



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

CYNTIA ALVES MIRANDA RAMOS

**CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS**

Brasília

2022

CYNTIA ALVES MIRANDA RAMOS

**CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS E ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, para obtenção do grau de especialista; Hospital Universitário de Brasília (HUB), Universidade de Brasília (UnB); área de concentração Atenção Básica.

Orientadora: Prof^a Viviane Belini Rodrigues

Brasília

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é Senhor da minha vida e faz todas as coisas cooperarem para o bem daqueles que O amam, apesar de meus erros e acertos.

Agradeço ao meu esposo, Pedro Paulo Pereira Ramos, companheiro gentil, conselheiro e incentivador na minha jornada.

Agradeço aos meus pais Cleoman Dias Miranda e Gisele Karla Alves Carneiro Miranda por todo amor e esforço que me fizeram chegar aqui, pela presença e pelo colo que tanto precisei nos momentos difíceis.

Agradeço aos meus sogros Antonio Marmo Ramos e Rosa Maria Pereira Ramos por todo apoio e orações constantes.

Agradeço aos meus irmãos Bruno Alves Miranda e Míriam Monteiro Alves por serem meus amigos e confidentes.

Agradeço a minha preceptora Margarete Bazilevitz por todos os ensinamentos, disposição e por dividir comigo seus dias e sua amizade.

Agradeço a minha professora e orientadora Viviane Belini Rodrigues, que compartilhou seu precioso conhecimento e me motivou com sua doçura e calma a continuar mesmo quando tudo parecia não dar certo.

Agradeço aos meus amigos residentes pelo acolhimento, disposição e profissionalismo que tornaram os dias mais alegres e leves.

Agradeço aos queridos professores Rafael Mota Pinheiro, Juliane Andrade e Rita Melão pela dedicação, disponibilidade e atenção, especialmente em meio a um cenário tão caótico de pandemia.

RESUMO

Objetivo: Identificar as prevalências do consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 6 a 23 meses e 29 dias e do aleitamento materno exclusivo (AME) nas menores de 6 meses atendidas na Unidade Básica de Saúde 01 de São Sebastião, no Distrito Federal. **Metodologia:** Participaram da pesquisa 118 crianças menores de 2 anos de idade, de ambos os sexos, que foram atendidas na unidade. As prevalências de AME e do consumo de alimentos ultraprocessados foram identificadas por meio da aplicação de dois formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar, disponibilizados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (*Sisvan Web*) pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). **Resultados:** Apenas 4 crianças estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro semestre de vida, representando 18,2% da amostra desta faixa etária. A prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados na alimentação das crianças entre 6 e 23 meses foi de 52,1%. **Conclusão:** Os dados encontrados evidenciam práticas alimentares que podem prejudicar a saúde das crianças. O incentivo ao aleitamento materno e à alimentação adequada e saudável deve integrar as ações da equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), tanto como aconselhamento das famílias quanto nos espaços de educação em saúde.

Palavras-chave: alimentação complementar; segurança alimentar e nutricional; educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of consumption of ultra-processed foods among children aged 6 to 23 months and 29 days and exclusive breastfeeding (EBF) in children under 6 months of age attended at Basic Health Unit 01 in São Sebastião, in the Federal District. **Methodology:** A total of 118 children under 2 years of age, of both sexes, who were treated at the unit, participated in the research. The prevalence of EB and the consumption of ultra-processed foods were identified through the application of two forms to assess food consumption markers, made available on the Food and Nutrition Surveillance System (*Sisvan Web*) by the General Coordination of Food and Nutrition (CGAN). **Results:** Only 4 children were exclusively breastfed (EBF) in the first semester of life, representing 18.2% of the sample in this age group. The prevalence of consumption of ultra-processed foods in the diet of children aged between 6 and 23 months was 52.1%. **Conclusion:** The data found show dietary practices that can harm children's health. The encouragement of breastfeeding and adequate and healthy food should integrate the actions of the Primary Health Care (PHC) team, both as counseling for families and in health education spaces.

Keywords: complementary feeding; food and nutrition security; health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 METODOLOGIA	10
3.1 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	10
3.2 LOCAL DO ESTUDO	10
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	10
3.4 TAMANHO AMOSTRAL	11
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA	11
3.6 ANÁLISE DE DADOS	12
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	12
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÃO	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO A – Formulário de marcadores de consumo alimentar	27

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros mil dias de vida constituem o período desde a concepção até o final do segundo ano de idade da criança. É considerado como uma janela de oportunidades para a boa nutrição e o crescimento saudável, que pode acarretar benefícios por toda a vida (BHUTTA et al., 2008). Assim, escolhas alimentares adequadas são fundamentais para o desenvolvimento infantil, a formação de hábitos e a manutenção da saúde, influenciando a formação do paladar e a relação da criança com o alimento (BRASIL, 2019b; CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico, fundamental para a manutenção da vida e começa com o aleitamento materno. O leite materno é o primeiro contato da criança com um alimento totalmente natural, sendo recomendada sua oferta exclusiva até os seis meses e de forma complementada até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015; 2019b).

Após os seis meses, a introdução de alimentos complementares deve constituir-se de alimentos seguros, variados, agradáveis à criança, culturalmente aceitos e acessíveis do ponto de vista econômico (BRASIL, 2015). As práticas alimentares da família são influenciadas por diversos fatores, inclusive disponibilidade, publicidade e preço (CLARO et al., 2016; LEÃO, 2018). Apesar do baixo custo que muitos ultraprocessados apresentam, sua substituição por alimentos *in natura* e minimamente processados pode representar menor preço por unidade energética (R\$/kcal), especialmente as preparações culinárias (CLARO et al., 2016).

A escolha dos alimentos que irão compor as refeições é fundamental neste processo, tendo em vista o crescimento, o desenvolvimento e a formação dos hábitos alimentares do lactente. O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde, fornece diretrizes para a alimentação e nutrição dessa população a fim de contribuir para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e promoção e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) às crianças (BRASIL, 2019b).

Os alimentos podem ser categorizados conforme o tipo de processamento em ingredientes culinários, alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados. As diretrizes nacionais recomendam que o último grupo não deva ser ofertado às crianças menores de dois anos, devido às quantidades excessivas de calorias, sal, açúcar, gorduras e aditivos, podendo

prejudicar a base de seu hábito alimentar e sua saúde futura (BRASIL, 2019b).

Os ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados, induzem seu consumo em excesso e tendem a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados, além de afetar a cultura, a vida social e o meio ambiente de forma desfavorável. Além disso, geralmente são compostos por aditivos, como conservantes, aromatizantes, corantes, antioxidantes, realçadores de sabor, adoçantes, entre outros, cujos efeitos de longo prazo e cumulativos sobre a saúde ainda não são bem conhecidos, especialmente quando se refere ao começo da vida (BRASIL, 2014; 2019b).

São diversos os fatores envolvidos na alimentação infantil, como propagandas comerciais, falta de tempo das famílias para o preparo das refeições, falta de rede de apoio para o cuidado com as crianças, perda ou redução da prática de cozinhar, o consumo de alimentos ultraprocessados e a existência de ambientes que o favorecem. A oferta desses produtos alimentícios pode levar a criança a ter menos interesse pelo sabor natural e pela variedade dos alimentos *in natura* ou minimamente processados (BRASIL, 2014; 2019b).

Dados demonstram que a exposição a alimentos ultraprocessados tem ocorrido desde os primeiros anos de vida, favorecendo o baixo consumo de alimentos saudáveis e aumentando o risco para prejuízos à saúde (BRASIL, 2019b). A introdução precoce de alimentos não saudáveis é fator de risco para a menor duração e frequência do aleitamento materno e para a obesidade e doenças associadas na vida adulta (BRASIL, 2012; MOREIRA et al., 2014).

Diante deste cenário, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) são exemplos de importantes ferramentas na promoção da alimentação saudável de crianças no Brasil (BRASIL, 2006; 2012a; 2018). No entanto, apesar dos avanços nos últimos anos em implementar políticas públicas no país para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, ainda observam-se muitos desafios para a segurança alimentar e nutricional no início da vida (BRASIL, 2019b).

Sendo assim, é essencial que se conheça a realidade local de populações vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) para a realização de atividades de

educação alimentar e nutricional em consultas de puericultura ou de forma coletiva em grupos de apoio à alimentação saudável, a fim de compartilhar saberes e incentivar práticas alimentares saudáveis desde o início da vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as prevalências do consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 6 a 23 meses e 29 dias e do aleitamento materno exclusivo (AME) nas menores de 6 meses atendidas na Unidade Básica de Saúde 01 de São Sebastião, no Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o consumo alimentar qualitativo das crianças nas últimas 24 horas.
- Identificar a prevalência de AME entre as crianças menores de 6 meses de idade.
- Identificar a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças de 6 a 23 meses e 29 dias.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo de hábitos alimentares e AME entre crianças menores de 2 anos de idade, de ambos os sexos, que foram atendidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) 01 de São Sebastião. Foi realizado um levantamento no *software Go.Data* de registros de crianças de ambos os sexos, menores de 2 anos de idade, que foram atendidas na unidade como casos sintomáticos e/ou suspeitos de Covid-19 (LINN; OLIEL; BALDWIN, 2020).

O *Go.Data* é uma ferramenta para registros de casos em situações de surtos, para acompanhamento e visualização de cadeias de transmissão. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com parceiros da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN) e introduzido no Brasil em 2019 (LINN; OLIEL; BALDWIN, 2020).

A utilização do *software* no Distrito Federal iniciou-se em 2020 pela Universidade de Brasília (UnB) e pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB) como uma das estratégias de vigilância em saúde durante a pandemia do novo coronavírus (LINN; OLIEL; BALDWIN, 2020). Na UBS 01 de São Sebastião essa tecnologia foi incorporada para o monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão foram selecionadas crianças com data de nascimento depois de 01 de janeiro de 2020 e aquelas cuja data em que se tornaram um caso no *software* foi antes de 01 de janeiro de 2022. Foram excluídos do estudo os registros que não apresentavam a idade da criança, contato telefônico e aqueles que estavam repetidos.

3.4 TAMANHO AMOSTRAL

A partir dos critérios de inclusão, a pesquisa no *Go.Data* forneceu 573 registros, dos quais foram excluídos 83 que não apresentavam a idade descrita no sistema, 23 que não forneciam o telefone e 07 que estavam repetidos, totalizando 460 crianças. O tamanho da amostra foi calculado por meio do aplicativo *Comentto*® (2018), considerando nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em um $n = 161$ crianças. No entanto, o total alcançado foi de 118 participantes, resultando em mais de 70% da amostra (COMENTTO, 2018).

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA

As prevalências de AME e do consumo de alimentos ultraprocessados foram identificadas pela nutricionista residente em Atenção Básica por meio da aplicação de dois formulários (ANEXO A) para avaliação de marcadores de consumo alimentar, disponibilizados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (*Sisvan Web*) pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) (BRASIL, 2015a). Neste estudo, o questionário para menores de 6 meses foi aplicado para crianças nascidas a partir de 01/07/2021, enquanto o segundo foi direcionado para crianças de 6 a 23 meses e 29 dias, nascidas antes dessa data.

O instrumento de coleta inclui perguntas relacionadas ao consumo de alimentos no dia anterior. Os objetivos do questionário são identificar práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e viabilizar a realização da Vigilância Alimentar e Nutricional pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015a). As questões foram registradas em formulários eletrônicos e aplicadas ao responsável ou cuidador que conhecia a alimentação da criança, com tempo médio de 15 minutos.

A etapa de coleta de dados consistiu em comunicar os contatos disponíveis no sistema por meio de *WhatsApp* ou ligação telefônica, a fim de evitar o comparecimento de crianças e/ou seus responsáveis à unidade apenas por esse motivo. Durante o contato foi realizada a identificação do responsável/cuidador da criança, a apresentação da nutricionista, o convite para participação na pesquisa, o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, por fim, a entrevista ou o envio do formulário eletrônico contendo as perguntas do instrumento de coleta, para que a pessoa respondesse, caso aceitasse participar.

A prevalência de AME foi verificada por meio de respostas afirmativas apenas ao leite do peito no formulário para menores de 6 meses de idade. A prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados foi identificada por meio das respostas afirmativas à ingestão dos seguintes produtos alimentícios: hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado e doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram registrados no Formulário *Google*® (2020) e, posteriormente, tabulados em planilhas do programa *Microsoft Excel*® (*Microsoft Office Professional Plus* 2010).

Não foi avaliada a quantidade de alimento consumida. Os resultados foram analisados conforme as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde, de 2019 (BRASIL, 2019b).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF) e aprovado sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 47137021.7.0000.0030. Todos os responsáveis/cuidadores das crianças incluídas na pesquisa receberam uma explicação dos objetivos do estudo e confirmaram o recebimento e a concordância com o termo de consentimento, cientes também de que os dados coletados poderão ser utilizados em futuras pesquisas (BRASIL, 2016).

Os participantes foram expostos a riscos, como consumo de tempo e possível desconforto com os questionamentos. Para minimizá-los foram adotadas as seguintes práticas: possibilidade de o paciente encerrar o preenchimento do

formulário a qualquer momento sem nenhum tipo de retaliação; realização de contato pelo *WhatsApp* para maior comodidade e distanciamento social; e ambiente reservado para evitar a exposição do participante (BRASIL, 2016).

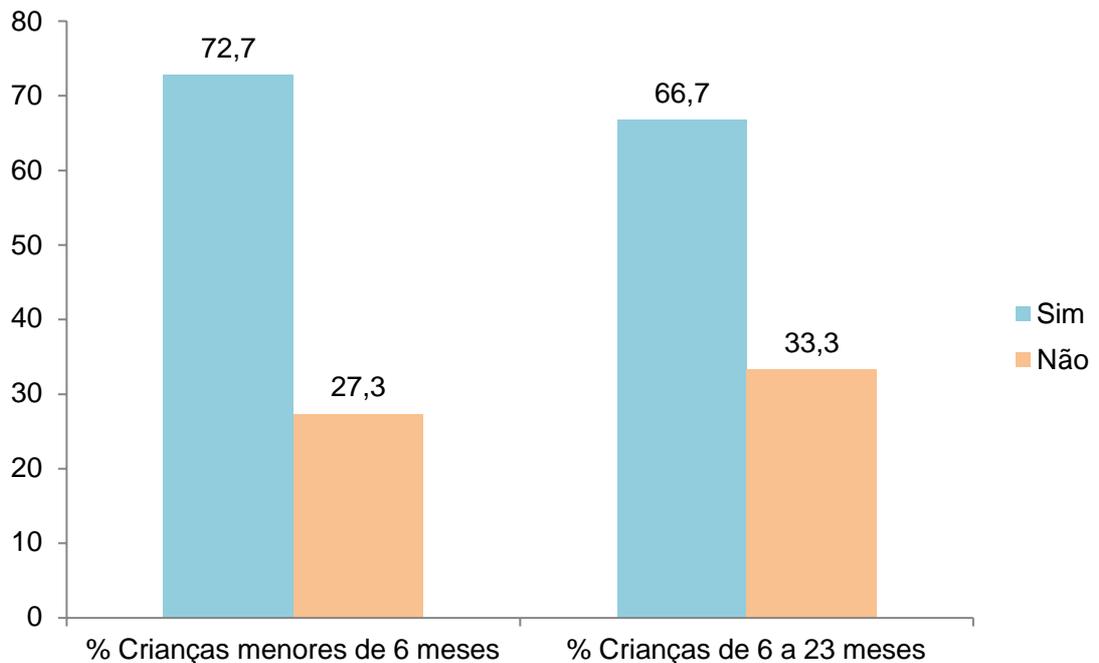
Os benefícios para os participantes são indiretos a curto prazo, mas diretos a médio ou longo prazo, pois os mesmos contribuíram para o diagnóstico da qualidade alimentar de crianças atendidas pela unidade, a partir do qual poderão ser desenvolvidos projetos de ação de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde por meio da educação alimentar e nutricional.

4 RESULTADOS

A seleção inicial deste estudo apresentou perdas, resultando na amostra final de 118 participantes, sendo 57,6% meninos e 42,4% meninas. Do total de participantes, 18,6% eram menores de 6 meses e 81,4% estavam entre 6 e 23 meses de idade.

O número de crianças que estavam em aleitamento materno atingiu 67,8% da amostra. A prevalência foi maior nas menores de 6 meses (72,7%), enquanto nas maiores, 33,3% não receberam leite materno até os 2 anos de idade (Gráfico 1). Apenas 4 crianças estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) no primeiro semestre de vida, representando 18,2% da amostra desta faixa etária.

Gráfico 1 - Presença de aleitamento materno em menores de 6 meses e em crianças entre 6 e 23 meses de idade.

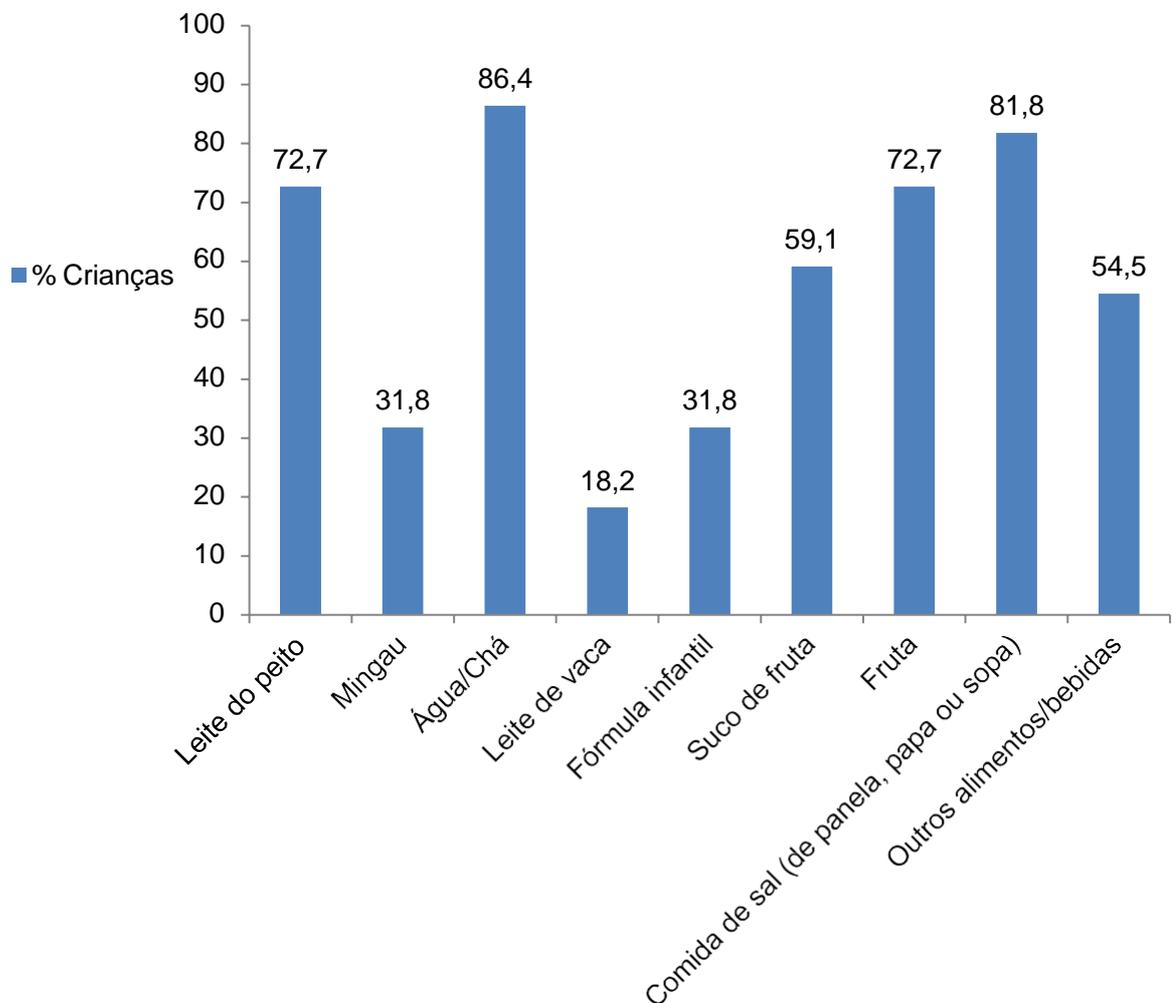


Fonte: dados da pesquisa do autor.

Observou-se que 81,8% das crianças menores de 6 meses de idade receberam água ou outro alimento além do leite materno, sendo que 18,2% já receberam leite de vaca e 31,8% consumiram fórmula infantil e/ou mingau (Gráfico 2). A ingestão de água ou chá apresentou a maior frequência no consumo

alimentar desta faixa etária (86,4%), seguida de comida de sal (de panela, papa ou sopa) (81,8%), fruta (72,7%) e suco de fruta (59,1%), como demonstra o Gráfico 2. É importante destacar que, dentre os alimentos contidos no formulário aplicado para menores de 6 meses de idade, algumas opções apresentam possibilidade de se caracterizarem como um ultraprocessado, como mingau, suco de fruta, comida de sal e outros alimentos/bebidas (BRASIL, 2019b).

Gráfico 2 - Alimentos consumidos pelas crianças menores de 6 meses de idade.

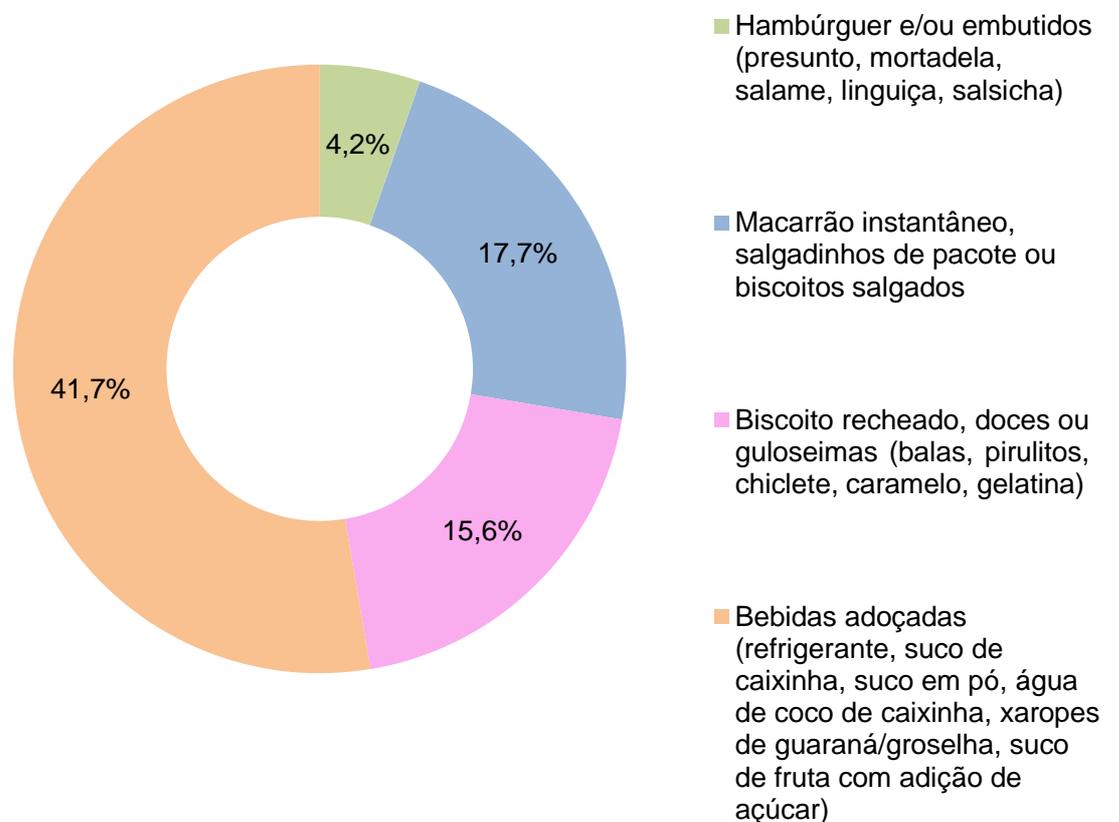


Fonte: dados da pesquisa do autor.

A prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados na alimentação das crianças entre 6 e 23 meses foi de 52,1%. Os produtos deste grupo alimentar

que estão listados no formulário do SISVAN foram divididos em 4 categorias, como podem ser observadas no Gráfico 3. As bebidas adoçadas corresponderam ao maior percentual de ingestão pelas crianças (41,7%), seguidas de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (17,7%) e biscoito recheado, doces ou guloseimas (15,6%). O menor consumo foi de hambúrguer e/ou embutidos (4,2%).

Gráfico 3 - Consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças entre 6 e 23 meses de idade.

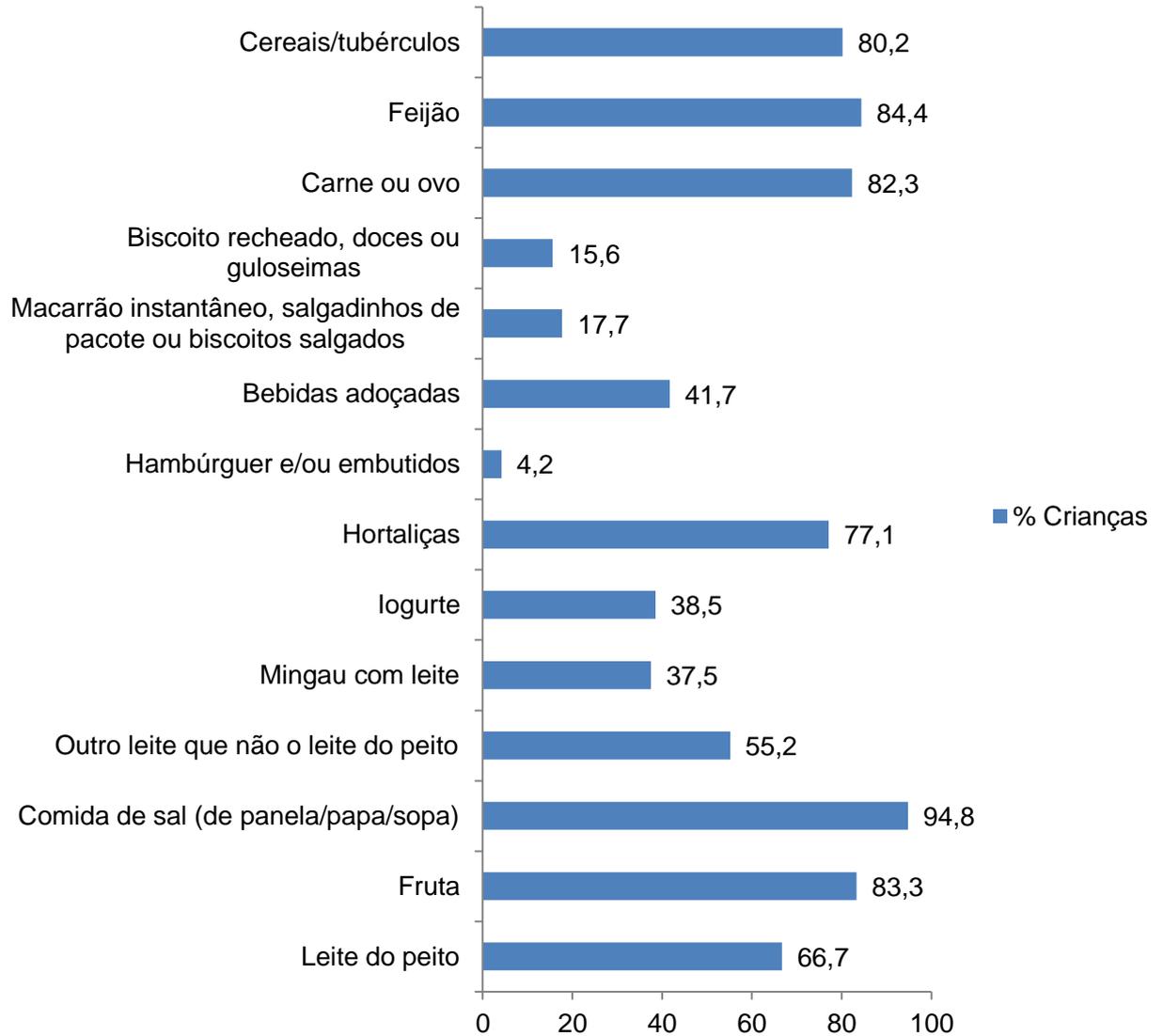


Fonte: dados da pesquisa do autor.

O Gráfico 4 representa o consumo alimentar das crianças maiores de 6 meses, sendo que a comida de sal (de panela/papa/sopa) obteve a maior frequência (94,8%), com destaque para feijão (84,4%), carne ou ovo (82,3%) e cereais/tubérculos (80,2%). A ingestão de fruta foi identificada em 83,3% e a de

hortaliças em 77,1%. Mais da metade (55,2%) receberam outro leite que não o leite do peito, 38,5% consumiram iogurte e 37,5% mingau com leite.

Gráfico 4 - Alimentos consumidos pelas crianças entre 6 e 23 meses de idade.



Fonte: dados da pesquisa do autor.

5 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a introdução de alimentos ultraprocessados nos primeiros mil dias de vida obteve elevada prevalência. Em mais da metade das crianças entre 6 e 23 meses foi observada a presença destes produtos na rotina alimentar. Nas crianças menores de 6 meses verificou-se baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo e introdução precoce de outros alimentos, com risco de oferta de ultraprocessados.

Os dados encontrados evidenciam práticas alimentares que podem prejudicar a saúde das crianças. As atuais recomendações nutricionais incluem a amamentação já na primeira hora de vida e por 2 anos ou mais, não sendo necessário ofertar qualquer outro alimento antes dos 6 meses de idade (BRASIL, 2019b).

A alimentação saudável se inicia com o leite materno, o primeiro alimento natural com o qual a criança pode entrar em contato, sendo totalmente adaptado e capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê até os seis meses de idade (BRASIL, 2015b; 2019b). É uma prática natural de vínculo, nutrição, proteção e a intervenção mais eficaz para a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015b). Estudos mostram que a situação do aleitamento materno no Brasil tem melhorado, mas ainda há desafios (BRASIL, 2012b).

A oferta de outros leites ou fórmulas infantis, a introdução de alimentos sólidos antes dos 6 meses e a oferta de mamadeira ou chupeta podem afetar a prática do aleitamento materno e gerar repercussões ortodônticas, orofaciais e risco de cárie de mamadeira dos dentes de leite e permanentes (SILVA et al., 2015). Além disso, alguns comportamentos da mãe, como fumar, ingerir bebida alcoólica e utilizar medicamentos sem recomendação médica também comprometem a continuidade da amamentação (BRASIL, 2019b; WHO, 2013).

O cuidado com a saúde da mulher e a presença de uma rede de apoio são fatores fundamentais para incentivar a prática e a continuidade do aleitamento materno (BRASIL, 2019b). Mendes et al. apontaram a introdução precoce de fórmula infantil, de outros leites e a realização de menos de seis consultas pré-natal como fatores de risco para a menor duração do aleitamento materno (MENDES et al., 2019). Passanha et al. associaram a presença do aleitamento materno a menores prevalências de consumo de bebidas ou alimentos adoçados

(PASSANHA; BENÍCIO; VENÂNCIO, 2018).

A introdução alimentar não deve reduzir o aleitamento materno, sendo recomendada a partir dos 6 meses de idade, em momento oportuno e de forma adequada. Antes desta fase, além de desnecessária, pode aumentar os riscos à saúde da criança, como maior número de episódios de diarreia e hospitalizações, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes e menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2015b).

O presente estudo também identificou maiores prevalências do consumo de comida de sal e de frutas em ambas as faixas etárias avaliadas. Tanto para as crianças quanto para toda a família, os alimentos in natura ou minimamente processados devem constituir a base da alimentação, pois são nutritivos, favorecem práticas culinárias e promovem sustentabilidade (BRASIL, 2019b).

Conforme a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, houve aumento significativo na despesa média mensal com alimentação fora do domicílio, especialmente na região Centro-Oeste. Dentre os resultados, observou-se maior prevalência do grupo de carnes, vísceras e pescados (20,2%) nas despesas com alimentação no domicílio, seguido por outros alimentos (13,7%), leites e derivados (10,6%) e bebidas e infusões (10,6%). Desde 2002, houve queda da participação do grupo de cereais, leguminosas e oleaginosas, de 10,4 para 5%. (POF, 2019).

A diversidade e o equilíbrio das refeições contribuem para a formação de bons hábitos alimentares, que ocorre especialmente nos dois primeiros anos de vida, além de promover saúde, crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2019b). Durante a alimentação complementar são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas, definindo o paladar e as preferências alimentares, que acompanham o indivíduo até a fase adulta (BRASIL, 2015b).

Sabe-se que o desmame precoce e a oferta de alimentos de baixa qualidade e pouca variedade podem gerar prejuízos ao desenvolvimento infantil (BRASIL, 2019b). Um estudo realizado com 286 crianças na Bahia verificou que quanto menor a duração do aleitamento materno exclusivo, maior foi a proporção de introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida (PORTO et al., 2021).

A prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados por crianças entre 6 e 23 meses (52,1%) encontrada nesse estudo se assemelha aos achados de uma pesquisa realizada com crianças menores de 2 anos acompanhadas na APS,

apontando dados preocupantes (BRASIL, 2019a). Foi observado o consumo de alimento ultraprocessado em 49% da amostra dessa faixa etária, também com predominância de bebidas adoçadas (32%), seguidas de biscoitos recheados, doces ou guloseimas (28%) e macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (23%). Identificou-se que 54% dos menores de 6 meses estavam em aleitamento materno exclusivo. De 184.163 crianças avaliadas, 18,9% apresentaram excesso de peso. No Distrito Federal, a prevalência foi de 12% com excesso de peso, sendo 4,3% com obesidade (BRASIL, 2019a).

Marinho et al. analisaram a situação da alimentação complementar de 218 crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Atenção Básica de Saúde em Macaé, Rio de Janeiro, a partir de dados do *SisvanWEB*. Observou-se o consumo ascendente de alimentos marcadores de alimentação não saudável dos 6 a 12 meses até os 18 a 24 meses de vida do lactente, como sucos industrializados e refrigerantes (MARINHO et al., 2016).

Um estudo realizado em centros de educação infantil (CEIs) em Maceió, Alagoas, buscou identificar a idade e os fatores associados com o tempo de introdução de alimentos ultraprocessados na alimentação de pré-escolares. Identificou-se que até o sexto mês de vida cerca de 75% das crianças já haviam recebido um ou mais alimentos ultraprocessados para consumo, o que associou-se com famílias mais pobres e fatores pré-natais desfavoráveis (LONGO-SILVA et al., 2017).

Giesta et al. verificaram a associação entre fatores maternos e antropométricos e o consumo de alimentos ultraprocessados em 300 crianças de 4 a 24 meses de idade, internadas em um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Verificou-se que 56,5% dos lactentes já haviam recebido algum tipo de alimento ultraprocessado antes dos seis meses de idade. A oferta desses produtos alimentícios foi associada à escolaridade materna, à renda familiar, à idade materna e à paridade (GIESTA et al., 2019).

Em pesquisa realizada com 198 mães de crianças entre 6 e 12 meses atendidas em unidades de atenção primária à saúde em Embu das Artes, São Paulo, detectou-se a presença de alimentos ultraprocessados na alimentação de 43,1% dos lactentes. O tempo da primeira consulta da criança na unidade de atendimento e a situação socioeconômica materna influenciaram na prevalência do consumo desse grupo de alimentos (RELVAS et al., 2019).

Um estudo avaliou o consumo de alimentos fontes de ferro e vitamina C entre 357 crianças de 0 a 24 meses durante uma campanha de vacinação em Montes Claros, Minas Gerais. A alimentação dos lactentes entre 6 a 24 meses foi considerada deficiente de alimentos fontes de ferro e vitamina C, com baixo consumo diário de variedade de frutas, folhosos e carnes, os quais constituem o grupo dos alimentos *in natura* ou minimamente processados (LEÃO, 2018).

Os alimentos ultraprocessados não devem fazer parte da alimentação da criança menor de 2 anos e devem ser evitados por toda população acima desta idade. São prejudiciais especialmente nos primeiros mil dias de vida, fase em que são formadas as preferências e hábitos alimentares (BHUTTA et al., 2008). Podem ainda reduzir o interesse das crianças pelos alimentos *in natura* ou minimamente processados e a atenção ao comer (BRASIL, 2019b).

A nutrição saudável nos primeiros mil dias depende direta ou indiretamente de muitos fatores, como acesso a serviços de saúde, recursos de cuidado a nível doméstico e segurança alimentar, incluindo disponibilidade e acesso ao alimento (CUNHA; LEITE; ALMEIDA; 2015). Vários são os desafios, como dar continuidade à amamentação após o retorno da mãe ao trabalho, entrada da criança na creche, mudanças de rotina, alterações nos arranjos familiares, irregularidades no apetite e adoecimentos, dentre outros (BRASIL, 2019b).

Falas e condutas que desencorajam práticas alimentares saudáveis e exposição à publicidade de alimentos também são fatores que prejudicam a alimentação adequada e saudável. A grande maioria dessas propagandas é de ultraprocessados, constituindo forte estímulo ao seu consumo, com músicas, cores, personagens infantis e desenhos. Ademais, muitas são as informações sobre alimentação e saúde disponíveis na televisão, rádios, revistas e internet, porém poucas são de fontes confiáveis (BRASIL, 2014).

A ausência do aleitamento materno, o desmame precoce, o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, a inatividade física e o sono inadequado são fatores associados à condição de obesidade em crianças (BRASIL, 2021c; MOREIRA et al., 2014). Além disso, uma alimentação inadequada nos primeiros anos de vida pode levar ao desenvolvimento físico deficiente, favorecendo o atraso no domínio cognitivo e o baixo desempenho acadêmico na vida escolar (BHUTTA et al., 2008; CUNHA; LEITE; ALMEIDA; 2015).

A obesidade infantil tem aumentado nas últimas quatro décadas de forma

epidêmica, caracterizando-se como um problema prioritário de saúde pública, de caráter complexo e multifatorial. Além dos desfechos deletérios que podem ocorrer em todos os ciclos de vida, esta condição ainda acarreta altos custos ao sistema de saúde, relacionados ao tratamento e suas complicações (BRASIL, 2021c).

Em âmbito nacional destacam-se importantes compromissos para deter o aumento da obesidade infantil, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos e o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2014; 2019b; 2021a; 2021 b; CAISAN, 2014).

É importante destacar que o contexto de pandemia de Covid-19 acarretou impactos sociais e econômicos, principalmente para as populações mais vulneráveis. Dentre as repercussões negativas, observa-se menor acesso aos serviços de saúde e educação, aumento na prevalência de desnutrição e excesso de peso e maiores desafios para a garantia da SAN e do DHAA (BRASIL, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível observar que a alimentação no contexto dos primeiros mil dias de vida é apontada pelas evidências científicas como uma estratégia de saúde pública a fim de potencializar o desenvolvimento fetal e infantil que repercutirão durante todos os ciclos de vida do indivíduo. Identificaram-se alta prevalência no consumo de alimentos ultraprocessados e baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 2 anos participantes desta pesquisa.

Sabe-se que os determinantes de saúde das crianças são afetados pela segurança alimentar, recursos dos cuidadores e condições ambientais, que por sua vez são definidos pelos aspectos econômicos, sociais e de contexto nacional e global. Assim, programas de desenvolvimento da primeira infância beneficiam a saúde e o desenvolvimento global.

São necessárias abordagens educativas e comportamentais à população, além de políticas intersetoriais e medidas para mudar os ambientes obesogênicos onde as crianças e suas famílias vivem. Os profissionais de saúde podem exercer importantes ações nos 2 primeiros anos de vida da criança, como educação dos pais e responsáveis, intervenções curativas, preventivas e promotoras da saúde.

A construção de ambientes alimentares saudáveis permite acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos saudáveis, adequados, regionais, seguros e em quantidade suficiente. Ademais, a capacitação de profissionais de saúde, a vigilância alimentar e nutricional, a promoção do aleitamento materno e da alimentação adequada e saudável são estratégias efetivas para a SAN e o DHAA.

Portanto, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação adequada e saudável deve integrar as ações da equipe de APS, tanto como aconselhamento das famílias quanto nos espaços de educação em saúde. Podem ser realizadas ações de educação alimentar e nutricional com gestantes, pais, responsáveis, familiares e cuidadores que abordem a importância do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar saudável e oportuna.

REFERÊNCIAS

BHUTTA Z.A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, Londres, v. 371, n. 9610, p. 417-440, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 11.265, de janeiro de 2006. **Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos**. Brasília, DF: Congresso Nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11265.htm>. Acesso em: 08 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Atlas da obesidade infantil no Brasil (versão preliminar)**. Brasília, DF, 2019a. 12p.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília, DF, 2014. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos**. Brasília, DF, 2019b. 265 p.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira [recurso eletrônico]**. Brasília, DF, 2021a. 54 p.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]**. Brasília, DF, 2015a. 33 p.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]**. Brasília, DF, 2021b. 118 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2012a. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, DF, 2018. 180 p.

_____. Ministério da Saúde. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [recurso eletrônico]**. Brasília, DF, 2021c. 39 p.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (Cadernos de Atenção Básica; n 23)**. 2. ed. Brasília, DF, 2015b. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (Cadernos de Atenção Básica; n 33)**. Brasília, DF, 2012b. 272 p.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira**. Brasília, DF, 2014. 107 p.

CLARO, R. M. et al. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00104715, 2016.

COMENTTO pesquisa de mercado. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://comentto.com/calculadora-amostrai/>>. Acesso em: 08 abr. 2021.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, 6 Suppl. 1, p. 544-551, 2015.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019.

LEÃO, L. L. et al. Alimentos fontes de ferro e vitamina C consumidos entre lactentes da Atenção Primária à Saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, e51908, 2018.

LINN, L.; OLIEL, S.; BALDWIN, A. Go.Data: OMS, OPAS e GOARN introduzem no Brasil nova ferramenta de controle de surtos de doenças para epidemiologistas. **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**, Brasília, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/2-3-2020-tool-investigate-outbreaks-godata-rolled-out-covid-19-latin-america>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LONGO-SILVA, G. et al. Idade de introdução de alimentos ultraprocessados entre pré-escolares frequentadores de centros de educação infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 508-516, 2017.

MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 977-986, 2016.

MENDES, S. C. et al. Factors associated with a shorter duration of breastfeeding. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1821-1829, 2019.

MOREIRA, M. S. F. et al. Doenças associadas à obesidade infantil. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 1, p. 60-66, 2014.

PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D.; VENÂNCIO, S. I. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. **Revista Paulista de**

Pediatria, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 148-154, 2018.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2017-2018 (POF 2017-2018). Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 69 p.

PORTO, J. P. et al. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida: estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, e2020614, 2021.

RELVAS, G. R. B.; BUCCINI, G. S.; VENANCIO, S. I. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças com menos de um ano na atenção primária à saúde em uma cidade da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, p. 584-592, 2019.

SILVA, P. D. C. et al. Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: revisão de literatura. **Uningá Review Journal**, Maringá, v. 24, n. 3, ISSN 2178-2571, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition**. Geneva, Suíça, 2013. 143 p.

ANEXO A – Formulário de marcadores de consumo alimentar

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*

Nº CARTÃO SUS: []
Nome do Cidadão:*
Data de Nascimento:*/ / Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:*

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jeringim, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beterraba, betalga, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Figado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Aroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salchicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chidete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salchicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chidete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo

09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa