

Prática da alimentação complementar em crianças de 0 a 24 meses em Picos, Piauí

Complementary feeding practices in children aged 0 to 24 months in Picos, Piauí

Práctica de alimentación complementaria en niños de hasta 24 meses en Picos, Piauí

Daniel Silva Vieira¹ , Fernanda Karielle Coelho Macedo¹ , Letícia Cerqueira Souza¹ , Raylla Silva Costa¹ , Patrícia Fernández García¹ , Antonio Ferreira Mendes-Sousa¹ 

¹Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI), Brasil.

Resumo

Introdução: A alimentação complementar é o processo de introdução de alimentos em adição ao leite materno ou fórmulas infantis, quando estes não são mais suficientes para oferecer o suporte nutricional da criança. Ela deve ser iniciada aos seis meses de vida do bebê e continua até os seus 24 meses. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que esse processo deve conter ao menos cinco dos oito grupos-chave: leite materno; carnes; derivados de leite; ovos; leguminosas e nozes; frutas e vegetais ricos em vitamina A; outras frutas e vegetais; grãos e raízes. **Objetivo:** Investigar o contexto social e a prática da alimentação complementar de crianças com até dois anos de vida do município de Picos, Piauí, na Região Nordeste do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, qualitativo e quantitativo, realizado com mães de crianças de até dois anos de idade usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Picos. Foi aplicado um questionário sobre aspectos socioeconômicos das mães e aspectos práticos e componentes da alimentação complementar da criança, entre novembro de 2022 e julho de 2023. **Resultados:** Foram entrevistadas 38 mães com idade entre 18 e 43 anos. O perfil das participantes foi de mulheres casadas/união estável (63,3%), com escolaridade de nível médio (81,5%) e donas de casa (65,8%). Quanto às crianças, 17 tinham menos de seis meses de vida e 21, mais. Das menores de seis meses, 52,9% já haviam iniciado algum tipo de alimentação complementar, sendo os alimentos mais introduzidos água, outros leites e chás. Dos maiores de seis meses, o consumo dos alimentos recomendados pela OMS variou de 61,9 a 95,2%. Ainda nessa faixa etária, observou-se consumo importante de ultraprocessados e adicionados de açúcar, sendo biscoito (61,9%) o mais prevalente. **Conclusões:** Conseguiu-se um bom panorama acerca da prática da alimentação complementar em Picos (PI). Como pontos positivos, observou-se alta taxa de consumo de alimentos *in natura* e dos grupos alimentares necessários para suprir a demanda de nutrientes importantes para o adequado desenvolvimento infantil. Entretanto, observou-se baixa taxa de aleitamento materno exclusivo, introdução alimentar precoce e alto consumo de alimentos adicionados de açúcar e ultraprocessados. Assim, faz-se necessário atentar para possíveis fatores de risco que comprometam a qualidade da alimentação complementar.

Palavras-chave: Fenômenos fisiológicos da nutrição do lactente; Aleitamento materno; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Daniel Silva Vieira
E-mail: dsvieira3@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.
Parecer CEP:
CAAE: 20237119.3.0000.8057

TCLE:

Sim.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 17/05/2024.

Aprovado em: 20/10/2025.

Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Como citar: Vieira DS, Macedo FKC, Souza LC, Costa RS, García PF, Mendes-Sousa AF. Prática da alimentação complementar em crianças de 0 a 24 meses em Picos, Piauí. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4300. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4300](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4300)



Abstract

Introduction: Complementary feeding is the process of introducing foods in addition to breast milk or infant formula, when these are no longer sufficient to provide the child with nutritional support. It should be started at 6 months of age and continues until 24 months. The World Health Organization (WHO) indicates that this process should contain at least 5 of the 8 key groups: breast milk; meats; dairy products; eggs; legumes and nuts; fruits and vegetables rich in vitamin A; other fruits and vegetables; grains and roots. **Objective:** To investigate the social context and practice of complementary feeding for children up to 2 years of age in the municipality of Picos, Piauí, in the Northeast region of Brazil. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional, qualitative and quantitative study, carried out with mothers of children up to 2 years of age who use a Basic Health Unit in the city of Picos. A questionnaire was applied on socioeconomic aspects of the mothers and practical aspects and components of the child's complementary feeding, between November 2022 and July 2023. **Results:** A total of 38 mothers were interviewed, between 18 and 43 years old. The profile of the participants was of married/common-law women (63.3%), with secondary education (81.5%) and housewives (65.8%). Regarding the children, 17 were less than 6 months old and 21 were older. Of those under 6 months, 52.9% had already started some type of complementary feeding, with the most introduced foods being water, other milks and teas. Among those over 6 months old, the consumption of WHO-recommended foods ranged from 61.9 to 95.2%. In this age group, there was also a significant consumption of ultra-processed and sugar-added foods, with cookies (61.9%) being the most prevalent. **Conclusions:** A good overview of the practice of complementary feeding in Picos (PI) was obtained. On the positive side, there was a high rate of consumption of in natura foods and food groups necessary to meet the demand for important nutrients for proper child development. However, there was a low rate of exclusive breastfeeding, early introduction of food and a high consumption of sugar-added and ultra-processed foods. Thus, it is necessary to pay attention to possible risk factors that compromise the quality of complementary feeding. **Keywords:** Infant nutritional physiological phenomena; Breast feeding; Primary health care.

Resumen

Introducción: La alimentación complementaria es la introducción de alimentos sólidos o semisólidos cuando la leche materna o las fórmulas infantiles ya no son suficientes para ofrecer el soporte adecuado al niño. Debe iniciarse a los 6 meses de vida del bebé y continúa hasta los 24 meses. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que este proceso debe tener al menos 5 de los 8 grupos de alimentos: leche materna; carnes; derivados lácteos; huevos; leguminosas y frutos secos; frutas y hortalizas ricas en vitamina A; otras frutas y hortalizas; cereales y raíces. **Objetivo:** Investigar el contexto social y la práctica de la alimentación complementaria en niños de hasta 2 años de edad, en el municipio de Picos, Piauí, en la región Nordeste de Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal, cualitativo y cuantitativo, realizado con madres de niños de hasta 2 años de edad, usuarias de una Unidad Básica de Salud del municipio de Picos. Se aplicó un cuestionario sobre aspectos socioeconómicos de las familias entrevistadas, así como componentes de la alimentación del niño en estas edades, entre noviembre de 2022 y julio de 2023. **Resultados:** Se interrogaron a 38 madres, con edades entre 18 y 43 años. La mayoría de ellas eran mujeres casadas/en unión estable (63,3%), con escolaridad de nivel medio (81,5%) y amas de casa (65,8%). Con relación a los menores, 17 tenían menos de 6 meses de vida y 21 por encima de esta edad. De los menores de 6 meses, el 52,9% ya habían iniciado algún tipo de alimentación complementaria, siendo en su mayoría el agua, otros leches y té. Entre los mayores de 6 meses, el consumo de alimentos recomendados por la OMS varió entre el 61,9% y el 95,2%. En este grupo de edad, también se observó un consumo importante de alimentos ultra procesados y con adición de azúcar, siendo las galletitas (61,9%) las más prevalentes. **Conclusiones:** Con este estudio pudimos observar cómo es introducida la alimentación, en una población bien delimitada, del municipio de Picos (PI). Como puntos positivos, se observó un alto índice de consumo de alimentos in natura y de grupos de alimentos necesarios para el adecuado desarrollo infantil. Sin embargo, se observó poca adhesión a la lactancia exclusiva, introducción precoz de alimentos y un alto consumo de alimentos con adición de azúcar y ultra procesados. Por lo tanto, es necesario prestar atención a los posibles factores de riesgo que comprometen la calidad de la alimentación complementaria.

Palabras clave: Fenómenos fisiológicos nutricionales del lactante; Lactancia materna; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A alimentação complementar é definida como o processo de oferecer outros alimentos, em adição ao leite materno, quando este ou fórmulas infantis sozinhas não são mais suficientes para oferecer suporte nutricional adequado para as crianças. Em geral, recomenda-se que esse processo aconteça a partir dos seis meses de vida da criança e continue até a idade de 24 meses, sendo essa faixa etária um período crítico, tanto em função do maior risco de deficiências nutricionais e dificuldade de crescimento como por ser o momento em que se desenvolvem os comportamentos alimentares que perduram em longo prazo¹.

A introdução da alimentação complementar deve ser feita a partir dos seis meses, pois, anteriormente a isso, pode estar relacionada a aumento da morbimortalidade gastrointestinal e menor

qualidade nutricional, enquanto, se introduzida tardiamente, eleva o risco do desenvolvimento de alergias alimentares. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definem oito grupos alimentares chave para esta introdução:

1. Leite materno;
2. Carnes;
3. Derivados de leite;
4. Ovos;
5. Leguminosas e nozes;
6. Frutas e vegetais ricos em vitamina A;
7. Outras frutas e vegetais;
8. Grãos, raízes e vegetais. Idealmente, pelo menos cinco desses oito grupos devem estar presentes na alimentação complementar de crianças a partir dos seis meses de vida^{1,2}.

Em um panorama global, estimativas do UNICEF baseadas em dados de diversos países coletados entre 2006 e 2018 mostram situação preocupante da alimentação infantil em nível mundial². Esse dado é confirmado também em nível nacional, pois um inquérito brasileiro observou que 7,4% das crianças menores de cinco anos apresentavam excesso de peso, 1,6% apresentava baixo peso e 6,8%, baixa estatura. A anemia foi observada em 20,9% e a hipovitaminose A em 17,4% das crianças. Na Região Nordeste do Brasil, foi observado que as crianças apresentavam menor frequência alimentar tanto para os alimentos recomendados como para os não recomendados, no entanto consumiram em maior frequência frutas, frango, biscoitos e salgadinhos quando comparadas às crianças de outras regiões do país³.

Pesquisas mostram que a introdução de alimentos no Brasil vem ocorrendo de forma equivocada e prejudicial à saúde da criança, aumentando o risco de sobrepeso e diabetes *mellitus* tipo 2 e comprometendo o desenvolvimento do cérebro, especialmente as funções de linguagem, audição, visão e cognição¹. Em algumas situações, a alimentação complementar é precoce e de baixa qualidade, e alguns estudos mostram baixa taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças de quatro meses ou mais, bem como o consumo de água, chás, café e outros leites^{4,5}. Ao mesmo tempo, alimentos como frutas, verduras, feijão, carnes e outras fontes de ferro e vitamina A apresentam introdução tardia ou abaixo da frequência necessária de pelo menos uma vez ao dia^{4,6,7}. Tal realidade é apontada em estudo que observou, ainda, alto predomínio no consumo de alimentos ultraprocessados e de bebidas adoçadas por crianças brasileiras⁸.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel essencial na promoção da saúde da criança, ressaltado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Nessa perspectiva, a alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde infantil, bem como possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Dessa forma, as ações de alimentação e nutrição são trabalhadas na saúde pública, principalmente no contexto da Atenção Básica (AB) em Saúde e na Estratégia Saúde da Família^{9,10}. Seguindo nesses preceitos e pensando nos benefícios da nutrição adequada para as crianças, o Ministério da Saúde (MS) lançou programas como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que capacita tutores para apoiar as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para implementar ações voltadas à promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada^{11,12}.

Tendo essa realidade em vista, o presente trabalho objetivou investigar o contexto social e a prática da alimentação complementar de crianças de até dois anos de vida do município de Picos (PI), na Região Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, qualitativo e quantitativo, realizado com mães de crianças de até dois anos de idade usuárias de uma UBS da cidade de Picos (PI). O município está localizado na região sudeste do estado, a 315 km da capital, Teresina. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta população de 83.090 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,698, e 41,8% da sua população tem rendimento mensal *per capita* de até 0,5 salário-mínimo¹³. Além disso, o município possui 34 UBS em seu território, todas cobertas com Estratégia Saúde da Família¹⁴.

A pesquisa teve como base a aplicação de um questionário semiestruturado dividido em duas etapas: uma sobre aspectos socioeconômicos e demográficos das mães e outra sobre os aspectos práticos e componentes da alimentação complementar da criança. O questionário utilizado foi adaptado de outro preexistente, já validado¹⁵, e foi aplicado às mães de forma presencial na própria UBS durante o período de novembro de 2022 a julho de 2023.

Os aspectos sociodemográficos dos questionários eram: idade, escolaridade, profissão e estado civil da mãe e idade da criança. Com relação à alimentação da criança, foram investigados os seguintes itens: consumo de leite materno, água, chá, outros leites, suco de fruta natural, suco industrializado, água de coco, refrigerante, café, alimentos pastosos, mingaus, frutas, guloseimas (balas, pirulitos, chicletes), biscoitos, salgadinhos, arroz, feijão ou outras leguminosas, carne, ovo, batatas ou outros tubérculos, macarrão, abóbora, cenoura, brócolis, couve, verduras de folhas, embutidos (salsicha, linguiça, *nuggets*) e macarrão instantâneo.

Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, mães de crianças de até 24 meses, que estavam adscritas ao território da UBS e que visitaram a unidade no período de coleta de dados. Todas as participantes aceitaram participar livremente da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas da pesquisa mulheres com idade inferior a 18 anos e que não concordaram em participar da pesquisa.

Para a tabulação dos dados e montagem de gráficos, foram utilizados os *softwares* Microsoft Office Excel 2019 e GraphPad Prism 10, respectivamente. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) e aprovado sob número de protocolo 3.579.477.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 38 mães de crianças de até dois anos. A faixa etária materna variou entre 18 e 43 anos, com média de 27,6 anos, e a infantil entre 1,5 e 24 meses, sendo 17 crianças com menos de seis meses de vida e 21 com seis meses ou mais. O perfil sociodemográfico das mães mostrou predomínio de escolaridade de nível médio ($n=31$; 81,5%), completo para 52,6% e incompleto para 28,9%. A profissão majoritária foi a de dona de casa, com percentual de 65,8% ($n=25$) das participantes. Com relação ao estado civil, 63,2% ($n=24$) das participantes referiram ser casadas ou estar em união estável, enquanto 34,2% ($n=13$) e 3,3% ($n=1$) informaram ser solteiras e viúvas, respectivamente, no momento da coleta de dados (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das participantes (n=38).

Idade	Anos	
Mínima	18	
Máxima	43	
Média	27,3	
Estado civil	n	%
Solteira	13	33,3
Casada/União estável	24	63,3
viúva	01	3,3
Escolaridade	n	%
Superior completo	0	0
Superior incompleto	01	02,6
Médio completo	20	52,6
Médio incompleto	11	28,9
Fundamental completo	03	07,9
Fundamental incompleto	03	07,9
Profissão	n	%
Dona de casa	25	65,8
Atendente	03	7,9
Autônoma	02	5,3
Cabeleireira	02	5,3
Lavadora	02	5,3
Cozinheira	01	2,6
estudante	02	5,3
Vendedora	01	2,6
Idade da criança (meses)	n	%
<6	17	44,7
≥6 a 24	21	55,3

Entre as oito categorias de alimentos recomendados pela OMS, nas crianças de seis meses ou mais, arroz, tubérculos e feijão e leguminosas foram os mais consumidos (por 95,2% [n=20]), seguidos de carnes (90,5% [n=19]) e frutas, abóbora e cenoura (85,7% [n=18]). Dos menores de seis meses, além do leite materno e outros leites, foi observado o consumo principalmente de frutas, abóbora e cenoura, representando 17,6% (n=3), seguidos de arroz e tubérculos, informados por 11,8% (n=2) das participantes. A ingestão de ovo e feijão ou lentilha por essas crianças foi informada por apenas uma mãe (Gráfico 1).

A respeito de outros alimentos líquidos, o suco natural registrou elevada proporção, com 80,1% (n=17) nas crianças maiores de seis meses e 11,8% (n=2) nas menores. Chá e café também tiveram registros consideráveis para crianças de seis meses de vida ou mais, com 42,9% (n=9) e 61,9% (n=13) das respostas, respectivamente. Das crianças menores de seis meses, apenas 47,1% (n=8) ainda estavam em aleitamento materno exclusivo, e 23,5% (n=4) haviam sido completamente desmamadas. Os principais alimentos consumidos por essas crianças foram água, com 47,1% (n=8), e outros tipos de leite, com 41,2% (n=7), seguidos de chá, com 23,5% (n=4). O consumo de café não foi relatado nessa faixa etária (Gráfico 2).

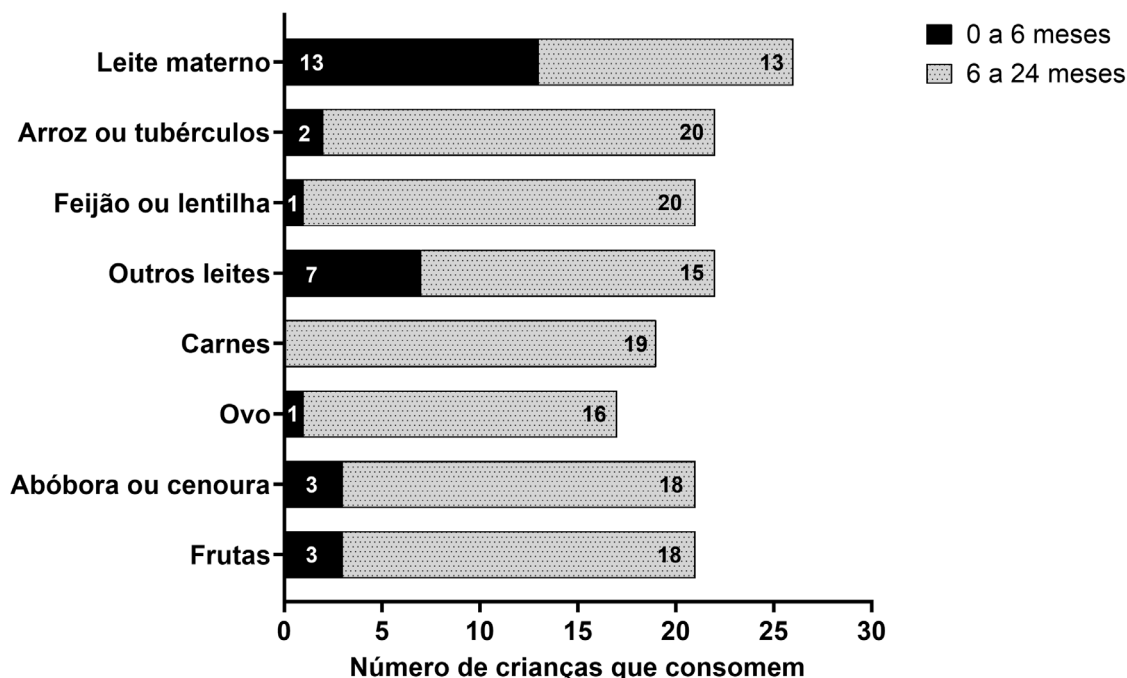


Gráfico 1. Consumo de alimentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde por crianças de até 24 meses de Picos (PI).

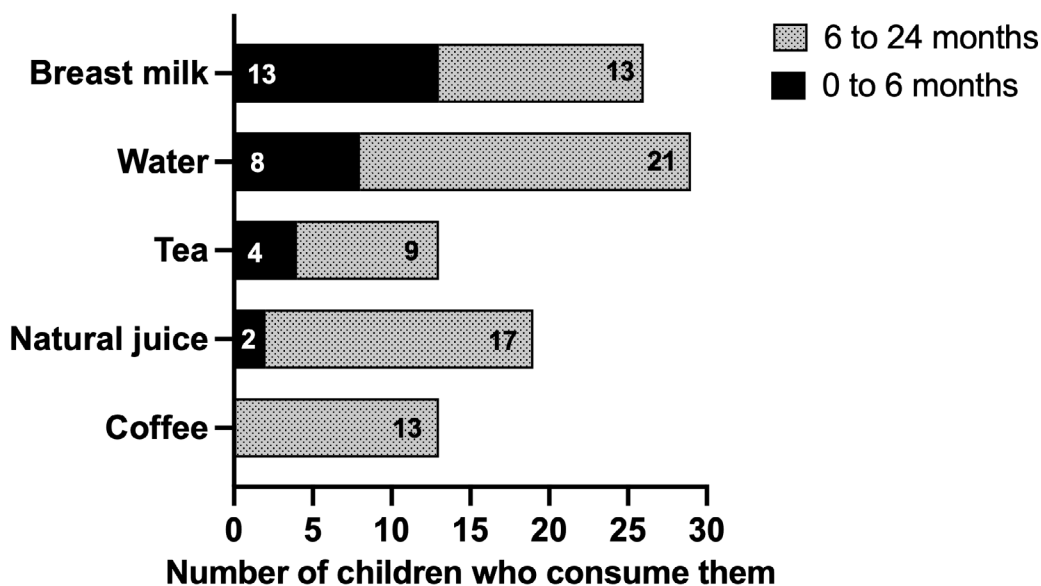


Gráfico 2. Consumo de alimentos líquidos por crianças de até 24 meses de Picos (PI).

Nesta pesquisa também foi observado o consumo de alimentos ultraprocessados e adicionados de açúcar, consumidos principalmente pelas crianças acima de seis meses. Entre os menores de seis meses, apenas 5,9% (n=1) referiram o consumo desses alimentos, especificamente de biscoitos, que também apresentou a maior prevalência entre os acima de seis meses, com 61,9% (n=13). Guloseimas (balinhas, chicletes, pirulitos), adoçados (uso de açúcar, mel, melaço ou adoçante) e embutidos (linguiça, salsichas) foram relatados igualmente, com 52,4% (n=11) das crianças consumindo-os. Macarrão instantâneo, refrigerante e sucos industrializados foram os menos referidos, com 33,3% (n=7), 28,6% (n=6) e 23,8% (n=5), respectivamente (Gráfico 3).

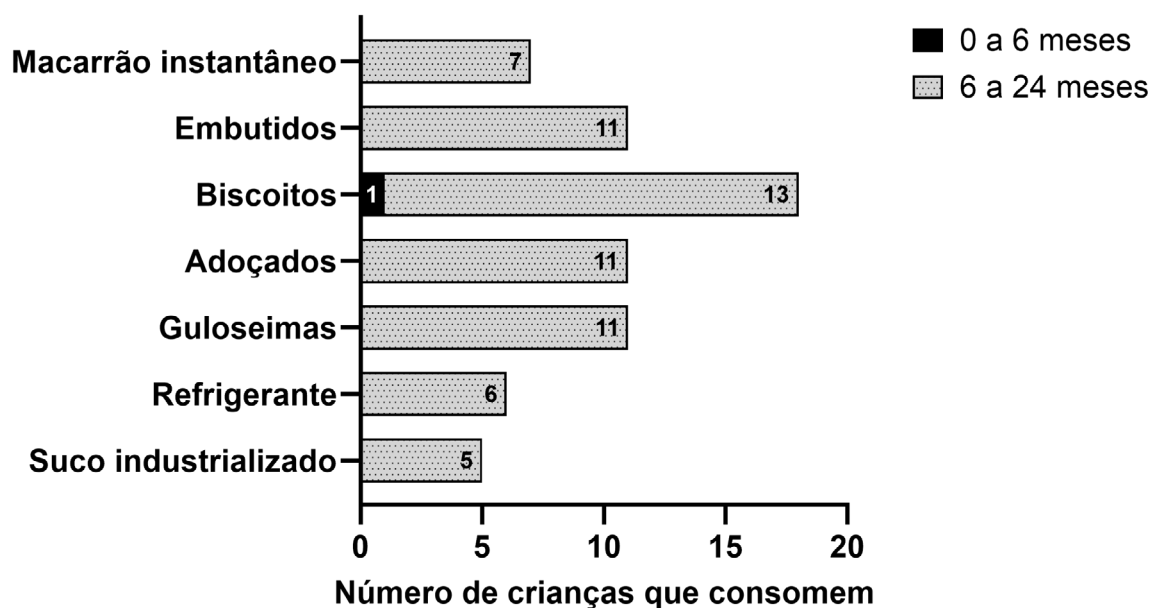


Gráfico 3. Consumo de alimentos ultraprocessados e adicionados de açúcar por crianças de até 24 meses em Picos (PI).

DISCUSSÃO

O aleitamento materno deve ser mantido de forma exclusiva até os seis meses de idade, entretanto, nesta pesquisa, apenas 47,1% (n=8) das crianças abaixo de seis meses estavam sob aleitamento materno exclusivo. Números semelhantes são encontrados em pesquisa realizada em 2015 que analisou os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), o qual observou que apenas 56,1% das crianças brasileiras com menos que seis meses estavam em AME¹⁶. Além disso, uma pesquisa realizada em UBS da cidade do Rio de Janeiro constatou AME de apenas 50,1%¹⁷. Em comparação, o último inquérito populacional realizado, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), mostrou que no Brasil 45,8% das crianças menores de seis meses estão em AME, e no nordeste esse número cai para 40,3%¹⁸, corroborando os resultados observados no presente estudo.

Diversos fatores parecem estar envolvidos nessa problemática. Alguns estudos mostraram maior prevalência de AME nos grupos mais ricos da população, nos filhos de pais com maior nível escolar, filhos de casais com estabilidade conjugal e mais de seis consultas de pré-natal¹⁹⁻²¹. A profissão materna também apresenta associação com o aleitamento, apesar de esse dado ser contraditório entre estudos — algumas pesquisas mostraram que mães sem vínculo empregatício ou com ocupação única de dona de casa realizavam predominantemente aleitamento misto^{22,23}. As mães que participaram deste estudo são residentes de um bairro em vulnerabilidade social, com profissão predominante de dona de casa, ou seja, condizem com o perfil que mais realiza aleitamento misto e desmame precoce.

Além disso, existem outros motivos referidos pelas mães como justificativa do desmame precoce, como a baixa produção de leite, “leite fraco” ou insuficiente para saciar a fome da criança, recusa do lactente e ter mamilo desfavorável à amamentação^{22,24,25}. Também foi observado que tais crianças são instigadas por membros da família, especialmente as avós das crianças, as quais conseguem mais facilmente influenciar primíparas, possivelmente pela inexperiência destas²¹. Assim, o comportamento é influenciado pelo conhecimento intelectual, mas também por crenças e culturas presentes na realidade materna, de modo que nem sempre o acesso à informação é garantia de uma prática adequada de aleitamento²³.

O presente estudo observou que a água é o líquido mais introduzido na dieta das crianças menores de seis meses, sendo referido por 88,9% entre as mães que já haviam iniciado algum tipo de alimentação complementar. Esse fato também foi observado em outros trabalhos²³, provavelmente pelo fato de as mães acreditarem que o leite materno não é suficiente para saciar a sede da criança. Muitas vezes, é por meio dos alimentos líquidos que se inicia a alimentação complementar, como notado em pesquisa realizado no Rio Grande do Sul, em que 36% das mães iniciaram a alimentação complementar dos seus filhos com sucos ou sopas²⁶, apesar da contraindicação desta prática pela OMS e pelo MS, uma vez que esses alimentos apresentam alta concentração de açúcares e podem deixar a criança saciada, reduzindo o consumo de outros alimentos nutricionalmente adequados^{1,27}.

A introdução de outros leites, caracterizada como aleitamento misto e observada entre as mães entrevistadas, também é comum no Brasil²². No ENANI-2019, observou-se porcentagem em nível nacional de 19,8% dessa prática entre crianças com menos de seis meses, aumentando para 26,8% na Região Nordeste¹⁸. Apesar do percentual considerável, essa introdução, bem como a de qualquer outro alimento antes dos seis meses de vida, é prática danosa para a saúde do lactente e está associada a maior risco de doenças cardiovasculares, obesidade, atopias, exposição a contaminações de alimentos e de dispositivos de administração (bicos e mamadeiras), anemia e doenças infecciosas^{21,28,29}. Além disso, pode levar à redução ou interrupção do aleitamento materno e a menor produção de leite³⁰.

Para as crianças entre seis e 24 meses, um ponto fundamental para conseguir os nutrientes necessários para seu desenvolvimento é a diversidade mínima da dieta, definida como o consumo diário de, pelo menos, cinco dos oito grupos alimentares adequados¹. No ENANI-19, 57,1% das crianças estavam em conformidade com esse critério; já no nordeste, o percentual reduziu para 48,5%³¹. Em estudo realizado no estado da Bahia com crianças de 12 meses, observou-se apenas 38,8% dentro do critério adequado³². No presente estudo, 90,47% das mães responderam que seus filhos consumiam a quantidade de alimentos dentro da diversidade estimada, número próximo dos 81,2% registrados no Paraná³³. Entretanto, não foi perguntado se o consumo desses alimentos ocorria diariamente, o que pode justificar a discrepância entre os dados encontrados.

Quanto aos alimentos sólidos, semissólidos ou pastosos, deve ser estimulada a sua introdução desde o início da alimentação complementar, pois sua consistência estimula a mastigação e aceitação de novos alimentos, bem como melhora a densidade de energia e de nutrientes da dieta¹⁶. Desses alimentos, os cereais e tubérculos são os mais consumidos pela população do nosso estudo, em concordância com dados brasileiros³³. As carnes apresentaram percentual também elevado, também concordando com outras pesquisas nacionais, o que é um bom indicador, pois ela é a mais importante fonte de ferro, com maior biodisponibilidade e outros micronutrientes^{33,34}.

A vitamina A também merece destaque, pois é um nutriente presente especialmente em vegetais de cor alaranjada, como abóbora e cenoura, e sua deficiência está associada a maior risco de infecções e problemas de visão, podendo levar à cegueira²⁷. Estudos encontrados mostram baixo consumo de alimentos que são fontes de vitamina A, como 26,8% em estudo na Bahia³³, 37,9% no nordeste e 38,6% no Brasil, segundo inquérito nacional³¹. Em contraponto, nesta pesquisa 85,7% (n=13) das mães referiram que seus filhos consumiam alimentos ricos nessa vitamina. Tal discrepância pode estar relacionada ao método da pesquisa, pois no presente estudo foi questionado se as crianças consumiam o alimento, enquanto na literatura comparada foi registrada a alimentação da criança em um dia específico, podendo demonstrar que ocorre o consumo, mas talvez não na frequência ideal.

A problemática da exposição precoce ao açúcar adicionado e alimentos ultraprocessados pode ser bem constatada neste trabalho, uma vez que 85,7% das crianças entre 6 e 24 meses haviam consumido pelo menos um tipo desses alimentos. Outros estudos apontam para a mesma realidade, em que de 70 a 100% das crianças haviam experimentado tais alimentos^{35,36} antes da idade mínima de dois anos recomendada pela OMS e MS^{1,27}. No Brasil, 68,4 e 80,5% das crianças dessa faixa etária haviam consumido alimentos adicionados de açúcar e ultraprocessados, respectivamente, com números similares na Região Nordeste, (66,3 e 82%)³¹. Biscoitos, refrigerantes, doces e salgadinhos apareceram como os alimentos mais consumidos nessa categoria^{24,37}, assim como no presente estudo.

Muitos fatores podem estar associados à oferta dos alimentos ultraprocessados, como orientação das mães sobre alimentação adequada, realização do AME até os seis meses de vida e o nível de escolaridade das mães, pois aquelas com maior escolaridade ofereceram menos ultraprocessados para seus filhos e, ainda, são mais propensas a amamentar e bebês amamentados apresentaram melhor perfil de alimentação³⁸⁻⁴⁰. Além disso, em domicílios com menor número de moradores e naqueles em que a mãe não era a principal cuidadora se observou maior consumo dos alimentos ultraprocessados, destacando-se assim a importância da rede de apoio familiar³⁶.

É importante que a alimentação complementar seja ensinada e promovida precocemente no contexto da AB, uma vez que o retardo da primeira consulta da criança na UBS pode estar associado à introdução precoce de ultraprocessados³⁸. Sua importância dá-se porque o consumo precoce e de longo prazo desses alimentos acarreta danos à saúde de diversas formas, prejudicando o controle do apetite e saciedade em razão de seu alto teor de açúcares e gorduras; portanto, quanto mais tarde introduzidos à alimentação infantil, melhor^{41,42}. Além disso, seu consumo está associado com o aparecimento cada vez mais precoce de doenças crônicas, uma vez que leva a uma alimentação complementar inadequada, fator de risco para a obesidade infantil^{38,40}. Isso porque esses alimentos possuem alta densidade energética, são ricos em açúcares, gordura saturada, sódio e conservantes, mas pobres em fibras e micronutrientes⁴³.

Por fim, salientamos que o presente estudo se desenhou em um contexto de mães que frequentam uma UBS específica, em uma área de vulnerabilidade social do município. Assim, ressaltamos a necessidade do desenvolvimento de estudos com maior abrangência populacional no município, contemplando diferentes perfis maternos, de modo a ter maior acesso a informações e permitir a realização de uma avaliação mais ampla e representativa do município.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu conhecer a prática da alimentação complementar das crianças de até 24 meses, cujas mães frequentam a UBS estudada na cidade de Picos (PI). Mostraram-se importantes pontos positivos, como a alta taxa de consumo de alimentos *in natura* e dos grupos alimentares necessários para suprir a demanda de nutrientes importantes para o adequado desenvolvimento infantil.

No entanto, também se puderam observar alguns indicadores alarmantes, como baixa taxa de aleitamento materno exclusivo e, conseqüentemente, introdução alimentar precoce, além dos altos índices de consumo de alimentos adicionados de açúcar e ultraprocessados, que deveriam ser evitados em todas as idades e nunca introduzidos antes dos dois anos completos.

Tendo isso em vista, deve-se atentar para possíveis fatores relacionados a uma alimentação complementar adequada, como orientações profissionais sobre alimentação infantil, consultas de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, escolaridade, disponibilidade da mãe e renda familiar. Assim, será

possível traçar estratégias direcionadas de intervenção, em nível governamental e social, que reforcem as qualidades e melhorem os problemas encontrados, de forma a oferecer, da melhor maneira possível, dignidade alimentar às crianças brasileiras.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí (FAPEPI).

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

DSV: Conceitualização, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Visualização. FKCM: Conceitualização, Investigação, Metodologia, Visualização. LCS: Investigação, Metodologia. RSC: Investigação, Metodologia. PFG: Conceitualização, Curadoria dos dados, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Visualização. AFMS: Conceitualização, Curadoria dos dados, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Guideline for complementary feeding of infants and Young children 6-23 months of age. Geneva: WHO; 2023.
2. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. New York: UNICEF; 2019.
3. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1759-71. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900014>
4. Santos FS, Mintem GC, Gigante DP. O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3483-94. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.23882017>
5. Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):873-86. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040007>
6. Oliveira CSM, Augusto RA, Muniz PT, Silva SA, Cardoso MA. Anemia e deficiência de micronutrientes em lactentes atendidos em unidades básicas de saúde em Rio Branco, Acre, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(2):517-29. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19072014>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Souza GR, Ribeiro-Silva RC, Felisbino-Mendes MS, Silva NJ, Andrade RCS, Pedroso J, et al. Time trends and social inequalities in infant and young child feeding practices: national estimates from Brazil's Food and Nutrition Surveillance System, 2008–2019. *Public Health Nutrition*. 2023;26(9):1731-42. <https://doi.org/10.1017/S1368980023001039>
9. Machado R, Ricci JMS, Giacomini I, Damasceno AAA, Lourenço BH, Cardoso MA, Sato PM. Oficina educativa para profissionais da Atenção Primária à Saúde como estratégia para promover alimentação complementar saudável no Acre, Amazônia brasileira. *Saúde Debate*. 2022;46(spe5):270-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E522>.
10. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011;24(6):809-24. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>
11. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(1):93-104. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2168>
12. Venancio SI, Melo DS, Relvas GRB, Bortoli MC, Araújo BC, Oliveira CF, et al. Effective interventions for the promotion of breastfeeding and healthy complementary feeding in the context of Primary Health Care. *Rev Paul Pediatr*. 2022;41:e2021362. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021362>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Piauí. Picos. Panorama [Internet]. Brasil: IBGE, 2023 [acessado em 23 jan. 2026]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Mantenedora: SMS de Picos, PI [Internet]. 2024 [acessado em 23 jan. 2026]. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=01632094000184&VEstado=22&VNome=SMS%20DE%20PICOS
15. 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. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209513>
16. 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. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200012>
17. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):1077-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.10752016>
18. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021 [acessado em 29 abr. 2024]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2023/10/Relatorio-4-ENANI-2019-Aleitamento-Materno.pdf>
19. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011;32:46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
20. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):953-65. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X201100050001>
21. Frota MA, Casimiro CF, Bastos PO, Sousa Filho OA, Martins MC, Gondim APS. Mothers' knowledge concerning breastfeeding and complementation food: an exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2013;12(1):120-34. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20133890>
22. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):205-10. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000300004>
23. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(2):283-90. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0141.2553>
24. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):196-201. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000300006>
25. Araújo JP, Almeida JLS, Souto CMRM, Oliveira AEA, Sudério MARP. Desmame precoce e suas causas: experiência na atenção básica de Campina Grande-PB. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2013;11(2):146-55. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v11i2.146155>
26. Neves AM, Madruga SW. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(1):e2017507. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100019>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
28. Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev Nutr*. 2010;23(6):983-92. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000600005>
29. Becker GE, Remington S, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7(12):CD006462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006462.pub2>
30. Silva LR, Elles MEIS, Silva MDB, Santos IMM, Souza KV, Carvalho SM. Social factors that influence breastfeeding of premature newborns: descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2012;11(1):40-52. <https://doi.org/10.5935/16764285.20120005>
31. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Alimentação infantil I: prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021 [acessado em 29 abr. 2024]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2023/10/Relatorio-5-ENANI-2019-Alimentacao-Infantil.pdf>
32. Barbosa CB, Magalhães EIS, Rocha DS. Prevalence and determinants of complementary feeding indicators in the first year of life in the Southwest of Bahia State. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2023;23:e20230172. <https://doi.org/10.1590/1806-930420230000172-en>
33. Siqueira IMBJ, Godinho APK, Oliveira ECV, Madruga FP, Taconeli CA, Almeida CCB. Consumption of food groups and associated factors among children aged 6 to 23 months. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2021080. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021080>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
35. Souza JPO, Ferreira CS, Lamounier DMB, Pereira LA, Rinaldi AEM. Characterization of feeding of children under 24 months in units cared by the family health strategy. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2019027. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019027>
36. Lopes WC, Pinho L, Caldeira AP, Lessa AC. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018277. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>
37. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Healthcare and unhealthy eating among children aged under two years: data from the National Health Survey, Brazil, 2013. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(2):149-57. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200005>

38. Relvas GRB, Buccini GS, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95(5):584-92. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.004>
39. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006;9(1):40-6. <https://doi.org/10.1079/phn2005760>
40. Passanha A, Benício MHDA, Venâncio SI. Influência do aleitamento materno sobre o consumo de bebidas ou alimentos adoçados. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(2):148-54. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00008>
41. Pizzatto P, Dalabona CC, Correa ML, Neumann NA, Cesar JA. Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís, Maranhão, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(1):169-79. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100010>
42. Giesta JM, Zoche E, Corrêa RS, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(7):2387-97. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24162017>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.