso “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: formação de tutores”, da UNASUS<sup>14,19</sup>. O principal referencial teórico utilizado nos encontros foi o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, um marco da educação alimentar e nutricional infantil no Sistema Único de Saúde (SUS), que representa uma ferramenta de apoio para famílias e profissionais, além de ser um instrumento orientador de ações em saúde<sup>20</sup>.

As oficinas aconteceram mensalmente, nos ambientes das UBS, com duração de 3 horas cada uma, no turno da

tarde (devido à menor procura dos usuários pelos serviços) e em dias em que não houvesse consultas ou visitas domiciliares agendadas. As programações foram realizadas a partir de dinâmicas de grupo, rodas de leitura e de conversa, trabalhos em grupo e exposição de conteúdo. Durante sua execução, os participantes foram dispostos em círculo, o que facilitou a interação entre eles. Foram mediadas pela pesquisadora do estudo, tutora da EAAB, contando com a participação de três graduandas em Nutrição, extensionistas vinculadas ao estudo. Ao final de cada encontro, cada profissional preenchia o formulário de avaliação da oficina.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das entrevistas realizadas neste estudo foram diretamente coletados no aplicativo do *Epi info* para *smartphones*, na função “coleta de dados”, onde as perguntas do formulário de pesquisa haviam sido inseridas. Para o processamento dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0.

Foram comparadas as frequências dos marcadores de consumo alimentar obtidas antes e depois da intervenção, através das razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), e por meio da aplicação do Teste qui-quadrado de Pearson para homogeneidade, considerando-se 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

## APROVAÇÃO ÉTICA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco, pelo parecer número 4.602.985. Todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito.

## RESULTADOS

As oficinas que compuseram a intervenção deste estudo permitiram a construção de conhecimentos e o planejamento de ações pelas equipes de saúde participantes. Tais equipes eram compostas por um total de 60 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Mais de 90% desses profissionais participaram de todas as oficinas realizadas, correspondendo à meta mínima de frequência exigida (85%). Ao final da intervenção, todas as equipes puderam elaborar um plano de ação próprio para a promoção da alimentação infantil adequada e saudável.

Foram avaliadas 89 crianças antes da intervenção, sendo 48 (53,9%) do sexo feminino e 41 (46,1%) do sexo masculino. Após a implementação da EAAB, foram avaliadas 103 crianças, 64 (62,1%) do sexo masculino e 39 (37,9%) do sexo feminino.

A Tabela 1 apresenta variáveis de caracterização das mães das crianças, a partir de aspectos sociodemográficos, além da informação a respeito do recebimento de

apoio ou orientação da equipe de saúde acerca da alimentação complementar de seus filhos. Observou-se que os grupos das mães avaliadas, em ambos os momentos do estudo, foram homogêneos, não havendo diferenças estatísticas para nenhuma das variáveis. A maioria das mães tinha idade de até 35 anos, referiu raça parda, sabia

ler, tinha escolaridade até o ensino médio, não trabalhava fora de casa, possuía renda familiar mensal menor que um salário-mínimo, era multípara, vivia com companheiro (na maioria dos casos, o pai da criança avaliada) e era beneficiária do PBF.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico das mães de crianças menores de 2 anos e apoio ou orientação recebidos sobre alimentação complementar, nos momentos pré e pós-intervenção. Limoeiro, Pernambuco, 2022-2023.

Fator avaliado	Pré-intervenção (N=89)			Pós-intervenção (N=103)			p-valor
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
<b>Idade da mãe</b>							0,840*
Até 25 anos	33	37,1	27,8-47,4	42	40,8	31,8-50,4	
26 a 35 anos	41	46,1	36,1-56,4	46	44,7	35,4-54,3	
36 a 45 anos	15	16,9	10,5-25,9	15	14,6	9,0-22,6	
<b>Raça autorreferida</b>							0,357**
Branca	17	19,1	12,3-28,5	26	25,2	17,8-34,4	
Preta	8	9,0	4,6-16,7	13	12,6	7,5-20,4	
Parda	64	71,9	61,8-80,2	64	62,1	52,5-70,9	
Outra	0	0,0	-	0	0,0	-	
<b>Sabe ler e escrever</b>							0,597**
Sim	87	97,8	92,3-99,4	102	99,0	94,7-99,8	
Não	2	2,2	0,6-7,8	1	1,0	0,2-5,3	
<b>Escolaridade</b>							0,195*
Ensino fundamental incompleto	17	19,1	12,3-28,5	9	8,7	4,7-15,8	
Ensino fundamental completo	20	22,5	15,04-32,2	23	22,3	15,4-31,3	
Ensino médio completo	45	50,6	40,4-60,7	60	58,3	48,6-67,3	
Ensino superior completo ou em andamento	7	7,9	3,9-15,4	11	10,7	6,1-18,1	
<b>Trabalha fora de casa</b>							0,909*
Sim	15	16,9	10,5-25,9	18	17,5	11,3-25,9	
Não	74	83,1	74,0-89,5	85	82,5	74,1-88,6	
<b>Renda mensal familiar</b>							0,084*
Menos de um salário-mínimo	37	41,6	31,9-51,9	54	52,4	42,9-61,8	
De um a dois salários-mínimos	39	43,8	33,9-54,2	43	41,7	32,7-51,4	
Mais de dois salários-mínimos	13	14,6	8,7-23,4	6	5,8	2,7-12,1	
<b>Número de partos</b>							0,368*
Primípara	39	43,8	33,9-54,2	55	53,4	43,8-62,7	
Multípara	50	56,2	45,8-66,0	48	46,6	37,3-56,2	
<b>Vive com um companheiro</b>							0,548*
Sim	69	77,5	67,8-84,9	76	73,8	64,5-81,3	
Não	20	22,5	15,04-32,2	27	26,2	18,7-35,4	
<b>O companheiro com quem vive é pai da criança*</b>							1,000**
Sim	69	100,0	-	75	98,7	92,9-99,8	
Não	0	0,0	-	1	1,3	0,2-7,1	
<b>Número de pessoas residentes em sua casa</b>							0,129*
Duas a três	38	42,7	32,9-53,1	57	55,3	45,7-64,6	
Quatro	35	39,3	29,8-49,7	27	26,2	18,7-35,4	
Cinco ou mais	16	18,0	11,4-27,2	19	18,4	12,1-27,0	
<b>É beneficiária do Programa Bolsa Família</b>							0,389*
Sim	57	64,0	53,7-73,2	72	69,9	60,5-77,9	
Não	32	36,0	26,8-46,3	31	30,1	22,1-39,5	
<b>Recebeu apoio ou orientação da equipe de saúde para a alimentação complementar</b>							0,001*
Sim	67	75,3	65,4-83,1	96	93,2	86,6-96,7	
Não	22	24,7	16,9-34,6	7	6,8	3,3-13,4	

Legenda – \*p, valor do Teste qui-quadrado de Pearson para homogeneidade; \*\*p, valor do Teste exato de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao apoio ou orientação recebidos pelas mães, no que diz respeito à alimentação das crianças, observou-se mudança significativa entre os momentos pré e pós-intervenção, com aumento na frequência desse indicador, o que revela o potencial da EAAB em motivar e qualificar os profissionais de saúde na promoção dessa assistência educativa, o que certamente gera impactos na alimentação infantil.

Os resultados do estudo mostraram que a implementação da EAAB pode gerar melhorias em marcadores de consumo da alimentação infantil. Observou-se elevado

consumo de bebidas adoçadas e ultraprocessados, como macarrão instantâneo, salgadinhos, biscoitos salgados, biscoito recheado, doces e guloseimas entre crianças com idade entre seis e 23 meses, antes da intervenção. No entanto, após a implementação da EAAB, verificou-se redução significativa, em mais de 30%, no consumo do grupo de alimentos que incluía biscoito recheado, doces e guloseimas. Aproximadamente 5% das crianças haviam consumido hambúrguer e (ou) outros embutidos nas duas avaliações realizadas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Prevalências de consumo alimentar entre crianças de 6 a 23 meses, nos momentos pré e pós-intervenção. Limoeiro, Pernambuco, 2022-2023.

Fator avaliado	Pré-intervenção (N=89)			Pós-intervenção (N=103)			Razão de Prevalência (IC 95%)	p-valor*
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)		
Frutas	63	70,8	60,6-79,2	82	79,6	70,8-86,3	1,12 (0,95-1,33)	0,180
Legumes ou verduras de folha	37	41,6	31,9-51,9	77	74,8	65,6-82,2	1,80 (1,37-2,35)	<0,001
Vegetais ricos em vitamina A	38	42,7	33,0-53,1	58	56,3	46,7-65,5	1,32 (0,98-1,77)	0,082
Alimentos fonte de ferro e proteína animal, carne e (ou) ovo e (ou) fígado	65	73,0	63,0-81,2	73	70,9	61,5-78,8	0,97 (0,81-1,16)	0,751
Feijão	66	74,2	64,2-82,1	73	70,9	61,5-78,8	0,95 (0,80-1,14)	0,631
Hambúrguer e (ou) embutidos	6	6,7	3,1-13,9	5	4,9	2,1-19,9	0,72 (0,23-2,28)	0,757
Bebidas adoçadas	23	25,8	17,9-35,8	28	27,2	19,5-36,5	1,05 (0,65-1,69)	0,871
Macarrão instantâneo e (ou) salgadinhos de pacote e (ou) biscoitos salgados	19	21,3	14,1-31,0	16	15,5	9,8-23,8	0,73 (0,40-1,33)	0,350
Biscoito recheado e (ou) doces e (ou) guloseimas (bolas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	42	47,2	37,2-57,5	15	14,6	9,0-22,5	0,31 (0,18-0,52)	<0,001

Legenda – \*p, valor do teste qui-quadrado de Pearson para homogeneidade.

Fonte: dados da pesquisa

A respeito dos alimentos naturais, mais de 20% das crianças não tinham consumido frutas, e aproximadamente 30% delas não haviam consumido feijão nem alimentos fontes de ferro e proteína animal, em ambas as fases da pesquisa. O consumo de legumes e (ou) verduras de folhas, por sua vez, mostrou aumento significativo em mais de 30% após a implementação da EAAB.

Apesar de não ter sido verificada diferença estatística, o consumo de frutas e o consumo de vegetais ricos em vitamina A também mostraram tendência ascendente, variando de 70,8 para 79,6 ( $p=0,180$ ) e de 42,7% para 56,3% ( $p=0,082$ ), respectivamente.

## DISCUSSÃO

Ao analisar os marcadores de consumo alimentar das crianças deste estudo, nos momentos anterior e posterior à intervenção, observou-se redução no consumo de biscoito recheado, doces e guloseimas, além de

incremento no consumo de legumes e verduras de folhas. Além disso, na fase pós-intervenção, maior quantidade de mães declarou ter sido apoiada ou orientada nas UBS sobre alimentação complementar. É provável que as mudanças observadas nos padrões da alimentação infantil tenham sido incentivadas por maior apoio e orientações mais direcionadas.

Melhores práticas relacionadas à alimentação complementar têm sido observadas como resultado de intervenções baseadas em educação nutricional, informação e aconselhamento de mães e familiares, bem como na assistência continuada à mulher por profissionais de saúde da atenção básica<sup>21</sup>. A EAAB desenvolve, com seu método de ensino participativo, a formação de multiplicadores de conhecimentos, que facilitam o envolvimento da comunidade enquanto orientam e educam<sup>22</sup>. Portanto, é necessário explorar ferramentas de gestão de competências profissionais que promovam um ensino acessível e contextualizado, permitindo o treinamento

de equipes de saúde para fornecer suporte personalizado sobre alimentação e nutrição<sup>23</sup>.

A formação contextualizada dos profissionais de saúde, no presente estudo, objetivou promover modificações nos padrões da alimentação infantil em seu território. Entre as crianças de Limoeiro, observou-se menor consumo de hambúrguer e embutidos e de bebidas adoçadas em relação a crianças brasileiras e nordestinas. A ingestão de macarrão instantâneo, salgadinhos e biscoitos salgados foi similar nesses territórios<sup>23</sup>. Por outro lado, biscoito recheado, doces e guloseimas foram mais consumidos nas crianças da fase pré-intervenção deste estudo, em relação ao Brasil e ao Nordeste. No entanto, houve redução expressiva nesse indicador para crianças limoieirenses após a implementação da EAAB<sup>24</sup>.

No Brasil, é preocupante o consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de seis a 23 meses de idade, cuja prevalência é de 80,5%<sup>7</sup>. Alterações lipídicas, ganho de peso, obesidade infantil, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer são alguns efeitos do consumo excessivo de alimentos ultraprocessados na infância<sup>25</sup>.

Em relação aos alimentos naturais, o consumo de frutas e de legumes e (ou) de verduras de folha pelas crianças estudadas se mostrou similar aos dados apresentados por Benvindo et al.<sup>26</sup> (2019) para menores de dois anos na atenção básica, e, apesar de se ter notado uma tendência de ascensão no consumo de frutas e de alimentos fontes de vitamina A após a intervenção, o aumento observado não foi significativo. No entanto, para legumes e (ou) verduras de folha, o incremento na taxa de ingestão foi expressivo.

Gomes, Silva, Castro<sup>27</sup> (2017) realizaram uma formação de agentes comunitários de saúde para promoção do consumo de vegetais na infância, e mostraram aumento significativo na disponibilidade domiciliar de vegetais, incluindo legumes e verduras, superando a tendência de estagnação da participação desses alimentos na alimentação da população brasileira. No entanto, a aquisição domiciliar de refrigerantes e de biscoitos (que não foi o foco do trabalho) reduziu o efeito da intervenção<sup>27</sup>. Nesse sentido, a redução no consumo de biscoito recheado, doces e guloseimas, encontrada no presente estudo, pode explicar parcialmente o incremento na ingestão de legumes e verduras de folhas.

Ao avaliar a alimentação de crianças de seis a 23 meses no domicílio e em Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), um estudo observou maior consumo de cereais, raízes e tubérculos, leites e derivados, doces e bebidas açucaradas no domicílio, e de carnes, frutas, verduras e legumes nos CMEI. O maior consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar aponta para a necessidade de se promoverem parcerias entre centros de educação infantil e os serviços de atenção básica à saúde, inclusive como proposta para os planos interventivos da EAAB, visando o fortalecimento de suas ações<sup>28</sup>.

Intervenções baseadas em evidências científicas e adaptadas aos contextos locais são as que têm obtido os

melhores resultados na promoção da alimentação saudável na infância, como aquelas realizadas por profissionais qualificados e “apoio de pares”, através de acompanhamento continuado, desde o pré-natal até o puerpério<sup>21</sup>. Portanto, a proposta da EAAB, como medida pública voltada para a qualificação dos profissionais da atenção básica em sua atuação no pré-natal, no puerpério, na puericultura e no dia a dia da assistência às famílias, tem potencial de melhorar os indicadores de alimentação infantil, como pôde ser percebido em algumas das variáveis desta pesquisa.

Este estudo apresenta limitação por contemplar apenas um município brasileiro. Embora a Atenção Primária à Saúde seja um modelo de assistência estabelecido em todo o país, existem peculiaridades em seu funcionamento que dependem de diferentes contextos socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de gestão em saúde. No entanto, seus resultados fomentam a valorização, o investimento e a expansão da EAAB, dando subsídios para sua consolidação. O caráter translacional da pesquisa contribuiu para a implementação da EAAB, articulando a academia e a assistência. A aproximação da comunidade científica com o cenário de atenção à saúde tem sido um fator potencializador da produção científica, além de representar importante passo para a expansão e para a consolidação da EAAB e de seus propósitos.

## CONCLUSÃO

Em um pequeno intervalo de tempo, foram observadas mudanças importantes em padrões da alimentação infantil, após a implementação da EAAB, como a redução no consumo de alimentos ultraprocessados e o aumento na ingestão de vegetais. Provavelmente, tais resultados foram influenciados pela formação educativa dos profissionais de saúde envolvidos.

Entretanto, tornam-se necessárias novas pesquisas que possibilitem o acompanhamento dessas mudanças em médio e longo prazo, e que consigam avaliar seus impactos sobre perfis de nutrição e saúde. A EAAB, uma vez consolidada pela comprovação de sua eficácia, pode ser fortalecida e expandida em território brasileiro, e pode se tornar modelo para outros países, como ferramenta de gestão de competências para profissionais de saúde, em alimentação e nutrição.

## REFERÊNCIAS

1. Fiamenghi V, Mello E, Almeida C. Complementary feeding: what do we know? *Resid Pediatr*. 2020;10(3):1-8. doi: 10.25060/residpediatr-2020.v10n3-92
2. Leão JI da S, Queiroz MFM de, Freitas FMN de O, Ferreira JC de S. Formação de hábitos alimentares na primeira infância. *Res, Soc Dev*. 2022 Jun 1;11(7):e47711730438. doi: 10.33448/rsd-v11i7.30438
3. Cardoso ER, Ferreira JC de S. A importância da alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Res, Soc Dev*. 2022 May 22;11(7):1-12. doi: 10.33448/rsd-v11i7.29822

4. Sá AAL de, Diniz GLS, Tomaz MP, Paixão PEM, Souza TQ, Abu-Allan YTK. Impacto da alimentação no crescimento e desenvolvimento infantil. *Braz J Health Rev.* 2023 Aug 29;6(4):18961-9. 18961-69. doi: 10.34119/bjhrv6n4-387
5. Louzada ML da C, Costa C dos S, Souza TN, Cruz GL da, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(suppl 1):1-48. doi: 10.1590/0102-311X00323020
6. Pereira AM, Buffarini R, Domingues MR, Barros FCLF, Silveira MF da. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma Coorte de Nascimento de Pelotas. *Rev Saúde Pública.* 2022 Sep 9;56:1-11. doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003822
7. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. p. 1-135.
8. Müller A, Costa C dos S, Buffarini R, Vaz J dos S, Domingues MR, Hallal PC, et al. Description and evaluation of an ultra-processed food consumption score for children. *Rev Saúde Pública.* 2025;59:e5. doi: 10.11606/s1518-8787.2025059005816.
9. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 jul [citado 2024 dez 10];24(7):2387-97. doi: 10.1590/1413-81232018247.24162017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n7/2387-2397/>
10. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Alimentação Infantil II: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. p. 1-194.
11. Mercês R de O, Silva NP da, Rodrigues M da S, Santana J Da M. Fatores associados à introdução alimentar precoce em um município baiano. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2022 Oct 31;21(2):243-51. doi: 109771/cmbio.v21i2.49148
12. Brasil. Portaria Nº. 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [citado 2024 dez 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/composicao%20/saps/promocao-da-saude/estrategia-amamenta-e-alimenta-brasil/legislacao-especifica.%201-5>.
13. Ministério de Desenvolvimento Social (BR). Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social; 2018 [citado 2024 dez 2];1:1-50. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca\\_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao\\_Alimentar\\_Nutricional/21\\_Principios\\_Praticas\\_para\\_EAN.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf)
14. Ministério da Saúde (BR). Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2024 dez 2];1:1-159. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/estrategia-nacional-para-promocao-do-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar-saudavel-no-sistema-unico-de-saude-manual-de-implementacao/view>
15. Ministério da Saúde (BR). Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Educação Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2024 Dec 2];1:1-35. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf)
16. Unicef. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. France: WHO; 2007 [citado 2024 Dec 10];1:1-27. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789242596663\\_fre.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43895/9789242596663_fre.pdf) ISBN: 9789242596663.
17. Maia LC, Colares T de FB, Morais EN de, Costa S de M, Caldeira AP. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saúde Pública.* 2021 Apr 14;55:10. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002685
18. Relvas GRB, Buccini G, Potvin L, Venancio S. Effectiveness of an Educational Manual to Promote Infant Feeding Practices in Primary Health Care. *Food Nutr Bull.* 2019 Jul 15;40(4):544-61. doi: 10.1177/0379572119855308
19. Sonia VS, Regicely FA, Gláubia BR, Melo DS, Alves VH, Pereira AV. Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável na Atenção Primária – Curso EAAB-EAD UFSC 2021: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 1]:1-85. Disponível em: [https://unias.usfsc.br/amamentabrasil/files/2023/03/Amamenta-Brasil-Livro-do-Curso-1\\_compressed.pdf](https://unias.usfsc.br/amamentabrasil/files/2023/03/Amamenta-Brasil-Livro-do-Curso-1_compressed.pdf) ISBN: 9786587206875
20. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2024 dez 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu- quero-me-alimentar-melhor/Documents/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view>
21. Venancio SI, Melo DS, Relvas GRB, Bortoli MC de, Araújo BC de, Oliveira C de F, et al. Effective interventions for the promotion of breastfeeding and healthy complementary feeding in the context of Primary Health Care. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2022 Nov 14 [citado 2023 Mar 13];41:1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/6xB5j4FjdJ45m8PRXDvWYxD/abstract/?lang=en> doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021362>
22. Fittipaldi AL de M, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface.* 2021;25:1-16. doi: 10.1590/interface.200806
23. Gartley T, Bass J, Kleinman R. Supporting Maternal Efforts to Provide Optimal Infant Nutrition in the Post-Partum Setting. *Adv Nutr.* 2024 Feb 1;15(3):100183. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100183
24. Lucena N, Silva R, Bezerra M, Oliveira G. Marcadores do consumo de alimentos ultraprocessados em crianças. *Revista Ciência Plural* [Internet]. 2022 Mar 7 [citado 2022 set 28];8(2):1-18. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26022/15416> doi: 10.21680/2446-7286.2022v8n2iD26022
25. Silva A de FR da, Silva JEN da, Rocha LGA, Santos AC de CP. Impacto e consequências do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde infantil. *Res, Soc Dev.* 2022 Nov 12;11(15):e123111536883. 1-9. doi: 10.33448/rsd-v11i15.36883
26. Benvindo VV, Dutra ÁA, Menenguci MADS, Almeida NAV, Rodrigues AH, Cardoso PC. Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade: uma realidade para a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil na Atenção Básica de Governador Valadares-MG. *Demetra.* 2019 Nov 12;14(suppl 1):1-18. doi: 10.12957/DEMETRA.2019.43464
27. Gomes S da S, Silva GA, Castro IRR de. Aquisição domiciliar de refrigerantes e de biscoitos reduz o efeito de uma intervenção de promoção de frutas e hortaliças. *Cad Saude Publica.* 2017 Jan 1;33(3):1-11. doi: 10.1590/0102-311X00023316
28. Siqueira IMBJ, Godinho APK, Oliveira ECV de, Madruga FP, Taconeli CA, Almeida CCB. Consumption of food groups and associated factors among children aged 6 to 23 months. *Rev Paul Pediatr.* 2022;40:1-9. doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2021080

SUBMISSÃO: 02/04/2025  
ACEITE: 18/01/2025