

Marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias acompanhadas na atenção primária à saúde no município de Guarapuava, PR, entre 2016 e 2019

Markers of consumption of children aged 6 to 23 months and 29 days followed up in primary health care in the municipality of Guarapuava - PR between 2016 to 2019

Gilvana Maria Ferreira da Silva¹, Gabriela Datsch Bennemann², Vania Schmitt³, Paula Chuproski Saldan⁴

Artigo Original

RESUMO

Verificou-se os marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que frequentaram Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Guarapuava-PR, entre 2016 e 2019. Foram analisados os registros alimentares disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Adotaram-se os seguintes indicadores: aleitamento materno continuado; introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina A e consumo de alimentos ultraprocessados. Os marcadores de alimentação saudável não atingiram 80%: aleitamento materno continuado 48,3% a 52,2%; introdução alimentar 28,6% e 34,5%; diversidade alimentar mínima 50% a 75,5%, frequência mínima 56,9% e 63,9%, consumo de alimentos ricos em ferro ficou baixo (15,4%), e vitamina A, 44,7% a 71,2%. O menor consumo de ultraprocessados foi de 22,3%. O consumo de alimentos não saudáveis ficou baixo quando comparado ao estado, à Região Sul e ao país.

Palavras-chave: Nutrição do Lactente. Vigilância Alimentar e Nutricional. Sistemas de Informação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The food consumption markers of children aged 6 to 23 months and 29 days who attended Basic Health Units (UBS) in the municipality of Guarapuava-PR, between 2016 and 2019, were verified. The food records available in the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) were analyzed. The following indicators were adopted: continued breastfeeding; introduction of food; minimal food diversity; minimum frequency and adequate consistency; consumption of iron-rich foods; vitamin A and consumption of ultra-processed foods. The healthy eating markers did not reach 80%. Continued breastfeeding 48.3% to 52.2%. Food introduction 28.6% and 34.5%. Minimum food diversity 50% to 75.5%. Minimum frequency 56.9% and 63.9%. Consumption of foods rich in iron was low (15.4%), and vitamin A, 44.7% to 71.2%. The lowest consumption of ultra-processed products was 22.3%. Consumption of unhealthy food was low when compared to the state, the southern region and the country.

Keywords: Infant Nutrition. Food and Nutritional Surveillance. Health Information Systems. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

¹ Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6943-6169> – E-mail: gilvana.fr27@gmail.com

² Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0639-5894>

³ Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3388-9558>

⁴ Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7994-3375>

A alimentação adequada no início da vida é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que a criança receba somente o leite materno até o sexto mês de vida^{1,2}. Após essa fase, há a necessidade de introduzir novos alimentos, sendo esses complementares, associados à continuidade do aleitamento materno para suprir as necessidades nutricionais da criança até os dois anos de idade ou mais¹.

A fim de melhorar o estado alimentar e de saúde da população, o Ministério da Saúde, nos anos de 1970, desenvolveu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com o objetivo de avaliar e acompanhar a alimentação e o estado nutricional, identificando fatores de risco à saúde³. O sistema dispõe de protocolos que visam conhecer e caracterizar a alimentação e o estado nutricional em determinadas faixas etárias de forma significativa⁴.

O SISVAN é um sistema de informação em saúde que visa realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e deve ser alimentado com dados dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e obtidos pelos profissionais da rede básica de saúde, fornecendo indicadores de forma contínua sobre o estado nutricional e o consumo alimentar^{4,5}. O registro de informações no SISVAN *Web* integra um conjunto de ações que o Ministério da Saúde recomenda como parte da VAN e possibilita a reunião de informações de todo o território nacional em um só espaço *on-line*, podendo coletar dados e compará-los em nível municipal, estadual, regional e nacional^{4,6}. Ao analisar o estado nutricional e hábitos alimentares dos indivíduos, as informações coletadas servem de subsídios na elaboração de políticas e programas que visam tanto ações de promoção da alimentação adequada e saudável quanto prevenção e tratamento de agravos nutricionais⁴.

Em 2008, foram disponibilizados formulários de marcadores de consumo alimentar no SISVAN *Web*, permitindo a avaliação do consumo alimentar da população brasileira na rotina da Atenção Básica. No entanto, somente em 2015 foram incorporados os marcadores do consumo de aleitamento materno e de alimentação complementar da faixa etária de 0 a 23 meses e 29 dias de vida, segundo as recomendações da OMS⁷ adaptadas para a população brasileira^{8,9}.

As questões destinadas às crianças de 6 a 23 meses e 29 dias visam à caracterização da introdução de alimentos, da qualidade da alimentação com foco nos comportamentos de risco para excesso de peso e na identificação de deficiências de micronutrientes (vitaminas e minerais), bem como a avaliação da continuidade do aleitamento materno⁹.

Os estudos sobre os marcadores de alimentação de crianças de 6 a 23 meses a partir dos dados do SISVAN *Web* que caracterizem a continuidade do aleitamento materno e da alimentação complementar ainda são escassos^{10,11,12,13}.

Diante disso, o presente estudo objetivou traçar uma análise de tendência referente à descrição do consumo de marcadores de alimentação saudável e não saudável por crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade de um município do Paraná, comparando com dados de todo o estado, da Região Sul e do Brasil, do período de 2016 a 2019.

MÉTODOS

Estudo transversal com base em dados extraídos do SISVAN *Web*, versão *on-line* do sistema, disponível a toda população. A coleta compreendeu o período de 2016 a 2019 referente ao consumo alimentar registrado no sistema por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Guarapuava–PR, comparando com dados de todo o estado, da Região Sul e do Brasil.

Por sua natureza e utilização de bancos de dados de domínio público e sem possibilidade de identificação do indivíduo, o estudo foi dispensado de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COMEP), conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016¹⁴.

Guarapuava fica situada na Região Sul do Brasil, mais especificamente no centro-sul do estado do Paraná. A rede municipal de saúde é composta por 33 Unidades Básicas de Saúde, organizada em cinco distritos de saúde que estão divididos com base no número populacional e área geográfica do município. A população estimada para 2020 foi de 182.644 pessoas, sendo que o total de crianças menores de dois anos foi de 5.146, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁵.

Foram avaliados os marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias. Os dados foram coletados entre maio e julho de 2020, do seguinte endereço eletrônico: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. O formulário sobre os marcadores de consumo alimentar deve ser respondido no momento do atendimento na APS pela mãe ou pelo cuidador que tenha conhecimento da alimentação da criança, sendo que as perguntas são referentes ao dia anterior, com possibilidade de respostas sim, não ou não sabe⁹. Para interpretar os marcadores de alimentação saudável das crianças, considerou-se adequado quando 80% das crianças avaliadas consumiram esses alimentos no dia anterior à entrevista¹⁶. Para interpretar os marcadores de alimentação não saudável, considerou-se adequado quando não houve o consumo pela criança desses alimentos no dia anterior¹.

Foram avaliados os seguintes marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de ambos os sexos: aleitamento materno continuado; introdução de alimentos; diversidade alimentar mínima; frequência mínima e consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro; consumo de alimentos ricos em vitamina A; consumo de alimentos

ultraprocessados; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, e consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas⁹. Alguns marcadores, como introdução de alimentos e frequência e consistência adequada não estavam disponíveis no sistema para os anos de 2016 e 2017.

O aleitamento materno continuado é calculado a partir da proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno. A introdução de alimentos reflete a proporção de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade. A diversidade alimentar mínima é caracterizada pela quantidade de grupos de alimentos presentes na alimentação da criança de 6 a 23 meses e 29 dias, como cereais ou tubérculos, hortaliças, carnes ou ovos, leguminosas, frutas e leite materno ou outro leite que não do peito, mingau com leite ou iogurte. A frequência mínima e consistência adequada é um indicador utilizado para avaliar a proporção de crianças que receberam comida de sal com frequência e consistência adequada para a idade. O consumo de alimentos ricos em ferro reflete a proporção de crianças que receberam alimentos ricos em ferro, como carnes (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo, fígado e feijão. O consumo de alimentos ricos em vitamina A avalia o consumo dos seguintes alimentos: vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, espinafre, mostarda)⁹. O consumo de alimentos ultraprocessados tem como objetivo verificar sua ingestão pela criança, como o hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoitos recheados, doces ou guloseimas. A ausência de produtos ultraprocessados na alimentação é considerada como um componente da adequação nutricional da alimentação complementar. A presença desses produtos caracteriza uma prática inadequada, devido à alta concentração de açúcar e gordura em pequenas porções do alimento, o que representa elevada densidade energética e de sódio e, muitas vezes, baixos teores de micronutrientes⁹.

Para organização e tabulação dos dados coletados, foi utilizado o programa Microsoft Excel®, versão 2016. A análise estatística descritiva englobou valores relativos e absolutos dos marcadores de consumo alimentar das crianças.

RESULTADOS

Foram extraídos do SISVAN *Web* os marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias do município de Guarapuava-PR, do Paraná, da Região Sul e do Brasil (Tabela 1 e Tabela 2).

Com relação ao percentual de adequação dos marcadores de alimentação saudável (Tabela 1), foi observado que o aleitamento materno continuado no ano de 2016 foi de 48,3% (n=314), atingindo 52,2% (n=394) em 2019. Quanto à introdução alimentar, nota-se que a adequação esteve baixa, sendo 28,6% (n=68) e 34,5% (n=50).

Quanto à diversidade alimentar mínima, foi de 50% (n=206) em 2017, chegando a 75,5% (n=569) em 2019. A frequência mínima, a consistência adequada e os dados disponíveis mostraram que, em 2018, 56,9% (n=528) atingiram esse indicador, com melhora em 2019, chegando a 63,9% (n=482).

Quanto ao consumo de alimentos ricos em ferro, observou-se sendo baixo o consumo desses alimentos, e o melhor resultado foi no ano de 2018, com 15,4% (n=143). O consumo de alimentos ricos em vitamina A mostrou-se melhor, com valores que oscilaram de 44,7% (n=184) no ano de 2017 a 71,2% (n=537) em 2019.

Ao comparar os marcadores de alimentação saudável das crianças do município do estudo com os dados do estado, da Região Sul e do Brasil, nota-se que, para os marcadores de aleitamento materno continuado, introdução de alimentos e consumo de alimentos ricos em ferro os dados se assemelham. O indicador diversidade alimentar mínima esteve abaixo dos dados do estado, da Região Sul e nacionalmente, em especial nos anos de 2017, quando apenas 50% das crianças atingiram o percentual de adequação e, em 2018, o percentual chegou a 67,7%. A frequência mínima e consistência adequada também estiveram abaixo dos valores reportados em nível estadual, regional e nacional nos dois últimos anos avaliados (57% e 64%), mostrando uma situação desfavorável do indicador que atingiu valores acima de 85% nos outros níveis. O consumo de alimentos ricos em vitamina A esteve abaixo nos anos de 2016 e 2017 (56,5% e 44,7%), respectivamente, e acima no ano de 2019 (71,2%).

Tabela 1 – Percentual de consumo dos marcadores de alimentação saudável de crianças de 6 a 23 meses de idade do município de Guarapuava-PR, em comparação com estado, macrorregião e Brasil, nos anos de 2016 a 2019

Indicador	Ano	Guarapuava N (%)	Paraná N (%)	Região Sul N (%)	Brasil N (%)
Aleitamento materno continuado	2016	314 (48,3)	2.099 (40)	4.958 (45)	62.225 (49)
	2017	202 (49)	2.160 (42)	6.263 (47)	75.652 (49)
	2018	502 (54,1)	3.401 (46)	10.645 (47)	99.246 (52)
	2019	394 (52,2)	3.708 (49)	8.975 (48)	104.535 (53)
Introdução de alimentos*	2018	68 (28,6)	538 (33)	1.655 (36)	11.351 (30)
	2019	50 (34,5)	620 (40)	1.480 (39)	11.087 (31)
Diversidade alimentar mínima	2016	458 (70,5)	3.725 (71)	8.062 (72)	88.962 (70)
	2017	206 (50)	3.668 (72)	9.925 (74)	110.132 (72)
	2018	628 (67,7)	5.449 (73)	16.784 (75)	137.731 (72)
	2019	569 (75,5)	5.571 (74)	13.937 (75)	140.758 (72)

(Conclusão)

Indicador	Ano	Guarapuava N (%)	Paraná N (%)	Região Sul N (%)	Brasil N (%)
Frequência mínima e consistência adequada*	2018	528 (57)	6.335 (85)	19.717 (88)	166.463 (87)
	2019	482 (64)	6.621 (88)	16.697 (89)	171.885 (87)
Consumo de alimentos ricos em ferro	2016	95 (14,6)	612 (12,0)	1.252 (11,0)	17.126 (13,0)
	2017	38 (9,2)	682 (13,0)	1.501 (11,0)	19.839 (13,0)
	2018	143 (15,4)	913 (12,0)	2.603 (12,0)	24.839 (13,0)
	2019	98 (13,0)	924 (12,0)	2.080 (11,0)	26.220 (13,0)
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	2016	367 (56,5)	3.180 (61)	7.065 (63)	79.724 (63)
	2017	184 (44,7)	3.108 (61)	8.204 (61)	97.573 (64)
	2018	627 (67,6)	4.839 (65)	14.384 (64)	118.404 (62)
	2019	537 (71,2)	4.759 (63)	11.733 (63)	121.723 (62)

*Nota: Não houve dados para os anos de 2016 e 2017 para introdução de alimentos, frequência mínima e consistência adequada

Fonte: SISVAN Web

Ao analisar os marcadores de alimentação não saudável (Tabela 2) das crianças em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados, constatou-se menor consumo em 2017, perfazendo 22,3% (n=92), e maior consumo em 2016, com 44,0% (n=286). Quando analisados os tipos de alimentos ultraprocessados consumidos pelas crianças, nota-se uma variação de valores percentuais, porém cabe destacar que houve o consumo em todos os anos avaliados para todos os tipos de alimentos. O consumo de hambúrguer e/ou embutidos se manteve nos anos de 2018 e 2019 (15,6%). O consumo de bebidas adoçadas segue o mesmo padrão, com 25,1% (n=233) em 2018 e 27,3% (n=201) em 2019.

Quanto ao consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, observa-se que os valores ficaram acima de 20% nos anos de 2016, 2018 e 2019. E o consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas atingiu valores acima de 20% nos últimos anos de avaliação.

Ao comparar os marcadores de alimentação não saudável das crianças com os dados do estado, da Região Sul e do Brasil, pode-se observar que o consumo de alimentos ultraprocessados em Guarapuava esteve abaixo dos valores reportados para todos os outros níveis nos quatro anos avaliados. Esse padrão de consumo pode ser verificado quando se observa o consumo dos alimentos ultraprocessados por categorias, em especial para o consumo de hambúrguer e/ou embutidos no ano de 2017, de bebidas adoçadas em todos os anos, de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado no ano de 2017, e biscoitos recheados, doces ou guloseimas nos anos de 2017 e 2018.

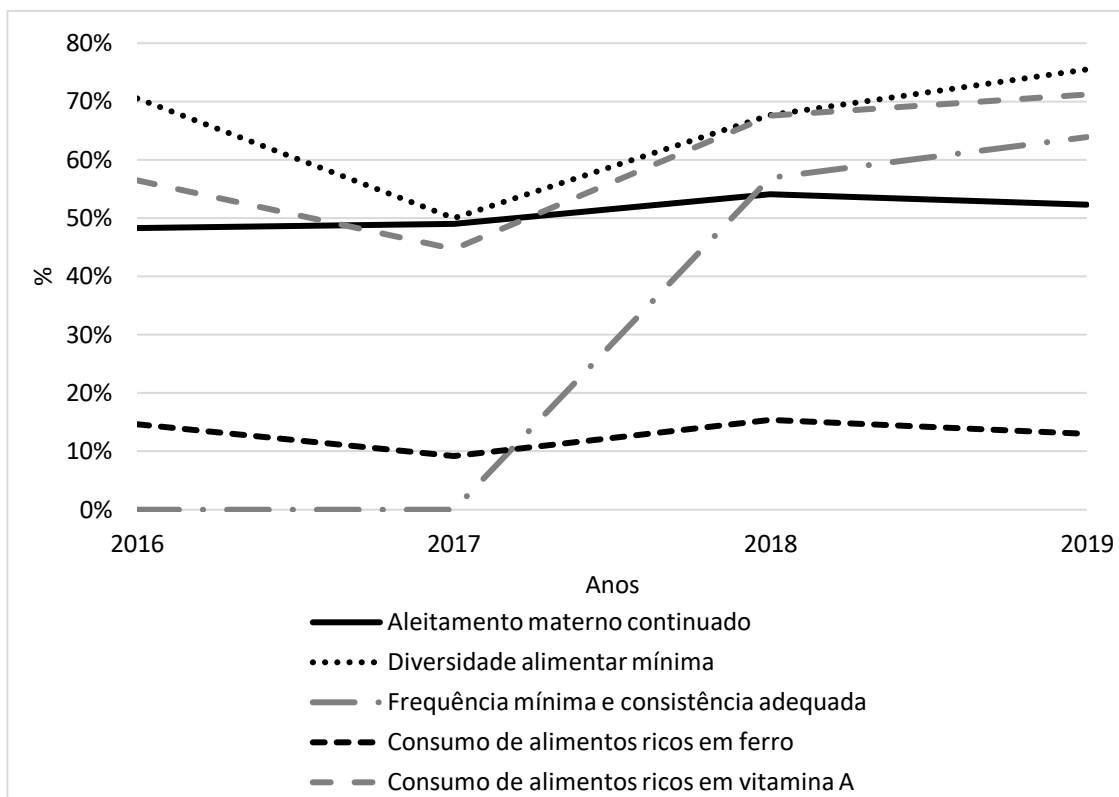
Tabela 2 – Percentual de consumo dos marcadores de alimentação não saudável de crianças de 6 a 23 meses de idade do município de Guarapuava-PR, em comparação ao estado, macrorregião e Brasil, nos anos de 2016 a 2019

Indicador	Ano	Guarapuava N (%)	Paraná N (%)	Região Sul N (%)	Brasil N (%)
Consumo de alimentos ultraprocessados	2016	286 (44)	2.912 (55)	5.958 (54)	67.089 (53)
	2017	92 (22,3)	2.883 (56)	7.195 (53)	77.035 (50)
	2018	355 (38,2)	3.962 (53)	12.195 (54)	92.024 (48)
	2019	315 (41,8)	4.111 (55)	9.716 (52)	94.458 (48)
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	2016	136 (20,9)	836 (16)	1.594 (14)	16.477 (13)
	2017	37 (8,98)	797 (16)	1.938 (14)	18.708 (12)
	2018	145 (15,6)	1.137 (15)	3.548 (16)	23.035 (12)
	2019	117 (15,5)	1.145 (15)	2.798 (15)	24.227 (12)
Consumo de bebidas adoçadas	2016	201 (30,9)	1.990 (38)	3.958 (36)	45.969 (36)
	2017	54 (13,1)	1.915 (38)	4.673 (35)	51.248 (33)
	2018	233 (25,1)	2.625 (35)	7.981 (35)	60.310 (31)
	2019	206 (27,3)	2.799 (37)	6.435 (34)	61.555 (31)
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	2016	183 (28,2)	1.543 (29)	3.019 (27)	31.388 (25)
	2017	63 (15,3)	1.536 (30)	3.618 (27)	35.271 (23)
	2018	200 (21,5)	2.151 (29)	6.312 (28)	43.138 (23)
	2019	173 (22,9)	2.193 (29)	5.050 (27)	44.522 (23)
Consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas	2016	186 (29)	1.795 (34)	3.622 (33)	38.368 (30)
	2017	57 (13,8)	1.821 (36)	4.490 (33)	45.321 (30)
	2018	222 (23,9)	2.606 (35)	7.818 (35)	54.566 (28)
	2019	208 (27,6)	2.599 (35)	6.237 (33)	54.600 (28)

Fonte: SISVAN Web

Como pode ser visto no Gráfico 1 (na página seguinte), nenhum dos indicadores de alimentação saudável atingiu a meta de adequação de 80% proposta pelo Ministério da Saúde. Os indicadores que se aproximaram da meta foram a diversidade alimentar mínima (75,5%) e o consumo de alimentos ricos em vitamina A (71,2%) no ano de 2019. O consumo de alimentos ricos em ferro foi o pior indicador avaliado, estando abaixo de 20% nos anos avaliados.

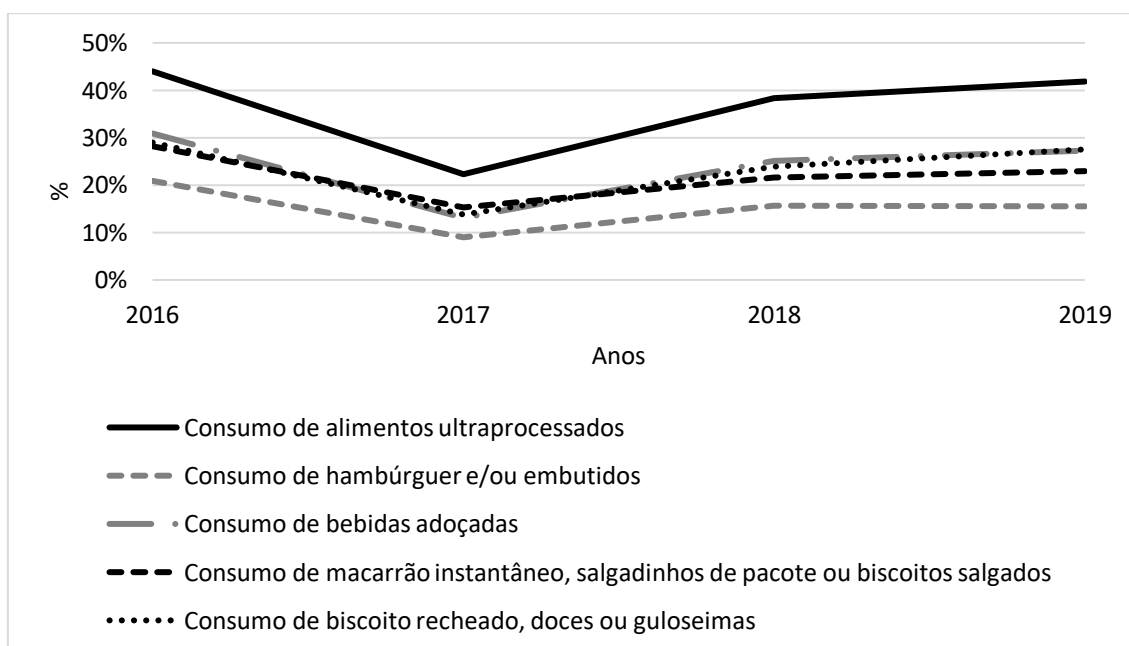
Gráfico 1- Marcadores de alimentação saudável de crianças de 6 a 23 meses de idade do município de Guarapuava-PR, 2016 a 2019



Fonte: SISVAN Web

No gráfico 2, a seguir, verifica-se que o consumo de alimentos ultraprocessados esteve abaixo dos 45%, sendo menor o de hambúrguer e/ou embutidos, ao passo que os demais (bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoitos recheados, doces ou guloseimas) apresentaram um padrão de consumo semelhante.

Gráfico 2- Marcadores de alimentação não saudável de crianças de 6 a 23 meses de idade do município de Guarapuava-PR, 2016 a 2019



Fonte: SISVAN Web

De acordo com o SISVAN *Web*, a cobertura dos dados para o consumo alimentar de crianças menores de dois anos no município de Guarapuava foi de 20%, 13,6%, 28,7% e 20,3% nos anos 2016, 2017, 2018 e 2019, respectivamente.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi avaliado o consumo de marcadores de alimentos saudáveis e não saudáveis no dia anterior à consulta, o que evita o viés de memória e possibilita traçar um perfil da alimentação das crianças menores de 2 anos⁷. Foi observada a continuidade do aleitamento materno por aproximadamente metade das crianças avaliadas e a adequação da introdução alimentar apresentou-se baixa (35%). A diversidade alimentar e a frequência e consistência da alimentação melhorou ao longo do período, porém ficou abaixo de 80%. O consumo de alimentos ricos em vitamina A foi um indicador positivo, enquanto o consumo de alimentos ricos em ferro apresentou a pior situação (em torno de 15%). O consumo de alimentos ultraprocessados no município ficou abaixo do consumo do estado do Paraná, da Região Sul e do Brasil. A cobertura de dados de consumo alimentar disponíveis a crianças menores de 2 anos para o município esteve em torno de 20%.

O aleitamento materno continuado até os 2 anos ou mais traz inúmeros benefícios à saúde das crianças menores de 5 anos e tem um papel protetor, podendo evitar a mortalidade e casos de morbidade por doença infecciosa, além de contribuir com a saúde materna. Ressalta-se que a amamentação no segundo ano de vida contribui como fonte de energia em função da quantidade de gordura e de ácidos graxos essenciais presentes no leite materno, além da quantidade de proteína e de alguns micronutrientes (vitamina A, riboflavina e cálcio). O aleitamento materno também é recomendado quando a criança está doente em função da diminuição do apetite e da ingestão de alimentos. Assim, o leite materno continua sendo uma importante fonte de energia que evita a desidratação e fornece nutrientes para a recuperação da criança^{1,2}.

O presente estudo demonstra que o consumo de leite materno chegou a 52,2% em 2019. Esse valor se assemelha aos dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) 2019¹⁷ para a prevalência do aleitamento materno continuado para menores de 12 meses no Brasil (53,1%), e está acima dos valores reportados para a Região Sul (35,0%). Já a prevalência de aleitamento materno total para as crianças menores de 24 meses, segundo o mesmo estudo, mostra uma situação do Brasil de 37% e da Região Sul de 40,2%, indicando que os dados do presente estudo estariam acima do reportado para o Brasil e para a Região Sul¹⁷.

Quanto à introdução alimentar, de acordo com as recomendações, deve ser iniciada a partir dos seis meses, e a amamentação continuada, até 2 anos ou mais^{1,2}. As práticas de

alimentação complementar não oportunas e inadequadas podem trazer prejuízos à saúde e ao desenvolvimento das crianças, como desnutrição, deficiências de micronutrientes e excesso de peso^{2,7}. Os resultados encontrados nesse estudo são de 2018 e 2019, sendo 28,6% e 34,1% de adequação, respectivamente, evidenciando problemas na fase da introdução alimentar das crianças de 6 a 8 meses e 29 dias. A introdução correta da alimentação complementar tem grande influência no estado nutricional na infância, além do impacto das preferências alimentares na fase adulta. A alimentação inadequada no início da vida, em especial nas populações mais vulneráveis, está diretamente relacionada ao aumento de doenças crônicas e infecciosas, da desnutrição e da carência de micronutrientes, com destaque para o ferro, o zinco e a vitamina A^{2,16}.

Quanto à diversidade alimentar mínima, os resultados mostraram que, em 2017, apenas 50,0% das crianças atingiram esse marcador e, em 2019, a situação foi melhor, com 75,5%. Segundo o documento do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicado em 2016, a cada quatro crianças, apenas uma tem a alimentação minimamente diversificada¹⁸. Estudo transversal realizado em Guarapuava-PR, em 2012, verificou que a diversidade alimentar das 1.355 crianças de 6 a 23 meses foi de 58,5%, e que o indicador aumentava conforme a faixa etária da criança, indo de 45,9% na faixa de 6 a 11 meses, 57,1% de 12 a 17 meses e 64,3% de 18 a 23 meses¹⁹.

O Guia alimentar desenvolvido para crianças brasileiras menores de 2 anos, seguindo as recomendações e diretrizes da OMS, recomenda uma dieta diversificada e variada desde o início da alimentação complementar¹. A inadequação de uma diversidade alimentar, ou seja, a ingestão menor que quatro grupos de alimentos ao dia anterior, chama a atenção principalmente em países subdesenvolvidos, onde a base da dieta é composta principalmente por cereais e tubérculos, sendo pobre quanto aos demais grupos alimentares, principalmente de origem animal. Esta ingestão alimentar pouco variada tem sido associada a carências nutricionais²⁰.

Quanto à frequência mínima e consistência adequada, o presente estudo mostrou que, em 2018, 56,9% atingiram esse indicador, chegando a 63,9% em 2019. No estudo transversal realizado por Carloto²¹ com uma amostra de 10 crianças de Uruguaiana-RS, foi observado que 90,0% delas consumiam comida de sal, sendo na maioria dos casos em pedaço e com frequência de duas vezes ao dia para 44,4%²¹. Já no estudo de Saldan et al.¹⁹, foi constatado que a frequência mínima das refeições para 1.355 crianças de 6 a 23 meses de Guarapuava-PR era de 75,1%, evidenciando valores acima dos encontrados no presente estudo. Estudo qualitativo realizado em Guarapuava-PR com oito crianças menores de 2 anos e seus cuidadores mostrou que algumas mães têm receio de ofertar à criança alimentos mais sólidos ou semissólidos, como os grãos do feijão, por acreditarem ser um “alimento pesado” que poderia causar diarreia e a criança não conseguiria mastigar e engolir, preferindo elas oferecer somente o caldo²².

Segundo o Guia alimentar, no início da alimentação complementar devem ser oferecidos à criança alimentos amassados na consistência de purê, e desencorajar o uso de liquidificadores ou peneiras, e, gradativamente, com o amadurecimento do processo, devem ser oferecidos alimentos mais sólidos, em pedaços, estimulando a mastigação e o desenvolvimento orofacial¹. Além disso, as refeições mais líquidas geralmente têm uma menor densidade energética, enquanto as mais consistentes garantem maior aporte calórico¹. As crianças que não recebem alimentos semissólidos e sólidos na fase correta poderão ter maior dificuldade de aceitação alimentar²³.

Ao analisar o consumo de alimentos ricos em ferro, pode-se observar que foi baixo (em torno de 15%), e, ao compará-lo com os dados do estado, da Região Sul e do Brasil, observa-se que os resultados são similares. No estudo de Lacerda et al.²⁴, a partir da descrição de atendimentos ambulatoriais de Nutrição a 133 crianças de Guarapuava-PR, foram encontrados resultados contrários, chegando a 88% do consumo; no entanto, o público avaliado vinha sendo acompanhado regularmente em um Centro de Recuperação Nutricional.

Sabe-se que o consumo desses alimentos é fundamental para a prevenção de possíveis agravos à saúde, em especial a anemia ferropriva. Segundo os dados do ENANI (2019), há maior prevalência de anemia em crianças entre 6 e 23 meses (18,9%) quando comparada àquelas entre 24 e 59 meses (5,6%) para o Brasil e nas Regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste²⁵. O mesmo estudo observou maior prevalência de anemia para a Região Norte de 10,4% em 2006, para 17,0% em 2019, com aumento de 6,6%, ao passo que as demais macrorregiões apresentaram redução, sendo que a maior redução foi observada na Região Sudeste (14,7%)²⁵.

Diversos fatores podem levar ao desenvolvimento da anemia, mas estimativas apontam que 50% dos casos de anemia são resultantes da deficiência do mineral ferro²⁶. Para responder as necessidades aumentadas do mineral, faz-se necessário que a introdução alimentar aconteça adequadamente, incluindo alimentos fontes de ferro, como carnes (boi, frango, peixe, porco, miúdos) ou ovo, fígado e feijão. Segundo Dias et al.²⁷, a partir de uma revisão da literatura, o baixo acesso a esses alimentos, o desmame precoce, o uso de leite de vaca e a uma alimentação com predominância de legumes e cereais (alimentos considerados com baixa biodisponibilidade de ferro) são algumas das causas de anemia em crianças menores de 2 anos no Brasil.

As crenças também parecem exercer interferência nas rotinas das famílias, e as avós demonstram ter grande influência na criação dos netos, passando mais segurança às mães, que preferem seguir as suas recomendações às recomendações dos profissionais de saúde²². Em um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado na cidade de Guarapuava-PR, as mães e avós deixavam para oferecer a carne ao final da refeição para evitar que a criança ficasse mastigando o alimento por muito tempo e acabasse por não comer os demais, mas, quando iam oferecer à criança, ela já estava satisfeita²².

Quanto ao consumo de alimentos fontes de vitamina A, o presente estudo mostrou uma situação mais favorável do que a observada em relação ao consumo de alimentos ricos em ferro. Os alimentos fontes de vitamina A, como “vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, espinafre, mostarda)”, considerados para a construção do marcador alimentar, são mais acessíveis em comparação aos alimentos fontes de ferro, como a carne, por exemplo, que possui preço mais elevado, e parecem ser culturalmente mais aceitáveis como alimentos para a criança pequena²².

Segundo os dados do ENANI (2019), a prevalência de deficiência de vitamina A foi de 6,0% no Brasil, sendo que os maiores índices foram observados nas Regiões Centro-Oeste (9,5%), Sul (8,9%) e Norte (8,3%), e a menor na Região Sudeste (4,3%), não apresentando diferença estatística entre as faixas etárias para o Brasil (6 e 23 meses 6,4% e 24 e 59 meses de idade 5,9%)²⁵. As crianças menores de 5 anos são o grupo que apresenta maior risco de deficiências de ferro e vitamina A²⁵.

Em termos de marcadores de alimentação saudável, nenhum atingiu a meta de 80%, divergindo dos achados de Marinho et al.¹¹ em estudo transversal com 218 crianças de 6 a 24 meses assistidas pela Atenção Básica de Macaé-RJ, onde o percentual de adequação dos marcadores apresentou prevalências próximas ou iguais a 80%. Ao comparar esses marcadores do município do estudo com os dados estadual, regional e nacional, observa-se que, quanto ao aleitamento materno continuado, a introdução de alimentos e o consumo de alimentos ricos em ferro, os dados se assemelharam, enquanto para os demais indicadores os resultados do município foram inferiores.

Quanto ao consumo de alimentos não saudáveis, observou-se que os resultados do município de Guarapuava foram melhores do que o cenário do estado, da Região Sul e do Brasil, mas o ideal seria que as crianças menores de 2 anos não recebessem esse tipo de alimento precocemente. Estudos mostram que, com o passar da idade da criança, ocorre maior consumo de alimentos (saudáveis e não saudáveis)^{10,11}. Estudo transversal com 350 crianças menores de 2 anos em Diadema - SP evidenciou maior consumo de refrigerante e suco industrializado e o hábito de assistir TV enquanto come entre as crianças de 12 e 23 meses, apesar do alto consumo de suco industrializado entre as crianças de 6 e 11 meses (48,2%)¹⁰. Estudo transversal com 1.355 crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de Guarapuava-PR evidenciou que o maior consumo de alimentos não saudáveis pelo público infantil esteve associado ao fato de a mãe ser adolescente, possuir baixa escolaridade, frequentar o serviço público de saúde e residir na área rural do município²⁸.

Esses alimentos são ricos em gorduras, açúcar e sódio, e seu valor nutricional é inadequado para a alimentação infantil, principalmente nos primeiros dois anos de vida, não sendo recomendado na rotina alimentar da criança. Seu consumo pode acarretar maus hábitos

alimentares e, conseqüentemente, levar a distúrbios nutricionais, como sobrepeso, obesidade e doenças carenciais¹. Sabe-se que o estado nutricional da criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida, é considerado um importante indicador de saúde, uma vez que representa as condições de vida em que estão expostas, sendo influenciado pelo consumo alimentar.

A presença desses alimentos indica a introdução inadequada da alimentação complementar, trazendo um impacto negativo, tanto no crescimento, como no desenvolvimento². O consumo desses alimentos pode ser reflexo do consumo alimentar da família, fazendo com que as crianças sejam expostas precocemente a eles. Segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, 11,3% das calorias consumidas pela população vêm dos alimentos processados e 19,7% de alimentos ultraprocessados. Em contrapartida, houve um decréscimo do consumo de alimentos considerados básicos e tradicionais da alimentação do brasileiro, de 2008-2009 a 2017-2018, o consumo de feijão diminuiu de 72,8% para 60,0%, e de arroz de 84,0% para 76,1%²⁹.

Quanto à cobertura do SISVAN *Web* para os dados de consumo alimentar de crianças menores de 2 anos no município de Guarapuava, identificou-se que os percentuais de acompanhamento foram baixos (em torno de 20%), porém, se comparados a outros estudos, estão acima dos níveis nacionais. Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul identificou a resistência das equipes de saúde da APS quanto à inclusão do monitoramento nutricional da população³⁰. No estudo de Carloto²¹, no município de Uruguaiana-RS, os relatórios de produção do SISVAN disponíveis para os anos de 2015 a 2017 mostraram que a cobertura era de 0,0% para os anos de 2015 e 2016, e passou para 0,2% em 2017. No mesmo estudo, foi avaliado o conhecimento e a utilização dos marcadores de consumo alimentar, tendo sido entrevistados 21 enfermeiros, dos quais nenhum aplicava a ferramenta e apenas 1 tinha conhecimento²¹.

A inserção do profissional de nutrição na Estratégia Saúde da Família (ESF) é frágil e insuficiente¹⁰. Desta forma, outros profissionais de saúde podem promover a alimentação saudável e preencher os dados dos marcadores no sistema, de modo que isto não é atividade privativa do nutricionista, já que não há nutricionista em todas as UBS¹⁰. O *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* pode ser utilizado como instrumento, pois oferece orientações acerca da alimentação e nutrição da criança até os dois anos de idade, elucidando a introdução de alimentos de forma oportuna e gradual¹.

No estudo de Mourão et al.³¹, que analisou a tendência temporal da cobertura do SISVAN *Web* em menores de 5 anos na Região Norte, apontou que todos os estados da Região avaliada e suas respectivas regionais de saúde apresentaram tendência crescente da cobertura do sistema no período de 2008 a 2017. Rolim et al.³², em estudo transversal com 836 profissionais no âmbito da Atenção Básica de municípios de Minas Gerais, verificaram que 52,8% dos responsáveis pelo SISVAN não analisam os dados que o sistema produz e 59,1% não

recomendam ações que deveriam ser o resultado da análise dos dados³². Através da avaliação do consumo alimentar da população é possível identificar indivíduos e coletividades sob risco nutricional e, assim, colaborar para a atualização e o planejamento de políticas públicas de alimentação e nutrição¹⁶.

Este estudo apresenta limitações, pois os dados representam apenas uma parte da população de menores de 2 anos do município que frequenta a APS e não foram avaliadas as quantidades de alimentos consumidas, apenas se houve ou não o consumo de determinados alimentos. Entretanto, sinalizam práticas alimentares preocupantes em relação à introdução alimentar e ao consumo de alimentos não recomendados para o público avaliado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os marcadores de alimentação saudável para crianças de 6 a 23 meses ficaram abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde, com pior situação para o consumo de alimentos ricos em ferro. Quanto ao consumo de alimentos não saudáveis, quando comparado com os dados do estado, da Região Sul e nacionais, observa-se um menor consumo. Constatou-se que o menor consumo de alimentos ultraprocessados foi o de hambúrguer e/ou embutidos, cabendo ressaltar que as crianças menores de 2 anos não devem consumir esse tipo de alimento e sua presença demonstra que a oferta ocorre cada vez mais cedo. Neste sentido, esses hábitos podem levar ao aparecimento de morbidades na infância e nas demais fases da vida.

Quanto à cobertura do SISVAN Web, foi observada baixa cobertura no município de Guarapuava-PR, concluindo-se que grande parte dos profissionais da APS não executa as atividades de VAN. Ao avaliar o consumo alimentar das crianças, as informações coletadas poderão gerar relatórios que auxiliarão a gestão na elaboração de políticas e programas que têm como objetivo o desenvolvimento de ações para promoção da alimentação saudável, prevenindo, assim, agravos nutricionais e incentivando a continuidade do aleitamento materno, bem como a introdução e a consolidação da alimentação complementar saudável.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
6. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2019;22:E190028. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>
7. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1 definition [internet]. Washington, DC, USA: WHO; 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596664>
8. Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(2):377–94. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209513>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [internet]. Brasília; 2015. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
10. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc. saúde colet.* 2015;20(3):727-38. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15952014>
11. Marinho LMF, Capelli JCS, Rocha CMM, Bouskela A, Carmo CN, Freitas SEAP, 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. *Ciênc. saúde colet.* 2016;21(3):977-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.06532015>
12. Coradi FB, Bottaro SM, Kirsten VR. Consumo alimentar de crianças de seis a doze meses e perfil sociodemográfico materno. *DEMETRA.* 2017;12(3):733–50. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2017.28060>
13. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, Spaniol AM, Nilson EAF, Moura IF. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2019;28(2):e2018358. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200012>
14. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, Resolução nº 510, (Abril 7, 2016).

15. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico município de Guarapuava Julho [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85000&btOk=ok>>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: caderno do tutor [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderno_do_tutor.pdf
17. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil [internet]. UFRJ: Rio de Janeiro; 2020. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
18. Schewinski CG. Prevalência mundial de diversidade alimentar mínima de lactentes: uma revisão sistemática [Dissertação] [internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2019. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/65985/R%20-%20D%20-%20CAMILA%20GABRIELLE%20SCHEWINSKI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Saldan PC, Venancio SI, Saldiva SRDM, Mello DF. Proposal of indicators to evaluate complementary feeding based on World Health Organization indicators. Nurs Health Sci. 2016;18(3):334–41. doi: <https://doi.org/10.1111/nhs.12273>
20. Bilal SM, Dinant GJ, Blanco R, Crutzen R, Mulugeta A, Spigt M. The influence of father's child feeding knowledge and practices on children's dietary diversity: a study in urban and rural districts of Northern Ethiopia, 2013. Matern Child Nutr. 2016;12(3): 473-83. doi: <https://doi.org/10.1111/mcn.12157>
21. Carloto AF. Marcadores do consumo alimentar: aplicabilidade da ferramenta em estratégias saúde da família em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. [Monografia] [internet]. Universidade Federal do Pampa, 2019. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <<https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riiu/4956/1/ADRIANA%20FAO%20CARLOTO.pdf>>
22. Chuproski P, Tsupal PA, Furtado MCC, Mello DF. Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. Rev. Gaúcha Enferm. 2012;33(4):118-25. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400015>
23. Ferreira KCA, Silva LCO, Pereira TG, Ramos CV, Lima ER. Padrão alimentar de crianças menores de dois anos em Teresina – Pi. R. Interd. 2019;12(2):76–84.
24. Lacerda PS, Taques N, Cain JP, Molinari L, Mazur CE, Saldan PC. Atendimentos nutricionais ambulatoriais e estado nutricional de crianças menores de seis anos. Extensio: R. Eletr. de Extensão. 2018; 15(30):16–25. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2018v15n30p16>
25. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças brasileiras de 6 a 59 meses [internet]. UFRJ: Rio de Janeiro; 2020. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
26. Bortolini GA, Fisberg M. Nutritional guidelines for patients with iron deficiency. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010; 32(suppl 2):105–13. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000070>
27. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Rev. Nutr. 2010;23(3):475-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000300015>

28. Saldan PC, Mello DF. Variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6 a 23 meses de idade de uma cidade do interior do Paraná. DEMETRA. 2019; 14(supl. 1):e43705. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.43705>
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017- 2018: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>
30. Jung NM, Bairros FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2014;19(5):1379-88. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.20002013>
31. Mourão E, Gallo CO, Nascimento FA, Jaime PC. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020;29(2):e2019377. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200026>
32. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2015; 20(8):2359-69. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.00902015>

Artigo recebido em fevereiro de 2021

Versão final aprovada em março de 2023