



# Prevalência e determinantes de indicadores da alimentação complementar no primeiro ano de vida no Sudoeste baiano


Clessiane de Brito Barbosa <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1646-323X>

Elma Izze da Silva Magalhães <sup>2</sup>

 [orcid.org/0000-0001-9909-9861](https://orcid.org/0000-0001-9909-9861)

Daniela da Silva Rocha <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6969-6841>

<sup>1,3</sup> Instituto Multidisciplinar em Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil. E-mail: drochaufba@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.

## Resumo

*Objetivos: estimar as prevalências de indicadores da alimentação complementar e investigar seus determinantes.*

*Métodos: estudo transversal com crianças aos 12 meses de idade do município de Vitória da Conquista, Bahia. Os indicadores diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeição e dieta minimamente aceitável foram construídos e adaptados às atuais recomendações do Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Utilizou-se análise de regressão de Poisson, com entrada hierarquizada das variáveis no modelo multivariado.*

*Resultados: a prevalência de diversidade mínima da dieta foi de 38,8%, de frequência mínima de refeição 47,9% e de dieta minimamente aceitável 18,5%. A renda familiar maior que um salário-mínimo foi associada a diversidade mínima da dieta (RP= 1,49; IC95%= 1,39-2,26); o recebimento de orientações sobre alimentação complementar associou-se a frequência mínima de refeição (RP= 1,37; IC95%= 1,05-1,78); e as crianças que receberam aleitamento materno exclusivo até 6 meses apresentaram prevalências significativamente maiores de todos os indicadores comparadas às que não receberam.*

*Conclusões: foram observadas baixas prevalências dos indicadores da alimentação complementar. As variáveis renda familiar, recebimento de orientações sobre alimentação complementar e a oferta de aleitamento materno exclusivo por seis meses foram associadas as maiores prevalências dos indicadores estudados.*

**Palavras-chave** Fenômenos fisiológicos da nutrição do lactente, Nutrição do lactente, Dieta saudável



## Introdução

A alimentação além de fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil, tem um papel essencial para a promoção e proteção da saúde, sobretudo nos primeiros dois anos de vida.<sup>1</sup> Especialmente nessa fase, a quantidade insuficiente e a baixa qualidade de alimentos complementares somadas a outras práticas não saudáveis, representam um risco à saúde e nutrição das crianças.<sup>2,3</sup>

Os indicadores de avaliação das práticas alimentares na infância constituem marcadores centrais para a análise da alimentação complementar.<sup>4</sup> A diversidade mínima de dieta (DMD), frequência mínima de refeição (FMR) e a dieta minimamente aceitável (DMA) são três dos nove indicadores da alimentação complementar propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que permitem o monitoramento de aspectos relacionados à alimentação infantil.<sup>1</sup>

No cenário nacional, o Ministério da Saúde (MS) também propõe indicadores para avaliação das práticas de alimentação complementar, dos quais dois deles abordam parâmetros acerca da DMA e FMR. Tais indicadores são utilizados como marcadores do consumo alimentar, servindo de ferramentas de cuidado e gestão em diversos níveis de atenção à saúde.<sup>5</sup>

Uma análise realizada com dados de mais de 80 países de baixa e média renda, evidenciou que apenas uma a cada quatro crianças menores de dois anos atendem ao critério de DMA, uma a cada duas consome a FMR diárias recomendada e apenas uma a cada seis crianças apresentavam uma DMA.<sup>2</sup> No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) reportou uma prevalência de DMD de 57,1% em crianças de seis a 23 meses e FMR de 39,2% naquelas de seis a oito meses, revelando práticas alimentares muito aquém do ideal.<sup>6</sup>

Alguns estudos nacionais já avaliaram a alimentação complementar por meio dos indicadores propostos pela OMS e MS, bem como indicadores adaptados às recomendações nacionais anteriores.<sup>7-11</sup> Entretanto, até o presente momento poucos estudos foram publicados considerando a definição de tais indicadores a partir das mais recentes recomendações apresentadas no Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, além disso, destaca-se a pertinência da identificação dos fatores que influenciam a prática alimentar das crianças, o que torna tal abordagem apta a obtenção de novas evidências.<sup>6,12</sup>

Diante disso, o objetivo deste estudo foi estimar as prevalências de indicadores da alimentação complementar de crianças aos 12 meses de idade e investigar seus determinantes.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com dados de um estudo de coorte prospectivo intitulado “Acompanhamento das práticas de aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de dois anos residentes no município de Vitória da Conquista – Bahia”, realizado no período de fevereiro de 2017 a outubro de 2019.<sup>13,14</sup> Vitória da Conquista, localizada na região sudoeste do estado, é o terceiro maior município do estado da Bahia, com 3.254,186 km<sup>2</sup> de extensão territorial, população estimada em 343.643 habitantes em 2021 e densidade demográfica de 91,41hab/km.<sup>15</sup> O município possui quatro maternidades, dentre as quais uma atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), outra apenas particular e duas que atendem tanto pelo SUS quanto particular.

A coorte que originou o presente estudo incluiu puérperas e seus bebês que se encontravam internados por ocasião do parto em todas as maternidades de Vitória da Conquista entre março e outubro de 2017. Foram considerados elegíveis para o estudo crianças cujas mães eram residentes em Vitória da Conquista, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, nascidas saudáveis e não gemelares. Foram excluídas as crianças filhas de mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana, com alguma má formação que prejudicasse a amamentação, bem como as que residiam na zona rural do município.

O cálculo amostral da coorte considerou a incidência de 59,3% de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças ao final do primeiro mês,<sup>16</sup> risco relativo de 1,2, poder de 80% e nível de confiança de 95%. O número mínimo de participantes foi de 252, sendo a esse valor acrescentado 30% para possíveis perdas, resultando numa amostra mínima de 328 pares mães-bebês. Para o presente estudo, calculou-se o poder amostral considerando um intervalo de confiança de 95% e a prevalência de adequação de cada um dos indicadores investigados (DMD 38,8%, FMR 47,9% e DMA 18,5%), resultando em um poder que variou de 96,3% a 100%.

Os participantes da coorte foram avaliados ao nascimento (baseline) e acompanhados por meio de visitas domiciliares aos 30 dias, seis, 12 e 24 meses. Na linha de base da coorte a qual originou este estudo foram avaliados 388 pares mãe/bebê. No decorrer dos seguimentos do estudo ocorreu uma perda de 26,7% dos participantes (n=97) devido a mudanças de contato telefônico, endereço ou desistência. Para o presente estudo, a amostra foi constituída pelo seguimento acompanhado aos 12 meses (n=286).

A coleta de dados no baseline foi realizada nas maternidades, por entrevistadores treinados que coletaram informações disponíveis nos prontuários e aplicaram

o questionário às puérperas, 24 horas após o parto. As variáveis coletadas no baseline e utilizadas no presente estudo foram: renda familiar ( $\leq 1$ ;  $> 1$  salário-mínimo); escolaridade materna ( $\leq 8$ ;  $> 8$  anos de estudo); idade materna ( $< 20$ ; 20-34;  $\geq 35$  anos); paridade (primípara; múltipara); raça/cor materna (branca/amarela; preta/parda); sexo do recém-nascido (feminino; masculino); peso ao nascer ( $< 2.500$  g;  $\geq 2.500$ g). Aos seis e 12 meses de idade da criança, foram realizadas visitas domiciliares e aplicados questionários às mães das crianças. Do questionário aplicado aos seis meses foi extraída a variável AME até os seis meses de vida (não; sim), a partir da resposta da mãe à pergunta: “Até quando (dias) a criança amamentou exclusivamente?”. Dentre os dados coletados no acompanhamento aos 12 meses, as seguintes variáveis foram utilizadas neste estudo: trabalho materno atual (não; sim); situação conjugal materna (sem companheiro; com companheiro); recebimento de orientações sobre alimentação complementar nas consultas de puericultura (não; sim); pessoa responsável pela alimentação da criança (mãe e/ou pai; avó/outro).

Para análise dos indicadores da alimentação complementar, foram utilizadas questões referentes ao recebimento de outros tipos de leite além do materno; consistência e frequência de oferta dos alimentos; e os grupos alimentares consumidos no dia anterior, coletados no acompanhamento aos 12 meses. Para evitar o viés de memória os questionários foram estruturados de forma a obter informações detalhadas do consumo alimentar e os respondentes estimulados a descreverem fidedignamente os alimentos ofertados às crianças no dia anterior. A partir dessas informações, obteve-se o quantitativo de crianças que atendiam aos critérios de consumo alimentar, considerando as definições dos indicadores da alimentação complementar, adaptados às recomendações do Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos.<sup>12</sup>

A definição dos indicadores DMD e FMR propostos pela OMS em 2021,<sup>1</sup> assim como pelo MS em 2015<sup>2</sup> apresentam requisitos mínimos a serem atingidos na dieta da criança. Entretanto, as atuais recomendações nacionais apresentadas no Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, trazem orientações que constituem metas ideais de adequação.<sup>12</sup> Deste modo, no presente estudo foram realizadas adaptações desses indicadores para a caracterização das práticas alimentares locais tendo como parâmetro os critérios ideais recomendados nacionalmente, e não o mínimo estabelecido na versão original dos indicadores, conforme descrito a seguir:

a) DMA: Consumo de alimentos de seis grupos alimentares no dia anterior (leite materno ou outro leite que não do peito; frutas; legumes

e verduras; carnes e ovos; feijão; cereais e tubérculos);

b) FMR: Consumo diário de cinco refeições com consistência adequada para crianças amamentadas: café da manhã, duas refeições principais (almoço e jantar) e dois lanches entre as refeições principais; ou seis refeições com consistência adequada para crianças não amamentadas: café da manhã, duas refeições principais (almoço e jantar), dois lanches entre as refeições principais e uma refeição láctea (ceia);

c) DMA: Combinação dos indicadores de DMD e FMR.

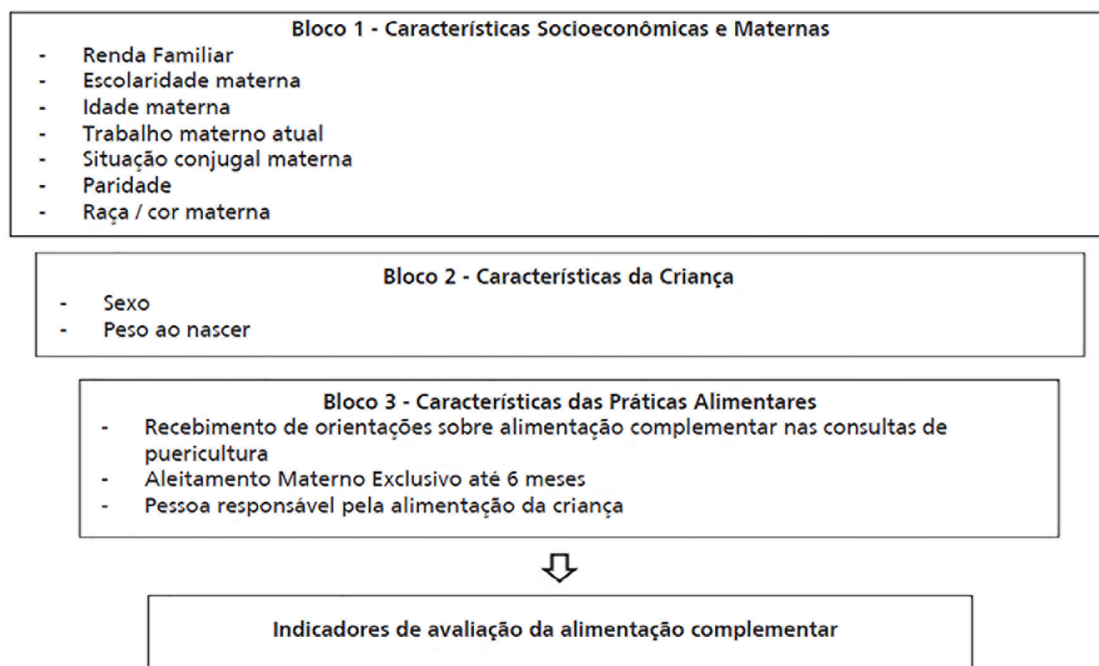
As análises estatísticas foram realizadas no *software* Stata versão 14.0 (*Stata Corp, College Station, Texas, USA*). A estatística descritiva foi empregada para caracterização da amostra estudada e estimativa das prevalências dos indicadores de alimentação complementar avaliados, sendo as variáveis qualitativas expressas por meio de frequências absolutas e relativas.

Para avaliar os fatores associados aos indicadores da alimentação complementar, realizou-se análise de regressão de Poisson com variâncias robustas. Inicialmente, foi realizada análise bivariada entre cada desfecho e as variáveis independentes, estimando-se razões de prevalência brutas e respectivos intervalos de confiança. Em seguida, as variáveis que apresentaram significância estatística a um nível de 20% ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada foram selecionadas para serem inseridas no modelo multivariado. Na análise multivariada, adotou-se a entrada hierarquizada das variáveis em blocos, na seguinte ordem: Bloco 1 - Características socioeconômicas e maternas; Bloco 2 - Características da criança; Bloco 3 - Características das práticas alimentares, conforme o modelo conceitual hierárquico apresentado na Figura 1, o qual foi construído com base em um modelo teórico previamente proposto.<sup>17</sup> As variáveis dos blocos mais distais permaneceram como fatores de ajuste para aquelas do bloco hierarquicamente inferior. A associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre um determinado fator de estudo e cada um dos indicadores da alimentação complementar, após ajustados para os fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores, indicou a existência de um efeito independente do referido fator. Para testar a qualidade do ajuste do modelo utilizou-se o critério de Akaike (AIC).

O projeto de pesquisa do qual este trabalho faz parte foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, em 12 de dezembro de 2016 (CAAE nº 62807516.2.0000.5556 e protocolo nº 1.861.163).

Figura 1

Modelo conceitual hierarquizado<sup>17</sup> dos determinantes de indicadores da alimentação complementar no primeiro ano de vida.



## Resultados

Em relação às características sociodemográficas e maternas, a maioria das mães tinha renda familiar acima de um salário-mínimo, mais de oito anos de estudos, entre 20 e 34 anos de idade e eram multíparas. Quanto às práticas alimentares das crianças, 67,1% das mães relataram ter recebido orientação de profissionais de saúde sobre a alimentação complementar e 16,4% mantiveram o AME até os seis meses de vida da criança (Tabela 1).

A prevalência de adequação aos indicadores da alimentação complementar aos 12 meses entre as crianças estudadas foi de 38,8% (n=111) para a DMD, 47,9% (n=137) para a FMR e 18,5% (n=53) para a DMA (Figura 2).

A partir da análise bivariada (Tabela 2), considerando  $p < 0,20$ , para o indicador DMD foram incluídas no modelo multivariado as variáveis: idade materna, renda familiar, trabalho materno, recebimento de orientações sobre alimentação complementar nas consultas de puericultura e AME até seis meses. Quanto à FMR, incluiu-se no modelo multivariado as variáveis: idade materna, trabalho materno, peso ao nascer, recebimento de orientações sobre alimentação complementar nas consultas de puericultura e AME até seis meses. Em relação à DMA, foram incluídas no modelo múltiplo as seguintes variáveis: escolaridade materna, renda familiar, recebimento de orientações sobre alimentação complementar nas consultas de puericultura e AME até seis meses.

Na análise multivariada, foi observado que a prevalência de DMD foi 49% maior entre crianças com renda familiar superior a um salário-mínimo (RP=1,49; IC95%=1,39-2,26). As crianças cujas mães receberam orientação sobre alimentação complementar durante as consultas de puericultura (RP= 1,37; IC95%=1,05-1,78) apresentaram maior prevalência de adequação no indicador FMR. O recebimento de AME por seis meses influenciou positivamente todos os indicadores. Assim, a prevalência de DMD foi 44% maior entre crianças que receberam AME até os seis meses (RP=1,44; IC95%=1,07-1,95), 49% maior para FMR (RP=1,49; IC95%=1,31-1,79) e 46% para DMA (RP=1,46; IC95%=1,19-1,96) comparadas às crianças que não receberam (Tabela 3).

## Discussão

A análise das estimativas dos indicadores da alimentação complementar adaptados às atuais recomendações nacionais, em crianças aos 12 meses de vida, aponta que as práticas de alimentação complementar estão distantes das recomendações ideais na amostra estudada. Pouco mais de um terço das crianças recebeu uma alimentação com diversidade mínima, menos da metade consumiu o número mínimo de refeições diárias e somente uma a cada cinco crianças, aproximadamente, alcançou uma DMA. Além disso, a maior renda familiar, o AME até o sexto mês de vida e o recebimento de orientações sobre alimentação complementar apresentaram impacto positivo nas prevalências de adequação dos indicadores.

Tabela 1

Características socioeconômicas, maternas e relacionadas às práticas alimentares das crianças no primeiro ano de vida em Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2018 (N = 286).			
Características	n	%	IC95% <sup>a</sup>
<i>Socioeconômicas e maternas</i>			
Renda familiar <sup>b</sup>			
≤ 1 salário mínimo	70	26,0	21,1-31,6
> 1 salário mínimo	199	74,0	68,4-78,9
Escolaridade materna (anos)			
≤8	65	22,7	18,2-28,0
>8	221	77,3	72,0-81,8
Idade materna (anos)			
<20	34	11,9	8,6-16,2
20-34	201	70,3	64,7-75,3
≥35	51	17,8	13,8-22,7
Raça/cor materna			
Branca/amarela	69	24,1	19,5-29,5
Preta/parda	217	75,9	70,5-80,5
Trabalho materno			
Não	126	44,1	38,4-49,9
Sim	160	55,9	50,1-61,6
Situação conjugal			
Sem companheiro	37	13,0	9,5-17,4
Com companheiro	249	87,0	82,6-90,5
Paridade			
Primípara	141	49,3	43,5-55,1
Múltipara	145	50,7	44,9-56,5
<i>Relacionadas às práticas alimentares das crianças</i>			
Recebimento de orientação sobre alimentação complementar na puericultura			
Não	94	32,9	27,6-38,6
Sim	192	67,1	61,4-72,4
Responsável pela alimentação da criança			
Mãe/pai	216	75,5	70,2-80,2
Avó/outro	70	24,5	19,8-29,8
Aleitamento materno exclusivo até seis meses			
Não	239	83,6	76,5-85,6
Sim	47	16,4	12,5-21,2

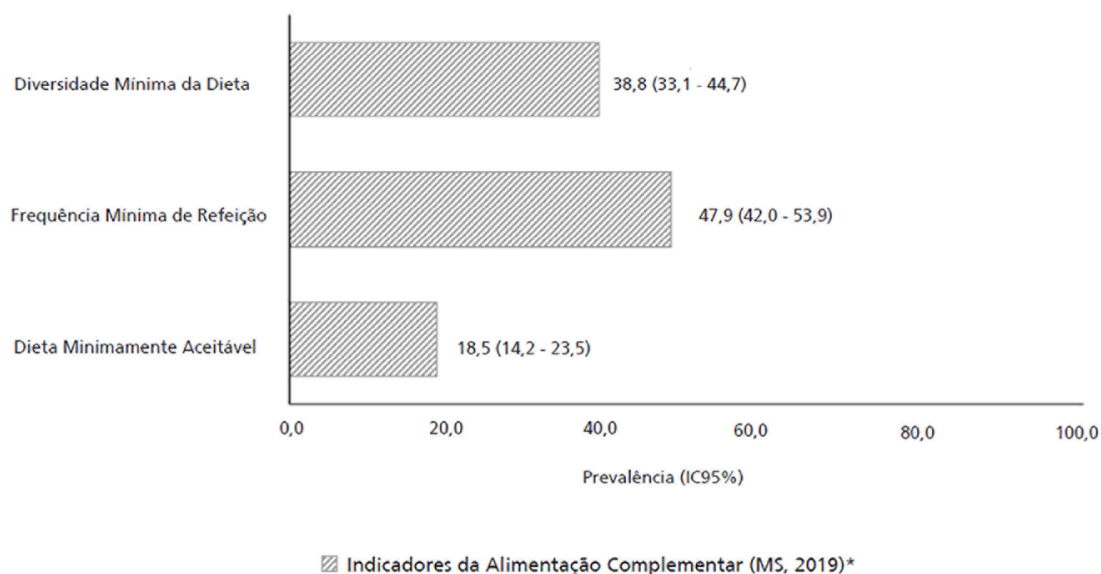
<sup>a</sup>IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; <sup>b</sup>Renda familiar apresentou n inferior a 286 (dados ignorados, n=17).

A DMD reflete a variedade de alimentos incluídos na dieta da criança que possam suprir as necessidades nutricionais para seu adequado crescimento e desenvolvimento.<sup>1</sup> Ao considerar o consumo diário de seis grupos alimentares, um reduzido número de crianças atendeu ao indicador de DMD.

Outros estudos de nível local, realizados no período de 2006 a 2017 em municípios brasileiros com crianças entre seis e 23 meses, corroboram com estes achados ao identificarem DMD em apenas 24% a 35,5% das crianças avaliadas.<sup>8,10,18,19</sup> Segundo dados do ENANI-2019<sup>6</sup> a prevalência para o indicador de DMD no Nordeste foi de

Figura 2

Prevalência de indicadores de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida em Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2018.

\* Ministério da Saúde (BR), 2019.<sup>12</sup>

48,5%, resultado superior ao identificado nesta análise, porém muito aquém do ideal. Nesse sentido, a baixa prevalência desse indicador é preocupante, uma vez que uma dieta pouco diversificada pode resultar em uma menor ingestão de micronutrientes e, conseqüentemente, trazer prejuízos à saúde física e cognitiva, além de levar a atrasos no crescimento em menores de dois anos.<sup>20,21</sup>

Em relação à FMR, os resultados também mostraram uma baixa prevalência deste indicador, constatando que a maioria das crianças não recebia o número mínimo de refeições preconizadas pelas atuais diretrizes nacionais.<sup>12</sup> Esses dados assemelham ao panorama nacional, confirmado pelos dados do ENANI-2019<sup>6</sup> que encontraram prevalência FMR no Brasil de apenas 39,2% entre crianças de seis a oito meses, variando de 23,8% a 52% entre as cinco regiões do país. Na Região Nordeste apenas 34,6% das crianças atenderam aos parâmetros de FMR.<sup>6</sup>

A OMS ressalta que a oferta de refeições com frequência menor que o ideal compromete a ingestão total diária de energia e micronutrientes, que também pode levar à atrasos no crescimento, nanismo e carências nutricionais que podem acentuar o risco de morbimortalidade na infância.<sup>1</sup>

A DMA também apresentou baixa prevalência nas crianças estudadas, o que já era de se esperar, uma vez que este indicador resulta da combinação dos indicadores de DMD e FMR. De forma similar, estudo realizado em 2008, com 76 municípios do estado de São Paulo evidenciou uma baixa prevalência de DMA, observada em apenas 28,9% das crianças de seis a 12 meses.<sup>19</sup> Outras análises apresentaram uma variação de 20,3% a

46% de prevalência, o que pode ser atribuído à forma de construção deste indicador.<sup>9,11</sup>

No tocante aos determinantes dos indicadores da alimentação complementar, a maior renda familiar mostrou-se positivamente associada à DMD corroborando com outros estudos internacionais.<sup>22,23</sup> As crianças de famílias com maior renda mensal, por disporem de mais recursos financeiros possuem maior acesso a alimentos diversificados em relação a crianças de famílias de baixa renda.<sup>24</sup>

Em consonância com o presente estudo, resultados do ENANI-2019<sup>6</sup> mostraram maiores prevalências de DMD e FMR em crianças cujas famílias possuíam maior renda, porém sem diferença significativa. Estes achados sugerem o reflexo da desigualdade financeira na qualidade da alimentação infantil, sendo o Brasil uma das nações com maior desigualdade de renda em todo o mundo.<sup>25</sup>

O presente estudo mostrou ainda que crianças que receberam AME até os seis meses de vida, apresentaram maior prevalência de adequação em todos os indicadores avaliados. Estudo com crianças brasileiras de 6 a 24 meses aponta que crianças amamentadas e que não tiveram contato com leite não humano apresentam maiores chances de ter uma dieta diversificada e saudável, além de 19% menos chance de consumir alimentos não saudáveis, ricos em açúcar, sal e gordura.<sup>26</sup>

Um fator que pode influenciar a aceitação e diversidade de alimentos é o contato com os sabores dos alimentos ingeridos pelas mães por meio do leite materno.<sup>27</sup> Evidências sugerem ainda que mulheres que amamentam de forma exclusiva por seis meses, buscam seguir também outras recomendações sobre alimentação saudável para seus filhos.<sup>28</sup>

Tabela 2

Análise bruta dos fatores associados à diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeição e dieta minimamente aceitável no primeiro ano de vida em crianças de Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2018 (N = 286).

Variáveis	Diversidade mínima da dieta				Frequência mínima de refeição				Dieta minimamente aceitável			
	n	%	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p	n	%	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p	n	%	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p
<i>Bloco 1 – Características maternas e socioeconômicas</i>												
Raça/cor materna				0,727				0,774				0,940
Branca/amarela	28	40,6	1,00		32	46,4	1,00		13	18,8	1,00	
Preta/parda	83	38,3	0,94 (0,68-1,31)		105	48,4	1,04 (0,78-1,39)		40	18,4	0,98 (0,56-1,72)	
Idade materna (anos)				0,114				0,132				0,202
<20	9	26,5	1,00		11	32,4	1,00		2	5,8	1,00	
20 - 34	77	38,3	1,44 (0,80-2,61)		104	51,7	1,59 (0,97-2,65)		40	19,9	3,38 (0,85-13,38)	
≥ 35	25	49,0	1,85 (0,99-3,47)		22	43,1	1,33 (0,75-2,38)		11	21,5	3,66 (0,86-15,56)	
Escolaridade materna (anos)				0,528				0,265				0,159
≤ 8	23	35,4	1,00		27	41,5	1,00		8	12,3	1,00	
>8	88	39,8	1,12 (0,78-1,62)		110	49,7	1,19 (0,87-1,65)		45	20,4	1,65 (0,82-3,33)	
Situação conjugal				0,620				0,940				0,957
Sem companheiro	13	35,1	1,00		18	48,7	1,00		7	18,9	1,00	
Com companheiro	98	39,5	1,12 (0,71-1,79)		119	48,0	0,99 (0,69-1,41)		46	18,6	0,98 (0,47-2,01)	
Renda familiar				0,016				0,932				0,146
≤1 salário mínimo	19	27,1	1,00		33	47,1	1,00		9	12,8	1,00	
>1 salário mínimo	90	45,2	1,67 (1,10-2,52)		95	47,7	1,01 (0,76-1,35)		42	21,1	1,64 (0,84-3,20)	
Trabalho materno				0,051				0,195				0,387
Não	53	35,6	1,00		68	45,6	1,00		25	16,8	1,00	
Sim	58	42,3	1,33 (0,99-1,77)		69	50,4	1,17 (0,92-1,50)		28	20,4	1,24 (0,75-2,03)	
Paridade				0,861				0,210				0,398
Primípara	54	38,3	1,00		57	40,4	1,00		18	16,7	1,00	
Múltipara	57	39,3	1,02 (0,77-1,37)		80	55,2	1,36 (0,86-1,75)		35	24,1	1,89 (0,72-3,18)	
<i>Bloco 2 – Características dos lactentes</i>												
Sexo				0,915				0,654				0,280
Masculino	57	38,5	1,00		69	46,6	1,00		31	20,9	1,00	
Feminino	54	39,1	1,01 (0,76-1,36)		68	49,3	1,05 (0,83-1,35)		22	15,9	0,76 (0,46-1,24)	
Peso ao nascer (g)				0,286				0,139				0,509
<2.500	2	20,0	1,00		8	80,0	1,00		1	10,0	1,00	
≥2.500	109	39,5	1,97 (0,57-6,89)		129	46,7	0,58 (0,41-1,01)		52	18,8	1,88 (0,29-12,33)	
<i>Bloco 3 – Características das práticas alimentares</i>												

Recebimento de orientação sobre alimentação complementar na puericultura				0,021			0,010			0,163
Não	27	28,7	1,00	43	45,7	1,00	13	13,8	1,00	
Sim	84	43,8	1,52 (1,07-2,18)	94	79,0	1,37 (1,03-1,99)	40	20,8	1,50 (0,85-2,68)	
Responsável pela alimentação da criança				0,962			0,500			0,469
Mãe e/ou pai	84	38,9	1,00	94	43,5	1,41 (0,85-1,79)	38	17,6	1,00	
Avó/outro	27	38,6	0,99 (0,71-1,39)	43	61,4		15	21,4	1,22 (0,71-2,08)	
AME até 6 meses				0,004			0,004			0,012
Não	82	35,2	1,00	14	26,4	1,00	5	9,4	1,00	
Sim	29	54,7	1,55 (1,15-2,10)	123	52,8	1,50 (1,13-1,97)	48	30,6	1,46 (1,19-1,96)	

AME= aleitamento materno exclusivo; <sup>a</sup> RP= Razão de Prevalência; <sup>b</sup> IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

**Tabela 3**

Análise ajustada dos fatores associados à diversidade mínima da dieta, frequência mínima de refeição e dieta minimamente aceitável no primeiro ano de vida em crianças de Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2018 (N = 286).

Variáveis	Diversidade mínima da dieta		Frequência mínima de refeição		Dieta minimamente aceitável	
	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>b</sup>	p
<i>Bloco 1 - Características maternas e socioeconômicas</i>						
Renda familiar						
≤ 1 salário-mínimo	1,00					
> 1 salário-mínimo	1,49 (1,39-2,26)	0,046				
<i>Bloco 3 - Características das práticas alimentares</i>						
Orientação sobre alimentação complementar						
Não			1,00			
Sim			1,37 (1,05-1,78)	0,016		
AME até 6 meses						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,44 (1,07-1,95)	0,015	1,49 (1,31-1,79)	0,003	1,46 (1,19-1,96)	0,008
<b>Critério de Akaike</b>	Modelo 1 418,1	Modelo 3 413,0	Modelo 1 480,3	Modelo 3 474,1	Modelo 1 286,7	Modelo 3 285,2

<sup>a</sup> RP= Razão de Prevalência; <sup>b</sup> IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Este estudo mostrou que as crianças cujas mães haviam recebido orientações acerca da alimentação complementar nas consultas de acompanhamento em puericultura foram mais propensas a serem alimentadas com a FMR recomendada. Nesse sentido, os profissionais que atuam no acompanhamento infantil são essenciais para a promoção da alimentação complementar saudável.<sup>29</sup>

Estudos mostram que mães que receberam orientações sobre alimentação de suas crianças tem maior tendência a alimentarem seus filhos com alimentos apropriados,

confirmando que hábitos alimentares saudáveis na infância são influenciados pelo maior conhecimento das mães sobre uma alimentação adequada.<sup>24,30</sup>

Assim, os resultados do presente estudo reforçam a importância da difusão de recomendações sobre alimentação infantil pelos profissionais de saúde, incentivando a adoção de hábitos saudáveis na infância. Nesse sentido, o guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos é uma importante ferramenta a ser utilizada na orientação aos familiares sobre a alimentação complementar.<sup>12</sup>



Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, a utilização de informações de alimentos consumidos em apenas um único dia, o que pode não refletir a alimentação habitual da criança, embora essa seja a forma recomendada para avaliação da dieta.<sup>1,5</sup> Outro aspecto diz respeito ao fato de que a coleta de dados ocorreu antes da publicação das atuais recomendações pelo guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, entretanto, as recomendações anteriores não divergem quanto ao número de refeições e presença de todos os grupos alimentares diariamente.

Por outro lado, destaca-se como ponto forte deste estudo a utilização dos indicadores construídos conforme as diretrizes nacionais vigentes, contribuindo assim com atualização das evidências científicas sobre a alimentação complementar no país.

Em conclusão, o presente estudo mostrou baixas prevalências dos três indicadores da alimentação complementar no primeiro ano de vida. E os fatores que contribuíram para melhores prevalência nos indicadores estudados foram a maior renda familiar, o AME até seis meses e o recebimento de orientação pelos pais sobre alimentação complementar na puericultura. Tal achado reforça a importância do monitoramento destas práticas alimentares em menores de dois anos para nortear a implementação das ações e políticas públicas voltadas para alimentação complementar saudável, visando a intensificação de estratégias que melhorem essa realidade.

## Agradecimentos

Agradecemos pelo apoio financeiro de bolsa de mestrado, concedida à discente Clessiane de Brito Barbosa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb): Termo de Outorga de Bolsa nº BOL0571/2020.

## Contribuição dos autores

Barbosa CB colaborou na análise, interpretação dos dados e redação deste artigo. Magalhães EIS colaborou na revisão crítica das análises e do conteúdo intelectual do artigo. Rocha DS colaborou na concepção, delineamento, coordenação do estudo, coleta de dados e revisão crítica do conteúdo deste artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

## Referências

1. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: WHO/UNICEF; 2021. [acesso em 2022 Nov 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340706/9789240018389-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, *et al.* Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. *PLoS Med.* 2016 Nov; 13 (11): e1002164.
3. Mistry SK, Hossain MB, Irfan NM, Saha M, Saberlin S, Shamim AA, *et al.* Trends in Complementary Feeding Indicators and Intake from Specific Food Groups among Children Aged 6–23 Months in Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan; 19 (1): 550.
4. Gatica-Domínguez G, Neves PAR, Barros AJD, Victoria CG. Complementary Feeding Practices in 80 Low- and Middle-Income Countries: Prevalence of and Socioeconomic Inequalities in Dietary Diversity, Meal Frequency, and Dietary Adequacy. *J Nutr.* 2021; 151 (7): 1956-64.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 Nov 10]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf)
6. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2021. [acesso em 2022 Nov 10]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
7. Oliveira DA de, Castro IRR de, Jaime PC. Complementary feeding patterns in the first year of life in the city of Rio de Janeiro, Brazil: time trends from 1998 to 2008. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (8): 1755-64.
8. Oliveira MIC, Rigotti RR, Boccolini CS. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. *Cad Saúde Colet.* 2017; 25 (1): 65-72.
9. 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.
10. Ortelan N, Neri DA, Benicio MHD. Feeding practices of low birth weight Brazilian infants and associated factors. *Rev Saúde Pública.* 2020; 54: 14.
11. Leonez DGVR, Melhem ARF, Vieira DG, Mello DF, Saldan PC. Complementary feeding indicators for children aged 6 to 23 months according to breastfeeding status. *Rev Paul Pediatr.* 2021; 39: e2019408.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção primária à saúde. Departamento de promoção da saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 Nov 10]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)

13. Cirqueira RP, Novaes TG, Gomes AT, Bezerra VM, Netto MP, Rocha DS. Prevalence and factors associated with tea consumption in the first month of life in a birth cohort in the Northeast Region of Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020; 20 (4): 945-53.
14. Porto JP, Bezerra VM, Netto M, Rocha DS. Introdução de alimentos ultraprocessados e fatores associados em crianças menores de seis meses no sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2022; 27 (5): 2087-98.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Vitória da Conquista. [Internet] 2021. [acesso em 2022 mai 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>
16. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J Pediatr.* 2010; 86 (5): 441-4.
17. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49: 91.
18. Lacerda PS, Taques N, Vieira DG, Benneman GD, Brecailo MK, Saldan PC. Estado nutricional de crianças atendidas em centro de recuperação nutricional de Guarapuava-PR. *Interagir: pensando a extensão.* 2018; 25: 32-46.
19. Passanha A, Benício MHD, Venancio SI. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. *Ciênc Saúde Colet.* 2020; 25 (1): 375-85.
20. Prado EL, Dewey KG. Nutrition and brain development in early life. *Nutr Rev.* 2014; 72: 267-84.
21. Tassew AA, Tekle DY, Belachew AB, Adhena BM. Factors affecting feeding 6–23 months age children according to minimum acceptable diet in Ethiopia: A multilevel analysis of the Ethiopian Demographic Health Survey. *PLoS ONE.* 2019; 14 (2): e0203098.
22. Senarath U, Godakandage SSP, Jayawickrama H, Siriwardena I, Dibley MJ. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in Sri Lanka: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006–2007. *Matern Child Nutr.* 2012; 8: 60-77.
23. Solomon D, Aderaw Z, Tegegne TK. Minimum dietary diversity and associated factors among children aged 6–23 months in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health.* 2017; 16 (1): 181.
24. Ogbo FA, Ogeleka P, Awosemo AO. Trends and determinants of complementary feeding practices in Tanzania, 2004-2016. *Trop Med Health.* 2018; 46: 40.
25. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyra CO. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2020; 25 (10): 3833-46.
26. Bortolini GA, Giugliani ERJ, Gubert MB, Santos LMP. Breastfeeding is associated with children's dietary diversity in Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019; 24 (11): 4345-54.
27. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clin Nutr.* 2008; 27 (6): 849-57.
28. Nunes LM. Efeito de intervenção educativa pró-aleitamento materno e alimentação complementar saudável junto a mães adolescentes e avós maternas sobre a qualidade da alimentação no primeiro ano de vida. [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
29. Moura JWS, Vasconcelos EMR, Vasconcelos CMR, Silva AA, Medeiros KS, Lemos FS, et al. Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Enferm Digit Cuid Prom Saúde.* 2021; 6: 1-8.
30. Beyene M, Worku AG, Wassie MM. Dietary diversity, meal frequency and associated factors among infant and young children in Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015; 15 (3).

---

Recebido em 26 de Maio de 2023

Versão final apresentada em 4 de Setembro de 2023

Aprovado em 26 de Setembro de 2023

---

Editor Associado: Ana Albuquerque