

CAPÍTULO 3

Impactos da alimentação e nutrição no desenvolvimento infantil

Juliana Araujo Teixeira
Sônia Isoyama Venancio

Este capítulo aborda a alimentação e nutrição como aspectos essenciais para a saúde e desenvolvimento infantil, destacando a alimentação saudável como direito humano e como um dos componentes dos cuidados integrais propostos pela OMS, UNICEF e Grupo Banco Mundial (*Nurturing Care Framework*). O conceito dos primeiros 1.000 dias de vida é explorado, com ênfase na importância da nutrição desde o período pré-gestacional até os primeiros anos da infância.

A seção sobre nutrição materna aborda os períodos pré-gestacional e gestacional, ressaltando a importância de uma alimentação saudável para mães e pais antes e durante a gravidez. Em relação à nutrição infantil, o capítulo discute o papel da amamentação e da introdução de alimentos complementares saudáveis na garantia da nutrição adequada na primeira infância.

O texto também examina as desigualdades sociais e os desafios para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no Brasil. Insegurança alimentar, desvios nutricionais em gestantes e crianças, bem como impactos no desenvolvimento infantil, são analisados à luz de dados científicos. A influência da indústria de alimentos e de práticas de *marketing* também é abordada.

Além disso, o capítulo explora estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável no Brasil. Isso inclui ações como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os bancos de leite humano, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), as Salas de Apoio à Amamentação e as legislações trabalhistas favoráveis à maternidade.

Em resumo, o capítulo oferece uma visão abrangente dos aspectos essenciais da nutrição infantil, bem como os desafios e estratégias para promover uma alimentação saudável e o desenvolvimento infantil no Brasil.

Introdução

O desenvolvimento na primeira infância (DPI), que abrange o período desde o nascimento até os 6 anos de idade, é fundamental para estabelecer as bases de uma vida saudável. As crianças que atingem seu pleno potencial de desenvolvimento nesse estágio apresentam melhores indicadores de saúde física e mental, além de um desempenho escolar superior. Na vida adulta, são mais produtivas no trabalho e experienciam um maior bem-estar social^[1]. Durante esses primeiros anos de vida, o crescimento físico e cerebral ocorre de maneira intensa e acelerada. Cerca de 90% do crescimento cerebral acontece até os 5 anos de idade, com a formação de bilhões de novas conexões neurais. Além disso, é nesse período que as crianças começam a se relacionar com as pessoas e aprendem rapidamente explorando o mundo ao seu redor. Porém, infelizmente, algumas crianças não têm a oportunidade de se desenvolver plenamente. Nos países de baixa e média renda, 43% das crianças com menos de 5 anos estão em risco de ter seu desenvolvimento em atraso^[75].

A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esse documento representa uma agenda global ambiciosa que visa promover, até 2030, o equilíbrio entre os três pilares do desenvolvimento sustentável: social, econômico e ambiental. Considerando a importância do desenvolvimento infantil, um dos 17 ODS é “assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos”. Uma das metas desse objetivo é “garantir, até 2030, que todos os meninos e meninas tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância”.

Para garantir que a meta dos ODS relacionada ao desenvolvimento infantil seja atingida, é essencial compreender os fatores que influenciam esse processo. O *Nurturing Care Framework*, ou Modelo de Cuidados Integrais, lançado em 2018 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Banco Mundial, oferece um guia abrangente para apoiar o desenvolvimento infantil desde o nascimento até os 5 anos de idade⁽³⁾. Esse modelo promove

a criação de um ambiente familiar que atenda às necessidades nutricionais e de saúde das crianças, seja receptivo e emocionalmente acolhedor, protegido de violências e adversidades, que forneça estímulos adequados ao desenvolvimento, além de oportunidades para brincar e explorar. O objetivo é ajudar as crianças a sobreviverem e prosperarem, transformando, assim, a saúde e o potencial humanos. Os cuidados integrais consistem em cinco componentes essenciais para o desenvolvimento infantil: boa saúde, nutrição adequada, segurança e proteção, oportunidades de aprendizado desde o início da vida e cuidados responsivos.

A nutrição adequada é um dos pilares fundamentais do Modelo de Cuidados Integrais. A nutrição dos pais antes da gravidez e da mãe durante a gravidez afetam a saúde e bem-estar de ambos, bem como a nutrição e o crescimento da criança em desenvolvimento. Quando as mulheres grávidas apresentam deficiência de micronutrientes, elas precisam de suplementos, incluindo ferro. Crianças pequenas prosperam com amamentação exclusiva – desde imediatamente após o nascimento até os 6 meses de idade – juntamente com o contato pele a pele. A partir dos 6 meses de idade, as crianças pequenas necessitam de alimentos complementares que sejam diversos e em quantidade suficiente, e que contenham os micronutrientes necessários para o rápido crescimento do corpo e do cérebro, juntamente com o leite materno, que deve ser continuado pelo menos até os 2 anos. A alimentação de uma criança pequena deve ser oferecida de uma maneira que acomode a interação social e emocional envolvida nesse processo, o que chamamos de alimentação responsiva, que também é um dos pilares fundamentais do Modelo de Cuidados Integrais dentro dos cuidados responsivos. Além disso, a segurança alimentar das famílias é essencial para uma nutrição infantil adequada^[76].

Alimentação e nutrição dos pais

Quando se pensa na concepção de um bebê, vários fatores de risco individuais e ambientais podem contribuir para resultados adversos, tanto na mãe como na criança. Esses fatores de risco incluem saúde mental dos pais comprometida, uso de substâncias (como álcool e tabaco), ausência de imunização, toxinas ambientais, condições genéticas desfavoráveis, infecções (como HIV e infecções sexualmente transmissíveis), infertilidade, pouco espaçamento entre filhos, violência (tanto dentro quanto fora de casa) e nutrição (como deficiências de micronutrientes, desnutrição e excesso de peso)^[77].

O estado nutricional das mulheres no período periconcepcional, ou seja, logo antes da concepção e/ou durante o início da gravidez (< 12 semanas de gestação), quando as mulheres geralmente ainda não sabem que estão grávidas, pode influenciar processos críticos de desenvolvimento^[78]. Durante esse período ocorrem mudanças significativas na forma do embrião, modificações epigenéticas e mudanças no metabolismo (ajuste dos reguladores para o crescimento e fornecimento de

energia). A qualidade da dieta materna, a desnutrição e outros aspectos fisiológicos como hiperglicemia ou hiperlipidemia podem afetar o potencial do embrião e aumentar o risco de doenças crônicas na prole, como doenças cardiometabólicas, imunológicas e neurológicas^[79]. Deficiências nutricionais antes da concepção e durante a gravidez podem resultar em distúrbios do tubo neural, baixo peso e comprimento ao nascer e atrasos no desenvolvimento ao longo da vida^[1,80].

O aumento global da obesidade materna está ligado à redução da fertilidade feminina e a um maior risco de obesidade na prole. Dados do ENANI 2019 registraram uma prevalência de obesidade de 26,3% entre as mães de crianças de 0 a 5 anos de idade, sendo que a região Norte apresentou a menor prevalência (19,0%), estatisticamente diferente da região Nordeste (25,0%). Altos índices de massa corporal (IMC) maternos elevam as concentrações de glicose e insulina, promovendo crescimento fetal e adiposidade, resultando em maior peso ao nascer e na infância. Isso também pode aumentar o risco de condições alérgicas e atópicas na prole^[79]. A má nutrição no útero e o baixo peso ao nascer, prevalentes em países de baixa e média renda, estão associados a riscos aumentados de doenças crônicas na vida adulta, especialmente se seguidos por ganho de peso acelerado na infância. Exposições à fome, como na Fome Holandesa de 1944-45 e na Grande Fome Chinesa de 1959-61, também resultaram em consequências cardiometabólicas e neurológicas adversas nas crianças, com maior risco de hipertensão na idade adulta quando a exposição à fome ocorreu no primeiro trimestre da gestação^[79].

Embora a conexão entre a dieta da mãe e a saúde a longo prazo de sua prole tenha sido estudada detalhadamente, o entendimento de como a dieta do pai afeta as crianças permanece limitado. No entanto, estão surgindo conexões entre o estilo de vida paterno, a qualidade do esperma e a saúde da prole. Tanto em humanos quanto em roedores, pais com excesso de peso demonstraram ter espermatozoides com menor motilidade e mais anormalidades. Uma dieta ocidental, rica em açúcar e gordura, também mostrou reduzir a motilidade do esperma em homens, e dietas densas em energia reduzem a motilidade, a morfologia e a integridade do DNA espermático. A redução da integridade do DNA espermático, presente na obesidade e no diabetes, está ligada a taxas de gravidez reduzidas em humanos^[79].

A ideia de se preparar nutricionalmente para a gravidez é crucial, incluindo um estado nutricional adequado, atividade física e alimentação saudável para ambos os pais, reduzindo o risco de doenças crônicas na criança^[79].

As respostas endócrinas e metabólicas maternas que ocorrem no início da gravidez, por sua vez, influenciam o fornecimento e a utilização dos nutrientes disponíveis para o feto em rápido crescimento mais tarde na gravidez^[78]. Todos os nutrientes desempenham um papel importante no desenvolvimento e funcionamento

do cérebro, mas alguns têm um impacto particularmente significativo durante os estágios iniciais do desenvolvimento cerebral. Isso inclui macronutrientes como proteínas e ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, além de micronutrientes como ferro, zinco, iodo e vitamina B12.

A importância da ingestão de proteínas durante os estágios iniciais da vida foi destacada em um estudo conduzido por Pollitt et al. (1995)^[81], que descobriu que crianças cujas mães consumiram uma bebida rica em proteínas e alto teor energético durante a gravidez e continuaram a consumi-la até os 2 anos de idade apresentaram melhorias em diversas habilidades intelectuais, incluindo processamento de informações, aptidões numéricas e vocabulário, em comparação com crianças expostas a uma bebida sem proteínas^[81].

Os efeitos da suplementação de ácidos graxos de cadeia longa no desenvolvimento infantil têm sido extensivamente estudados. Embora algumas metanálises não tenham encontrado benefícios significativos em termos de cognição e atenção, estudos menores sugerem que há benefícios em tarefas mais específicas, avaliadas em crianças mais velhas^[82-84].

A deficiência de ferro é uma das deficiências nutricionais mais comuns no mundo e uma das principais causas de perda de potencial de desenvolvimento em crianças de países de baixa e média renda, sendo mais prevalente durante a gravidez e a primeira infância, períodos em que há uma alta demanda de ferro para o desenvolvimento cerebral fetal e infantil^[84-86].

A deficiência de iodo é a principal causa evitável de comprometimento da função mental em todo o mundo, afetando cerca de dois bilhões de pessoas. O impacto prejudicial da deficiência grave de iodo no desenvolvimento cerebral é bem estabelecido, com crianças nascidas de mães residentes em áreas com alta prevalência dessa deficiência frequentemente apresentando cretinismo, uma forma grave de deficiência intelectual^[86,87].

Uma metanálise sobre os efeitos da suplementação de zinco em crianças menores de 5 anos não encontrou um impacto significativo nos resultados cognitivos e motores da criança^[88], mas evidências sugerem que fetos de mães com deficiência de zinco apresentam alterações no desenvolvimento fetal^[84].

Por fim, a vitamina B12 é crucial para o desenvolvimento neuronal e a mielinização. Estudos sobre a suplementação materna de B12 mostraram resultados mistos em relação ao desenvolvimento cognitivo das crianças, destacando a importância de manter níveis adequados de B12 durante a gravidez^[84].

É importante ressaltar que o impacto das deficiências de macro e micronutrientes é mais significativo durante o período fetal e pós-natal inicial, devido às altas demandas metabólicas do cérebro nessa fase^[84]. Portanto, é essencial garantir uma

ingestão adequada de nutrientes durante a gravidez e fornecer um adequado suporte nutricional para as crianças, especialmente nos primeiros dois anos de vida.

Amamentação

A importância do aleitamento materno e das práticas de alimentação complementar é amplamente reconhecida. O leite materno contém nutrientes essenciais que são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento cerebral. Além disso, a amamentação promove o vínculo emocional entre mãe e filho e oferece proteção contra doenças, o que também pode beneficiar o desenvolvimento infantil. O Guia Alimentar das Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, ratificando as recomendações internacionais, destaca a relevância de iniciar a amamentação logo após o nascimento, manter a amamentação exclusiva até os 6 meses e continuar amamentando até os 2 anos ou mais^[89].

A partir da década de 1980, as evidências científicas sobre a importância da amamentação aumentaram significativamente. A revista *The Lancet* publicou, em 2016, uma série sobre amamentação e, em um de seus artigos, Victora et al. (2016)^[90] reuniram informações sobre a associação entre amamentação e desfechos em crianças ou mães a partir de 28 revisões sistemáticas e metanálises^[90]. Como impactos de curto prazo, os autores identificaram que práticas adequadas de amamentação previnem a morbidade infantil devido a diarreias, infecções respiratórias e otite média: cerca de metade das diarreias e um terço das infecções respiratórias poderiam ser evitadas pela amamentação^[91]. Onde doenças infecciosas são causas comuns de morte, a amamentação oferece proteção significativa, mas mesmo em populações de alta renda, ela reduz a mortalidade por causas como enterocolite necrosante e síndrome da morte súbita infantil. Em países de baixa e média renda, crianças menores de 6 meses que não eram amamentadas tinham entre 3,5 e 4,1 vezes mais chance de morrer do que as amamentadas^[92]. Mesmo em países de alta renda, o fato de estarem sendo amamentadas esteve associado com uma redução de 36% (IC 95% 19-49) nas mortes súbitas^[93]. A ampliação das práticas de amamentação a níveis quase universais é estimada para prevenir 823 mil mortes anuais, ou 13,8% de todas as mortes de crianças com menos de 24 meses nos 75 países do *Countdown to 2015*.

A revisão ainda sugere que há uma proteção contra otite média em crianças menores de 2 anos, principalmente em países de alta renda, e contra maloclusões dentais em países de baixa e média renda: amamentação se associou a uma redução de 68% (IC 95% 60-75) das maloclusões^[94]. Evidências crescentes também sugerem que a amamentação pode proteger contra o sobrepeso e o diabetes mais tarde na vida: períodos mais longos de amamentação estiveram associados a 26% de redução na chance de sobrepeso ou obesidade^[90-95].

A amamentação esteve consistentemente associada a um melhor desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes, com um aumento médio de 3,4 pontos de quociente de inteligência (QI) (IC 95% 2,3-4,6), com base nos resultados de 16 estudos observacionais que controlaram vários fatores de confusão, incluindo a estimulação em casa^[96]. As evidências disponíveis mostram que, ao aumentar a inteligência, a amamentação aprimora o capital humano. Um estudo realizado no Brasil, com trinta anos de acompanhamento, sugeriu um efeito da amamentação na inteligência, escolaridade alcançada e renda na idade adulta, sendo que 72% do efeito da amamentação sobre a renda foi explicado pelo aumento no QI^[97].

Além dos benefícios à saúde das crianças proporcionados pela amamentação, há evidências sugerindo que eventos cruciais de impressão genética ocorrem durante a amamentação, influenciando a saúde e o desenvolvimento a longo prazo. Esses eventos podem ser mediados pelo impacto da amamentação no microbioma infantil. Bebês amamentados mantêm diferenças microbianas persistentes, independentemente do modo de parto, devido aos oligossacarídeos do leite humano (HMOs). O leite humano contém uma variedade muito maior de açúcares que outros leites de mamíferos, atuando como prebióticos para o crescimento de bactérias específicas. Além disso, o leite materno transfere elementos do microbioma e respostas imunológicas da mãe e fornece prebióticos que promovem o crescimento de bactérias benéficas. A interação específica entre o leite materno e o microbioma infantil provoca efeitos distintos no metabolismo e na imunidade do bebê. Assim, o leite materno é não apenas um suprimento nutricional ideal, mas também uma forma de medicina personalizada, fornecida em um momento crucial para a regulação da expressão gênica. Essa oportunidade de impressão de saúde não deve ser desperdiçada^[90].

Apesar dos benefícios da amamentação, infelizmente, em alguns casos, ela não é recomendada, como em situações de mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana e vírus-T linfotrópico humano do tipo 1 e do tipo 2 (HIV, HTLV1 e HTLV2, respectivamente), em uso de medicamentos incompatíveis com amamentação ou uso regular de álcool ou drogas ilícitas^[89]. Mulheres com hepatite A, B e C podem amamentar, exceto com mamilos machucados no caso de hepatite C. Em situações como algumas infecções, consumo eventual de álcool/drogas, vacinação contra febre amarela (em mães de crianças menores de 6 meses) ou exames com radiofármacos, é necessária a programação da interrupção temporária da amamentação, preferencialmente com orientação profissional. A amamentação da criança por outra mulher que não seja a mãe (amamentação cruzada) é contraindicada devido ao risco de transmissão de doenças.

Alimentação complementar

A partir dos 6 meses de idade, o bebê entra em uma fase em que sua dieta se expande para além do leite materno. Nesse momento, a introdução de uma variedade de alimentos é importante para suprir as crescentes necessidades nutricionais da criança. Mesmo sem dentes, muitos bebês demonstram habilidades de mastigação e interesse em explorar diferentes sabores, texturas, cheiros e cores dos alimentos, muitas vezes participando das refeições familiares. O Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos^[89] propõe doze passos para uma alimentação complementar saudável:

1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;
2. Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança de até 2 anos de idade;
6. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;
8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família;
9. Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
12. Proteger a criança da publicidade de alimentos.

A alimentação da criança e de toda a família deve ser baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos deve pertencer a esse grupo. Alimentos *in natura* são obtidos diretamente de fontes vegetais ou animais e não passam por alterações após serem colhidos ou obtidos da natureza. Já os alimentos minimamente processados sofrem pequenas modificações, como limpeza, remoção de partes indesejadas, corte, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração ou congelamento, sem adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias.

Evitar alimentos ultraprocessados e açúcares é fundamental, pois seu consumo pode contribuir para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, afetando nega-

tivamente a saúde física e emocional das crianças, bem como seu desempenho acadêmico e qualidade de vida^[98]. Exemplos de alimentos ultraprocessados incluem refrigerantes, bebidas adoçadas, salgadinhos de pacote, sorvetes, chocolates, balas, pães doces, biscoitos, bolos, cereais matinais, achocolatados, farinhas de cereais instantâneas com açúcar, iogurtes com sabores, queijos processados, temperos instantâneos, produtos congelados prontos para aquecer e empanados de carne, frango ou peixe.

A alimentação complementar não é apenas sobre nutrição, mas também desempenha um papel vital no desenvolvimento da identidade da criança, proporcionando-lhe experiências sensoriais e educativas importantes. As práticas alimentares dentro da família – o que é oferecido, como é oferecido e quando – têm um impacto significativo na formação de hábitos alimentares saudáveis que podem perdurar por toda a vida. O conceito de alimentação responsiva embasou os passos 8 e 9 do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos^[89]. A alimentação responsiva refere-se a uma abordagem de alimentação infantil em que os cuidadores respondem de maneira adequada, atenta e consistente aos sinais de fome e saciedade das crianças. Esse conceito enfatiza a importância da interação positiva entre o cuidador e a criança durante as refeições. Os elementos chave dessa abordagem são: (i) a capacidade de reconhecer quando a criança está com fome, quando está satisfeita e quando precisa de uma pausa; (ii) responder de maneira apropriada e oportuna a esses sinais, ou seja, oferecer alimentos quando a criança mostra sinais de fome e parar de alimentar quando a criança indica que está satisfeita; (iii) criar um ambiente tranquilo e encorajador durante as refeições – os cuidadores devem interagir de maneira positiva, sem forçar a criança a comer ou usar métodos coercitivos; (iv) encorajar a criança a explorar diferentes alimentos e texturas, promovendo a autoalimentação conforme a criança desenvolve habilidades motoras^[99]. Portanto, é importante considerar que o modo como a criança é alimentada e os exemplos observados em casa influenciarão diretamente sua relação com a comida no futuro.

Intervenções que integram as diferentes dimensões do desenvolvimento infantil, como as que incorporam estimulação (interação entre cuidadores e crianças, que está relacionada ao desenvolvimento cerebral) e nutrição, são particularmente bem-sucedidas^[100], especialmente entre aqueles que são mais vulneráveis e desfavorecidos^[101]. Em um estudo de intervenção conduzido na Jamaica, o desenvolvimento mental de crianças com baixa estatura para a idade que receberam tanto suplementação alimentar como estimulação psicossocial foi praticamente igual ao das crianças sem atraso de crescimento (Figura 3.1)^[26,102,103]. Embora várias intervenções de saúde e nutrição tenham demonstrado eficácia na redução da morbidade e no estímulo ao crescimento infantil, poucos estudos abordaram diretamente o impacto dessas intervenções no desenvolvimento das crianças^[104].

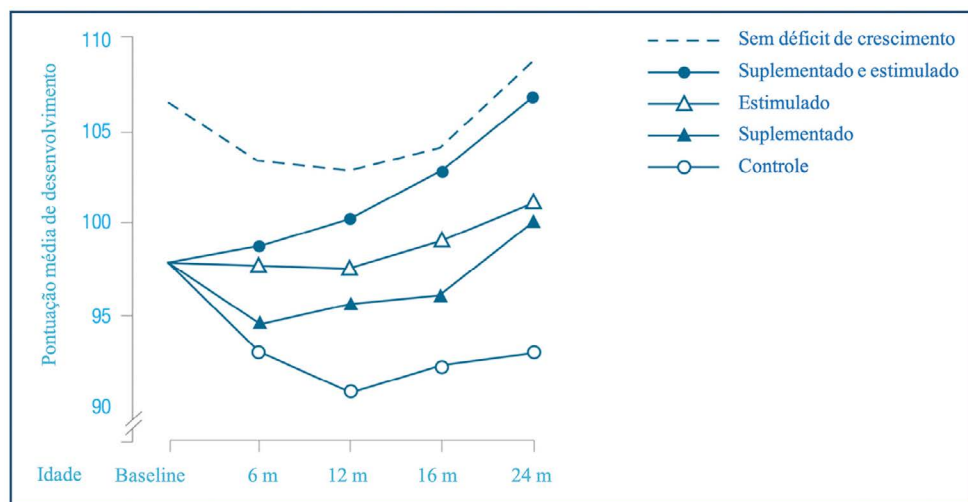


Figura 3.1 Efeitos da combinação entre suplementação nutricional e estimulação psicossocial em crianças com déficit de crescimento (controle) em um estudo de intervenção de 2 anos na Jamaica.

Fonte: Comission on Social Determinants of Health, & World Health Organization (2008)^[105].

Amamentação e alimentação complementar no Brasil: desafios

Além de ser uma prática biológica, o aleitamento materno é influenciado por diversos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. De 1940 a 1980, o Brasil observou um declínio significativo na prática da amamentação. Em 1974-75, a duração mediana da amamentação atingiu seu ponto mais baixo, de apenas 2,5 meses. Esse declínio pode ser atribuído ao aumento da renda, urbanização, maior participação das mulheres no mercado de trabalho, uso crescente de chupetas, medicalização da gravidez e do parto e intensificação das práticas de *marketing* pela indústria de alimentos para bebês^[106].

No entanto, o fortalecimento do compromisso com políticas e programas para promover o aleitamento materno, tanto internacionalmente como no Brasil, levou a um ressurgimento dessa prática. A duração mediana da amamentação aumentou para 6,8 meses em 1986, 9,9 meses em 1999 e 14 meses em 2006-07. Estratégias políticas importantes incluem a adoção da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) e a inclusão, na Constituição Brasileira, do direito de todas as mulheres a 120 dias de licença-maternidade^[106].

A partir de meados dos anos 2000, os avanços na amamentação no Brasil começaram a desacelerar. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado em 2019, foi um inquérito populacional de base domiciliar que contou com uma amostra probabilística de crianças menores de 5 anos distribuídas em 123 municípios dos 26 estados e no Distrito Federal. O ENANI revelou que quase todas as crianças brasileiras foram amamentadas em algum momento (96,2%) e metade

delas mamou por pelo menos 15,9 meses. No entanto, as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) (45,8%) e de aleitamento materno continuado no primeiro ano de vida (43,6% entre crianças de 12 a 23 meses), embora significativas, ainda estão abaixo do recomendado pela OMS. Além disso, uma grande proporção de crianças menores de 2 anos usava chupeta (43,9%) ou recebia alimentos por mamadeiras (52,1%), o que pode comprometer a continuidade do aleitamento materno^[107].

Esse período de desaceleração da expansão da amamentação no Brasil coincide com um aumento expressivo nas vendas de fórmulas lácteas comerciais (FLC), que cresceram 750% entre 2006 e 2020. Essas fórmulas incluem produtos padrão para crianças de 0 a 6 meses, produtos de transição para crianças de 7 a 12 meses, fórmulas para crianças pequenas de 13 a 36 meses e fórmulas especializadas ou “leites terapêuticos”. A categoria de fórmulas especializadas cresceu 23 vezes nesse período, de R\$ 14 milhões para R\$ 307 milhões^[106]. Com a regulamentação mais rigorosa, a indústria passou a promover agressivamente as FLC para crianças mais velhas e jovens, além das fórmulas especializadas.

Uma estratégia de venda é a promoção cruzada entre fórmulas infantis e compostos lácteos. As fórmulas infantis são destinadas a substituir total ou parcialmente o leite materno ou humano em situações específicas e devem ser prescritas por profissionais de saúde. A venda dessas fórmulas é regulamentada pela NBCAL, que proíbe a promoção de fórmulas para crianças de 0 a 12 meses e restringe a promoção para crianças de até 6 anos. Por outro lado, os compostos lácteos são alimentos ultraprocessados, maléficos à saúde, que devem conter pelo menos 51% de ingredientes lácteos, com os demais 49% podendo incluir óleos vegetais, açúcar e aditivos alimentares. A venda desses compostos é regulamentada pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), e o Ministério da Saúde contraindica seu uso para crianças menores de 2 anos devido à presença de açúcar e aditivos. A indústria mantém semelhanças nas embalagens de fórmulas infantis e compostos lácteos, causando confusão entre os consumidores^[108]. Características como cores, formato das embalagens, tipo de fonte e nomes similares são usados para provocar engano, especialmente entre pais e cuidadores. Esses produtos são frequentemente colocados estrategicamente juntos nas prateleiras das lojas e podem ser alvo de promoções. O Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) ressalta que a semelhança nos rótulos de fórmulas infantis e compostos lácteos visa associar esses produtos distintos para incentivar os consumidores a trocar um pelo outro^[108]. Essa prática, no entanto, viola o Código de Defesa do Consumidor, caracterizando-se como publicidade enganosa e abusiva, além de desrespeitar o direito à informação adequada. Também infringe leis de proteção à maternidade e desrespeita a Constituição Federal^[108].

A indústria de alimentos para bebês, fortalecida por associações com grupos industriais poderosos e lobistas influentes, utiliza o *marketing* e a atividade política

para promover e sustentar os mercados de FLC, em detrimento da amamentação. Isso justifica a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa da indústria por parte dos reguladores^[106].

De acordo com dados do ENANI 2019, aproximadamente 86,3% das crianças brasileiras começam a receber alimentação complementar entre os 6 e 8 meses de idade^[109]. Entretanto, as práticas alimentares para uma parcela significativa da população de crianças brasileiras menores de 5 anos estão distantes das recomendações estabelecidas: a frequência alimentar mínima foi de 39,2%; a diversidade alimentar mínima foi de 57,1% (6 a 23 meses) e 54,8% (24 a 59 meses); o consumo de alimentos fonte de ferro foi de 84,6% (6 a 23 meses) e 94,9% (24 a 59 meses); o consumo de alimentos fonte de vitamina A foi de 38,6% (6 a 23 meses) e 29,7% (24 a 59 meses); o consumo de ovos e/ou carnes foi de 71,4% (6 a 23 meses) e 88,9% (24 a 59 meses); o consumo de alimentos ultraprocessados foi de 80,5% (6 a 23 meses) e 93,0% (24 a 59 meses); o não consumo de frutas e hortaliças foi de 22,2% (6 a 23 meses) e 27,4% (24 a 59 meses) e o consumo de bebidas adoçadas foi de 24,5% (6 a 23 meses) e 50,3 (24 a 59 meses). Indicadores mais preocupantes foram observados para a faixa etária de 6 a 11 meses, ou seja, logo no início da alimentação complementar, nas regiões Norte e Nordeste, domicílios rurais e entre famílias em posição socioeconômica mais desfavorável^[109].

As taxas de aleitamento materno e as práticas alimentares entre crianças menores de 5 anos se refletem em seu estado nutricional. Corroborando os dados sobre alimentação complementar, as prevalências de deficiências de micronutrientes em crianças brasileiras entre 6 e 59 meses variam segundo macrorregião, faixa etária ou posição socioeconômica. A prevalência de anemia foi de 10,0%, sendo esse agravo mais prevalente na região Norte (17,0%), entre crianças de 6 a 23 meses de idade (19,0%) e entre aquelas em posição socioeconômica mais desfavorável (13,1%)^[110]. A prevalência de crianças com baixo peso e estatura para idade foi de 2,9% e 7,0%, respectivamente^[111]. A baixa estatura para a idade, ou *stunting*, é um dos principais preditores de atrasos no desenvolvimento e vem sendo utilizado, juntamente com a informação sobre pobreza, para obter estimativas globais de problemas no desenvolvimento. Nos países de baixa e média renda, aproximadamente uma a cada duas crianças com menos de 5 anos está em risco de ter seu desenvolvimento em atraso, segundo essas medidas^[75]. Dados do ENANI também mostram que a prevalência de risco de sobrepeso ($1 < Z \text{ IMC/I} \leq 2$) foi de 18,3%, sendo maior nas regiões Sul (22,2%) e Sudeste (18,4), em comparação à região Centro-Oeste (14,5%); e em domicílios situados em áreas urbanas (18,6%) em comparação aos situados em área rural (11,8%). A prevalência de sobrepeso ($2 < Z \text{ IMC/I} \leq 3$) foi de 7,0% e de obesidade ($Z \text{ IMC/I} > 3$) foi de 3,0%^[111]. Os dados do ENANI 2019 revelam um cenário

preocupante de desigualdade e comprometimento nutricional entre as crianças brasileiras, evidenciando tanto baixa estatura como excesso de peso.

As instabilidades socioeconômicas geradas pelas crises política e econômica vividas principalmente a partir de 2016 no Brasil agravaram-se com a pandemia da Covid-19, acentuando as desigualdades alimentares entre uma parcela da população brasileira, sobretudo quanto ao acesso a alimentos de forma regular e em quantidade e qualidade satisfatórias, resultando no aumento da insegurança alimentar e do consumo de alimentos ultraprocessados. Segundo o art. 3º da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, “a Segurança Alimentar e Nutricional 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”. Entretanto, o Relatório das Nações Unidas intitulado “O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Mundo”, lançado em 2022, revelou que aproximadamente duas em cada três crianças não conseguem alcançar a diversidade mínima na dieta^[112]. Alarmantemente, 45 milhões de crianças com menos de 5 anos sofriam de desnutrição grave, enquanto 149 milhões enfrentavam atrasos no desenvolvimento e 39 milhões apresentavam excesso de peso. Esses números destacam um quadro sombrio, sugerindo impactos negativos significativos no futuro desta geração.

“A fome faz cessar o amor”
(Eurípedes, V a.C.)

O 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil expõe uma realidade alarmante: apenas 4 em cada 10 famílias têm acesso pleno à alimentação^[113]. Em um curto período entre 2021 e 2022, cerca de 14 milhões de brasileiros foram adicionados à triste estatística da fome. Aproximadamente 58,7% da população brasileira enfrenta algum nível de insegurança alimentar, números que remetem aos índices da década de 1990. Em contrapartida, em 2020, os dados apontavam para um retrocesso aos níveis de 2004. Contudo, a persistência do desmantelamento das políticas públicas, o cenário econômico adverso e a crescente desigualdade social, aliados ao segundo ano de pandemia, exacerbaram ainda mais a crise no Brasil. Desde 2018, houve um aumento de 60% no número de pessoas afetadas pela insegurança alimentar. A impossibilidade de comprar alimentos básicos, como arroz, feijão, vegetais e frutas, está diretamente ligada à insegurança alimentar moderada ou grave. Uma nova geografia da fome emerge, em que a fome se tornou uma questão nacional, não relacionada apenas à seca, mas também à alta ingestão de alimentos ultraprocessados^[113].

O estudo empregou a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), composta de oito perguntas, abrangendo desde aqueles que temem não ter alimentos no futuro até os que enfrentam a fome atualmente. As regiões Norte (72%) e Nordeste (68%) foram as mais impactadas, com uma média nacional de 59%. A fome afeta 26% e 21% das populações dessas regiões, respectivamente, enquanto a média nacional é de 15%, e no Sul, de 10%. Os habitantes das áreas rurais são os mais afetados, com 60% sofrendo de insegurança alimentar e 18,6% enfrentando fome. A fome tem uma clara dimensão racial, com 65% dos lares chefiados por pessoas pretas ou pardas enfrentando insegurança alimentar, um salto significativo de 10,4% para 18,1% entre 2020 e 2022. Da mesma forma, a fome tem uma dimensão de gênero, com lares chefiados por mulheres enfrentando uma taxa de fome de 19,3%, em comparação com 11,9% nos lares liderados por homens. A presença de crianças agrava a situação, com um aumento significativo da fome em famílias com crianças menores de 10 anos, passando de 9,4% em 2020 para 18,1% em 2022. Quando há três ou mais pessoas menores de 18 anos na família, a taxa de fome atinge 25,7%^[41].

Os desafios descritos, em que há uma desaceleração da expansão da prática do aleitamento materno, o crescente consumo de fórmulas infantis e a inadequação de alguns aspectos da alimentação complementar, impactam diretamente o estado nutricional das crianças e não podem ser ignorados. Em um contexto de insegurança alimentar agravada pelas desigualdades, torna-se evidente a necessidade de ações concretas para promover e proteger tanto o aleitamento materno como uma alimentação complementar saudável. Essas medidas não apenas garantirão o desenvolvimento adequado das crianças, mas também contribuirão para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Proteção, promoção e apoio à alimentação infantil adequada e saudável no Brasil

O Brasil tem diversas legislações, portarias e regulamentações destinadas a proteger a saúde, alimentação e nutrição das crianças. Entre os marcos gerais estão a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Marco Legal da Primeira Infância. Desde a década de 1980, o país demonstra um compromisso significativo com a promoção, proteção e apoio à alimentação infantil adequada e saudável, reconhecendo sua importância para a saúde e o desenvolvimento infantis.

O modelo conceitual proposto por Rollins et al. (2016) sugere intervenções de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno^[114]. No Brasil, as ações de proteção incluem a NBCAL e a legislação trabalhista (Consolidação das Leis Trabalhistas –

CLT e Programa Empresa Cidadã). As ações de promoção incluem campanhas de doação de leite humano, o Agosto Dourado e a Semana Mundial da Amamentação (SMAM). As ações de apoio abrangem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Método Canguru, os Bancos de Leite Humano, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e as Salas de Apoio à Amamentação, que serão descritas a seguir.

Ações de proteção ao aleitamento materno

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) é uma adaptação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 1981. Implementada no Brasil em 1988, a NBCAL regula a comercialização de alimentos para lactentes e crianças pequenas, abordando promoção, publicidade, rotulagem e distribuição. Seu objetivo é proteger o aleitamento materno e garantir a segurança dos alimentos complementares. Entre suas diretrizes estão a proibição de publicidade desses produtos, regulamentação de rotulagem, restrições à distribuição de amostras e brindes e a regulamentação da venda de mamadeiras e chupetas.

Outra ação de proteção ao aleitamento materno é a legislação trabalhista brasileira, que assegura direitos importantes para mães e pais, incluindo licença-maternidade de 120 dias (prorrogável por duas semanas ou estendida a seis meses pelo Programa Empresa Cidadã) e licença-paternidade de cinco dias (ou vinte dias pelo mesmo programa). Em um estudo transversal com dados da II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno de 2008, foi constatado que 63,4% das mães no Brasil não trabalhavam fora de casa. Entre as que trabalhavam, 69,8% usufruíam de licença-maternidade. A ausência de licença-maternidade aumentou em 23% a chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo^[115]. Ao retornar ao trabalho, as mães têm direito a duas pausas de 30 minutos para amamentar ou sair uma hora mais cedo nos primeiros seis meses de vida de seu filho. Estabelecimentos com mais de trinta mulheres devem fornecer local adequado para cuidados infantis.

Já as mulheres que se encontram em situação informal de trabalho não podem contar com esses direitos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) do IBGE, as trabalhadoras informais representam 37,5% da população de mulheres ocupada. Muitas dessas trabalhadoras retornam ao trabalho mais cedo por não terem direito à licença-maternidade. A informalidade, caracterizada pela falta de carteira assinada e ausência de contribuições previdenciárias,

contribui para o desmame precoce devido à separação entre mãe e filho, agravada em cidades maiores pelos grandes deslocamentos entre local de trabalho e residência.

As mulheres privadas de liberdade constituem outra população que deve ter especial atenção para a garantia de direitos. A Lei n. 11.942/2009 exige que estabelecimentos penais femininos possuam berçários e creches, permitindo que mães privadas de liberdade cuidem e amamentem seus filhos até, no mínimo, 6 meses de vida. Apesar de o Brasil possuir a quarta maior população carcerária feminina do mundo, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2018 revelou que apenas 16% das penitenciárias femininas tinham celas para gestantes e 14% contavam com berçários. Em 2017, um censo realizado pela FIOCRUZ mostrou que, entre as 241 mães entrevistadas, 26% não haviam amamentado seus bebês nas últimas 24 horas, indicando que muitos bebês estavam sendo desmamados precocemente^[116].

Políticas públicas inclusivas são essenciais para proteger o aleitamento materno e garantir direitos a todas as mulheres.

Ações de promoção ao aleitamento materno

Desde a década de 1990, o Brasil tem implementado diversas ações de promoção do aleitamento materno. Campanhas de doação de leite humano vêm sendo implementadas no Brasil para incentivar mães a doarem leite excedente para bancos de leite. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2020, os bancos de leite humano no Brasil coletaram mais de 227 mil litros de leite, beneficiando mais de 160 mil recém-nascidos.

Outra ação de destaque é a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), celebrada anualmente na primeira semana de agosto. A SMAM mobiliza governos, organizações e a sociedade para promover a amamentação, aumentando a conscientização sobre seus benefícios e a importância do apoio às mães que amamentam. Durante essa semana, diversas atividades são realizadas, como palestras, oficinas e campanhas publicitárias, todas focadas em criar um ambiente favorável ao aleitamento materno. Complementando a SMAM, o Agosto Dourado foi instituído para reforçar a conscientização ao longo do mês de agosto, simbolizando a luta pelo aleitamento materno. O “dourado” faz referência ao padrão ouro de qualidade do leite materno. Em 2021, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) reportou que o Agosto Dourado incluiu mais de 500 eventos em todo o país, abrangendo seminários, caminhadas e eventos comunitários, todos promovendo a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e continuado até os 2 anos ou mais.

Essas iniciativas são essenciais para fortalecer a cultura do aleitamento materno no Brasil, promovendo um ambiente que apoia e facilita essa prática, além de educar a população sobre os benefícios a longo prazo para a saúde infantil.

Ações de apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada e saudável

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é um programa global lançado pela OMS e UNICEF em 1991 para promover o aleitamento materno e melhorar os cuidados neonatais nas maternidades^[117]. Para obter o título de “Hospital Amigo da Criança”, os hospitais devem cumprir critérios de cuidado humanizado, incluindo o cuidado amigo da mulher, o livre acesso dos pais ao recém-nascido internado e cumprimento da NBCAL. A iniciativa é composta de dez passos:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias na implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade.

Os Hospitais Amigos da Criança (HAC) aumentam as taxas de aleitamento materno e contribuem para a saúde infantil. Bebês nascidos em HAC são menos

sujeitos a intervenções desnecessárias e têm maior contato pele a pele com as mães, amamentação precoce e alojamento conjunto. A duração média do aleitamento materno exclusivo até os seis meses é maior em HAC (60,2 dias) em comparação com outras maternidades (48,1 dias). Além disso, nascer em um HAC aumenta em 9% a probabilidade de amamentação na primeira hora de vida^[118]. No Brasil, a iniciativa HAC foi amplamente adotada, desempenhando um papel crucial na promoção do aleitamento materno em hospitais e maternidades.

Método Canguru

O Método Canguru é uma prática de cuidado neonatal voltada para bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer, que tem demonstrado ser uma eficaz ação de apoio ao aleitamento materno. Esse método encoraja o contato pele a pele entre a mãe (ou outro cuidador próximo) e o bebê, frequentemente iniciado logo após o nascimento e continuado pelo maior tempo possível durante a internação e após a alta hospitalar. Essa prática tem múltiplos benefícios para a promoção e sustentação do aleitamento materno por sua relação com o estímulo à produção de leite, estímulo à sucção e deglutição (habilidades de amamentação mais eficazes), fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê e redução de infecções e complicações. Um estudo de revisão integrativa da literatura incluindo 21 estudos realizados no Brasil entre os anos de 2000 e 2017 concluiu que o Método Canguru impacta positivamente o aleitamento materno e o estabelecimento de vínculo entre mãe-filho^[119].

Bancos de leite humano (BLH)

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) é uma estratégia crucial de apoio ao aleitamento materno, abrangendo a coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso que não podem ser amamentados por suas mães. Além disso, oferece atendimento e orientação para promover o aleitamento. O Brasil possui a maior e mais avançada rBLH do mundo, reconhecida internacionalmente pela eficiência e tecnologia de baixo custo. Com 233 BLH em todos os estados e 240 postos de coleta, a rede é amplamente acessível. O BLH mais próximo do domicílio pode ser identificado ligando para 136 ou consultando a localização dos BLH por meio do *website*: <https://rblh.fiocruz.br/localizacao-dos-blhs>.

As atividades dos BLH têm impacto positivo na saúde materno-infantil, especialmente nas orientações oferecidas para sustentar o aleitamento durante a internação de prematuros. Estudos mostram ganho de peso significativo em bebês prematuros que recebem leite humano. Os BLH também promovem e apoiam o aleitamento materno, influenciando a decisão das mães de doar leite humano para

essas instituições^[120]. De acordo com o ENANI 2019, 4,8% das mães de crianças menores de 2 anos no Brasil fizeram doações para BLH, enquanto 3,6% das crianças nessa faixa etária receberam leite humano ordenhado e pasteurizado desses bancos^[107].

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Resultado da integração da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), do Ministério da Saúde, tem como compromisso formar mais recursos humanos na atenção básica, promovendo educação permanente em saúde por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de texto, troca de experiências, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação. A formação de tutores visa qualificar profissionais de referência que serão responsáveis por disseminar a estratégia e realizar oficinas de trabalho nas suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As oficinas de trabalho nas UBS têm o propósito de discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável com os profissionais da UBS e planejar ações de incentivo à alimentação saudável na infância, de acordo com a realidade local. As oficinas são essenciais para disseminar a estratégia e planejar ações específicas de incentivo à alimentação saudável na infância, adaptadas à realidade local, com enfoque no aleitamento materno e na alimentação complementar saudável.

Existem poucos estudos sobre o impacto da EAAB, algumas pesquisas demonstram melhora dos índices de aleitamento materno, outras não encontram aumento da prevalência em unidades que aderiram à Rede Amamenta Brasil, hoje denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Esses resultados aparentemente contraditórios podem ter relação com as diferenças no grau de implementação da EAAB^[121].

Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta

A Ação Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) visa promover a saúde materno-infantil no ambiente de trabalho, oferecendo suporte e orientação às mulheres que retornam ao trabalho após a licença-maternidade. A MTA inclui iniciativas como horários flexíveis, capacitação de empregadores e colegas sobre a importância do aleitamento materno e sobre como apoiar a amamentação no ambiente profissional e salas de apoio à amamentação.

Um estudo realizado em Taiwan investigou o impacto de um ambiente de trabalho favorável à amamentação sobre a intenção de mães trabalhadoras de uma fábrica de eletrônicos em continuar amamentando. Os autores encontraram que uma escolaridade mais alta (razão de chances [OR] = 2,66), 8 horas de trabalho por dia, comparado a mais horas (OR = 2,66), salas de apoio à amamentação (OR = 2,38),

uso de pausas para extração de leite (OR = 61,6) e encorajamento de colegas (OR = 2,78) e supervisores (OR = 2,44) para usar as pausas para extração de leite foram preditores significativos da continuidade da amamentação por mais de seis meses após o retorno ao trabalho^[122]. Um estudo brasileiro que analisou o perfil das salas de apoio à amamentação nos estados do Sul do Brasil identificou que apenas 17% das mulheres que tiveram licença-maternidade no ano anterior ao estudo utilizaram essas salas. Os principais desafios das salas de apoio à amamentação dizem respeito à padronização dos processos internos e sua utilização pouco frequente, enquanto seus benefícios incluem o incentivo ao aleitamento materno e a valorização das mães trabalhadoras^[123].

Ações envolvendo outros setores

Programa Nacional de Alimentação Escolar

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), criado pela Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009, é o programa socioeducacional brasileiro com a mais longa história no campo de segurança alimentar e nutricional. O objetivo do PNAE é contribuir para o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial dos alunos, além de promover práticas alimentares saudáveis. Segundo a Resolução n. 6/2020, o cardápio deve atender às necessidades nutricionais por faixa etária, cobrindo 20% a 70% das necessidades nutricionais diárias, conforme o período escolar. A oferta inclui frutas, verduras, legumes, promove variedade e diversidade. Pelo menos 30% dos recursos do PNAE devem ser utilizados na aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar, priorizando assentamentos da reforma agrária, comunidades indígenas e quilombolas. Ainda, o PNAE limita produtos processados e proíbe gorduras trans industrializadas e ultraprocessados para crianças até 3 anos de idade.

A participação da sociedade civil é incentivada por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar, que fiscalizam a execução do programa, garantindo a qualidade e a sustentabilidade da alimentação escolar. O CAE desempenha um papel fundamental no acompanhamento e avaliação das refeições, assegurando o cumprimento das diretrizes do PNAE. Para saber mais, acesse: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae/controle-social-cae/sobre-cae>.

Cesta básica de alimentos

A cesta básica alimentar busca garantir o direito humano à alimentação adequada, saudável e acessível, considerando aspectos biológicos, culturais, de gênero, raça e etnia. Deve ser composta de alimentos que atendam às necessidades nutricionais e sejam acessíveis financeiramente, equilibrados e prazerosos.

O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) propôs mudanças na cesta básica, priorizando alimentos *in natura* ou minimamente processados para reduzir a ingestão de ultraprocessados, contribuindo para a saúde pública e a proteção ambiental. Baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira, a proposta visa criar sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, promover a geração de renda para pequenos produtores rurais e priorizar alimentos agroecológicos e regionais. A nova composição inclui feijões, cereais, raízes, legumes, frutas, oleaginosas, carnes, ovos, laticínios, açúcares, sal, óleos, café, chá e especiarias, com exceções específicas.

Programa Bolsa Família

O Bolsa Família é o maior programa de transferência de renda do Brasil, reconhecido internacionalmente pelo seu papel no combate à fome. O atual modelo de benefício considera o tamanho e as características familiares, em que famílias maiores recebem um valor maior do que famílias menores. Para ter direito ao Bolsa Família, a renda de cada pessoa da família deve ser, no máximo, de R\$ 218 por mês. A manutenção da família como beneficiária no programa depende do cumprimento de algumas condicionalidades: realização de pré-natal, cumprimento do calendário nacional de vacinação, acompanhamento do estado nutricional para beneficiários de até 7 anos de idade e frequência escolar mínima de 60% para beneficiários de 4 a 6 anos de idade. Além disso, o programa inclui benefícios específicos para lactantes e crianças na primeira infância, como estratégias importantes para garantir a segurança alimentar e nutricional das crianças de 0 a 6 anos.

Um estudo avaliou o impacto do Bolsa Família nas compras de alimentos de famílias de baixa renda no Brasil, utilizando dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 com uma amostra de 55.970 domicílios. Dos 11.282 domicílios elegíveis, 48,5% eram beneficiários do Bolsa Família. Comparando-se domicílios beneficiários e não beneficiários com renda *per capita* mensal de até R\$ 210,00, verificou-se que os beneficiários apresentaram despesa 6% maior com alimentos e disponibilidade total de energia 9,4% maior. Também houve despesa 7,3% maior com alimentos *in natura* ou minimamente processados e despesa 10,4% maior com ingredientes culinários. Não foram observadas diferenças significativas nas despesas e disponibilidades de alimentos processados e ultraprocessados. Entre os alimentos *in natura* ou minimamente processados, os beneficiários do Bolsa Família gastaram mais e tiveram maior disponibilidade de carne, tubérculos e vegetais. O programa resultou em maior despesa com alimentos, maior disponibilidade de alimentos frescos e ingredientes culinários, melhorando a qualidade e a diversidade da dieta^[124].

Considerações finais

O direito à alimentação adequada, consagrado em diversos tratados internacionais, exige uma ação conjunta de governos, comunidades e famílias para garantir que todas as crianças tenham acesso a alimentos nutritivos e seguros. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2 e 3 destacam essa necessidade, reconhecendo que a nutrição adequada é essencial para o crescimento físico, cognitivo e emocional das crianças, e para o desenvolvimento sustentável das sociedades.

O leite materno é parte vital do primeiro sistema alimentar e a forma mais sustentável de alimentação infantil. Apoiar a amamentação e reconhecer o leite materno como parte fundamental desse sistema traz benefícios tanto para as crianças como para a sociedade, contribuindo para a redução das mudanças climáticas devido à sua pegada ecológica menor em comparação com substitutos do leite materno. Compreendendo a importância da alimentação saudável e das intervenções nutricionais adequadas, podemos trabalhar em conjunto para promover o desenvolvimento infantil e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assegurando um futuro melhor para todas as crianças.