

LUCIANA DRUMOND DA CRUZ

**RELAÇÃO ENTRE A ABORDAGEM DE OFERTA DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR E ASPECTOS MATERNOS, QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO
E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇA DE 6 A 24 MESES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Raquel Maria Amaral Araújo

Coorientadoras: Andreia Queiroz Ribeiro
Maria Teresa F. de S. Campos

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Federal de
Viçosa - Campus Viçosa**

T

Cruz, Luciana Drumond da, 1975-
C957r 2021 Relação entre abordagem de oferta da alimentação complementar e aspectos
maternos, qualidade da alimentação e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses /
Luciana Drumond da Cruz. - Viçosa, MG, 2021.
1 dissertação eletrônica (167 f.): il.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Raquel Maria Amaral Araújo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2021.

Inclui bibliografia.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2022.104>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Alimentos - Combinação. 2. Lactentes - Desmame. 3. Lactentes - Nutrição.
4. Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente. 5. Nutrição da Criança.
6. Aleitamento Materno. I. Araújo, Raquel Maria Amaral, 1964. II. Universidade
Federal de Viçosa. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Ciência da Nutrição. III. Título.

CDD 22. ed. 649.33

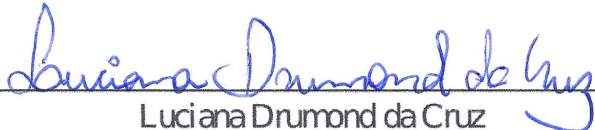
LUCIANA DRUMOND DA CRUZ

**RELAÇÃO ENTRE A ABORDAGEM DE OFERTA DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR E ASPECTOS MATERNOS, QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO
E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇA DE 6 A 24 MESES**

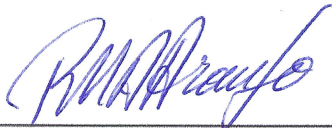
Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Viçosa, como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Ciência da
Nutrição, para obtenção do título de *Magister
Scientiae*

APROVADA: 22 de dezembro de 2021.

Assentimento:



Luciana Drumond da Cruz
Autora



Raquel Maria Amaral Araújo
Orientadora

Dedico esta conquista a Deus e meus Guias Espirituais, minha mãe Regina, minha borboletinha Luiza, minha irmã Leila, meu irmão cunhado Sergio, meu príncipe João, minhas primas (irmãs) Mônica e Helena, minha amiga Solange e minha orientadora Raquel Maria Amaral Araújo, meus grandes incentivadores.

AGRADECIMENTOS

A Deus e meus Guias Espirituais por me guiarem nesse caminho do conhecimento e em cada decisões e momentos importantes na minha vida.

A minha mãe Regina, exemplo de força e mulher. Por estar comigo em todos os momentos, por me amparar nos momentos difíceis, por vibrar com as minhas conquistas e acreditar nos meus sonhos. Sem você eu não teria conseguido. Essa conquista também é sua mãe!

A minha borboletinha Luiza, que veio para iluminar a minha vida e trazer mais flores nos meus dias. Você é parte principal dessa conquista, me motiva e me faz ser melhor a cada dia. Essa também é sua conquista.

Aos meus queridos Leila, Sérgio e João pelo companheirismo, incentivo, compreensão e cumplicidade. Por vibrar sempre com as minhas conquistas e estar ao meu lado em todos os momentos. Essa conquista também é de vocês!

Às minhas primas (irmãs) Mônica e Helena pela amizade sincera, apoio e presença nos momentos de dificuldade e também de alegria. Por acreditarem nos meus sonhos e capacidade. A presença de vocês em minha vida tornou a caminhada mais leve e prazerosa! Vocês fazem parte dessa jornada.

Às minhas amigas Dayse e Rachel pela amizade, companheirismo, por acreditar em mim e pelo apoio em todos os momentos.

À minha amiga Solange, por me incentivar a iniciar essa jornada do mestrado. Por confiar na minha capacidade. Pelos cafezinhos e risadas.

À toda minha família, pelo carinho, momentos de alegria e união e torcida em todos os momentos.

À minha orientadora, Raquel Maria Amaral Araújo por sempre acreditar na minha capacidade. Pelos ensinamentos, motivação, apoio, paciência, carinho, amizade e por sua imensa generosidade. Por me ensinar os caminhos da docência, respeitando sempre a ética e o ser humano. A você, minha grande orientadora, minha eterna gratidão e respeito. Você é um exemplo de profissional.

À professora Andréia Queiroz Ribeiro, por todo o conhecimento, pelo carinho, apoio, paciência, incentivo, amizade e coorientação do trabalho. Por sua constante disponibilidade. Com você aprendi a descobrir as maravilhas da estatística. Obrigada pelas valiosas contribuições e dedicação durante a realização desse trabalho.

À professora Maria Teresa Fialho de Souza Campos, agradeço pelo carinho, apoio, orientação do trabalho e pela disponibilidade.

À Jaquicilaine pela dedicação e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho. Sua participação foi muito importante.

À banca examinadora, por enriquecer o trabalho com suas excelentes contribuições.

Às minhas amigas que fiz ao longo dessa jornada, Marcela, Ângela, Carol e Júlia por todo aprendizado e pelos momentos maravilhosos que vivemos juntas. A nossa amizade continua.

À todos os meus amigos e colegas, pelo carinho, confiança e torcida.

Aos professores da Pós-graduação do Departamento de Nutrição e Saúde, pelos ensinamentos e minha formação profissional.

Aos funcionários do Departamento de Nutrição e Saúde, em especial a Rita, pela dedicação e paciência.

Aos alunos da disciplina Nutrição Materno Infantil pelo aprendizado, experiência profissional e convivência.

Agradeço de forma muito especial, as mães ou responsáveis das crianças, que participaram do estudo, pela receptividade e seriedade ao responder os questionários. Vocês foram o coração desse estudo.

À banca examinadora, Brunella, Patrícia e Carolina por enriquecer o trabalho com suas contribuições.

À Universidade Federal de Viçosa, pelo ensino de qualidade e por proporcionar a realização do meu sonho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela concessão da bolsa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

Sinto uma enorme gratidão por essa conquista, um sonho realizado. Muito obrigada a todos, que de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho!

BIOGRAFIA

Luciana Drumond da Cruz, filha de João Paulo da Cruz e Regina Silvia Drumond da Cruz, nasceu em 02 de Fevereiro de 1975, em Rio de Janeiro- Rio de Janeiro.

Em outubro de 1998, graduou-se no curso de Nutrição na Universidade Federal de Viçosa.

Trabalhou como docente em cursos de nutrição, atendimento nutricional, consultoria de segurança alimentar e gestão de estabelecimentos até 2017.

Em março de 2019, iniciou o curso de mestrado em Ciência da Nutrição, pela Universidade Federal de Viçosa.

Defendeu sua dissertação em dezembro de 2021.

RESUMO

DA CRUZ, Luciana, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2021. **Relação entre abordagem de oferta da alimentação complementar e aspectos maternos, qualidade da alimentação e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses.** Orientadora: Raquel Maria Amaral Araújo. Coorientadoras: Andreia Queiroz Ribeiro e Maria Teresa Fialho de Sousa Campos.

Novas abordagens de alimentação complementar têm sido difundidas nos meios de comunicação ganhando adesão familiar e de profissionais de saúde. Estudos realizados até o momento são insuficientes para estabelecer o consenso quanto ao impacto da abordagem da alimentação complementar não tradicional na qualidade da alimentação e no estado nutricional da criança, a viabilidade para os pais e risco de engasgo e asfixia infantil. Pouco se conhece sobre as características maternas que influenciam na escolha da abordagem adotada. As abordagens nas quais os alimentos são ofertados cortados em pedaços sólidos macios, e que a criança se auto alimenta são denominadas não tradicionais (ANT), diferenciando-se da tradicional (AT), onde os alimentos são ofertados na consistência de papa e oferecidos à criança por uso de colher. Diante disso, o objetivo do presente estudo é analisar relação entre abordagens de oferta da alimentação complementar e aspectos maternos, qualidade da alimentação e estado nutricional de crianças. Realizou-se um estudo transversal, entre maio de 2020 a maio de 2021, com mães de crianças de 6 a 24 meses recrutadas nas redes sociais online. Utilizou-se questionário com questões relacionadas às condições obstétricas, demográficas e socioeconômicas maternas, saúde e nutrição infantil, a prática do aleitamento materno, aspectos da introdução da alimentação complementar, índices antropométricos da criança e conhecimentos e percepções sobre a abordagem adotada. Investigou-se o consumo alimentar das crianças através do o Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Classificou-se os alimentos de acordo as diretrizes do Guia Alimentar para Criança Menores de 2 anos. Averiguou-se a prática do aleitamento por meio de questões sobre sua ocorrência e a frequência. Avaliou também a idade de iniciação da oferta dos alimentos complementares, uso de chupetas e mamadeiras, presença de GAG e engasgo. Obteve-se o relato sobre o peso e o comprimento da criança e posteriormente calculou-se o índice P/E, P/I, e IMC/I. Investigou às características, o conhecimento e percepção materna sobre a abordagem adotada através de questões que compreendiam a forma como conheceu a abordagem adotada, motivo da escolha, porque indicaria ou não indicaria a abordagem, e o que gosta e o que não gosta na abordagem. Realizou-se análise descritiva, bivariada e múltipla. No último caso, utilizou-se a

regressão múltipla de Poisson, com variância robusta, para estimar os fatores independentemente associados à abordagem não tradicional. Obteve-se resultados que contribuem para nortear políticas públicas de atenção à saúde infantil e disponibilizou-se informações sobre a forma como as mães brasileiras se informam sobre a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada, os motivos da adoção da abordagem, percepções sobre a abordagem, e a qualidade da alimentação da criança, que auxiliarão os profissionais de saúde na atenção em nutrição infantil.

Palavras-chave. Desmame guiado pelo bebê. Alimentação complementar. Método tradicional por colher. Aleitamento materno. Alimentação infantil.

ABSTRACT

DA CRUZ, Luciana, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2021. **Relationship between complementary food supply approach and maternal aspects, food quality and nutritional status of children from 6 to 24 months.** Adviser: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-Advisers: Andreia Queiroz Ribeiro and Maria Teresa Fialho de Sousa Campos.

New approaches to complementary feeding have been disseminated in the media gaining support from family and health professionals. Studies carried out to date are insufficient to establish a consensus regarding the impact of the non-traditional complementary feeding approach on the quality of food and on the nutritional status of the child, the feasibility for parents and the risk of choking and infant asphyxia. Little is known about the maternal characteristics that influence the choice of approach adopted. The approaches in which food is offered cut into soft solid pieces, and that the child feeds itself are called non-traditional (ANT), different from the traditional (AT), where food is offered in the consistency of porridge and offered to the child by use of spoon. Therefore, the objective of the present study is to analyze the relationship between approaches to offering complementary food and maternal aspects, food quality and nutritional status of children. A cross-sectional study was carried out, between May 2020 and May 2021, with mothers of children aged 6 to 24 months recruited on online social networks. A questionnaire was used with questions related to maternal obstetric, demographic and socioeconomic conditions, child health and nutrition, the practice of breastfeeding, aspects of the introduction of complementary feeding, child anthropometric indices and knowledge and perceptions about the adopted approach. Children's food consumption was investigated using the Food Frequency Questionnaire (FFQ). Foods were classified according to the Food Guide for Children under 2 years old. The practice of breastfeeding was investigated through questions about its occurrence and frequency. It also evaluated the age of initiation of complementary foods, use of pacifiers and bottles, presence of GAG and choking. A report on the child's weight and length was obtained, and the W/H, W/A, and BMI/A index were subsequently calculated. It investigated the characteristics, knowledge and maternal perception of the approach adopted through questions that included how they knew the approach adopted, reason for the choice, why they would or would not indicate the approach, and what they like and dislike about the approach. Descriptive, bivariate and multiple analysis were performed. In the latter case, Poisson's multiple regression was used, with robust variance, to estimate the factors independently associated with the non-traditional approach. Results were obtained that contribute to guide

public policies for child health care and information was made available on how Brazilian mothers are informed about the approach to offering complementary food adopted, the reasons for adopting the approach, perceptions about the approach , and the quality of children's food, which will help health professionals in child nutrition care.

Keywords: Baby led weaning. Complementary feeding. Traditional spoon-feeding, Breastfeeding. Infant feeding.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MÉTODOS

Figura

Figura 1- Fluxograma da definição da amostra.....	40
--	----

Quadros

Quadro 1- Pontos de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos.....	42
---	----

Quadro 2- Pontos de corte de peso para estatura para crianças entre zero e cinco anos.....	43
---	----

Quadro 3- Pontos de corte de IMC por idade para crianças menores de cinco anos..	43
---	----

Quadro 4- Perguntas e respostas estabelecidas para o questionário e categorização do conhecimento e percepção materna sobre a abordagem. Brasil 2020-2021 (n=395).....	44
---	----

METODOLOGIA

Artigo 1

Figura

Figura 1- Fluxograma da definição da amostra.....	58
--	----

METODOLOGIA

Artigo 2

Quadro

Quadro 1- Perguntas e respostas estabelecidas para o questionário e categorização do conhecimento e percepção materna sobre a abordagem. Brasil 2020-2021 (n=395).....	89
---	----

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Artigo 1

Tabelas

Tabela 1- Variáveis maternas, segundo o tipo de abordagem da alimentação complementar. Brasil 2020-2021(n=395).....	61
Tabela 2- Distribuição das crianças por faixa etária e tipo de abordagem. Brasil 2020-2021(n=395).....	62
Tabela 3- Alimentação e antropometria das crianças, segundo faixa etária e tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar; Brasil 2020-2021(n=395).....	64
Tabela 4- Resultados finais da associação das variáveis relacionadas à qualidade alimentar e antropometria com a abordagem complementar. Brasil 2020-2021(n=395).....	69

RESULTADOS

Artigo 2

Tabelas

Tabela 1- Variáveis obstétricas, reprodutivas, demográficas e socioeconômicas maternas segundo o tipo de abordagem da alimentação complementar e característica da amostra. Brasil 2020-2021(n=395).....	92
Tabela 2- Conhecimento e percepção materna sobre a abordagem adotada na Alimentação Complementar. Brasil 2020-2021(n=395).....	95
Tabela 3- Práticas de aleitamento materno e introdução da alimentação complementar. Brasil 2020-2021(n=395).....	97
Tabela 4- Resultados finais da associação entre variáveis maternas relacionadas às características sociodemográficas, reprodutivas e obstétricas, conhecimento sobre a abordagem e condutas em relação à criança e prática da abordagem não tradicional. Brasil 2020-2021(n=395).....	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação brasileira de empresas de pesquisas
AM	Aleitamento materno
AMCo	Aleitamento materno complementado
AME	Aleitamento materno exclusivo
ANT	Abordagem não tradicional
AT	Abordagem Tradicional
BLW	Baby led weaning
BLISS	Baby Led Introduction to Solids
cm	Centímetros
EM	Estado nutricional
g	Gramas
GP	Ganho de peso
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	Índice de Massa Corporal por idade
kg	Quilogramas
kg/m ²	Quilogramas por metro quadrado
km	Quilômetros
km ²	Quilômetros quadrados
m	Metros
m ²	Metros quadrados
mm	Milímetros
MG	Minas Gerais
N	Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Nível de significância estatística
P/E	Peso por estatura
P/I	Peso por idade
RP	Razão de Prevalência
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFV	Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	16
2.REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1.Alimentação complementar.....	20
2.2. Abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar.....	21
2.2.1. Baby led Weaning (BLW).....	21
2.2.2. Baby Led Introduction to Solids (BLISS).....	22
2.2.3. Abordagem BLW parcial, Mista ou participativa.....	23
2.2.4. Impacto das abordagens de oferta da alimentação complementar na saúde infantil.....	23
2.3. Características maternas associadas à escolha da abordagem.....	25
2.4. Aleitamento materno continuado aleitamento materno e alimentação complementar	26
3. JUSTIFICATIVA.....	37
4. OBJETIVOS.....	38
4.1. Objetivo geral.....	38
4.2. Objetivos específicos.....	38
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
5.1. Local do estudo.....	39
5.2. Definição da amostra.....	39
5.3. Coleta de dados.....	39
5.4 . Variáveis do estudo.....	40
5.4.1. Tipo de abordagem complementar utilizada.....	41
5.4.2. Consumo alimentar infantil.....	41
5.4.3. Estado nutricional da criança.....	42
5.4.4. Dados obstétricos, reprodutivos, demográficos e socioeconômico.....	44
5.4.5. Conhecimento e percepção materna sobre a abordagem utilizada na alimentação complementar.....	44

5.4.6. Condutas em relação à criança.....	47
5.5. Análise dos dados	48
5.5.1. Artigo 1.....	48
5.4.2. Artigo 2.....	48
5.6. Aspectos éticos.....	49
5.7. Retorno aos participantes.....	50
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6.1. Artigo original 1: Adoção de abordagens não tradicionais de oferta de alimentação complementar associada a qualidade alimentar e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses.....	52
6.2. Artigo 2 original: Características maternas relacionadas à escolha do tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar, tradicional e não tradicional.....	82
7. CONCLUSÕES.....	107
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
9. ANEXOS.....	109
9.1 Anexo1. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.....	109
10. APÊNDICES.....	110
10.1. Apêndice 1- Divulgação no meio virtual.....	110
10.2. Apêndice 2- Questionário.....	111

1. INTRODUÇÃO

A prática alimentar estabelecida no início da vida tem influência sobre o hábito, preferência e comportamento do indivíduo durante toda a sua vida, impactando no estado nutricional a partir da infância, continuando na adolescência e na vida adulta (D'AURIA et al., 2018; MORISON et al., 2018; JOMORI, PROENÇA e CALVO, 2008; MONTE e GIUGLIANI, 2004).

Os pais, a depender dos fatores que influenciam suas escolhas alimentares (JOMORI, PROENÇA, CALVO, 2008; SCAGLIONI et al., 2011; BAEK,PAIK e SHIN, 2014),definem o que a criança comerá, bem como a forma de preparo e a estratégia de oferta dos alimentos (ADAMO e BRETT, 2014). Suas escolhas refletem diretamente nas escolhas das crianças e nos seus hábitos (JAIME, PRADO e MALTA, 2017; BAEK,PAIK e SHIN, 2014).

No primeiro semestre de vida, o leite materno é a opção alimentar segura e nutricionalmente adequada, devendo ser a única fonte alimentar da criança (WHO, 2003). A continuação do aleitamento materno a partir da introdução da alimentação complementar, no sexto mês de vida, tem sido estimulada para garantir benefícios biológicos e nutricionais (TROMP et. al., 2017; HORNEL et. al.; 2013).

A recomendação para a alimentação no primeiro ano de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é que a criança receba somente leite materno até os seis meses, e a partir dessa idade devem ser incluídos outros alimentos, dando início à alimentação complementar (WHO, 2009). Os alimentos devem ser oferecidos inicialmente com consistência pastosa, na colher, evoluindo sua consistência até se aproximar da refeição da família a partir dos 12 meses de idade da criança. Essa prática de oferta dos alimentos é chamada de abordagem tradicional(AT) (OLIVEIRA, RIGOTI e BOCOLLINI, 2017; MONTE E GIUGLIANE, 2004).

Uma nova abordagem de introdução da alimentação complementar tem sido difundida, especialmente pelas mídias sociais e ganhando adesão no âmbito das famílias e até mesmo de profissionais de saúde. Denominada Baby Led Weaning (BLW) ou Baby Led Introduction to Solids (BLISS) apresenta diferenças na conduta da oferta dos alimentos comparada com AT (MORISON et. al., 2018; TAYLOR et. al., 2017; CAMERON, HEALTH e TAYLOR 2012). Esta nova abordagem delega o controle do processo de alimentação à criança, considerando que a partir dos seis meses de idade ela possui capacidade motora para guiar a própria ingestão. Os alimentos oferecidos são semi sólidos cortados em pedaços, substituindo as

papinhas (MORISON et al., 2018; D'AURIA et al., 2018; RAPPLEY et al. 2015; ARANTES et al., 2017), sendo então denominada abordagem não tradicional (ANT).

Estudos demonstram que as famílias também têm usado uma nova versão de prática alimentar na introdução dos alimentos. A consistência dos alimentos ofertados pode ser tanto sólida macia como pastosa, porém os alimentos sólidos macios são oferecidos em maior quantidade que as papinhas. E o alimento pode ser levado à boca pela própria criança como, também, pelo responsável. A essa nova abordagem denomina-se BLW parcial ou Mista (ROWAN et al., 2019; MORISON et al., 2016).

Embora essas novas abordagens, não tradicional, não emanem de órgão oficial da saúde, várias famílias, mundialmente, já a adotaram em substituição à AT recomendada pela Organização Mundial de Saúde (D'AURIA et al., 2018; SBP, 2017; TAYLOR et al., 2017).

A difusão destas abordagens e a adoção crescente pelas famílias impulsionaram estudos sobre sua aplicação na alimentação infantil (MORISON et al., 2018; D'AURIA et al., 2018; TAYLOR et al., 2017). Todavia, pouco se conhece sobre as características, percepções e conhecimentos das mães que decidem adotar a abordagem não tradicional ou tradicional (MORISON et al., 2018; DANIEL et al., 2018; FU et al., 2018; ARDEN e ABBOT, 2014; BROWN E LEE, 2013; CAMERON, HEATH e TAYLOR, 2012). Os organismos oficiais de saúde, em especial no Brasil, tem conclamado a comunidade científica para realização de estudos que apresentem o perfil das mães que adotam ANT e que respondam sobre no estado nutricional comportamento alimentar e desenvolvimento da criança (SBP, 2017, BROWN E LEE, 2013).

REFERÊNCIAS:

ARANTES, A.L.A.; NEVES, F. S.; CAMPOS, A. A. L.; NETTO, M. P. Método baby-led weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão-Rev..Pal.Pediatr, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-462/;2018;36;3;00001>>. Acesso em :03 set.2018.

BAEK, T.J.; PAIK, H. Y.; SHIM, J. E. Association between family structure and food group intake in children. Nutrition Research and Practice ;8(4):463-468 ,2014.

BROWN, A; LEE, M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. Matern Child Nutr. 9:233-43, 2013.

D'AURIA, E.; BERGAMINI, M.; STAIANO, A.; BANDERALI, G.; PENDEZZA, E.; PENAGINI, F.; ZUCCOTTI, G. V.; PERONI, D.G. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics* ,44:49, 2018.

HÖRNELL A, LAGSTRÖM H, LANDE B, THORSODOTTIR I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*, 2013.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, C. M. Determinante de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, v.21, n.1, p.63-73, 2008.

MONTE,C.M.G;GIUGLIANI,E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J de Pediatr (Rio J)* ;80(5 Supl):S131-S141,2004.

MORISON,B. J.;TAYLOR, R. W.;HASZARD, J. J ;SCHRAMM, C. J;ERICKSON, L. W.; FANGRUPO, L. J.;FLEMING, E. A.;LUCIANO A.;HEATH,A.-L. M . How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*,010665, 2016.

MORISON,B. J; HEATH,A.-L. M; HASZARD, J. J.; Hein, K.; FLEMING, E. A.; Daniels, L.; ERICKSON, L. W.; FANGRUPO, L. J.; WHEELER, B. J.; TAYLOR, B. J.; TAYLOR, R. W. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants. *Nutrients*, 10, 1092; 2018.

OLIVEIRA, M.I.C;RIGOTTI,R.R;BOCCOLINI;C.S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 25 (1): 65-72, 2017.

ROWAN, H., LEE, M. e BROWN, A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. 32, 11–20, 2018.

SCAGLIONI,S;ARRIZZA,C;VECCHI,F;TEDESCHI,S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr* ,94(suppl):2006S–11S,2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- A alimentação complementar e o método BLW (Baby Led-Weaning)-Guia Prático de Atualização. Brasil-n.3,2017.

TAYLOR, R; WILLIAMS, S., FANGRUPO, L.,WHEELER, B.,TAYLOR, B., DANIELS, L., et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. JAMA Pediatrics, 171(9), 838–846,2017.

TROMP, I.; JONG, J.K DE; RAAT, H.; VINCENT JADDOE,V.;FRANCO,O.; HOFMAN,A.; JONGSTE,J.DE; MOLL, H.E. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. Plos one, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Feeding and nutrition infants and young childrens. Guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet contries, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Alimentação Complementar

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Alimentação Complementar a introdução de outros alimentos ou líquidos que são oferecidos em adição ao leite materno a partir dos seis meses de idade, período onde as necessidades nutricionais da criança não podem ser mais supridas com o aleitamento exclusivo (WHO, 2009).

Recomenda-se que a alimentação atenda proporcionalmente às necessidades de energia, macronutrientes e micronutrientes para cada fase do desenvolvimento da criança, complementando o leite materno (ISSAKA et al., 2014; BRASIL, 2015). O suprimento adequado e equilibrado de alimentos é essencial para que o crescimento e desenvolvimento sejam saudáveis prevenindo anemia, desnutrição, sobrepeso e com isso diminuindo a morbimortalidade infantil (MONTEIRO et al., 2016).

Quanto ao preparo dos alimentos, devem conter pouco sal ou condimentos, consumo fácil e boa aceitação para criança (CAETANO et al., 2010; MONTE e GIUGLIANI, 2004). Do mesmo modo, cuidados higiênicos referentes à forma de manipulação e armazenamento dos alimentos são importantes para evitar a contaminação química, física e biológica (OLIVEIRA, RIGOTTI e BOCCOLINI, 2017; CAETANO et al., 2010).

A OMS (2009) indica oferta de alimentos amassados sem peneirar ou liquidificar, fornecidos por colher ou talher evoluindo a consistência de forma lenta e gradativa assemelhando-se à alimentação da família aos doze meses. Deve apresentar variedade de alimentos como cereais, tubérculos, legumes, frutas, leguminosas, carnes e ovos durante todo o período, e estabelecer o preparo a partir dos alimentos da família e com custo aceitável (Brasil, 2019).

O hábito alimentar é estabelecido a partir das experiências alimentares iniciais da criança que, por sua vez, dependem das escolhas da estratégia de oferta dos alimentos que as mães e ou cuidadores escolhem adotar na alimentação da criança. Essas escolhas repercutem em toda a vida de um indivíduo (BEAUCHAMP e MENELLLA, 2009; MONTE e GIUGLIANI, 2004;). Hábitos alimentares inadequados no início da vida são também determinantes para ocorrência de doenças na vida futura (GIESTA et al., 2019; MAMELI et al., 2016).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2019) indica oferecer alimentos com consistência e frequência adequadas para desenvolver a mastigação, deglutição, digestão e excreção estimulando as sensações de fome e saciedade da criança.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017) orienta aos pais, cuidadores e profissionais a observar o desenvolvimento oral como o desaparecimento do reflexo de protrusão, o aparecimento dos movimentos voluntários e independentes da língua, proporcionando que o alimento role na boca e a criança o mastigue (SBP, 2017).

Na literatura encontramos estudos epidemiológicos, modelos animais e ensaios clínicos enfatizando que as fases iniciais da vida (período intra-uterino e primeiro ano de vida) são sensíveis a fatores nutricionais e metabólicos que podem determinar efeitos, em curto e longo prazo, na saúde e no bem-estar do indivíduo, estendendo-se até a vida adulta (CAETANO et al, 2010). Também, evidencia que o comportamento alimentar é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança (ISSAKA et al., 2014; CAMPAGNOLO et al. 2012; RAMOS E STEIN, 2000).

2.2. Abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar

2.2.1. Baby led Weaning (BLW)

Na década de 1980 a enfermeira inglesa, Gill Rapley, iniciou um estudo de mestrado com várias famílias cujas crianças tinham dificuldade de aceitação dos alimentos na alimentação complementar. Para a pesquisadora, a introdução do alimento utilizando a colher gerava um impacto “ameaçador” para a criança. No seu estudo foi proposto aos pais usarem alimentos sólidos e em pedaços manipulados pelas próprias crianças. Tal medida favoreceu a aceitação das refeições (RAPLEY et al., 2015).

Esse trabalho resultou na publicação de um livro, **Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid**, publicado no Reino Unido em 2008 e na América do Norte em 2010. Posteriormente, foi publicado em mais de 15 idiomas, mostrando o grande alcance dessa abordagem. (RAPLEY et al., 2015)

Baby Led Weaning (BLW) ou “desmame guiado pelo bebê” é uma nova abordagem de alimentação complementar que cresceu em popularidade, e se expandiu inicialmente na Nova Zelândia, Canadá, Estado Unidos países Europeus (SBP, 2017). Sua influência aumenta com o tempo recebendo destaque entre famílias do mundo inteiro, incluindo do Brasil (SBP, 2017; RAPLEY, 2011).

A abordagem consiste no desmame feito pela própria criança a partir do momento que já consiga sentar sem apoio, tenha a coordenação motora para pegar os alimentos e leva-los até a boca, e processo de mastigação e deglutição deve estar atuante (FU et al, 2018; BROWN E

LEE, 2013). Normalmente ocorre a partir dos seis meses de idade (ERICKSON et. al., 2018; ROWAN et. al., 2018).

Conforme Alvisi et al. (2015), o termo sublinha o fato de que o bebê é um parceiro ativo no processo de alimentação, e não um receptor passivo para receber somente a comida. Isso significa que, embora os pais ofereçam alimentos, a própria criança controla o desmame e decide quanto e com que rapidez comer (MORISON et. al., 2018; RAPLEY et al., 2015).

Orienta-se que os alimentos apresentem uma textura firme para não serem esmagados entre os dedos, mas moles para serem esmagados com a força das gengivas. Cortes em bastonetes, maiores que a mão do bebê, para que esse possa pegar o alimento e leva-lo até a boca. A criança deve ficar sentada e os alimentos devem ficar dispostos para sua manipulação, sendo importante respeitar o tempo hábil da criança para se alimentar. As refeições devem ser feitas com a família utilizando seus alimentos das refeições. (RAPLEY et al., 2015).

O leite materno ou a fórmula continuam sendo oferecidos nos horários, e são retirados aos poucos como na alimentação complementar tradicional. O “desmame” neste contexto é usado para descrever a adição de alimentos sólidos, continuando com a amamentação ou fórmula (ROWAN et. al., 2018; DANIEL et. al., 2018).

A aplicação dessa abordagem contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde na qual a alimentação complementar deve ter seu início aos seis meses de idade, com alimentos pastosos ou amassados, e gradativamente evoluir em consistência até assemelhar-se à alimentação da família (WHO, 2009).

2.2.2. Baby Led Introduction to Solids (BLISS)

Pesquisadores e profissionais de saúde expressaram preocupações em relação à segurança e suficiência dos nutrientes nas refeições pela abordagem BLW como a adequação de ferro, caloria e o constante perigo de engasgo dos alimentos pelas crianças (DANIELS et al., 2015; CAMERON, HEALTH e TAYLOR 2015).Esses fatores podem aumentar o risco de crescimento vacilante e deficiência no desenvolvimento infantil (CAMERON, HEALTH e TAYLOR 2012).

Diante dessa problemática, Cameron, Taylor e Health (2015) desenvolveram uma versão do BLW que foi denominada Baby Led Introduction to Solids (BLISS), e através de um ensaio clínico estabeleceram recomendações para aumentar ingestão de alimentos que provavelmente aumentaria a quantidade de ferro e calorias nas refeições. Medidas preventivas contra os possíveis engasgos também foram estabelecidas criando uma lista de alimentos de

risco para asfixia e a maneira adequada de oferecer a comida para a idade. A partir desses estudos essas medidas começaram a ser utilizadas junto à abordagem (CAMERON, TAYLOR e HEALTH, 2015).

Os novos estudos têm considerado essas mudanças propostas para a abordagem ao investigarem sobre a sua segurança e impactos no estado nutricional da criança (ARANTES et al,2018).

2.2.3. Abordagem BLW parcial, Mista ou participativa

Com o surgimento do BLW nas práticas alimentares, algumas famílias tem usado outra versão na oferta inicial dos alimentos para seus filhos, compreendendo uma abordagem não tradicional denominada BLW parcial ou mista. A consistência dos alimentos ofertados pode ser tanto sólida macia como pastosa, porém os alimentos sólidos macios são oferecidos em maior quantidade que as papinhas. E o alimento pode ser levado à boca pela própria criança como, também, pelo responsável (ROWAN et. al., 2019; MORISON et. al., 2016).

2.2.4. Impacto das abordagens de oferta da alimentação complementar na saúde infantil

Os estudos têm identificado possíveis diferenças entre as abordagens Não Tradicional e Tradicional, relacionados à segurança e ao estado nutricional da criança (MORISON et. al., 2018; TAYLOR et. al., 2017).

Em relação ao aleitamento materno exclusivo e de continuidade, estudos recentes observaram maior ocorrência entre as mães que adotaram a abordagem não Tradicional em relação ao Tradicional, favorecendo a qualidade alimentar da criança na fase da alimentação complementar (ROWAN et. al., 2018; MORISON et. al., 2018; FU et. al., 2018; ERICKSON et. al., 2018; MORISON et. al., 2016).

Rowan et. al. (2018) encontraram menor frequência de oferta de fórmula infantil entre mães da abordagem Não Tradicional (BLW restrita e mista) comparado à Tradicional, porém Morison et. al. (2018) e Daniels et. al. (2017) não encontraram diferenças .

Estudos mostram diferenças quanto à introdução oportuna da alimentação complementar (SBP, 2018; OLIVEIRA e AVI, 2017; Who, 2003) e a progressão do número de refeições ao dia. Fu et al (2018), observaram que os grupos estudados não tradicional, BLW parcial e restrito, comparado com o tradicional não diferiram significativamente quanto a idade da introdução alimentar, estando abaixo dos 6 meses para todas abordagens. Taylor (2017) e Fangupo (2016) observaram que crianças que seguiam a não tradicional, BLISS, iniciaram a introdução alimentar mais próximo aos seis meses que o grupo controle. Erickson

et al (2018) averiguaram que crianças de 7 meses do grupo não tradicional estavam se alimentando de refeição 40 % mais que o grupo tradicional.

Com relação à qualidade alimentar, foram avaliados alguns nutrientes, sendo os mais estudados o ferro e o zinco. Também é investigado os dados antropométricos.

Em relação à ingestão de ferro, estudo realizado por Morison et al. (2018) verificou menor ingestão de ferro do grupo BLW quando comparado ao tradicional. Daniels et al. (2018) não verificaram diferenças significantes na ingestão dietética de ferro entre o grupo com alimentação tradicional e BLISS. O mesmo ocorreu no estudo realizado por Dogan et al. (2018) onde não verificaram diferenças significativas entre a abordagem BLW e tradicional. No estudo realizado por Rowan et al. (2019) foram avaliados três grupos (BLW completo, BLW intermediário e tradicional) não apresentando também diferença significativa na ingestão de ferro entre eles.

Daniels et al. (2018) analisaram o nível de ferro hematológico de crianças com 12 meses e não verificaram diferenças significativas nas concentrações de ferritina plasmática, prevalência de depleção de ferro armazenado, ou anemia por deficiência de ferro entre os grupos BLW e controle. O mesmo foi verificado em um estudo realizado por Dogan et al. (2018), os quais não observaram diferenças significativas nas concentrações de ferritina entre os grupos intervenção (BLW) e tradicional no início do estudo e após seis meses de intervenção.

No que se refere à ingestão de zinco, Daniels et al (2018), não constataram diferenças significativas na sua ingestão entre as crianças de 7 e 12 meses que seguiram a abordagem BLISS e a abordagem tradicional. O estado nutricional de zinco também foi avaliado segundo dados hematológicos, não sendo observada diferença entre os grupos estudados (DANIELS et al. 2018). Morison et al. (2018) por sua vez, verificaram menor ingestão deste micronutriente no grupo com a abordagem BLW comparada à tradicional. O mesmo estudo analisou a vitamina B12 e o resultado apresentado foi menor consumo pelo grupo BLW em relação ao tradicional.

Townsend e Pitchford (2012) verificaram associação da abordagem BLW com um menor valor do IMC, além de mais crianças terem sido classificadas com baixo peso neste grupo quando comparado ao grupo alimentado pela abordagem tradicional. Estudo realizado por Taylor et al. (2017) não encontraram diferenças significativas nos BLISS e tradicional em relação ao IMC até os 12 meses. Aos 24 meses, 6,4 % dos lactentes do tradicional estavam com sobrepeso (percentil 95 do IMC) comparado a 10,3% no grupo BLISS. Dogan et al (2018) ao avaliar o escore z do índice peso para comprimento, encontraram maior incidência

de sobrepeso no tradicional comparado ao grupo BLW, o qual apresentou a maioria das crianças com peso normal. O mesmo ocorreu no estudo conduzido por Brown e Lee (2011 e 2013), onde verificaram que os bebês do grupo tradicional apresentavam maior percentual de sobrepeso quando comparados ao grupo BLW. Já o estudo realizado por Fu et al (2018) não verificou diferença no escore z de peso para idade entre as crianças que usaram a abordagem BLW em comparação aquelas com alimentação tradicional no período de 6–7 meses de idade.

Também existem estudos sobre variedade dos alimentos comparados com o grupo tradicional onde se percebeu que o grupo BLW consumia maior variedade de alimentos (MORISON et al., 2018).

Ao avaliar os alimentos ultraprocessados, Rowan (2018) observou que crianças que realizavam BLW parcial, também denominada Mista, na faixa etária de 11 a 12 meses, tinham uma maior exposição a lanches como biscoitos, salgados e batata frita comparadas as abordagens BLW restrito e Tradicional. O mesmo foi observado por Morison (2016) e Daniels (2018) no consumo de cereais infantis fortificados, no qual as crianças do grupo não tradicional, BLW parcial e BLISS apresentaram consumo significativamente maior desses alimentos. Já o consumo de alimentos comerciais para bebês, não apresentou diferença entre os grupos (MORISON et al, 2016).

Os estudos estão distribuídos na sua maioria em ensaio clínico e transversal apresentando resultados conflitantes e falta de padronização metodológica associando grupos diferentes BLW ou BLW parcial ou BLISS ao tradicional.

Além disso, a OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro e Sociedade Brasileira de Pediatria indicam oferecer alimentos com consistência e frequência adequadas de acordo com a faixa etária da criança, sendo aos 6 meses alimentos bem amassados e somente a partir de 8 meses iniciar alimentos semi sólidos (SBP, 2017; BRASIL, 2015; OMS, 2002).

Ainda não existe um parecer técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a adoção da abordagem BLW e BLISS, sendo necessário o enriquecimento da literatura científica com estudos que possam embasar as orientações acerca do tema pelos órgãos oficiais de saúde (SBP, 2017; FU et al, 2018).

2.3. Características maternas associadas à escolha da abordagem

A literatura científica tem evidenciado que o comportamento alimentar da criança é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança (ISSAKA et al., 2014; CAMPAGNOLO et al. 2012; RAMOS E STEIN, 2000).

A mãe ou o cuidador é o principal responsável em apresentar os primeiros alimentos, o formato, textura, as variedades dos alimentos e em determinar a forma de conduta da oferta desses alimentos. (SILVA, COSTA E GIUGLIANI, 2016).

A introdução correta dos novos alimentos no primeiro ano de vida, com uma adequada socialização alimentar oferecendo variedades de alimentos, buscando uma alimentação saudável em um ambiente alimentar agradável, permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (RAMOS E STEIN, 2000)

A figura materna ou do cuidador é responsável em determinar qual tipo de conduta para oferta dos primeiros alimentos. Alguns fatores são determinantes para essa escolha como suas características socioeconômica, demográficas, culturais, psicológicas, comportamentais, percepções, conhecimento em relação à alimentação complementar (SILVA et. al., 2021; MARTINS e HAACK, 2012).

A condição socioeconômica é uma variável frequentemente estudada por apresentar influência no consumo alimentar infantil (ANANE et. al., 2021; CARVALHO, 2017; SANTOS et. al., 2016). Estudos de Taylor et. al. (2017) e de Morison et. al. (2018) observaram que as mães que adotavam a Não tradicional BLISS, possuíam menor privação socioeconômica que as da Tradicional.

Em relação ao nível de escolaridade, estudos realizados por Brown (2016) e Brown e LEE (2013) observaram que as mães do BLW apresentaram escolaridade significativamente mais elevada que as mães do Tradicional. Já para a ocupação materna os estudos obtiveram resultados não concordantes. Brown (2016) averiguou que a ocorrência de ocupação foi maior entre as mães do BLW , contrariamente no estudo de Brown e Lee (2011) a ocorrência foi menor entre as mães da abordagem não tradicional.

2.4. Aleitamento materno continuado aleitamento materno e alimentação complementar

O leite materno é considerado o alimento mais completo para o lactente promovendo desenvolvimento adequado e promovendo inúmeros benefícios para a criança como para mãe (BRASIL, 2014). Além de ser um alimento rico em nutrientes responsáveis pelo desenvolvimento saudável da criança, possui outras funções funcionais e bioativas promovendo inúmeros benefícios para a criança como proteção contra infecções e fatores antimicrobianos (PALMEIRA E SAMPAIO, 2016).

No primeiro semestre de vida, é a opção alimentar mais segura e nutricionalmente adequada, devendo ser a única fonte alimentar da criança (WHO 2003). Os Orgão Oficiais de

Saúde recomendam que do nascimento aos seis meses, a criança receba somente leite materno, e a partir dessa idade sejam incluídos outros alimentos, dando início à alimentação complementar que corresponde ao período até 24 meses (BRASIL, 2019; SBP 2018; WHO 2003).

A continuação do aleitamento materno a partir da introdução da alimentação complementar, ou seja, aleitamento materno continuado, no sexto mês de vida, tem sido estimulado para garantir benefícios biológicos e nutricionais (TROMP et. al., 2017; HORNEL et. al.; 2013). Há evidências de que o prolongamento do aleitamento materno resulta em menor morbidade e mortalidade infantil, maior proteção contra diabetes, manutenção da microbiota intestinal benéfica e menor prevalência de excesso de peso na vida adulta (VICTORA, et al. 2021; JURADO et al., 2016; NASCIMENTO et. al, 2016; UNDERWOOD et. al, 2015; PRENTICE et al., 2015). Crianças que até os 12 meses receberam, ao mesmo tempo, aleitamento materno e alimentação complementar apresentaram menor probabilidade de sobrepeso e obesidade (POPOUTSOU et. al., 2018).

REFERÊNCIAS:

ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2018 – www.abep.org – abep@abep.org

ADAMO, K. B.; BRETT, K. E. Parental perceptions and childhood dietary quality. *Matern. Child Health J.*, v.18, n.4, p.978-95, 2014.

ALVISI,P; BRUSA,S;ALBORESI,S; AMARRI,S; BOTTAU,P; CAVAGNI,G et al.
Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants.*Ital J Pediatr.*,41:36,2015.

ARANTES,A.L.A.;NEVES, F. S.;CAMPOS,A. A. L.;NETTO, M. P. Método baby-led weaning(BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão-*Rev..Pal.Pediatr*,2018.Disponívelem:<<http://dx.doi.org/10.1590/1984-462/;2018;36;3;00001>>. Acesso em :03 set.2018.

BAEK,T.J;PAIK, H. Y.;SHIM, J. E. Association between family structure and food group intake in children. *Nutrition Research and Practice* ;8(4):463-468 ,2014.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHAMP, G. K.; MENNELLA, J.A. Early Flavor Learning and Its Impact on Later Feeding Behavior. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48:S25–S30, 2009.

BIRCH, L.L. Psychological Influences on the Childhood Diet. *American Society for Nutritional Sciences*, 1998

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. Food consumption in Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cad Saúde Pública*, v.28, n.9, p.1759-71, 2012.

BRASIL, Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010.

BRASIL, Orientação para coleta e análise de dados antropométricos em Serviço de Saúde- 1ª edição- MINISTÉRIO DA SAÚDE-Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN- Serie G Estatística e Informação em Saúde-Brasil, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE-Orientação para coleta e análise de dados antropométricos em Serviço de Saúde- 1ª edição-Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN- Serie G Estatística e Informação em Saúde-Brasil, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação / Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- SAÚDE DA CRIANÇA -Aleitamento Materno e Alimentação Complementar- 2ª edição - Cadernos de Atenção Básica, no 23.Brasil,2015.

BRASIL, Guia Alimentar para Menores de 2 anos. MINISTÉRIO DA SAÚDE Organização Pan Americana da Saúde Representação do Brasil,2002

BRIEFEL RR, KALB LM, CONDON E, et al. The Feeding Infants and Toddlers Study 2008: study design and methods. *J Am Diet Assoc*, 110(12)(suppl):S16-S26., 2010.

BROWN, A.; JONES, S. W.; ROWAN, H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep*, 6:148–156, 2017.

BROWN, A.; LEE, M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern. Child Nutr.*, 7, 34–47, 2011.

BROWN, A.; LEE, M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr.* 9:233-43, 2013.

CABRAL, A.C. A.. A análise do discurso como estratégia de pesquisa no campo da administração: uma visão global. *Revista Contemporânea de Economia e Gestão*. Vol.3 - Nº 1 - (59-68), 2005.

CAETANO, M.C; ORTIZ T. T.; SILVA, S. G. L.; SOUZA, F. I. S. ; SARNI, R. O. S. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *Jornal de Pediatria - Vol. 86, Nº 3*, 2010.

CAMERON, S.L; HEATH A-LM, TAYLOR R.W. Healthcare professionals', and mothers', knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open*.; 2:e001542, 2012.

CAMERON, S.L; TAYLOR R.W, HEATH A.L.M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics* 15:99, 2015.

CAMERON, S. L., TAYLOR, R. W.; HEATH, A-L. M. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*, 003946, 2013.

CAMPAGNOLO P. D. B.; LOUZADA, M.L.C; SILVEIRA, E.L; VITOLO, M.R. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. Nutr., Campinas*, 25(4):431-439, jul./ago., 2012.

CORREA, E. N., CORSO, A. C. T., MOREIRA, E. A. M., KAZAPI, I. A. M. Alimentação Complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Revista Paulista de Pediatria*, vol. 27, núm. 3, septiembre, pp. 258-264, 2009.

D'ANDREA, E; JENKINS, K.; MATHEWS,M.; ROEBOTHAN,B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *dcjournal.ca on 77:72–77* ,2016.

D'AURIA, E.; BERGAMINI, M.; STAIANO, A.; BANDERALI, G.; PENDEZZA, E.; PENAGINI, F.; ZUCCOTTI, G. V.; PERONI, D.G. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics* ,44:49,2018.

DANIELS,L.;TAYLOR,R.W;WILLIAMS, S. M.;GIBSON, R. S.;SAMMAN,S.;WHEELER,B J.; et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Academy of Nutrition and Dietetics*. 2212-2672,2018.

DE ONIS, M; Onyango AW;Van den Broeck J,ChumleaWC; Martorell R. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. *Food Nutr Bull.*,25(1)(suppl):S27-S36,2004.

DEWEY KG, HEINIG MJ, NOMMSEN LA, LÖNNERDAL B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels: Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. *J Pediatr.* ,119(4):538-547,1991.

DOGAN,E.;YILMAZ,G.; CAYLAN,N,;TURGUT, M.;GOKCAY, G.;OGUZ,M., M. Baby-led complementary feeding: a randomized controlled study. *Pediatrics Internacional*, 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.1111/ped.13671>>. Acesso em :03 set.2018.No prelo.

ERICKSON,L.W., TAYLOR,R.W.;HASZARD, J. J. ; FLEMING,E. A.;DANIELS,L; MORISON,B. J.;LEONG, C. et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*,10, 740,2018.

FERRIOLLI,B.H.V.M. Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem. *Rev. CEFAC*. Nov-Dez; 12(6):990-997, 2010.

FONTANELLA,B.J.B;RICAS,J.;TURATO,E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, 2008.

FONTANELLA,B.J.B;RICAS,J.;TURATO,E.R. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*,27(2):389-94,2011.

FU, X. X; CONLON, C. A.;HASZARD,J.J.;BECK, K. L.; HURST,P. R.;TAYLOR, R.W.;HEATH, A.L. M. ,* Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite* , 130 110–116,2018.

GIESTA, J. M., ZOCHÉ, E., CORRÊA R. S.; BOSA,V. L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência e Saúde coletiva*, 24(7): 2387-2397, 2019.

GREEN, J.; WALLAT, C.Ethnography and language in educational settings. Norwood, NJ: Ablex, 1981.

HÖRNELL A, LAGSTRÖM H, LANDE B, THORSODDOTTIR I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*, 2013.

ISSAKA, A. I ; AGHO, K. E. ; BURNS,P. ; PAGE A. E DIBLEY, M. J. Determinants of inadequate complementary feeding practices among children aged 6–23 months in Ghana. *Public Health Nutrition*: 18(4), 669–678, 2014.

JAIME, P. C.; PRADO, R. R.; MALTA, D. C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. *Revista de Saúde Pública*, 51 Supl.1:13s, 2017.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, C. M. Determinante de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, v.21, n.1, p.63-73, 2008.

JÚNIOR, A. F. B.; JÚNIOR, N. F. Utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011

JURADO, L. S.; BÁEZ, M.V. J.;JUÁREZ, S. O.; OLVERA, T.DE LA C. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil [Breastfeeding, complementary feeding and risk of childhood obesity]. *Aten Primaria*,2016.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Geneva; 2001.

LAKSHMAN,R; CLIFTON E. A.;ONG, K. K. Baby-Led Weaning—Safe and Effective but Not Preventive of Obesity. *JAMA Pediatrics* Volume 171, N. 9,832:833,2017.

MAMELI, c.; MAZZANTINNI, s.; ZUCCOTTI, G.V. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int. J. Environ. Res. Public Health* ,13, 838;2016.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MA.; SÁNCHEZ-VILLEGAS, A.; TOLEDO ATUCHA, E.A.; FAULIN, J. *Bioestadística amigable*. 3 ed. Barcelona: Elsevier. 2014.

MARTINS, L.M; HAACK, A. Conhecimentos maternos: Influência na introdução da alimentação complementar. *Artigo de revisão.Com Ciência Saúde.*;23(3): 263-270,2012.

MINAYO,M.C.S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 9º edição. São Paulo. Editor Hucitec, 2006.

MONTE, C.M.G;GIUGLIANI,E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J de Pediatr (Rio J) ;80(5 Supl):S131-S141,2004.

MONTEIRO, G.S.G.; ASSIS, M. M.; LEITE, M. A. E MENDES, L. L. Avaliação das nutricionais referentes às crianças de até dois anos disponíveis em sites populares. Rev Paul Pediatr.; 34(3):287---292,2016.

MORISON,B. J.;TAYLOR, R. W.;HASZARD, J. J ;SCHRAMM, C. J;ERICKSON, L. W.; FANGRUPO, L. J.;FLEMING, E. A.;LUCIANO A.;HEATH,A.-L. M . How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ Open,010665, 2018.

NASCIMENTO, V.G.; SILVA, J.P.C DA; FERREIRA,P.C.; BERTOLI,C.J.; LEONE,L. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. Rev Paul Pediatr.; 34(4):454---459, 2016.

OLIVEIRA,M.I.C;RIGOTTI,R.R;BOCCOLINI;C.S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 25 (1): 65-72, 2017.

OLIVEIRA,P.M.O;ASSIS,A.M.O;PINHEIRO,S.M.C;PRADO,M.S;BARRETO,M.L. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. Rev. Nutr., Campinas, 18 (4):459-469, jul./ago,2005.

ORLANDI,E.P. Análise de discurso princípios e procedimentos .5ª edição São Paulo editora Pontes;2005.

PALMEIRA, P.; SAMPAIO, M. C. Immunology of breast milk. Rev Assoc Med Bras; 62(6):584-593, 2016.

PAPOUTSOU, S.; SAVVA, C. S.; HUNSBERGER,M.; JILANI,H.; MICHELS,M.; AHRENS,W.; TORNARITIS,M.; VEIDEBAUM,T.; MOLNÁR,D.; SIANIA,A.; MORENO, L.A.; HADJIGEORGIOU,C. Timing of solid food introduction and

association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study. *Matern Child Nutr.*;14:e12471, 2018.

PRENTICE, P.; ONG,K.K; SCHOEMAKER,M.H; TOL,E.A.F.V; VERVOORT,J.;; HUGHES,I.A;ACERINI,C.L.; DUNGER, D.B. Breast milk nutrient content and infancy growth. *Acta Paediatrica*, 105, pp. 641–647, 2016.

RAMOS,M.;STEIN,L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria - Vol. 76, Supl.3*, 2000.

RAPLEY,G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner*, Volume 84 Number 6,June 2011.

RAPLEY,G; FORSTE,R; CAMERON,S;BROWN,A.;WRIGTH,C. Baby-led weaning a new frontier. *ICAN*,7:77-85,2015.

ROWAN, H.;HARRIS, C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite* ,58, 1046–1049,2012.

ROWAN, H., LEE, M. e BROWN, A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. 32, 11–20, 2018.

SCAGLIONI,S;ARRIZZA,C;VECCHI,F;TEDESCHI,S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr* ,94(suppl):2006S–11S,2011.

SCARPATTO, C.H; FORTE,G.C. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com Baby-led Weaning(BLW): Revisão de literatura. *Clin Biomed Res.*, 38(3): 292-296, 2018.

SIANI,S.R;CORREA,D.A;CASAS,A.L.L. Fenomenologia, método fenomenológico e pesquisa empírica: O instigante universo da construção de conhecimento esquadrihada na experiência de vida. *Revista de Administração da UNIMEP*. v.14, n.1, Janeiro/Abril – 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- A alimentação complementar e o método BLW (Baby Led-Weaning)-Guia Prático de Atualização. Brasil-n.3,2017.

TAYLOR, R; WILLIAMS, S., FANGRUPO, L.,WHEELER, B.,TAYLOR, B., DANIELS, L., et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 171(9), 838–846,2017.

TOWNSEND,E; PITCHFORD, N.J.. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case e controlled sample. *BMJ Open* ;2:e000298,2012

TRIVINOS,A.N.S. Introdução á pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. 2ª edição São Paulo editora Atlas,2012.

UNDERWOOD MA, GAERLAN S, DE LEOZ ML, DIMAPASOC L, KALANETRA KM, LEMAY DG, GERMAN JB, MILLS DA, LEBRILLA CB. Human milk oligosaccharides in premature infants: absorption, excretion, and influence on the intestinal microbiota. *Pediatr Res.*, 2015.

VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.;GIOVANNY V. A. FRANÇA, G.V.A.;RAJIV BAHL.R.; NIGEL C. ROLLINS,N.C.; HORTON, S.; KRASEVEC,J.; MURCH, S.; SANKAR, M.J.; WALKER, N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.

WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization. WHA55/2002/REC/1 Annex 2, 2002

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl.* ,450:76-85,2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva 01.23;2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Children's Fund (WHO/UNICEF). Consultation on complementary feeding in Montpellier. Subsídios preparados pela WHO e UNICEF. Montpellier: WHO, 1995.

WRIGHT,C; CAMERON, K.;TSIAKA, M.; PARKINSON, K. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern. Child Nutr.*, 7, 27–33,2011

3. JUSTIFICATIVA

Já é consolidada na literatura que o período da alimentação complementar é uma fase muito importante na vida de um indivíduo. Sabe-se que os pais têm buscado alternativas de condutas para a oferta da alimentação complementar, especialmente por meio das redes sociais na internet, e tem crescido a adoção da abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar entre as famílias. A partir dessa constatação, a demanda por pesquisas sobre o tema tem sido realçada (SBP, 2017; FU et al, 2018) .

Organismos oficiais de saúde, na esfera da atenção à saúde da criança, demandam respostas sobre a qualidade da alimentação e estado nutricional das crianças cujas mães adotam a abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar (SBP, 2017), uma vez que, estudos sobre essa tema ainda são escassos na literatura, inclusive no Brasil. Também, são necessários estudos para conhecer o perfil dessas mães e o que almejam na escolha da abordagem para oferta dos primeiros alimentos dos seus filhos. Dentre as questões postas para estudos incluem-se a viabilidade da abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar para os pais e a existência de risco de engasgo e asfixia (SBP 2017).

Diante disso, sabendo da importância da alimentação complementar na vida pregressa de um indivíduo, o presente estudo pode contribuir para ampliar conhecimentos sobre as mães que adotam a abordagem não tradicional, bem como a qualidade da alimentação e estado nutricional das crianças. Os resultados da pesquisa podem direcionar políticas públicas relacionadas à alimentação infantil, bem como a atuação dos profissionais de saúde na atenção em nutrição infantil.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Investigar a relação entre o tipo de abordagem, não tradicional e tradicional, de oferta da alimentação complementar adotada com os aspectos maternos, alimentação e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses, nas redes sociais direcionadas para temas voltados para maternidade e cuidados da criança.

4.2. Objetivos específicos

Estimar a frequência dos tipos de abordagem complementar adotados pelas mães;

Avaliar a qualidade da alimentação de acordo com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada (Artigo1);

Avaliar o estado nutricional infantil de acordo com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada (Artigo1);

Identificar diferenças quanto as variáveis obstétricas, demográficas e sociodemográficas de acordo com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada pelas mães (Artigo2);

Identificar o conhecimento e percepção materna sobre a abordagem de acordo com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada (Artigo2);

Identificar as práticas de aleitamento materno de introdução da alimentação complementar de acordo com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada (Artigo 1 e 2);

Identificar o que diferencia mães que adotam a abordagem não tradicional da tradicional (Artigo 1 e 2).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Local do estudo

Estudo transversal, realizado entre maio de 2020 a maio de 2021, com mães de crianças de 6 a 24 meses por meio de redes sociais online, em páginas ou grupos direcionados para maternidade e alimentação infantil como facebook, instagram e telegram.

A participação foi abrangente a todo território brasileiro, desde que a mãe estivesse realizando a alimentação complementar no momento da pesquisa, com crianças no grupo etário de seis a 24 meses.

5.2. Definição da amostra

A amostra foi constituída por pares de mães e seu (a) filho (a) de seis meses até dois anos de idade abrangendo todo o território nacional brasileiro, que tivessem acesso às redes sociais postadas.

O cálculo amostral foi realizado por meio do programa OpenEpi versão 3.1. Foram considerados os seguintes parâmetros: prevalência de abordagem não tradicional de 50% (por ser a mais conservadora), grau de confiança de 95,0% e erro tolerado de 5,0%, resultando em 384 participantes. A esse valor foi acrescido 5% para perdas, Diante disso, o tamanho da amostra mínimo foi de 423 crianças e suas respectivas mães.

O critério de inclusão adotado para as crianças foi possuir idade de seis a 24 meses. Os critérios de não inclusão foram criança que nasceu prematura (< 37 semanas), com baixo peso ao nascer (< 2.500gramas), gemelar, que apresentasse problemas de saúde que afetam a introdução de sólidos, com questionários repetidos, que residem fora do Brasil e com crianças fora da faixa etária determinada pelo estudo.

A seleção da amostra se deu por conveniência, sendo recrutada por meio de redes sociais online.

5.3. Coleta de dados

A coleta aconteceu no período compreendido entre maio de 2020 a maio de 2021, por meio de redes sociais, em páginas ou grupos direcionados para temas voltados para maternidade e alimentação infantil como facebook, instagram, telegram e whatsapp.

Realizou-se um levantamento, nas redes sociais, de páginas e grupos através de palavras chave como: introdução alimentar, alimentação complementar, BLW, BLISS, alimentação responsiva, alimentação tradicional, alimentação participativa, maternidade, gravidez, nutrizes, tentantes, alimentação infantil, alimentação infantil saudável, nutrição infantil, educação e reeducação alimentar infantil, mães e filhos, papinhas, amamentação e alimentação infantil e receitas infantis.

Nas páginas selecionadas foi postado um informativo (APÊNDICE 1) convidando as mães para participarem, esclarecendo sobre a pesquisa e definindo a faixa etária infantil. Após o aceite para a participação na pesquisa foi enviado, através de e-mail ou campo de mensagens das páginas ou whatsapp, às participantes um questionário estruturado online, elaborado no software Google Forms.

O questionário continha o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no qual o responsável respondia se queria participar da pesquisa colocando o seu nome e o e-mail. Apresentava também questões referentes à condição socioeconômica (ABEP, 2018), obstétricas, e demográficas (regiões do Brasil, idade, raça, tipo de parto, número de gestação, aborto, paridade, realização do pré-natal, escolaridade, número de filhos, presença do companheiro, ocupação), conhecimento materno sobre a abordagem (como conheceu a abordagem, motivo da escolha, motivo para indicar ou não indicar, o que gosta e o que não gosta na abordagem) e sobre a saúde e nutrição (peso e altura da criança, consumo e prática alimentar e prática de aleitamento materno) (APÊNDICE 2).

Um total de 587 mães respondeu ao questionário online e após aplicar os critérios de elegibilidade obteve-se um total de 395 pares de participantes, sendo utilizado esse número para os dois artigos elaborados (FIGURA 1). Porém no artigo 1, algumas questões não foram respondidas pelas mães. São essas as questões: uma não declarou a idade da criança, nove não declararam a raça, 24 não declararam o peso e altura atual, 19 não declararam o peso atual.

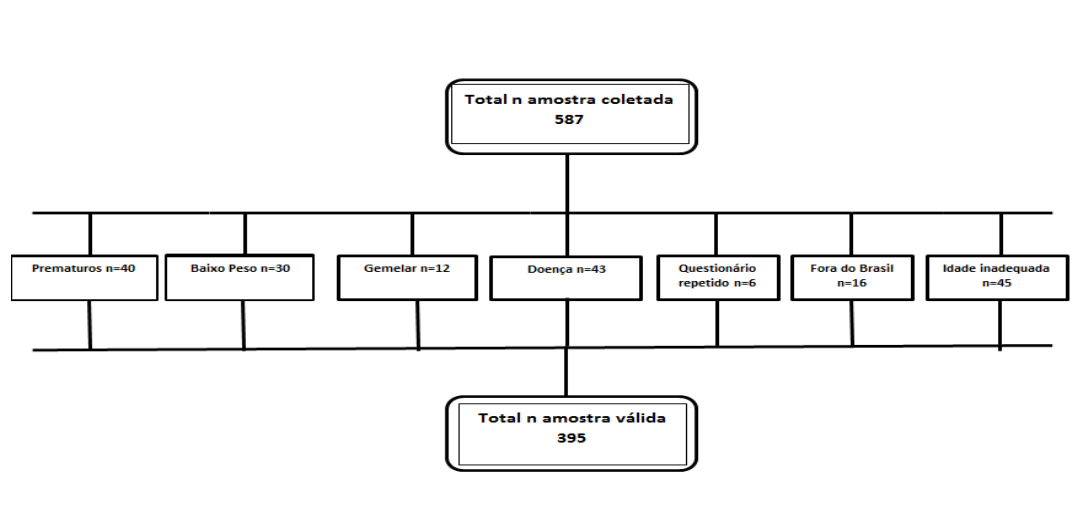


Figura 1- Fluxograma da definição da amostra

5.4 . Variáveis do estudo

5.4.1. Tipo de abordagem complementar utilizada

Para identificar o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada, foram apresentadas, no questionário, definições das abordagens BLW, Mista e Tradicional (BRASIL, 2019; ROWAN et. al, 2018; SBP, 2017) de modo que a mãe pudesse apontar aquela correspondente à que praticava. As definições traziam as seguintes informações: A abordagem BLW (BABY LED WEANING) é a forma de oferta da alimentação complementar em que a criança é estimulada a alimentar sozinha, levando os alimentos à boca. Nesta abordagem, a duração da refeição é determinada pela própria criança. Os alimentos são apresentados em cortes no formato de bastonetes, maiores que a mão da criança, para facilitar à pega. Sua textura precisa ser firme para não serem esmagados entre os dedos e, ao mesmo tempo, precisa possibilitar que sejam esmagados com a força das gengivas. Na abordagem TRADICIONAL, os alimentos são oferecidos por um adulto, inicialmente de forma pastosa, na colher, e a sua consistência evolui com o passar dos meses, até aproximar a consistência com a refeição da família, próximo dos 12 meses de idade. Quem oferta o alimento é que comanda a duração da refeição. A abordagem MISTA é quando a mãe ou o responsável adotam partes dessas duas práticas.

Adicionalmente, a mãe respondia perguntas sobre a forma de alimentar a criança, número de vezes em que a criança era autoalimentada, e a consistência habitual dos alimentos nas refeições. Estas perguntas tinham o objetivo de averiguar se a abordagem praticada pela mãe correspondia à abordagem apontada por ela. A identificação da abordagem BLW deu-se quando a criança era autoalimentada, da abordagem Mista quando a criança era ora alimentada com colher, ora autoalimentada, e da abordagem Tradicional deu-se na condição em que a criança era sempre alimentada com colher.

Após a identificação do tipo de abordagem praticada, fez-se a classificação das participantes em dois grupos, um com mães que adotavam a abordagem Tradicional (AT) e outro, denominado “Não Tradicional” (ANT) também chamada de participativa, composto por mães que adotavam as abordagens BLW e Mista.

5.4.2. Consumo alimentar infantil

Para a investigação do consumo alimentar das crianças foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (ARAUJO et al, 2010) e perguntas relacionadas à prática do aleitamento materno (WHO, 2003.). Os grupos alimentares avaliados foram: laticínios (fórmula infantil, leite de vaca ou de outros, iogurte caseiro e queijo. Excluído o consumo de leite materno), carnes e ovos (ovo, omelete, peixe, boi, porco e frango), cereais e tubérculos

(arroz, macarrão, nhoque, panqueca, lasanha, farofa, polenta ou angu, inhame, mandioca ou aipim, milho, batata, bolo caseiro e biscoito caseiro), leguminosas (feijão), hortaliças (tomate, alface, couve-flor, brócolis, chuchu, repolho, quiabo, pepino, cebola, cenoura, beterraba, abobrinha e abobora moranga), frutas (laranja, banana, morango, abacaxi, maçã, goiaba e mamão) e alimentos ultraprocessados (iogurte, biscoito salgado, biscoito doce, pão de queijo, bolo, pizza, cachorro quente, refrigerante, doces, bala, suco industrializado, achocolatado, macarrão instantâneo, sopa industrializada, frios, hambúrguer, nuggets e molho industrializado) (Brasil, 2019). A frequência de consumo de cada grupo alimentar foi estabelecida, conforme informado pela responsável, como mensal, ou semanal ou diária,

Para a investigação da prática do aleitamento materno, questionou-se sua ocorrência e a frequência com que a criança era amamentada no dia. Para as mães que não estavam amamentando, questionou-se se a mesma havia amamentado e por quanto tempo. Também, obteve-se informação sobre a oferta de outros leites e, ou, de outros alimentos antes dos seis meses. A idade inicial da oferta dos alimentos foi questionada para averiguar a ocorrência de introdução precoce, antes dos seis meses. Foram averiguados o número de refeições diárias, excluindo-se as mamadas e, também, a consistência dos alimentos mais frequentemente utilizada nas refeições. A avaliação da qualidade alimentar seguiu as diretrizes do Guia Alimentar para Criança Menores de 2 anos (BRASIL,2019).

As análises das variáveis da qualidade alimentar das crianças foram realizadas segundo as faixas etárias de 6 a 8 meses, que representa os primeiros meses da introdução de alimentos sólidos; 9 a 11 meses que é intermediária e de 12 a 24 meses, quando a alimentação das crianças se aproxima da refeição da família.

5.4.3. Estado nutricional da criança

No que se refere às medidas antropométricas da criança, obteve-se informações sobre o peso e o comprimento da criança, os quais foram auto relatados pelas responsáveis. Os dados de peso e comprimento foram convertidos em índices antropométricos (P/I, P/E e IMC/I) com auxílio do programa WHO Anthro 2011, versão 3.2.2. Os índices foram avaliados em escore-Z (Quadro 3, 4, 5 e 6) utilizando como padrão de referência os pontos de corte para idades menores de 10 anos (M.S., 2011).

Quadro 1. Pontos de corte de peso para idade para crianças menores de 10 anos.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade

\geq Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixo peso para a idade
\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +2	Peso adequado para a idade
$>$ Escore-z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: Ministério da Saúde, 2011 (adaptado).

Quadro 2. Pontos de corte de peso para estatura para crianças entre zero e cinco anos

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
$<$ Escore-z -3	Magreza acentuada
\geq Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Magreza
\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +1	Eutrofia
$>$ Escore-z +1 e \leq Escore-z +2	Risco de sobrepeso
$>$ Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Sobrepeso
$>$ Escore-z +3	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2011 (adaptado).

Quadro 3. Pontos de corte de IMC por idade para crianças menores de cinco anos.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
$<$ Escore-z -3	Magreza acentuada
\geq Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Magreza
\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +1	Eutrofia
$>$ Escore-z +1 e \leq Escore-z +2	Risco de sobrepeso
$>$ Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Sobrepeso
$>$ Escore-z +3	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2011 (Adaptado).

A partir da classificação do estado nutricional, as crianças foram distribuídas em dois grupos, conforme a presença ou ausência de excesso de peso, o que foi embasado por resultados de estudos, que apresentam a presença do risco de sobrepeso em crianças, a partir de 1 ano. As classificações: magreza acentuada, magreza e eutrofia foram agrupadas como sem excesso de peso enquanto risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade como excesso de peso. Já para as classificações: muito baixo peso, baixo peso e peso adequado para a idade foram agrupados em sem excesso de peso e a classificação peso elevado para a idade em excesso de peso.

As análises das variáveis antropométricas das crianças foram realizadas segundo as faixas etárias de 6 a 8 meses, que representa os primeiros meses da introdução de alimentos

sólidos; 9 a 11 meses que é intermediária e de 12 a 24 meses, quando a alimentação das crianças se aproxima da refeição da família.

5.4.4. Dados obstétricos, reprodutivos, demográficos e socioeconômicos

Foram coletadas informações referentes à condição socioeconômica (ABEP, 2018), obstétricas, reprodutivas e demográficas (regiões do Brasil, idade, raça, tipo de parto, número de gestação, aborto, paridade, realização do pré-natal, escolaridade, número de filhos, presença do companheiro, ocupação) e nutrição (prática de aleitamento materno).

5.4.5. Conhecimento e percepção materna sobre a abordagem utilizada na alimentação complementar

Para a investigação das variáveis do conhecimento materno sobre a abordagem foi realizada através de perguntas no qual a mãe marcava respostas de múltiplas escolhas, selecionadas na fase do estudo piloto. Podiam ser selecionadas mais de uma resposta por questão (Quadro 5). Todas as questões tinham uma opção aberta para descrição de uma resposta diferente.

Quadro 4- Perguntas e respostas estabelecidas para o questionário e categorização do conhecimento e percepção materna sobre a abordagem. Brasil 2020-2021 (n=395).

Perguntas	Respostas do questionário	Categorização das respostas
Como conheceu a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	1) <i>Pediatra</i> 2) <i>Nutricionista</i> 3) <i>Enfermeiro</i> 4) <i>Outro profissional de saúde</i>	1-Profissional de saúde (1, 2, 3 e 4).
	5) <i>Familiar</i> 6) <i>Amigo(a)</i>	2-Social(5 e 6).
	7) <i>Blog/ Site</i> 8) <i>Facebook</i> 9) <i>Instagram</i> 10) <i>Artigo científico</i>	3-Redes sociais (7, 8, 9 e 10).
Motivo da escolha da abordagem de oferta da	1) <i>Não conhecia outra.</i>	1-Conhecia somente a adotada (1).

alimentação complementar adotada	<p>2) <i>Busca por uma alimentação mais saudável para meu filho</i></p> <p>6) <i>Melhor ganho de peso para meu filho</i></p> <p>7) <i>Maior segurança nessa abordagem.</i></p> <p>8) <i>Desenvolver maior autonomia na criança</i></p> <p>9) <i>Maior controle na composição da refeição.</i></p> <p>10) <i>Melhor desenvolvimento da criança</i></p> <p>11) <i>Melhor desenvolvimento na mastigação.</i></p>	2-Proporciona condições adequadas de saúde (2, 6, 7, 8, 9, 10 e 11).
	<p>3) <i>Orientação do Médico(Pediatra)</i></p> <p>4) <i>Orientação de um profissional de saúde (nutricionista)</i></p>	3-Orientação Profissional (3 e 4).
	<p>5) <i>Abordagem fácil para aplicar.</i></p> <p>12) <i>Abordagem menos trabalhosa.</i></p>	4-Abordagem menos trabalhosa (5 e 12).
Motivo de indicar a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	1) <i>Maior autonomia.</i>	1-Maior autonomia (1)
	<p>2) <i>Maior aceitação de alimentos.</i></p> <p>3) <i>Bom desenvolvimento da criança na mastigação.</i></p> <p>4) <i>Alimentação mais saudável.</i></p>	2-Alimentação mais saudável (2, 3, 4, 5, 6 e 7).

	<p>5) <i>Bom desenvolvimento no crescimento da criança.</i></p> <p>6) <i>Para manter melhor peso da criança.</i></p> <p>7) <i>Consegue dar alimentos mais variados em uma refeição.</i></p>	
	<p>8) <i>Abordagem fácil de adaptar ao dia a dia.</i></p> <p>9) <i>Menos trabalhosa.</i></p>	3-Abordagem pouco trabalhosa (8 e 9).
Motivo de não indicar a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	<p>1) <i>Menor aceitação dos alimentos.</i></p> <p>2) <i>Inadequação no desenvolvimento da mastigação da criança.</i></p> <p>4) <i>Não observei aceitação dos alimentos.</i></p> <p>7) <i>Não possibilita a oferta de alimentos variados.</i></p>	1-Alimentação menos saudável (1, 2, 4 e 7).
	<p>3) <i>Técnica muito trabalhosa.</i></p> <p>8) <i>Abordagem difícil de aplicar ao dia a dia.</i></p> <p>10) <i>Percebi bagunça, desordem, no momento das refeições.</i></p> <p>11) <i>Favorece o desperdício de alimentos.</i></p>	2-Abordagem trabalhosa (3, 8, 10 e 11)
	9) <i>Medo de engasgo.</i>	3-Medo de engasgo (9)
	6) <i>Menor autonomia</i>	*
O que gosta na abordagem de oferta da alimentação	2) <i>Maior aceitação de alimentos.</i>	1-Maior aceitação de alimentos (2).
	3) <i>Bom desenvolvimento</i>	2-Bom desenvolvimento

complementar adotada.	<i>infantil.</i>	infantil (3).
	<i>4)Prática fácil de adaptar diariamente.</i>	3-Prática fácil de adaptar diariamente (4).
	<i>1)Maior autonomia</i>	*
O que não gosta na abordagem de oferta da alimentação complementar adotada.	<i>2)Menor aceitação dos alimentos.</i>	1-Menor aceitação dos alimentos (2).
	<i>3)Baixo desenvolvimento infantil.</i>	2-Baixo desenvolvimento infantil (3).
	<i>4)Abordagem difícil de aplicar diariamente.</i>	3-Abordagem difícil de aplicar diariamente (4).
	<i>1)Não favorece a autonomia da criança.</i>	*

* Essa resposta, para análise, só foi usada na pergunta motivo de indicar devido à multicolinearidade.

5.4.6. Condutas em relação à criança

Foi verificado o uso de chupeta e mamadeira através do questionamento no qual a mãe podia responder se a criança nunca usou, usa ou usou especificando o período. As crianças foram classificadas em: 1- nunca usou e 2- usa ou já usou.

Para avaliar a idade inicial da oferta dos alimentos foi questionado as mães a idade inicial da primeira oferta de alimentos para a criança, sendo na análise classificado em: 1- antes dos seis meses e 2- a partir dos seis meses. Foram também averiguados o número de refeições diárias, excluindo-se as mamadas, e a consistência dos alimentos mais frequentemente utilizada nas refeições.

Para investigar a presença do reflexo de GAG e do engasgo foi apresentada às participantes a descrição para sua identificação baseando-se na literatura, na qual o Engasgo é o bloqueio da traqueia “garganta” devido a um alimento ou bebida que obstrui a passagem, podendo interromper a respiração, enquanto no reflexo de Gag a criança, ao sentir o alimento na boca, faz um movimento simulando vômito para evitar o engasgo e logo após, age como se nada tivesse lhe acontecido, sem sinais de desconforto ou alterações de humor (BROWN A., 2018; FANGUPO et al,2016).

5.5. Análise dos dados

5.5.1. Artigo 1

As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS Statistics versão 20.0. Realizou-se análise descritiva das variáveis de interesse, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e variabilidade. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para comparar os tipos de abordagens de acordo com as variáveis maternas, prática do aleitamento materno, qualidade da alimentação e índices antropométricos peso para estatura (P/E), peso para idade (P/I) e índice de massa corporal para idade (IMC/I).

A análise de regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para avaliar a associação independente entre as variáveis relacionadas à qualidade da alimentação e antropometria e a abordagem complementar. Para tanto, aquelas variáveis que se associaram significativamente com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, sendo utilizadas como variáveis de ajuste a idade e condição socioeconômica materna, número de filhos e idade da criança. Na análise múltipla, algumas variáveis que se associaram ao tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar na análise bivariada não foram incluídas, em função de multicolinearidade. Nessa análise, foram estimadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi $\alpha = 0,05$.

5.4.2. Artigo 2

As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS Statistics versão 20.0. Realizou-se análise descritiva das variáveis de interesse, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e variabilidade. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para comparar os tipos de abordagens com as variáveis maternas, prática do aleitamento materno, qualidade da alimentação e índices antropométricos P/E, P/I e IMC/I.

A análise de regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para avaliar a associação independente entre as características obstétricas, reprodutivas, demográficas e sociodemográficas maternas, conhecimento materno e o tipo de abordagem e condutas em relação à criança. Para tanto, aquelas variáveis que se associaram significativamente com o tipo de abordagem complementar na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, sendo utilizadas como variáveis de ajuste a idade e condição socioeconômica materna, paridade, questionamento sobre conhecimento através do meio social e a resposta maior aceitação dos alimentos na questão sobre o que gosta na abordagem.

Nessa análise, foram estimadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

Algumas variáveis que se associaram ao tipo de abordagem complementar na análise bivariada não foram incluídas na análise múltipla, em função de multicolinearidade. A análise de regressão múltipla foi realizada considerando a amostra global, sem estratificar por faixa etária infantil.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi $\alpha = 0,055.5$.

Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto para testar o questionário de coleta online, com vistas a garantir a clareza das questões. Além disso, ele auxiliou na avaliação da análise estatística orientando a disposição das respostas de acordo com os testes a serem usados.

Este estudo foi realizado em duas fases:

Primeira fase (31/01/2020 a 17/02/2020)

Na primeira fase o questionário foi encaminhado para 40 mulheres com retorno de 22 com profissões e idades variadas, e a idade das crianças não necessariamente precisava compreender a faixa etária definida no estudo. Todos os participantes foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e para descrever quais dúvidas e dificuldades tiveram ao preencher o questionário. Além disso, podiam trazer sugestões nas perguntas já elaboradas ou até sugerir temas que não tinham sido abordados, mas que achavam relevantes. Os participantes dessa fase não foram incluídos na amostra final do estudo.

Segunda fase (15/03/2020 a 21/04/2020)

Para validar as questões sugeridas na primeira fase, antes de encaminhar publicamente no meio virtual, encaminhamos para 40 mães com filhos na faixa etária proposta no estudo. Foram obtidos 29 retornos. Com esses retornos realizamos análise estatística descritiva e teste de análise bivariada, o qual demonstrou que as questões estavam adequadas para realizar as avaliações necessárias á pesquisa. As informações coletadas nessa fase foram acrescentadas no estudo final.

5.6. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sob o número de registro 3.519.443, atendendo às

determinações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (ANEXO I).

A participação ocorreu de forma voluntária, e as mães eram solicitadas a ler e, no caso de concordância, assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

5.7. Retorno aos participantes

Ao responder o questionário, as mães tiveram acesso ao Guia Alimentar para Criança Menores de 2 anos (BRASIL,2019) através de um link disponibilizado, com o intuito de orientação. Os resultados do estudo serão apresentados aos participantes através de divulgação dos artigos nos meios virtuais utilizados na coleta da amostra. Também serão encaminhados para as mães participantes via e-mail coletado no questionário.

REFERÊNCIAS:

ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2018 – www.abep.org – abep@abep.org

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à Saúde. Departamento de promoção da saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção primária à Saúde, Departamento de Promoção á saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BROWN. A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.*, 2018.

FANGUPO, L.J., HEATH, A.M., WILLIAMS, S.M.; WILLIAMS, L.W.E.; MORISON, B.J.; FLEMING, E.A.; TAYLOR,B.J.; WHEELER, B.J., TAYLOR, R.W. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* 2016.

ROWAN, H., LEE, M. e BROWN, A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet.* 32, 11–20, 2018.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia prático de atualização. A alimentação complementar e o método BLW (Baby Led- weaning), 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1995. 40

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series 894), 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS). Child Growth Standard. Geneva: WHO; 2010.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados em dois artigos originais, intitulados:

Artigo 1- Adoção de abordagens não tradicionais de oferta de alimentação complementar associada a qualidade alimentar e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses.

Artigo 2- Características maternas relacionadas à escolha do tipo de abordagem, tradicional e não tradicional, adotada na fase de alimentação complementar.

6.1. Artigo original 1: Adoção de abordagens não tradicionais de oferta de alimentação complementar associada a qualidade alimentar e estado nutricional de crianças de 6 a 24 meses

Luciana Drumond da Cruz, Andreia Queiroz Ribeiro, Marcela Martins Soares, Maria Teresa Fialho de Souza Campos, Raquel Maria Amaral Araújo.

RESUMO

Objetivo: Investigar o estado nutricional e a qualidade da alimentação das crianças cuja prática alimentar é orientada pela abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar em comparação com a tradicional. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com mães, de crianças de seis a 24 meses, por meio de questionário online, com questões sociodemográficas, de saúde e nutrição, incluindo a prática do aleitamento materno, aspectos da introdução da alimentação complementar, consumo alimentar, e índices antropométricos da criança. Realizou-se análise descritiva e análise de regressão múltipla de Poisson com variância robusta para estimar a associação independente entre as variáveis de interesse e a abordagem não tradicional. **Resultados:** Não foram observadas diferenças entre as mães que adotavam a abordagem não tradicional (ANT) e a tradicional (AT) quanto às características socioeconômicas e demográficas. Houve maior adesão ao aleitamento materno complementado entre mães de crianças de 6 a 8 meses que adotavam a ANT, sendo o mesmo observado para livre demanda. Também, entre as mães que adotavam a ANT, houve maior frequência de não consumo de outro leite nos grupos etários de 6 a 8 meses e 12 a 24 meses; não consumo de outro leite antes dos 6 meses no grupo etário de 6 a 8 meses; introdução da alimentação complementar oportuna no grupo etário de 6 a 8 meses; nenhuma refeição na forma de papinha nos grupos etários de 6 a 8 meses e 12 a 24 meses; engasgo com alimentos em pedaços no grupo etário de 6 a 8 meses; reflexo de Gag no grupo etário de 9 a 11 meses e 12 a 24 meses; não utilização de mamadeiras nos grupos etários de 6 a 8 meses e 12 a 24

meses. Entretanto, no grupo ANT houve maior frequência de inadequação do consumo de carnes e ovos para as crianças de 6 a 8 meses. Não houve diferença entre ANT e AT quanto aos índices antropométricos infantis avaliados. No modelo final de regressão observou-se maior frequência de abordagem ANT entre crianças em aleitamento materno e entre aquelas que não consumiam alimentos com consistência pastosa. **Conclusão:** a adoção de abordagem não tradicional de oferta da alimentação complementar associou-se com prática do aleitamento materno continuado e consumo de alimentos sólidos na fase de introdução da alimentação complementar, e não associou-se a adequação do consumo de carnes e ovos.

Palavras chaves: Desmame guiado pelo bebê, alimentação complementar, método tradicional por colher, aleitamento materno e alimentação infantil.

ABSTRACT

Objective: To investigate the nutritional status and food quality of children whose eating habits are guided by the non-traditional approach of offering complementary foods in comparison with the traditional one. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out with mothers of children aged six to 24 months, through an online questionnaire, with sociodemographic, health and nutrition questions, including the practice of breastfeeding, aspects of the introduction of complementary feeding, food consumption, and child's anthropometric indices. Descriptive analysis and Poisson multiple regression analysis with robust variance were performed to estimate the independent association between the variables of interest and the non-traditional approach. **Results:** No significant differences were observed between mothers who adopted the non-traditional and the traditional approach regarding socioeconomic and demographic characteristics. There was greater adherence to supplemented breastfeeding among mothers of children aged 6 to 8 months who adopted the non-traditional approach (NT), the same being observed for free demand. other milk in the 6 to 8 month and 12 to 24 month age groups; no consumption of other milk before 6 months in the 6 to 8 month age group; introduction of opportune complementary feeding in the 6 to 8 month age group; no food in the form of baby food in the 6 to 8 month and 12 to 24 month age groups; choking on chunky food in the 6 to 8 month age group; Gag reflex in the 9 to 11 months and 12 to 24 months age group; no use of bottles in the 6 to 8 month and 12 to 24 month age groups. However, in the ANT group there was a higher frequency of inadequate consumption of meat and eggs for children aged 6 to 8 months. There was no significant difference between ANT and TA regarding child anthropometric indices assessed. In the final regression model, a higher frequency of non-traditional approaches was observed among breastfed children and among those who did not consume foods with a pasty consistency. **Conclusion:** The adoption of non-traditional approaches to the provision of complementary feeding favored the practice of continued breastfeeding and the consumption of solid foods during the introduction of complementary feeding, but did not favor the adequacy of the consumption of meat and eggs.

Key words: Baby led weaning, Complementary feeding, Traditional spoon-feeding, Breastfeeding e infant feeding.

INTRODUÇÃO

A alimentação nos primeiros anos de vida apresenta impacto no crescimento e desenvolvimento infantil, e é definidora do hábito e preferências alimentares que perduram nos períodos subsequentes, e até à vida adulta (FLORES, 2021; BRASIL 2015; WHO 2003). No primeiro semestre de vida, o leite materno é a opção alimentar segura e nutricionalmente adequada, devendo ser a única fonte alimentar da criança (WHO 2003). A partir dos seis meses torna-se necessária à introdução de outros alimentos, dando-se início à alimentação complementar, que complementará o aleitamento materno, uma vez que as necessidades da criança não podem mais ser supridas exclusivamente pelo leite materno (World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: OMS; 2002). Esta fase representa um marco no desenvolvimento da criança e, dessa forma, a introdução da alimentação complementar deve ocorrer de forma oportuna, ou seja, aos seis meses de idade da criança (World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: OMS; 2002).

A continuação do aleitamento materno a partir da introdução da alimentação complementar, denominado aleitamento materno complementado, tem sido estimulada para garantir benefícios biológicos e nutricionais (TROMP et. al., 2017; HORNEL et. al.; 2013). Há evidências de que o prolongamento do aleitamento materno resulta em menor morbidade e mortalidade infantil, menor probabilidade de sobrepeso e obesidade na fase infantil, maior proteção contra diabetes, manutenção da microbiota intestinal benéfica e menor prevalência de excesso de peso na vida adulta (VICTORA, et. al. 2021; POPOUTSOU et al.,2018; JURADO et al., 2016; NASCIMENTO et. al, 2016; UNDERWOOD et. al, 2015; PRENTICE et al., 2015).

Os órgãos oficiais de saúde recomendam que os alimentos que compõem a alimentação complementar, que compreende o período de seis a 24 meses, sejam inicialmente ofertados à criança na consistência pastosa, numa colher, evoluindo sua consistência até se aproximar da refeição da família aos 12 meses, (BRASIL, 2019; SBP 2018; WHO 2003). Essa forma de oferta da alimentação complementar, em que os alimentos são levados à boca da criança pelo cuidador, é reconhecida como abordagem tradicional (OLIVEIRA, RIGOTI e BOCOLLINI, 2017; MONTE E GIUGLIANE, 2004). A abordagem tradicional também inclui o estímulo da participação da criança nas refeições para proporcionar contato com os alimentos sob a supervisão e auxílio do cuidador, que deve assumir atitude responsiva (BRASIL, 2019).

Outra abordagem de oferta da alimentação complementar tem sido difundida, especialmente no meio virtual, e tem ganhado adesão das famílias e de profissionais de saúde

(SBP 2017; TAYLOR et. al., 2017). Essa abordagem é definida como Baby Led Weaning (BLW), ou “desmame guiado pelo bebê”, e se diferencia da tradicional por desestimular a prática de ofertar alimentos complementares na consistência pastosa e orientar que nas refeições a própria criança leve os alimentos sólidos macios à boca (ERICKSON et. al., 2018; ROWAN et. al., 2018). A partir de estudos que verificaram risco de baixa ingestão de ferro, energia e de asfixia na adoção da BLW (CAMERON, et. al., 2015; DANIELS et. al., 2015) nova versão, denominada BABY- LED INTRODUCTION SOLIDS (BLISS) foi elaborada definindo intervenções nas práticas alimentares com a finalidade de diminuir esses riscos.

Além disso, nas práticas alimentares, famílias têm usado outra versão na oferta inicial dos alimentos para seus filhos, compreendendo uma abordagem não tradicional denominada BLW parcial ou mista. A consistência dos alimentos ofertados pode ser tanto sólida macia como pastosa, porém os alimentos sólidos macios são oferecidos em maior quantidade que as papinhas. E o alimento pode ser levado à boca pela própria criança como, também, pelo responsável (ROWAN et. al., 2019; MORISON et. al., 2016).

A alimentação complementar é elaborada e ofertada à criança segundo as decisões e escolhas dos seus cuidadores (BAEK, PAIK e SHIN, 2014; JOMORI, PROENÇA, CALVO, 2008; SCAGLIONI et. al., 2011). São esses que decidem o que a criança comerá e elegem a estratégia para ofertar os alimentos à criança (JAIME, PRADO e MALTA, 2017; BAEK, PAIK e SHIN, 2014, ADAMO e BRETT, 2014). Dessa forma, interessa investigar a diferença entre os tipos de abordagem adotada para ofertar alimentos à criança em relação à qualidade da alimentação e ao estado nutricional dessas crianças.

Ainda são escassos estudos que explorem a qualidade da alimentação e do estado nutricional de crianças sob a abordagem de oferta de alimentos não tradicional o (BRASIL, 2019; SBP, 2017; ARANTES et al., 2017). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria orienta que sejam realizados estudos para investigar as orientações sobre as condições nutricionais da criança no que se refere aos parâmetros antropométricos e dietéticos das abordagens que não seguem as orientações da abordagem tradicional (SBP, 2017).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi investigar o estado nutricional e a qualidade da alimentação das crianças cuja prática alimentar é orientada pela abordagem não tradicional em comparação com a tradicional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado entre maio de 2020 a maio de 2021, com mães de crianças de 6 a 24 meses. Para o cálculo do tamanho amostral, adotou-se como

parâmetros de interesse: prevalência de abordagem não tradicional de 50% (por ser a mais conservadora), nível de confiança de 95,0% e erro tolerado de 5,0%, resultando em 384 participantes. A esse valor foram acrescentados 5% para perdas, resultando em um tamanho mínimo da amostra de 423 indivíduos. Os dados foram calculados usando o programa OpenEpiversão 3.1. (MARTÍNEZ et al., 2014).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sob o número de registro 3.519.443. A participação ocorreu de forma voluntária, e as mães eram solicitadas a ler e, no caso de concordância, assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A seleção da amostra se deu por conveniência, sendo recrutada por meio de redes sociais online, em páginas ou grupos direcionados para temas sobre maternidade e puericultura no Facebook, Instagram e Telegram. Após o aceite para a participação na pesquisa foi enviado às participantes um questionário estruturado online, elaborado no software Google Forms. O questionário continha questões referentes à condição demográfica e socioeconômica como região de residência da participante no Brasil (Opção de resposta), idade (contínua), raça (Opção de resposta), grau de escolaridade (Opção de resposta), número de filhos (discreta), presença do companheiro (sim e não), ocupação (Opção de resposta) e nível socioeconômico, determinado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018) e classificado em elevado (A e B), intermediário (C) e baixo (D e E) e sobre a saúde e nutrição (peso e altura da criança, consumo alimentar e prática de aleitamento materno).

Um total de 587 mães respondeu ao questionário online. Nesta amostra, aplicou-se os critérios de elegibilidade, sendo excluídas as mães cujo filho nasceu prematuro (< 37 semanas), com baixo peso ao nascer (< 2.500gramas), gemelar, apresentava problemas de saúde que afetam a introdução de sólidos. Também, foram excluídos questionários repetidos, de mães residentes em outros países e com crianças em idade diferente da adotada pelo estudo. Após essas exclusões, obteve-se uma amostra final 395 questionários válidos (Figura 1).

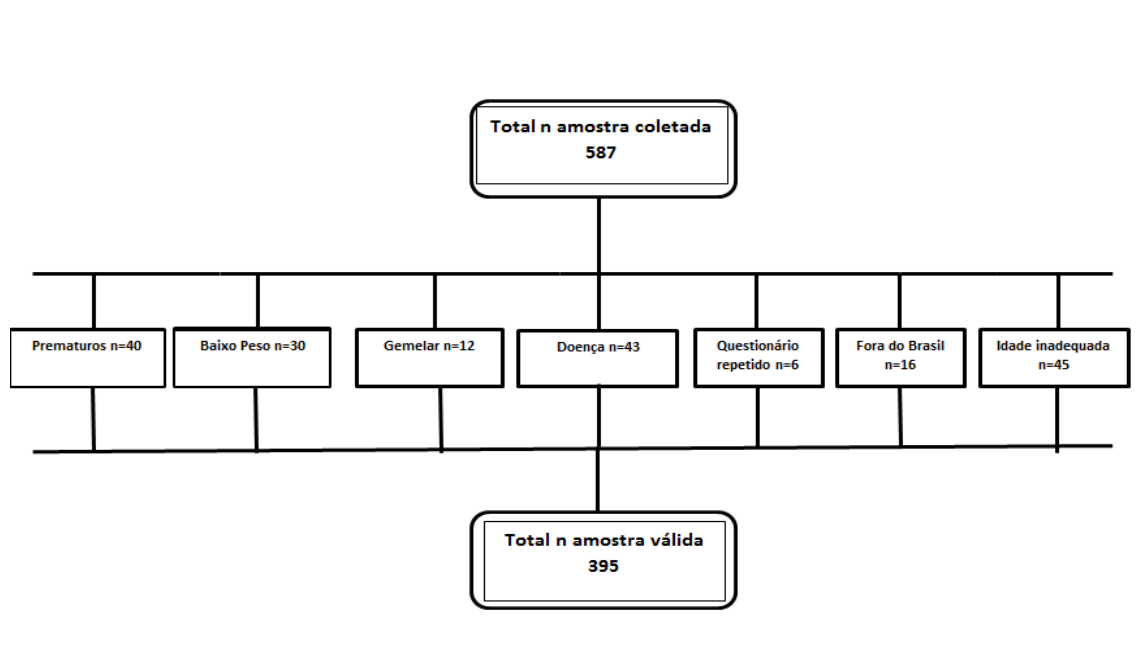


Figura 1- Fluxograma da definição da amostra

Para identificar o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada, foram apresentadas, no questionário, definições das abordagens BLW, Mista e Tradicional (BRASIL, 2019; ROWAN et. al, 2018; SBP, 2017) de modo que a mãe pudesse apontar aquela correspondente à que praticava. As definições traziam as seguintes informações: A abordagem BLW (BABY LED WEANING) é a forma de oferta da alimentação complementar em que a criança é estimulada a alimentar sozinha, levando os alimentos à boca. Nesta abordagem, a duração da refeição é determinada pela própria criança. Os alimentos são apresentados em cortes no formato de bastonetes, maiores que a mão da criança, para facilitar à pega. Sua textura precisa ser firme para não serem esmagados entre os dedos e, ao mesmo tempo, precisa possibilitar que sejam esmagados com a força das gengivas. Na abordagem TRADICIONAL, os alimentos são oferecidos por um adulto, inicialmente de forma pastosa, na colher, e a sua consistência evolui com o passar dos meses, até aproximar a consistência com a refeição da família, próximo dos 12 meses de idade. Quem oferta o alimento é que comanda a duração da refeição. A abordagem MISTA é quando a mãe ou o responsável adotam partes dessas duas práticas.

Adicionalmente, a mãe respondia perguntas sobre a forma de alimentar a criança, número de vezes em que a criança era autoalimentada, e a consistência habitual dos alimentos nas refeições. Estas perguntas tinham o objetivo de averiguar se a abordagem praticada pela mãe correspondia à abordagem apontada por ela. A identificação da abordagem BLW deu-se

quando a criança era autoalimentada, da abordagem Mista quando a criança era ora alimentada com colher, ora autoalimentada, e da abordagem Tradicional deu-se na condição em que a criança era sempre alimentada com colher.

Após a identificação do tipo de abordagem praticada, fez-se distribuição das participantes em dois grupos, um com mães que adotavam a abordagem Tradicional (AT) e outro, denominado “Não Tradicional” (ANT) também chamada de participativa, composto por mães que adotavam as abordagens BLW e Mista.

Para avaliação antropométrica obteve-se informações sobre o peso e o comprimento da criança, os quais foram auto relatados pelas responsáveis. Avaliou-se os índices P/E, P/I, e IMC/I, em escore-Z (WHO, 2010), por meio do software WHO Anthro Plus 2011 versão 3.2.2. A partir da classificação do estado nutricional, as crianças foram distribuídas em dois grupos, conforme a presença ou ausência de excesso de peso. As classificações: magreza acentuada, magreza e eutrofia foram agrupadas como sem excesso de peso e risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade como excesso de peso. Já para as classificações: muito baixo peso, baixo peso e peso adequado para a idade foram agrupados em sem excesso de peso e a classificação peso elevado para a idade em excesso de peso.

Para investigar o consumo alimentar das crianças foi utilizado o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) (ARAÚJO et al, 2010) e perguntas relacionadas à prática do aleitamento materno (WHO, 2003.). Os grupos alimentares avaliados foram: laticínios (fórmula infantil, leite de vaca ou de outros, iogurte caseiro e queijo. Excluído o consumo de leite materno), carnes e ovos (ovo, omelete, peixe, boi, porco e frango), cereais e tubérculos (arroz, macarrão, nhoque, panqueca, lasanha, farofa, polenta ou angu, inhame, mandioca ou aipim, milho, batata, bolo caseiro e biscoito caseiro), leguminosas (feijão), hortaliças (tomate, alface, couve-flor, brócolis, chuchu, repolho, quiabo, pepino, cebola, cenoura, beterraba, abobrinha e abobora moranga), frutas (laranja, banana, morango, abacaxi, maçã, goiaba e mamão) e alimentos ultraprocessados (iogurte, biscoito salgado, biscoito doce, pão de queijo, bolo, pizza, cachorro quente, refrigerante, doces, bala, suco industrializado, achocolatado, macarrão instantâneo, sopa industrializada, frios, hambúrguer, nuggets e molho industrializado) (Brasil, 2019). A frequência de consumo de cada grupo alimentar foi estabelecida, conforme informado pela responsável, como mensal, ou semanal ou diária,

Para a investigação da prática do aleitamento materno, questionou-se sua ocorrência e a frequência com que a criança era amamentada no dia. Para as mães que não estavam amamentando, questionou-se se a mesma havia amamentado e por quanto tempo. Também, obteve-se informação sobre a oferta de outros leites e, ou, de outros alimentos antes dos seis

meses. O uso de chupeta e mamadeira foi avaliado. A idade de introdução da alimentação complementar foi questionada para averiguar a ocorrência de introdução precoce, antes dos seis meses.

Foram averiguados o número de refeições diárias, excluindo-se as mamadas e, também, a consistência dos alimentos mais frequentemente utilizada nas refeições. A avaliação da qualidade alimentar seguiu as diretrizes do Guia Alimentar para Criança Menores de 2 anos (BRASIL,2019).

Para investigação da presença do reflexo de GAG e do engasgo foi apresentado às participantes a descrição para sua identificação baseando-se na literatura, na qual o Engasgo é o bloqueio da traqueia “garganta” devido a um alimento ou bebida que obstrui a passagem, podendo interromper a respiração, enquanto no reflexo de Gag a criança, ao sentir o alimento na boca, faz um movimento simulando vômito para evitar o engasgo e logo após, age como se nada tivesse lhe acontecido, sem sinais de desconforto ou alterações de humor (BROWN A., 2018; FANGUPO et al,2016).

As análises das variáveis antropométricas e da qualidade da alimentação das crianças foram realizadas segundo as faixas etárias de 6 a 8 meses, que representa os primeiros meses da introdução de alimentos sólidos; 9 a 11 meses que é intermediária e de 12 a 24 meses, quando a alimentação das crianças se aproxima da refeição da família.

As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS Statistics versão 20.0. Realizou-se análise descritiva e foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para comparar as variáveis maternas, prática do aleitamento materno, qualidade da alimentação e índices antropométricos peso para estatura (P/E), peso para idade (P/I) e índice de massa corporal para idade (IMC/I) de acordo com o tipo de abordagem complementar.

A análise de regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para estimar a associação independente entre as variáveis relacionadas à qualidade da alimentação e estado nutricional e a abordagem complementar. Para tanto, aquelas variáveis que se associaram significativamente com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, sendo utilizadas como variáveis de ajuste a idade e condição socioeconômica materna, número de filhos e idade da criança. Na análise múltipla, algumas variáveis que se associaram ao tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar na análise bivariada não foram incluídas, em função de multicolinearidade. Nessa análise, foram estimadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

No presente estudo, observa-se a participação de mães de todas as cinco regiões do País, com predominância da região Sudeste (75,7%). Conforme tabela 1, as mães tinham idade média de 31,7 (desvio padrão =5,7) anos, a maioria tinha escolaridade acima do ensino médio completo (72,2%), pertencia às classes socioeconômicas A-B1-B2 (85,3%), era branca (64,8%), primípara (73,7%), morava com o companheiro (a) (86,6%) e trabalhava (56,2%).

Em relação ao tipo de abordagem adotada, verificou-se que 82,3% das mães adotavam a ANT. A média de idade das crianças foi de 11,9 (desvio padrão =4,9) meses, com predominância significativa do sexo masculino (52,4%) (Tabela 1). A ANT prevaleceu em todas as faixas etárias, sendo maior no intervalo de 12 a 24 meses (Tabela 2).

Ao se comparar as características socioeconômicas e demográficas das mães pertencentes ao grupo ANT com aquelas do grupo AT (Tabela 1) observou-se, entre as mães que adotavam a ANT, maior frequência de adultas, alta escolaridade, elevado nível socioeconômico, declaração de raça/cor branca, com um filho, presença de companheiro, com ocupação, e ocupação em três ou mais dias na semana. No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Tabela 1- Variáveis maternas, segundo o tipo de abordagem da alimentação complementar. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	Tradicional (AT) n(%)	Não Tradicional (ANT) n(%)	Total n(%)	Valor p
Idade				
materna(anos)*				
<i>14 a 29</i>	17 (24,3)	106 (32,7)	123 (31,2)	
<i>30 ou mais</i>	53 (75,7)	218 (67,3)	271 (68,8)	0,167
Escolaridade				
<i>Ensino médio completo</i>	24 (34,3)	86 (26,5)	110 (27,8)	
<i>Superior completo ou acima</i>	46 (65,7)	239 (73,5)	285 (72,2)	0,185
Classificação socioeconômica				

<i>A +B1+B2</i>	55 (78,6)	284 (87,4)	337 (85,3)	
<i>C1 +C2+D e E</i>	15 (21,4)	41 (12,6)	58 (14,7)	0,055
Raça/Cor**				
<i>Branca</i>	45 (66,2)	219 (68,9)	264 (68,4)	
<i>Não branca</i>	23 (33,8)	99 (31,1)	122 (31,6)	0,665
Número de filhos				
<i>Um</i>	47 (67,1)	244 (75,1)	291 (73,7)	
<i>Dois ou mais filhos</i>	23 (32,9)	81 (24,9)	104 (26,3)	0,172
Companheiro (a)				
<i>Sim</i>	59 (84,3)	283 (87,1)	342 (86,6)	
<i>Não</i>	11 (15,7)	42 (12,9)	53 (13,4)	0,534
Ocupação Materna				
<i>Sim</i>	41 (58,6)	181 (55,7)	222 (56,2)	
<i>Não</i>	29 (41,4)	144 (44,3)	173 (43,8)	0,660
Dias de ocupação semanal ***				
<i>Menos de 3 dias</i>	3 (7,3)	10 (5,5)	13 (5,9)	
<i>3 ou mais dias</i>	38 (92,7)	171 (94,5)	209 (94,1)	0,659

*n=394 (uma mãe não informou a idade da criança).

**n=342 (9 não declararam a raça)

***n= 199 (somente aquelas com ocupação).

Tabela 2- Distribuição das crianças por faixa etária e tipo de abordagem. Brasil 2020-2021(n=395)

Faixa etária (meses)	Tipo de abordagem		
	Tradicional (AT)	Não Tradicional (ANT)	Total
6 a 8	24 (19,7%)	98 (80,3%)	122 (100%)
9 a 11	23 (22,1%)	81 (77,9%)	104 (100%)
12 a 24	23 (13,6%)	146 (86,4%)	169 (100%)
Total	70 (17,7%)	325 (82,3%)	395(100%)

Conforme tabela 3, no aspecto da qualidade da alimentação, entre aquelas crianças cujas mães adotavam a abordagem não tradicional, observou-se maior frequência de aleitamento materno ($p=0,01$) e da livre demanda ($p=0,021$) no grupo etário de 6 a 8 meses; maior frequência de não consumo de outro leite nos grupos etários de 6 a 8 meses (0,070) e 12

a 24 meses (0,070); não consumo de outro leite antes dos 6 meses no grupo etário de 6 a 8 meses ($p=0,000$); introdução da alimentação complementar oportuna no grupo etário de 6 a 8 meses ($p=0,007$); nenhuma refeição na forma de papinha nos grupos etários de 6 a 8 meses ($p=0,006$) e 12 a 24 meses (0,000); não utilização de mamadeiras nos grupos etários de 6 a 8 meses (0,000) e 12 a 24 meses ($p=0,017$). Por outro lado, no grupo ANT houve maior frequência de inadequação de consumo de carnes e ovos para as crianças de 6 a 8 meses ($p=0,034$).

No grupo etário de 6 a 8 meses, entre aquelas do grupo ANT observou-se maior frequência de engasgo com alimentos em pedaços ($p=0,022$). A presença de Gag foi mais frequente entre as crianças do grupo ANT tanto no grupo etário de 9 a 11 meses ($p=0,004$) quanto no grupo de 12 a 24 meses ($p=0,01$).

Não houve diferença significativa entre os grupos ANT e AT quanto aos índices antropométricos avaliados (Tabela 3).

Tabela 3- Alimentação e antropometria das crianças, segundo faixa etária e tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar; Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	6 a 8 meses			9 a 11 meses			12 a 24 meses		
	Tradicional	Não tradicional	Valor p	Tradicional	Não tradicional	Valor p	Tradicional	Não tradicional	Valor p
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Aleitamento materno complementado									
<i>Sim</i>	15 (14,6)	88 (85,4)	0,010	15(19,7)	61 (80,3)	0,336	12 (10,2)	106 (89,8)	0,057
<i>Não</i>	9 (47,4)	10 (52,6)		8 (28,6)	20 (71,4)		11 (21,6)	40 (78,4)	
Frequência de mamadas no dia									
<i>Livre demanda</i>	10 (11,0)	81(89,0)		13 (20,6)	50 (79,4)		7 (7,5)	86 (92,5)	
<i>1 a 6 vezes</i>	4 (36,4)	7 (63,6)	0,021	2 (15,4)	11 (84,6)	0,665	5 (20,0)	20 (80,0)	0,067
Consumo de outro leite									
<i>Sim</i>	12 (35,3)	22 (64,7)		10 (22,2)	35 (77,8)		17 (18,5)	75 (81,5)	
<i>Não</i>	12(13,6)	76 (86,4)	0,070	13 (22,0)	46 (78,0)	0,982	6 (7,8)	71 (92,2)	0,044
Qual ?									
<i>Fórmula</i>	11 (33,3)	22 (66,7)		8 (19,0)	34 (81,0)		7 (15,9)	37 (84,1)	
<i>Leite de vaca</i>	1 (100%)	0(0,0)	0,169	2 (66,7)	1 (33,3)	0,055	10 (20,8)	38 (79,2)	0,543

**Consumo de outro
leite antes dos 6
meses**

<i>Sim</i>	14 (40,0)	21 (60,0)		7 (20,0)	28 (80,0)		10 (18,2)	45 (81,8)	
<i>Não</i>	10 (11,5)	77 (88,5)	0,000	16 (23,2)	53 (76,8)	0,711	13 (11,4)	101 (88,6)	0,229
Qual?									
<i>Fórmula</i>	14 (40,0)	21 (60,0)		7 (20,6)	27 (89,4)		9 (17,0)	44 (83,0)	
<i>Leite de vaca</i>			-			-	1 (50,0)	1 (50,0)	0,235

**Introdução da A.C*
oportuna**

<i>Não</i>	10 (38,5)	16 (61,5)		10 (32,3)	21 (67,7)		5 (14,3)	30 (85,7)	
<i>Sim</i>	14 (14,6)	82 (85,4)	0,007	13 (17,8)	60 (82,2)	0,104	18 (13,4)	116 (86,6)	0,896
Quantidade de refeições/dia									
<i>Inadequado</i>	5 (21,7)	18 (78,3)		1 (50,0)	1 (50,0)		2 (20,0)	8 (80,0)	
<i>Adequado</i>	18 (18,6)	79 (81,4)	0,727	22 (22,2)	77 (77,8)	0,354	20 (12,8)	136 (87,2)	0,516

**Número de Refeições
na consistência de
papa**

<i>Nenhuma</i>	1 (2,7)	36 (96,3)		9 (15,0)	51 (85,0)		17 (9,5)	134 (94,5)	
<i>Até 3</i>	18 (28,1)	46 (71,9)		11 (31,4)	24 (68,6)		6 (40,0)	9 (60,0)	
<i>Acima de 3</i>	4 (28,6)	10 (71,4)	0,006	3 (42,9)	4 (57,1)	0,075	3 (100,0)		0,000
Presença de engasgo									
<i>Sim</i>	12 (29,3)	29 (70,7)		10 (28,6)	25 (71,4)		8 (11,4)	62 (88,6)	
<i>Não</i>	12 (14,8)	69 (85,2)	0,058	13 (18,8)	56 (81,2)	0,259	15 (15,2)	84 (84,8)	0,487
Apresentação do alimento no engasgo									
<i>Em pedaço</i>	3 (12,5)	21 (87,5)		5 (22,7)	17 (77,3)		5 (8,2)	56 (91,8)	
<i>Purê ou amassado</i>	6 (54,5)	5 (45,5)		4 (57,1)	3 (42,9)		1 (25,0)	3 (75,0)	
<i>Líquido</i>	2 (50)	2 (50)	0,022	1 (20,0)	4 (80,0)	0,194	2 (40,0)	3 (60,0)	0,068
Reflexo de Gag									
<i>Sim</i>	18 (17,3)	86 (82,7)		18 (18,8)	78 (81,2)		14 (9,8)	129 (90,2)	
<i>Não</i>	6 (33,3)	12 (66,7)	0,114	5 (62,5)	3 (37,5)	0,004	9 (34,6)	17 (65,4)	0,01
Uso de chupeta									
<i>Sim</i>	13 (25,5)	38 (74,5)		10 (19,2)	42 (80,4)		14 (17,3)	67 (82,7)	
<i>Não</i>	11(15,5)	60 (84,5)	0,171	13 (25,0)	39 (75)	0,478	9 (10,2)	79 (89,8)	0,181
Uso de mamadeira									
<i>Sim</i>	18(35,5)	33(64,7)		14 (23,3)	46 (76,7)		19 (17,8)	69 (80,2)	
<i>Não</i>	6(8,5)	65 (91,5)	0,000	9 (20,5)	35 (79,5)	0,727	6 (7,2)	77 (92,8)	0,017
Laticínios									

<i>Adequado</i>	13 (19,4)	54 (80,6)	0,934	9 (16,7)	45 (83,3)	0,164	12 (14,8)	69 (85,2)	0,661
<i>Inadequado</i>	11 (20,0)	44 (80,0)		14 (28,0)	36 (72,0)		11 (12,5)	77 (87,5)	
Carne e ovos									
<i>Adequado</i>	6 (40,0)	9 (60,0)	0,034	2 (16,7)	10 (83,3)	0,629	2 (8,7)	21 (91,3)	0,460
<i>Inadequado</i>	18 (16,8)	89 (83,2)		21 (22,8)	71 (77,2)		21 (14,4)	125 (85,6)	
Frutas									
<i>Adequado</i>	4 (22,2)	14 (77,8)	0,768	7 (28,0)	18 (72,0)	0,416	7 (20,0)	28 (80,0)	0,216
<i>Inadequado</i>	20 (19,2)	84 (80,8)		16 (20,3)	63 (79,7)		16 (11,9)	118 (88,1)	
Hortaliças									
<i>Adequado</i>	9 (28,1)	23 (71,9)	0,161	3 (11,1)	24 (88,9)	0,109	4 (7,3)	51 (92,7)	0,095
<i>Inadequado</i>	15 (16,7)	75 (83,3)		20 (26,0)	57 (74,0)		19 (16,7)	95 (83,3)	
Cereais e tubérculos									
<i>Adequado</i>	4 (19,0)	17 (81,0)	0,937	8 (23,5)	26 (76,5)	0,809	15 (16,7)	75 (83,3)	0,216
<i>Inadequado</i>	20 (19,8)	81 (80,2)		15 (21,4)	55 (78,6)		8 (10,1)	71 (89,9)	
Feijão									
<i>Adequado</i>	5 (23,8)	16 (76,2)	0,600	6 (20,0)	24 (80,0)	0,741	7 (10,4)	60 (89,6)	0,331
<i>Inadequado</i>	19 (18,8)	82 (81,2)		17 (23,0)	57 (77,0)		16 (15,7)	86 (84,3)	
Ultraprocessados									
<i>Ausência</i>	18 (18,2)	81 (81,8)	0,390	10 (19,2)	13 (80,8)	0,478	2 (20,0)	8 (80,0)	0,543
<i>Presença</i>	6 (26,1)	17 (73,9)		42 (25,0)	39 (75,0)		21 (13,2)	138 (86,8)	

P/E*

<i>Sem excesso de peso</i>	18 (23,4)	59 (76,6)	0,299	16 (25,4)	47 (74,6)	0,142	9 (11,2)	71 (88,8)	0,294
<i>Com excesso de peso</i>	5 (14,7)	29 (85,3)		5 (13,2)	33 (86,8)		13 (17,1)	63 (82,9)	

P/I**

<i>Sem excesso de peso</i>	21 (19,4)	87 (80,6)	0,264	20 (20,4)	78 (79,6)	0,507	18 (12,7)	124 (87,3)	0,371
<i>Com excesso de peso</i>	2 (40,0)	3 (60,0)		1 (33,3)	2 (66,7)		4 (20,0)	16 (80,0)	

IMC/I*

<i>Sem excesso de peso</i>	16 (21,6)	58 (78,4)	0,501	17 (25,0)	51 (75,0)	0,135	10 (13,2)	66 (86,8)	0,717
<i>Com excesso de peso</i>	6 (16,2)	31 (83,8)		4 (12,1)	26 (87,9)		12 (15,2)	67 (84,8)	

*n=327 (24 mães não declararam peso e estatura)

**n= 335(16 mães não declararam peso). P/E- Peso por estatura; P/I- Peso por idade e IMC/I- IMC por idade.

Na análise de regressão múltipla sem estratificação por grupos etários, observou-se maior frequência da ANT entre crianças em aleitamento materno, e menor frequência entre crianças que recebiam refeições na consistência de papa (Tabela 4). As demais variáveis que se associaram significativamente a ANT na análise bivariada, não se mantiveram independentemente associadas na regressão múltipla.

Tabela 4- Resultados finais da associação das variáveis relacionadas à qualidade alimentar e antropometria com a abordagem complementar. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	Não Tradicional		
	RP*	IC 95%**	Valor p
Aleitamento materno continuado			
<i>Não</i>	1		
<i>Sim</i>	1,18	1,01-1,37	0,032
Consumo de leite antes do 6 meses			
<i>Sim</i>	1		
<i>Não</i>	0,99	0,88-1,13	0,915
Idade de Introdução da Alimentação Complementar			
<i>Antes de 6 meses</i>	1		
<i>A partir de 6 meses</i>	1,05	0,914-1,22	0,466
Número de refeições na consistência de papa			
<i>Nenhuma</i>	1		
<i>Até 3</i>	0,80	0,69-0,92	0,001
<i>Acima de 3</i>	0,65	0,46-0,90	0,012
Gag			

<i>Sim</i>	1		
<i>Não</i>	1,07	0,99-1,16	0,093
Carnes e ovos			
<i>Adequado</i>	1		
<i>Inadequado</i>	0,98	0,85-1,14	0,833
Chupeta			
<i>Não usa</i>	1		
<i>Usa</i>	1,02	0,92-1,12	0,729

*RP= Razão de Prevalência. Ajustada pelas variáveis maternas (idade, nível socioeconômico e número de filhos) e pela idade da criança. **IC95%- Intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificamos que a ocorrência de aleitamento materno foi favorecida no grupo de mulheres que adotavam a ANT, e que as demais práticas que beneficiam o aleitamento materno, como livre demanda, não uso de mamadeiras e de outros leites, e além da introdução oportuna da alimentação complementar, também foram mais frequentes nesse grupo. Embora fatores socioeconômicos sejam reconhecidos como influentes nas taxas de aleitamento materno (ALVES, OLIVEIRA E RITO, 2018; VIEIRA et. al.; 2015), não houve diferença significativa entre ANT e AT quanto à idade, escolaridade, classe socioeconômica e região, sugerindo que a maior ocorrência de aleitamento materno no grupo ANT está relacionada a outros fatores. Ademais, a escolaridade, apontada como um fator relevante na prática do aleitamento materno (RAGUSA et. al., 2021; PAPOUTSOU et. al., 2018) era elevada para ambos os grupos.

A maior ocorrência do aleitamento materno entre as mães que adotaram a abordagem não tradicional no presente estudo corrobora os achados na literatura. No estudo realizado por Rowan (2018) com crianças de 6 a 12 meses, que comparou os grupos BLW restrito, BLW parcial e Tradicional, evidenciou que os grupos que adotaram abordagem não Tradicional (BLW restrito e BLW parcial) tiveram maior prevalência de aleitamento materno (78,4% e 68,5%) comparado ao Tradicional (30,5%).

Resultados similares foram observados por estudos de intervenção no qual a comparação deve ser feita com cautela. Morison et. al. (2018) que compararam as abordagens tradicional e a não tradicional, denominada BLISS, que é uma nova versão da abordagem BLW e objetiva garantir a ingestão de alimentos ricos em ferro, energia e diminuir o risco de asfixia. Nesse estudo, observou maior ocorrência do aleitamento materno no grupo não

tradicional. Já Daniel et. al. (2018) não verificaram diferença quanto à prática do aleitamento materno entre os grupos BLISS e tradicional.

Em relação à oferta de fórmula infantil foi observada diferença entre as abordagens, porém as análises sugerem que, em todos os grupos etários da abordagem não tradicional houve menor oferta de outro leite antes dos seis meses e no momento da pesquisa, indicando a priorização do aleitamento materno nesse grupo. Rowan et. al. (2018) encontraram menor frequência de oferta de fórmula infantil entre mães da abordagem Não Tradicional (BLW restrita e mista) comparado à Tradicional. Nos estudos de intervenção realizados por Morison et. al. (2018) e Daniels et. al. (2017) não encontraram diferenças entre a ingestão de fórmula e leite materno entre os grupos estudados, vale ressaltar que essa comparação, com o presente estudo, deve ser feita com cautela.

Com relação à consistência dos alimentos consumidos na alimentação complementar estudos demonstram que quanto mais próximo da textura normal estiver o alimento, melhor será a aceitação de variedades alimentares pela criança (JAIME, PRADO e MALTA, 2017; BAEK, PAIK e SHIN, 2014). Averiguamos, que a oferta de alimentos na consistência de papinha foi menor entre as mães que adotavam a abordagem Não Tradicional, para os grupos etários de 6 a 8 meses e 12 a 24 meses, O estudo de intervenção realizado por Morison et al. (2018) também verificou que o grupo Não Tradicional, BLISS, apresentou menor consumo de alimentos na consistência de purê, na idade de 7 meses, ao mesmo tempo que apresentava maior frequência de alimentos sólidos, macios e fáceis para a criança manusear. Erickson et. al. (2018) observaram resultado semelhante no seu estudo randomizado, no qual o objetivo era estudar o impacto da ingestão de alimentos e nutrientes comparando a abordagem BLISS com Tradicional. Nesse estudo, os bebês BLISS de 7 meses eram, de 2 a 4 vezes, mais propensos a alimentar a preparação de refeição igual da sua família e ao 12 meses duas vezes mais que o grupo tradicional. Estudos de intervenção devem ser comparados com ponderação.

No que se refere à introdução oportuna da alimentação complementar (SBP, 2018; OLIVEIRA e AVI, 2017; Who, 2003) e a progressão do número de refeições ao dia (Brasil, 2019), o grupo ANT mostrou melhores resultados, embora as diferenças não tenham sido significativas. Estudos mostram divergência quanto a esse aspecto, Fu et al (2018) observaram que os grupos estudados não tradicional, BLW parcial e restrito, comparado com o tradicional não diferiram significativamente na idade da introdução alimentar entre os grupos, estando abaixo dos 6 meses para todas abordagens.

Já em alguns estudos de intervenção Taylor (2017) e Fangupo (2016) observaram que crianças que seguiam a não tradicional, BLISS, iniciaram a introdução alimentar mais próximo aos seis meses que o grupo controle. Erickson et al (2018) averiguaram que crianças de 7 meses do grupo não tradicional estavam se alimentando de refeição 40 % mais que o grupo tradicional.

A presença do reflexo de GAG, que igualmente ao engasgo é relatado como preocupação para as mães na oferta da alimentação complementar, foi mais predominante nas crianças do grupo ANT, ao contrário do observado para o engasgo que apresentou a menor prevalência nessas crianças. Mesmo não sendo significativos, esses resultados são importantes, pois muitas mães e profissionais acreditam que a abordagem de oferta da alimentação complementar não tradicional apresenta mais risco de engasgo (CAMERON et. al., 2012; BROWN E LEE, 2011). Estudos internacionais anteriores também não encontraram associação significativa entre o tipo de abordagem adotada na alimentação complementar e a ocorrência de engasgo (FANGUPO et al, 2016; BROWN, 2018).

O consumo inadequado de carnes e ovos, embora tenha apresentado uma frequência significativamente maior no grupo ANT, não se manteve associado na análise de regressão múltipla, indicando que ambos os grupos não satisfaziam a demanda de consumo ideal desses alimentos. A oferta de carne e ovos no período de introdução da alimentação complementar é considerada crítica, já que as mães receiam que a criança engasgue. Alguns estudos com desenho transversal, que avaliam a diversidade alimentar nesse período, confirmam a baixa frequência de consumo desses alimentos. Souza et. al. (2020) observaram que carnes e ovos eram introduzidos somente a partir dos 12 meses, Oliveira, Rigotti e Bocollini (2017) averiguaram que menos de 60% das crianças de seis a 11 meses consumiam carnes, Lopes et. al. (2018) que somente metade das crianças recebeu esses alimentos aos seis meses e FU et al., 2018 menor consumo desses alimentos no AT. Outros estudos que avaliam a diferença entre as abordagens em relação ao consumo de carnes e ovos, revelam menor frequência de consumo no grupo tradicional (ROWAN et. al., 2018; 2018; MORISON et.al., 2018; DANIELS et. al. ,2018). Salientamos que a maioria dos estudos citados são randomizados, no qual as comparações devem ser feitas com cautelas. Esses estudos utilizam a abordagem BLISS, versão modificada do BLW com adequação nutricional, no qual entre as orientações sugeridas está a adequação da oferta à criança de alimentos fonte de ferro e proteína, como as carnes e ovos (CAMERON et al,2015). Os estudos que não são randomizados foram realizados depois da inclusão dessas orientações que são apresentadas as mães que utilizam a não tradicional.

Rowan (2018) avaliaram a frequência de exposição da criança a alimentos proteicos, entre eles a carne, ao longo de 24 horas e observaram que, na faixa etária de 6 a 8 meses, as abordagens Não Tradicional, BLW restrito e BLW parcial, tiveram uma maior frequência de exposição, comparado com o Tradicional. FU et al.(2018) observaram que as crianças de 6 meses na abordagem BLW completo tinham mais chance de consumir carne vermelha do que o Tradicional.

O mesmo foi averiguado por alguns estudos randomizados, no qual se deve ter cautela nas comparações. Morison et al. (2018) estudaram a variedade alimentar através da classificação dos alimentos registrados em 3 dias de refeições e evidenciaram que na faixa etária de 7 meses, no grupo Não Tradicional (BLISS) havia maior variedade de oferta de carnes em relação ao Tradicional. Um estudo avaliou o zinco na alimentação complementar e observou que a abordagem Não Tradicional (BLISS), na faixa etária de 7 meses, tinha um maior consumo dos alimentos fontes desse nutriente, entre eles a carnes e ovos (DANIELS et al., 2018).

Para os demais grupos de alimentos não houve diferença quanto à adequação do consumo entre as abordagens estudadas, e ambas apresentaram percentual elevado de inadequação, sugerindo que a diversidade alimentar não era atingida para os grupos etários. Outros estudos que avaliaram a qualidade alimentar entre as abordagens observaram resultados divergentes.

Fu et. al.(2018) relataram que o grupo Não Tradicional (BLW restrito e parcial) era menos propenso a comer frutas que hortaliças; estudo realizado no Reino Unido observou que no grupo etário, de 6 a 8 meses, as abordagens BLW restrito e BLW parcial tiveram uma exposição significativamente maior para porções de vegetais do que o grupo tradicional (ROWAN et, al, 2018). Morison et. al. (2018) verificaram que crianças na faixa etária de 7 meses apresentou no grupo BLISS um maior consumo de frutas e hortaliças, esse estudo existe cautela na comparação por ser de intervenção.

Quanto à presença de produtos ultraprocessados na alimentação da criança, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, e os alimentos mais oferecidos pelas mães, em ordem decrescente foram: pão de queijo, iogurte, biscoito salgado, bolo, molho industrializado, doces, biscoito doces, sucos industrializados, frios, achocolatado, hambúrguer e nuggets, refrigerantes, balas, macarrão instantâneo e sopa industrializada.

No estudo de Rowan (2018) foi observado que crianças que realizavam BLW. parcial, também denominada Mista, na faixa etária de 11 a 12 meses, tinham uma maior exposição a lanches como biscoitos, salgados e batata frita comparadas as abordagens BLW restrito e

Tradicional. O mesmo foi observado por Morison (201) e Daniels (2018) no consumo de cereais infantis fortificados, no qual as crianças do grupo não tradicional, BLW parcial e BLISS apresentaram consumo significativamente maior desses alimentos. Já o consumo de alimentos comerciais para bebês, não apresentou diferença entre os grupos (MORISON et al, 2016). Morison realizou outro estudo em 2018, no qual averiguou que aos 7 meses, o grupo BLISS apresentou maior ingestão de alimentos da classificação não-essenciais dentre eles alimentos ultraprocessados como biscoitos e sorvetes.

Os grupos ANT e AT não se diferiram quanto aos dados antropométricos das crianças, o que coincide com achados de alguns estudos. Fu et. al. (2018) também não encontraram diferença entre os grupos nas idades de 6 a 8 meses em relação ao índice Peso/Idade, porém nesse estudo nem todas as mães forneceram os dados. Taylor et. al.(2017) não observaram diferença significativa no IMC/I entre BLISS e Tradicional no grupo etário de 12 e 24 meses, porém este estudo é de intervenção.

Outros estudos encontraram relação significativa, Townsend et al. (2012) verificou que as crianças do grupo Tradicional possuíam maior incidência de obesidade segundo o IMC/I, comparada com o não Tradicional. O mesmo foi averiguado por Brown e Lee (2013) na avaliação de peso por idade, sendo as crianças do Tradicional mais pesadas.

O presente estudo possui como pontos positivos a participação de mães de todas as regiões do Brasil, dupla digitação como controle de qualidade dos dados, a inclusão de crianças com idade em todas as faixas etárias que abrange a alimentação complementar e importância da contribuição do tema para literatura tão escasso.

Este estudo também apresenta algumas limitações que se referem à amostra ter sido de conveniência.

Mais pesquisas são necessárias para examinar a ingestão de nutrientes específicos entre grupos e avaliações dos dados antropométricos, ampliando os achados do presente estudo (TAYLOR et. al., 2017; MORISON et. al., 2016; TOWNSEND E PITCHFORD, 2012).

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostram que as mães que adotavam a abordagem não tradicional apresentavam maior adesão ao aleitamento materno continuado e menor frequência de oferta de alimentos com consistência pastosa, o que pode resultar em benefícios para a criança. Os resultados sugerem que a adoção de abordagem de introdução da

alimentação complementar não tradicional pode favorecer a prática do aleitamento materno continuado e maior contato com alimentos sólidos macios.

Em relação à inadequação do consumo de carnes e ovos, sua ocorrência entre as mães que adotavam a abordagem não tradicional reforça a necessidade de ações educativas na introdução da alimentação complementar também para esse grupo de mães.

REFERÊNCIAS

ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2018 – www.abep.org – abep@abep.org

ADAMO, K. B.; BRETT, K. E. Parental perceptions and childhood dietary quality. *Matern. Child Health J.*, v.18, n.4, p.978-95, 2014.

ALVES, J.S; OLIVEIRA, M.I.C; RITO, R.V.V.F. Guidance on breastfeeding in primary health care and the association with exclusive breastfeeding. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(4):1077; 2018.

ARANTES, A.L.A.;NEVES, F. S.;CAMPOS,A. A. L.;NETTO, M. P. Método baby-led weaning(BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão-Rev..Pal.Pediatr,2018.

ARAUJO, M.C; VEIGA, G.V. da,; SICHIERI,R.; PEREIRA, R.A. Elaboração de questionário de frequência alimentar semiquantitativo para adolescentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 23(2):179-189, 2010.

BAEK,T.J;PAIK, H. Y.;SHIM, J. E. Association between family structure and food group intake in children. *Nutrition Research and Practice* ;8(4):463-468 ,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à Saúde. Departamento de promoção da saúde .Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção primária à Saúde, Departamento de Promoção á saúde. Brasília :Ministério da saúde, 2019.

BROWN. A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.*, 2018.

BROWN, A.; LEE, M. Early influences on child satiety-responsiveness:the role of weaning style. *Pediatric Obesity* 10, 57–66, 2013.

BROWN, A.; LEE, M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a uk sampleof mothers. *Matern. Child Nutr.*, 7, 34–47,2011.

CAMERON,S. L.,TAYLOR, R. W.;HEATH, A-L. M..Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*,003946,2012.

CAMERON,S.L; TAYLOR R.W, HEATH A.L.M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics* 15:99, 2015.

D’ANDREA, E. D.; JENKINS, K.; MATHEWS, M.; ROEBOTHAN, B.; Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, Vol. 77, 2016.

DANIELS,L.; HEATH, A.L.M; WILLIAMS,S.M; CAMERON, S.L.; FLEMING, E.A; TAYLOR, B.J; WHEELER, B.J.; GIBSON, R.S; RACHAEL W. TAYLOR, R.W. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics* 15:179, 2015.

DANIELS,L.;TAYLOR,R.W;WILLIAMS, S. M.;GIBSON, R. S.;SAMMAN,S.;WHEELER,B J.; et al. Modified Version of Baby-Led Weaning Does Not

Result in Lower Zinc Intake or Status in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Academy of Nutrition and Dietetics*. 2212-2672,2018.

DE OLIVEIRA, M. F.; AVI, C. M. The nutritional importance of complementary feeding. *Revista Ciências Nutricionais Online*, v.1, n.1, p.36-45, 2017.

ERICKSON,L.W., TAYLOR,R.W.;HASZARD, J. J. ; FLEMING,E. A.;DANIELS,L; MORISON,B. J.;LEONG, C. et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*,10, 740,2018.

FANGUPO, L.J., HEATH, A.M., WILLIAMS, S.M.; WILLIAMS, L.W.E.; MORISON, B.J.; FLEMING, E.A.; TAYLOR,B.J.; WHEELER, B.J., TAYLOR, R.W. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. 2016.

FLORES, T.R.; NEVES, R.G.; ANDREA WENDT, A.; COSTA, C.DOS S.; BERTOLDI, A. D.; NUNES, B.P. Padrões de consumo alimentar em crianças menores de dois anos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 26 (02) ,2021.

FU, X. X; CONLON, C. A.;HASZARD,J.J.;BECK, K. L.; HURST,P. R.;TAYLOR, R.W.;HEATH, A.L. M., Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite* , 130 110–116,2018.

HÖRNELL A, LAGSTRÖM H, LANDE B, THORSODDOTTIR I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*, 2013.

JAIME, P.C; PRADO,R.R.DO; MALTA, D.C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. *Rev Saude Publica*,51Supl 1:13s; 2017.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, C. M. Determinante de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, v.21, n.1, p.63-73, 2008.

JURADO, L. S.; BÁEZ, M.V. J.; JUÁREZ, S. O.; OLVERA, T. DE LA C. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil [Breastfeeding, complementary feeding and risk of childhood obesity]. *Aten Primaria*, 2016.

LOPES, W.C.; MARQUE, F.K.S.; OLIVEIRA, C.F. DE; RODRIGUE, J.A.; SILVEIRA, M.F.; CALDEIRA, A.P.; PINHO, L. DE. Infant feeding in the first two years of life. *Rev Paul Pediatr.* ; 36(2):164-170, 2018.

NASCIMENTO, V.G.; SILVA, J.P.C DA; FERREIRA, P.C.; BERTOLI, C.J.; LEONE, L. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. *Rev Paul Pediatr.*; 34(4):454---459, 2016.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MA.; SÁNCHEZ-VILLEGAS, A.; TOLEDO ATUCHA, E.A.; FAULIN, J. *Bioestadística amigable*. 3 ed. Barcelona: Elsevier. 2014.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J de Pediatr (Rio J)* ;80(5 Supl):S131-S141, 2004.

MORISON, B. J.; TAYLOR, R. W.; HASZARD, J. J.; SCHRAMM, C. J.; ERICKSON, L. W.; FANGRUPO, L. J.; FLEMING, E. A.; LUCIANO A.; HEATH, A.-L. M. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*, 010665, 2018.

OLIVEIRA, M. I.C.; RIGOTTI, R.R.; BOCCOLINI, C.S. Factors associated with lack of dietary diversity in the second semester of life. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 25 (1): 65-72, 2017.

OLIVEIRA, M.F.de; AVI, C.M. The nutritional importance of complementary feeding. *Revista Ciências Nutricionais Online*, v.1, n.1, p.36-45, 2017.

PAPOUTSOU, S.; SAVVA, C. S.; HUNSBERGER, M.; JILANI, H.; MICHELS, M.; AHRENS, W.; TORNARITIS, M.; VEIDEBAUM, T.; MOLNÁR, D.; SIANIA, A.; MORENO, L.A.; HADJIGEORGIOU, C. Timing of solid food introduction and

association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study. *Matern Child Nutr.*;14:e12471, 2018.

PRENTICE, P.; ONG,K.K; SCHOEMAKER,M.H; TOL,E.A.F.V; VERVOORT,J., HUGHES,I.A;ACERINI,C.L.; DUNGER, D.B. Breast milk nutrient content and infancy growth. *Acta Paediatrica*, 105, pp. 641–647, 2016.

RAGUSA R.; MARRANZANO M.; LA ROSA V.L.; GIORGIANNI, G.; COMMODARI, E.; QUATTROCCHI, R.; CACCIOLA, S.;GUARDABASSO,V. Factors Influencing Uptake of Breastfeeding: The Role of Early Promotion in the Maternity Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 30;18(9):4783, 2021.

ROWAN, H., LEE, M. e BROWN, A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. 32, 11–20, 2018.

SCAGLIONI,S;ARRIZZA,C;VECCHI,F;TEDESCHI,S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr* ,94(suppl):2006S–11S,2011.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia prático de atualização. A alimentação complementar e o método BLW (Baby Led- weaning), 2017.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. – 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018.

SOUZA, J.P.O.; FERREIRA, C.S.; LAMOUNIER, D.M.B.; PEREIRA, L.A.; RINALDI, A.E.M. Characterization of feeding of children under 24 months in units cared by the family health strategy. *Rev Paul Pediatr*. 2020.

TAYLOR, R; WILLIAMS, S., FANGRUPO, L.,WHEELER, B.,TAYLOR, B., DANIELS, L., et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 171(9), 838–846, 2017.

TOWNSEND,E; PITCHFORD, N.J.. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case e controlled sample. *BMJ Open* ;2:e000298,2012

TROMP, I.; JONG, J.K DE; RAAT, H.; VINCENT JADDOE,V.;FRANCO,O.; HOFMAN,A.; JONGSTE,J.DE; MOLL, H.E. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. *Plos one*, 2017.

UNDERWOOD MA, GAERLAN S, DE LEOZ ML, DIMAPASOC L, KALANETRA KM, LEMAY DG, GERMAN JB, MILLS DA, LEBRILLA CB. Human milk oligosaccharides in premature infants: absorption, excretion, and influence on the intestinal microbiota. *Pediatr Res.*, 2015.

VIEIRA G.O.;REIS M.R.; VIEIRA T.O.; OLIVEIRA N.F.; SILVA L.R.; GIUGLIANI, E.R. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2015.

VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.D.;GIOVANNY V. A. FRANÇA, G.V.A.;RAJIV BAH.L.R.; NIGEL C. ROLLINS,N.C.; HORTON, S.; KRASEVEC,J.; MURCH, S.; SANKAR, M.J.; WALKER, N. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Feeding and nutrition infants and young childrens. Guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet contries, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS). *Child Growth Standard*. Geneva: WHO; 2010

6.2. Artigo 2 original: Características maternas relacionadas à escolha do tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar, tradicional e não tradicional

Luciana Drumond da Cruz, Andreia Queiroz Ribeiro, Maria Teresa Fialho de Sousa Campos, Brunella, Raquel Maria Amaral Araújo.

RESUMO

Objetivo: Investigar diferenças entre mães que adotam abordagem não tradicional e tradicional de oferta da alimentação complementar quanto a condições obstétricas, demográficas e socioeconômicas, conhecimentos e percepções sobre a abordagem adotada e prática de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado com mães de crianças de seis a 24 meses, recrutadas nas redes sociais online. Utilizou-se questionário online, com questões relacionadas às condições obstétricas, demográficas e socioeconômicas, conhecimentos e percepções sobre a abordagem adotada, prática de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar. Relativos ao conhecimento e percepção foram investigados: como a mãe conheceu a abordagem adotada; motivo da escolha, motivo de indicar e não indicar, o que gosta e o que não gosta na abordagem. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para análise bivariada e a regressão Múltipla de Poisson para avaliar a associação independente entre as variáveis relacionadas. **Resultados:** As frequências das abordagens não tradicional e tradicional de oferta da alimentação complementar não se diferiram significativamente entre as mães conforme suas condições obstétricas, demográficas e socioeconômicas. Houve maior frequência da abordagem não tradicional entre as mães que conheceram a abordagem pelas redes sociais, que a escolheram por acreditarem que proporciona condições adequadas de saúde, que a indicariam pela maior autonomia na criança e alimentação mais saudável, que gostavam pelo bom desenvolvimento infantil. Houve maior frequência da abordagem tradicional entre as mães que escolheram a abordagem por indicação do profissional de saúde e por não conhecer outra abordagem, que a indicariam por ser pouco trabalhosa, que não a indicariam por ser trabalhosa e por medo de engasgo, que gostavam por ser fácil de adaptar diariamente, que não gostavam por menor aceitação dos alimentos. Na análise de regressão múltipla, os fatores independentemente associados à escolha da abordagem não tradicional foram: conhecer a abordagem pelas redes sociais; escolher a abordagem mesmo conhecendo outra; indicar a abordagem pelo fato dela promover maior autonomia na criança e por considerar que a mesma é mais adequada à saúde. **Conclusão:** Mães que adotam abordagem

não tradicional se diferenciam quanto à forma como conheceram a abordagem adotada, conhecimentos, percepções, práticas de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar comparada as mães que adotam tradicional.

Palavras chave: Alimentação complementar, BLW, BLW parcial, percepção materna, conhecimento materno.

ABSTRACT

Objective: To investigate differences between mothers who adopt a non-traditional and traditional approach to the provision of complementary feeding regarding obstetric, demographic and socioeconomic conditions, knowledge and perceptions about the adopted approach and practice of breastfeeding and the introduction of complementary feeding.

Methodology: Cross-sectional study, carried out with mothers of children aged six to 24 months, recruited on online social networks aimed at maternity and infant feeding such as Facebook, Instagram and Telegram. An online questionnaire was used, with questions related to obstetric, demographic and socioeconomic conditions, knowledge and perceptions about the approach adopted, breastfeeding practice and the introduction of complementary feeding. Regarding knowledge and perception, the following were investigated: how the mother found out about the adopted approach; reason for choosing, reason for indicating and not indicating, what she likes and what she doesn't like about the approach. The Chi-square test was used for bivariate analysis and Multiple Poisson regression to assess the independent association between related variables.

Results: The frequencies of non-traditional and traditional approaches to complementary feeding provision did not differ significantly among mothers according to their obstetric, demographic and socioeconomic conditions. There was a higher frequency of the non-traditional approach among mothers who knew the approach through social networks, who chose it because they believed that it provides adequate health conditions, which would indicate the greater autonomy of the child and healthier nutrition, which they liked for the good child development. There was a higher frequency of the traditional approach among mothers who chose the approach as indicated by the health professional and because they did not know another approach, who would indicate it because it was not very laborious, who would not indicate it because it was laborious and for fear of choking, who liked it because be easy to adapt daily, who disliked for less acceptance of food. In the multiple regression analysis, the factors independently associated with the choice of the non-traditional approach were: knowing the approach through social networks; choose the approach even knowing another; indicate the approach because it promotes greater autonomy in the child and because it considers it to be more appropriate for health.

Conclusion: There were differences between mothers who adopted a non-traditional and traditional complementary feeding offer approach regarding how they got to know the adopted approach, knowledge, perceptions, breastfeeding practices and the introduction of complementary feeding.

Key words: Complementary feeding, BLW, partial BLW, maternal perception, maternal knowledge.

INTRODUÇÃO

As primeiras experiências com os alimentos é um fator determinante para boas condições de saúde infantil, além de influenciar os hábitos alimentares, as preferências e comportamentos dos indivíduos na infância perpetuando até a vida adulta. Condutas alimentares inadequadas, quando ocorridas nos primeiros anos de vida, podem comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como desenvolver hábitos alimentares inadequados (D'AURIA et. al., 2018; MORISON et. al., 2018; SANTOS et. al., 2014; JOMORI, PROENÇA e CALVO, 2008; MONTE e GIUGLIANI, 2004).

No período da alimentação complementar, a forma de alimentar a criança e as escolhas alimentares são definidas principalmente pelas mães e cuidadores (JOMORI, PROENÇA, CALVO, 2008; SCAGLIONI et al., 2011; BAEK,PAIK e SHIN, 2014). Estes definem o que a criança comerá, bem como a forma de preparo e a estratégia de oferta dos alimentos (ADAMO e BRETT, 2014), e suas escolhas refletem diretamente nas escolhas das crianças e nos seus hábitos (JAIME, PRADO e MALTA, 2017; BAEK,PAIK e SHIN, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que no primeiro ano de vida a criança receba somente leite materno até os seis meses, e a partir dessa idade devem ser incluídos outros alimentos, dando início à alimentação complementar, e continuando com o aleitamento materno até os dois anos ou mais (WHO, 2009). Os alimentos devem ser oferecidos inicialmente com consistência pastosa, na colher, evoluindo sua consistência até se aproximar da refeição da família a partir dos 12 meses de idade da criança (OLIVEIRA, RIGOTI e BOCOLLINI, 2017; MONTE E GIUGLIANE, 2004), ao que se denomina abordagem tradicional de oferta da alimentação complementar (ROWAN et al., 2018; TAYÇOR et al., 2017; SBP, 2018).

Entretanto, existe uma abordagem difundida principalmente pelo meio virtual, quase sempre sem a presença do profissional de saúde, e ganhando cada vez mais adesão das famílias (ERICKSON et. al., 2018; ROWAN et. al., 2018), denominada Baby Led Weaning (BLW) ou Baby Led Introduction to Solids (BLISS), definida como não tradicional. Esta abordagem se diferencia da tradicional por orientar que os alimentos complementares não sejam ofertados na consistência pastosa e sim sólida e macia, e que a própria criança leve os alimentos à boca (MORISON et. al., 2018; TAYLOR et. al., 2017, CAMERON et. al., 2015). Na adoção dessa proposta de abordagem pelas mães, têm ocorrido algumas adaptações como

mesclar a BLW com a Tradicional, denominando-se BLW parcial, Mista ou Participativa. A consistência dos alimentos ofertados pode ser tanto sólida macia como pastosa, porém os alimentos sólidos macios são oferecidos em maior quantidade que as papinhas. E o alimento pode ser levado à boca pela própria criança como, também, pelo responsável (ROWAN et. al., 2019; MORISON et. al., 2016).

A escolha materna em relação ao tipo de abordagem é influenciada por suas características pessoais, hábitos agregados durante a vida, conceitos formados sobre a importância da alimentação, as habilidades que almeja estimular como coordenação motora, autorregulação, controle do apetite (SILVA et. al., 2021; COSTA E GIUGLIANE, 2016; CAMERON, HEATH e TAYLOR, 2012; SADIVA et. al., 2007).

Na literatura são escassos os estudos que avaliam as características maternas em relação a escolha do tipo de abordagem de alimentação complementar. A maioria dos estudos é embasada somente na influência dos hábitos alimentares e algumas características pessoais maternas. Pouco se sabe sobre os conhecimentos e percepções maternas mais amplas que afetam a adoção de um tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar (BROWN, 2016; BROWN e LEE, 2010).

Dessa forma, é importante investigar as características, percepções e conhecimentos maternos, buscando conhecer quem são essas mães, o que as diferem e o que esperam da fase da alimentação complementar ao escolher o tipo de abordagem, tradicional e não tradicional. O conhecimento do perfil materno é importante para delinear ações voltadas para as escolhas maternas associando a uma prática saudável de introdução alimentar.

Diante disso, o objetivo do estudo foi investigar diferenças entre mães que adotam abordagem não tradicional e tradicional de oferta da alimentação complementar quanto a condições obstétricas, demográficas e socioeconômicas, conhecimentos e percepções sobre a abordagem adotada e prática de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar.

METODOLOGIA

Estudo transversal, realizado entre maio de 2020 a maio de 2021, com mães de crianças de 6 a 24 meses. Para o cálculo do tamanho amostral, adotou-se como parâmetros de interesse: prevalência de abordagem não tradicional de 50% (por ser a mais conservadora), grau de confiança de 95,0% e erro tolerado de 5,0%, resultando em 384 participantes. A esse valor foi acrescido 5% para perdas, resultando em um tamanho mínimo da amostra de 423

indivíduos. O tamanho da amostra foi calculado usando o programa Openepi versão 3.1. (MARTÍNEZ et al., 2014).

A seleção da amostra se deu por conveniência, sendo recrutada por meio de redes sociais online, em páginas ou grupos direcionados para maternidade e alimentação infantil como Facebook, Instagram e Telegram. Após o aceite para a participação na pesquisa foi enviado às participantes um questionário estruturado online, elaborado no software Google Forms. O questionário continha questões referentes à condição socioeconômica (ABEP, 2018); obstétricas (tipo de parto, realização do pré-natal); reprodutivas (número de filhos, número de gestação e aborto), demográficas (regiões do Brasil, idade, raça, escolaridade, presença do companheiro e ocupação) e nutrição (prática de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar).

A partir dos critérios de elegibilidade, foram excluídas mães cujo filho nasceu prematuro (< 37 semanas), com baixo peso ao nascer (< 2.500gramas), gemelar, com problemas de saúde que afetam a introdução de sólidos. Também, foram excluídas mães residentes em outros países, com crianças em idade inadequada ao estudo, e questionários repetidos. Com esta seleção, obteve-se um total de 395 questionários válidos em um total de 587 mães que responderam ao questionário online.

Para identificar o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotada, foram apresentadas, no questionário, definições das abordagens BLW, Mista e Tradicional (BRASIL, 2019; ROWAN et. al, 2018; SBP, 2017) de modo que a mãe pudesse apontar aquela correspondente à que praticava. As definições traziam as seguintes informações: A abordagem BLW (BABY LED WEANING) é a forma de oferta da alimentação complementar em que a criança é estimulada a alimentar sozinha, levando os alimentos à boca. Nesta abordagem, a duração da refeição é determinada pela própria criança. Os alimentos são apresentados em cortes no formato de bastonetes, maiores que a mão da criança, para facilitar à pega. Sua textura precisa ser firme para não serem esmagados entre os dedos e, ao mesmo tempo, precisa possibilitar que sejam esmagados com a força das gengivas. Na abordagem TRADICIONAL, os alimentos são oferecidos por um adulto, inicialmente de forma pastosa, na colher, e a sua consistência evolui com o passar dos meses, até aproximar a consistência com a refeição da família, próximo dos 12 meses de idade. Quem oferta o alimento é que comanda a duração da refeição. A abordagem MISTA é quando a mãe ou o responsável adotam partes dessas duas práticas.

Adicionalmente, a mãe respondia perguntas sobre a forma de alimentar a criança, número de vezes em que a criança era autoalimentada, e a consistência habitual dos alimentos

nas refeições. Estas perguntas tinham o objetivo de averiguar se a abordagem praticada pela mãe correspondia à abordagem apontada por ela. A identificação da abordagem BLW deu-se quando a criança era autoalimentada, da abordagem Mista quando a criança era ora alimentada com colher, ora autoalimentada, e da abordagem Tradicional deu-se na condição em que a criança era sempre alimentada com colher.

A investigação do conhecimento e percepção materna sobre a abordagem foi realizada por meio de questões nas quais mãe marcava respostas de múltiplas escolhas ou respondiam de forma aberta. Essas questões foram desenvolvidas a partir de levantamento na literatura e avaliadas, na fase do estudo piloto, por 22 mulheres, com profissões e idades variadas, que analisaram o questionário através de sugestões, modificações e inclusão de outras perguntas ou temas. O quadro 1 apresenta as perguntas do questionário, as respostas correspondentes e a categorização das respostas.

Quadro 1- Perguntas e respostas estabelecidas para o questionário e categorização do conhecimento e percepção materna sobre a abordagem. Brasil 2020-2021 (n=395)

Perguntas	Respostas do questionário	Categorização das respostas
Como conheceu a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	<i>1)Pediatra</i> <i>2)Nutricionista</i> <i>3)Enfermeiro</i> <i>4)Outro profissional de saúde</i>	1-Profissional de saúde (1, 2, 3 e 4).
	<i>5)Familiar</i> <i>6)Amigo(a)</i>	2-Social(5 e 6).
	<i>7)Blog/ Site</i> <i>8)Facebook</i> <i>9)Instagram</i> <i>10) Artigo científico</i>	3-Redes sociais (7, 8, 9 e 10).
Motivo da escolha da abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	<i>1)Não conhecia outra.</i>	1-Conhecia somente a adotada (1).
	<i>2)Busca por uma alimentação mais saudável para meu filho</i>	2-Proporciona condições adequadas de saúde (2, 6, 7, 8, 9, 10 e 11).

	<p>6) <i>Melhor ganho de peso para meu filho</i></p> <p>7) <i>Maior segurança nessa abordagem.</i></p> <p>8) <i>Desenvolver maior autonomia na criança</i></p> <p>9) <i>Maior controle na composição da refeição.</i></p> <p>10) <i>Melhor desenvolvimento da criança</i></p> <p>11) <i>Melhor desenvolvimento na mastigação.</i></p>	
	<p>3) <i>Orientação do Médico(Pediatra)</i></p> <p>4) <i>Orientação de um profissional de saúde (nutricionista)</i></p>	3-Orientação Profissional (3 e 4).
	<p>5) <i>Abordagem fácil para aplicar.</i></p> <p>12) <i>Abordagem menos trabalhosa.</i></p>	4-Abordagem menos trabalhosa (5 e 12).
Motivo de indicar a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	1) <i>Maior autonomia.</i>	1-Maior autonomia (1)
	<p>2) <i>Maior aceitação de alimentos.</i></p> <p>3) <i>Bom desenvolvimento da criança na mastigação.</i></p> <p>4) <i>Alimentação mais saudável.</i></p> <p>5) <i>Bom desenvolvimento no crescimento da criança.</i></p> <p>6) <i>Para manter melhor peso</i></p>	2-Alimentação mais saudável (2, 3, 4, 5, 6 e 7).

	<i>da criança.</i> 7) <i>Consegue dar alimentos mais variados em uma refeição.</i>	
	8) <i>Abordagem fácil de adaptar ao dia a dia.</i> 9) <i>Menos trabalhosa.</i>	3-Abordagem pouco trabalhosa (8 e 9).
Motivo de não indicar a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada	1) <i>Menor aceitação dos alimentos.</i> 2) <i>Inadequação no desenvolvimento da mastigação da criança.</i> 4) <i>Não observei aceitação dos alimentos.</i> 7) <i>Não possibilita a oferta de alimentos variados.</i>	1-Alimentação menos saudável (1, 2, 4 e 7).
	3) <i>Técnica muito trabalhosa.</i> 8) <i>Abordagem difícil de aplicar ao dia a dia.</i> 10) <i>Percebi bagunça, desordem, no momento das refeições.</i> 11) <i>Favorece o desperdício de alimentos.</i>	2-Abordagem trabalhosa (3, 8, 10 e 11)
	9) <i>Medo de engasgo.</i>	3-Medo de engasgo (9)
	6) <i>Menor autonomia</i>	*
O que gosta na abordagem de oferta da alimentação complementar adotada.	2) <i>Maior aceitação de alimentos.</i>	1-Maior aceitação de alimentos (2).
	3) <i>Bom desenvolvimento infantil.</i>	2-Bom desenvolvimento infantil (3).
	4) <i>Prática fácil de adaptar diariamente.</i>	3-Prática fácil de adaptar diariamente (4).

	<i>1)Maior autonomia</i>	*
O que não gosta na abordagem de oferta da alimentação complementar adotada.	<i>2)Menor aceitação dos alimentos.</i>	1-Menor aceitação dos alimentos (2).
	<i>3)Baixo desenvolvimento infantil.</i>	2-Baixo desenvolvimento infantil (3).
	<i>4)Abordagem difícil de aplicar diariamente.</i>	3-Abordagem difícil de aplicar diariamente (4).
	<i>1)Não favorece a autonomia da criança.</i>	*

* Essa resposta, para análise, só foi usada na pergunta motivo de indicar devido à multicolinearidade.

Para a investigação do aleitamento materno continuado, ou seja, ocorrendo concomitante à alimentação complementar (BRASIL, 2019), questionou-se sua ocorrência e a frequência com que a criança era amamentada no dia. Também, obteve-se informação sobre a oferta de outros leites e, ou, de outros alimentos antes dos seis meses para averiguar a ocorrência de introdução da alimentação complementar de forma oportuna, ou seja, aos seis meses de idade para aquelas em aleitamento materno ou com fórmula infantil (BRASIL, 2019).

As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS Statistics versão 20.0. Realizou-se análise descritiva e foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para comparar as características maternas de acordo com os tipos de abordagens

A análise de regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para avaliar a associação independente entre as características obstétricas, reprodutivas, demográficas e sociodemográficas maternas, conhecimento materno sobre a abordagem e condutas em relação á criança. Para tanto, aquelas variáveis que se associaram significativamente com o tipo de abordagem complementar na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, sendo utilizadas como variáveis de ajuste a idade e condição socioeconômica materna, paridade, questionamento sobre conhecimento através do meio social e a resposta maior aceitação dos alimentos na questão sobre o que gosta na abordagem. . Nessa análise, foram estimadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

Algumas variáveis que se associaram ao tipo de abordagem complementar na análise bivariada não foram incluídas na análise múltipla, em função de multicolinearidade. A análise

de regressão múltipla foi realizada considerando a amostra global, sem estratificar por faixa etária infantil.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 395 mães. Em relação aos dados reprodutivos a maioria era primípara (73,7%), com uma gestação (67,2%) e nenhum aborto (80,5%). As mães tinham idade média de 31,7 (desvio padrão = 5,7) anos, a maioria tinha escolaridade acima do ensino médio completo (72,2%), pertencia às classes socioeconômicas A-B1-B2 (85,3%), era branca (64,8%). Os dados obstétricos demonstraram maior prevalência do parto cesária (64,1%), todas as participantes realizaram pré-natal (100%) com mais de 5 consultas (100%) sendo a maioria no serviço de saúde privado (75,8%). Mais da metade das mães não apresentaram problemas de saúde na gestação (64,8%). Cerca de 86,6% tinham companheiros e 56,2% trabalhavam (Tabela 2). A média de idade das crianças foi de 11,9 (desvio padrão = 4,9) meses, sendo pouco mais da metade do sexo masculino (52,4%) ($p=0,014$).

Com relação ao tipo de abordagem de introdução da alimentação complementar, 82,3% das mães adotavam a abordagem não tradicional (ANT). No grupo ANT, verificou-se maior frequência da abordagem Mista (85,8%) em relação ao BLW (14,2%) e, ainda que, 91,4% dessas mães conheciam a BLW e optaram por integrar práticas da BLW e Tradicional.

Conforme a Tabela 1, não houve diferença significativa entre as mulheres da ANT e AT quanto às características obstétricas, reprodutivas, demográficas e socioeconômicas.

Tabela 1- Variáveis obstétricas, reprodutivas, demográficas e socioeconômicas maternas segundo o tipo de abordagem da alimentação complementar e característica da amostra. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	Tradicional (AT) n(%)	Não Tradicional (ANT) n(%)	n(%)	Valor p
Região do Brasil				
<i>Sudeste</i>	59 (84,3)	240 (73,8)	299 (75,7)	0,452
<i>Sul</i>	6 (8,6)	49 (15,1)	55 (13,9)	
<i>Nordeste</i>	2 (2,9)	16 (4,9)	18 (4,6)	
<i>Norte</i>	1 (1,4)	4 (1,2)	5 (1,3)	

<i>Centro-oeste</i>	2 (2,9)	16 (4,9)	18 (4,6)	
Idade materna (anos)*				
<i>14 a 29</i>	17 (24,3)	106 (32,7)	123 (31,2)	0,167
<i>30 ou mais</i>	53 (75,7)	218 (67,3)	271 (68,8)	
Raça**				
<i>Branca</i>	45 (66,2)	219 (68,9)	264 (68,4)	0,665
<i>Não Branca</i>	23 (33,8)	99 (31,1)	122 (31,6)	
Tipo de parto				
<i>Normal</i>	26(37,1)	116(37,5)	142 (35,9)	0,819
<i>Cesária</i>	44(62,9)	209(64,3)	253(64,1)	
Número de gestação				
<i>Uma</i>	41(59,4)	223(68,8)	264(67,2)	0,131
<i>Duas ou mais</i>	28(40,6)	101(31,2)	129(32,8)	
Aborto				
<i>Não teve</i>	53(75,7)	265(81,7)	318(80,5)	0,265
<i>Teve</i>	17(24,3)	60(18,5)	77(19,5)	
Paridade				
<i>Um</i>	47 (67,1)	244 (75,1)	291 (73,7)	0,172
<i>Dois ou mais filhos</i>	23 (32,9)	81 (24,9)	104 (26,3)	
Realização de Pré-natal				
<i>Sim</i>	70(100%)	325(100%)	395 (100)	-
<i>Não</i>				
Quantidade de consultas				
<i>1 a 4 consultas</i>				-
<i>5 a mais consultas</i>	70(100%)	325(100%)	395(100)	
Local da consulta				
<i>Serviço Saúde privado</i>	52(75,4)	246(75,9)	298(75,8)	0,921
<i>Serviço Saúde</i>	17(24,6)	78(24,1)	35 (24,2)	

*Público***Teve problema de saúde durante a gestação**

<i>Sim</i>	24(34,3)	115(35,4)	139(35,2)	0,891
<i>Não</i>	46(65,7)	210(64,6)	256(64,8)	

Escolaridade

<i>Médio completo</i>	24 (34,3)	86 (26,5)	110 (27,8)	0,185
<i>Superior completo ou acima</i>	46 (65,7)	239 (73,5)	285 (72,2)	

Classificação socioeconômica

<i>A +B1+B2</i>	55 (78,6)	284 (87,4)	337 (85,3)	0,055
<i>C1 +C2+D e E</i>	15 (21,4)	41 (12,6)	58 (14,7)	

Companheiro (a)

<i>Sim</i>	59 (84,3)	283 (87,1)	342 (86,6)	0,534
<i>Não</i>	11 (15,7)	42 (12,9)	53 (13,4)	

Ocupação Materna

<i>Sim</i>	41 (58,6)	181 (55,7)	222 (56,2)	0,660
<i>Não</i>	29 (41,4)	144 (44,3)	173 (43,8)	

Dias de ocupação materna ***

<i>Menos de 3 dias da semana</i>	3 (7,3)	10 (5,5)	13 (5,9)	0,659
<i>3 ou mais dias da semana</i>	38 (92,7)	171 (94,5)	209 (94,1)	

Tipo de abordagem

<i>Tradicional</i>	-	-	70 (17,7)	-
<i>Não tradicional</i>	-	-	325 (82,3)	-

*n=394 (uma mãe não colocou a idade da criança).

**n=342 (9 não declararam a raça)

***n= 199 (somente aquelas com ocupação).

Na tabela 2 encontram-se os resultados da análise bivariada da comparação entre características relativas ao conhecimento e percepção materna sobre a abordagem adotada.

Com relação à forma como as mães conheceram a abordagem adotada, observa-se que “redes sociais” foram significativamente mais frequente no grupo ANT que no AT ($p=0,00$).

Quanto aos motivos para a escolha da abordagem adotada houve diferença entre AT e ANT para todos os motivos de escolha da abordagem. A escolha do motivo “proporciona condições adequadas de saúde”, foi mais frequente no grupo ANT em comparação ao AT ($p=0,00$), enquanto os motivos “orientação profissional” e “abordagem menos trabalhosa” foram mais frequentes no grupo AT (44,3% x 28,3%) (37,1% x 25,2%) em comparação com ANT ($p=0,090$) ($p=0,043$) (Tabela3).

Em relação aos motivos de indicar a abordagem adotada foi verificada diferença para todos entre as abordagens AT e ANT. Os motivos “alimentação mais saudável” e “maior autonomia” foram apontados com maior frequência no grupo ANT comparado ao AT ($p=0,000$) e ($p=0,00$). Já o motivo “abordagem pouco trabalhosa” foi mais frequente no grupo AT que no ANT ($p=0,050$) (Tabela 3).

Quanto aos motivos para não indicar a abordagem, o “medo de engasgo” e “abordagem trabalhosa” foram mais frequentes no grupo AT que no ANT ($p=0,000$) e ($p=0,029$). Para o motivo “alimentação menos saudável” não se verificou diferença entre os grupos (Tabela 3).

Quando responderam sobre o que gostavam na abordagem, os grupos não se diferiram quanto ao motivo “maior aceitação dos alimentos”. O motivo “bom desenvolvimento infantil” foi mais frequentemente citado no grupo ANT que no AT ($p=0,000$), enquanto “prática fácil de adaptar diariamente” foi mais frequente no AT que ANT ($p=0,000$) (Tabela 3).

Quando responderam sobre o que não gostavam na abordagem adotada, os grupos se diferiram unicamente em relação ao motivo “menor aceitação dos alimentos”, onde o grupo AT apresentou maior frequência dessa resposta ($p=0,023$) (Tabela 3).

Tabela 2- Conhecimento e percepção materna sobre a abordagem adotada na Alimentação Complementar. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	Tradicional (AT) n(%)	Não Tradicional (ANT) n(%)	n(%)	Valor p
Como conheceu a abordagem				
<i>1- Profissional de saúde*</i>				
Não	29(41,4)	155(47,7)	184(46,6)	$p=0,341$
Sim	41(58,6)	170(52,3)	211(53,4)	
<i>2-Social**</i>				
Não	43(61,4)	230(70,8)	273(69,1)	$p=0,125$

Sim	27(38,6)	95(29,2)	122(30,9)	
3-Redes sociais ***				
Não	36(51,4)	74(22,8)	110(27,8)	p=0,00
Sim	34(48,6)	251(77,2)	285(72,2)	
Motivo da escolha da abordagem				
<i>1-Conhecia somente a adotada</i>				
Não	58(82,9)	320(98,5)	378(95,7)	p=0,00
Sim	12(17,1)	5(1,5)	17(4,3)	
<i>2-Proporciona condições adequadas de saúde.</i>				
Não	24(34,3)	23(7,1)	47(11,9)	p=0,00
Sim	46(65,7)	302(92,9)	348(88,1)	
<i>3-Orientação Profissional</i>				
Não	44(62,9)	243(74,8)	287(82,7)	p=0,043
Sim	26(37,1)	82(25,2)	108(27,3)	
<i>4-Abordagem menos trabalhosa.</i>				
Não	39(55,7)	233(71,7)	272(68,8)	p=0,090
Sim	31(44,3)	92(28,3)	123(31,2)	
Motivo de indicar a abordagem				
<i>1-Maior autonomia.</i>				
Não	60(85,7)	55(17,0)	115(29,3)	p=0,000
Sim	10(14,3)	268(83,0)	278(70,7)	
<i>2-Alimentação mais saudável.</i>				
Não	22(31,4)	22(6,8)	44(11,1)	p=0,000
Sim	48(68,6)	303(93,2)	351(88,9)	
<i>3-Abordagem pouco trabalhosa.</i>				
Não	28(40,0)	172(52,9)	200(50,6)	p=0,050
Sim	42(60,0)	153(47,1)	195(49,4)	
Motivo de não indicar a abordagem				
<i>1-Alimentação menos saudável.</i>				
Não	67(95,7)	318(97,8)	385(97,5)	p=0,303
Sim	3(4,3)	7(2,2)	10(2,5)	
<i>2-Abordagem trabalhosa.</i>				
Não	65(92,9)	319(98,2)	384(97,2)	p=0,029
Sim	5(7,1)	6(1,8)	11(2,8)	
<i>3-Medo de engasgo</i>				
Não	63(90)	322(99,1)	385(97,5)	p=0,000
Sim	7(10)	3(0,9)	10(2,5)	
O que gosta na abordagem que utiliza na A.C.				
<i>1-Maior aceitação de alimentos.</i>				
Não	32(45,7)	121(37,2)	153(38,7)	p=0,186
Sim	38(54,3)	204(68,2)	242(61,3)	
<i>2-Bom desenvolvimento infantil.</i>				
Não	49(70)	110(33,8)	159(40,2)	p=0,000
Sim	21(30)	215(66,2)	236(59,8)	
<i>3-Prática fácil de adaptar diariamente.</i>				
Não	18(25,7)	178(54,8)	196(49,6)	p=0,000
Sim	52(74,3)	147(45,2)	199(50,4)	
O que não gosta na abordagem que utiliza na A.C.				
<i>1-Menor aceitação dos alimentos.</i>				
Não	64(91,4)	371(97,5)	381(96,5)	p=0,023

<i>Sim</i>	6(8,6)	8(2,5)	14(3,5)	
<i>2-Baixo desenvolvimento infantil.</i>				
<i>Não</i>	69(98,6)	321(98,8)	390(98,7)	p=1,000
<i>Sim</i>	1(1,4)	4(1,2)	5(1,3)	
<i>3-Abordagem difícil de aplicar diariamente.</i>				
<i>Não</i>	63(90)	287(88,3)	350(88,6)	p=0,686
<i>Sim</i>	7(10)	38(11,7)	45(11,4)	

*Pediatra, nutricionista, enfermeiros e outros. ** Amigos e família. *** Blog, Facebook, Instagram.

Com relação às práticas de aleitamento materno e introdução da alimentação complementar, o grupo ANT se diferenciou do AT por apresentar maior frequência de aleitamento materno continuado, de introdução oportuna da alimentação complementar e menor frequência de oferta de outro leite antes dos seis meses ($p=0,010$), ($p=0,010$) e ($p=0,011$) (Tabela 3).

Tabela 3- Práticas de aleitamento materno e introdução da alimentação complementar. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	Tradicional (AT) n(%)	Não Tradicional (ANT) n(%)	n(%)	Valor p
Aleitamento materno continuado				
<i>Sim</i>	42(60)	255(78,5)	297	p=0,010
<i>Não</i>	28(40)	70(21,5)	98	
Consumo de outro leite antes do seis meses				
<i>Sim</i>	31(44,3)	93(28,6)	124	p=0,010
<i>Não</i>	39(57,7)	232(71,4)	271	
Introdução oportuna da alimentação complementar				
<i>Não</i>	25(35,7)	67(20,6)	91	p=0,011
<i>Sim</i>	45(64,3)	258(79,4)	303	

Na análise de regressão múltipla, os fatores independentemente associados à escolha da abordagem não tradicional foram: conhecer a abordagem pelas redes sociais; escolher a abordagem mesmo conhecendo outra; indicar a abordagem pelo fato dela promover maior autonomia na criança e por considerar que a mesma é mais adequada à saúde. Assim, observou-se maior frequência da abordagem Não Tradicional entre as mães que conheceram a

abordagem pelas redes sociais, entre as mães que indicariam a abordagem por considerar que promove maior autonomia na criança e entre as mães que indicariam a abordagem por considerar que proporciona condições mais adequadas de saúde. Contrariamente, a menor frequência de abordagem não tradicional foi observada entre as mães que informaram ter escolhido a abordagem por desconhecer outra (tabela 4).

As demais variáveis que se associaram significativamente com a abordagem não tradicional na análise bivariada, não se mantiveram independentemente associadas na regressão múltipla.

Tabela 4- Resultados finais da associação entre variáveis maternas relacionadas às características sociodemográficas, reprodutivas e obstétricas, conhecimento sobre a abordagem e condutas em relação à criança e prática da abordagem não tradicional. Brasil 2020-2021(n=395)

Variáveis	RP*	Não tradicional (ANT) IC 95%**	Valor p
Conheceu a abordagem nas redes sociais			
<i>Não</i>	1,00		
<i>Sim</i>	1,04	1,00-1,08	0,031
Escolheu a abordagem por desconhecer outra			
<i>Não</i>	1,00		
<i>Sim</i>	0,80	0,67-0,95	0,011
Indica a abordagem por acreditar que promove maior autonomia na criança			
<i>Não</i>	1,00		
<i>Sim</i>	1,25	1,17-1,36	0,000
Indica a abordagem por acreditar que é mais adequada à saúde			
<i>Não</i>	1,00		
<i>Sim</i>	1,11	1,02-1,21	0,030

*RP= Razão de Prevalência. **IC95%- Intervalo de confiança de 95%. Ajustado por paridade, escolaridade e idade materna, forma de conhecimento da abordagem por meio social e o que gosta na abordagem, sendo a escolha maior aceitação dos alimentos.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que existem diferenças entre as mães conforme o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar adotado, não tradicional e tradicional. As características que diferenciaram as mães foram: forma como conheceu a abordagem adotada, motivo para a escolha da abordagem, motivo de indicar a abordagem, motivo de não indicar a abordagem, o que gosta na abordagem, o que não gosta na abordagem, e prática de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar.

Não foram observadas diferenças significativas entre as mães dos dois grupos em relação às condições obstétricas, reprodutivas, demográficas e socioeconômicas.

Há de se considerar, entretanto, que o estudo foi desenvolvido com mães recrutadas no meio virtual voltado para a saúde da criança, o que pode ter contribuído para uniformidade nessas características. Estudos, embora escassos têm se dedicado à investigação da relação da condição socioeconômica, escolaridade e ocupação materna com o tipo de abordagem de oferta da alimentação complementar (MORISON et al., 2018; DANIELS et al., 2018; TAYLOR et al., 2017; BROWN E LEE, 2013)

A condição socioeconômica é uma variável frequentemente estudada por apresentar influência no consumo alimentar infantil (ANANE et. al., 2021; CARVALHO, 2017; SANTOS et. al., 2016). Daniels et. al. (2018) e Townsend e Pitchford (2011) que estudaram BLISS e BLW em comparação com Tradicional não encontraram diferença significativa entre os grupos quanto à condição socioeconômica. Entretanto, estudos de Taylor et. al. (2017) e de Morison et. al. (2018) observaram que as mães que adotavam a Não tradicional BLISS, possuíam menor privação socioeconômica que as da Tradicional.

Em relação ao nível de escolaridade, estudos realizados por Brown (2016) e Brown e LEE (2013) observaram que as mães do BLW apresentaram escolaridade significativamente mais elevada que as mães do Tradicional. Já para a ocupação materna os estudos obtiveram resultados não concordantes. Brown (2016) averiguou que a ocorrência de ocupação foi maior entre as mães do BLW, contrariamente no estudo de Brown e Lee (2011) a ocorrência foi menor entre as mães da abordagem não tradicional. Não foi encontrado na literatura estudos que avaliassem as outras variáveis maternas entre os grupos.

O meio virtual foi a fonte de conhecimento mais frequente entre as mães que adotavam abordagem não tradicional comparada à Tradicional. Estudos mostram que o meio virtual tem sido a principal fonte de disseminação de conhecimentos sobre abordagens não

tradicionais na ofertada alimentação complementar. Andrea et. al. (2016) e Cameron et. al. (2012) observaram que a maior parte das mães que adotaram a abordagem não tradicional as conheceu através das páginas virtuais. Fu et. al. (2018) observaram que 58% e 37% das mães que adotavam BLW e BLW parcial recebiam orientações por meio virtual e somente 19% da abordagem tradicional. Essa condição mostra que o profissional de saúde parece não ser o principal difusor da abordagem não tradicional e, também, que o uso da internet pelas mulheres para a busca de informações nutricionais (POLLARD et. al 2015; Mc CULLY, DON e UPDEGRAFF, 2013) se revela um meio promissor para a implementação de estratégias públicas de nutrição infantil.

Foi verificada diferença significativa entre as mães dos grupos ANT e AT quanto aos motivos de escolha da abordagem adotada. O motivo “proporciona condições adequadas da saúde” teve maior frequência entre as mães do grupo ANT em relação ao AT. Conforme resultados de estudos, as mães acreditam que, ao seguir a abordagem não tradicional, ajudam seus filhos a desenvolverem comportamentos alimentares saudáveis, uma vez que nessa abordagem a alimentação deve ser oferecida desde o início em varias texturas, ter variedade alimentar e se assemelhar à refeição da família (BOSWELL, 2021; ERICKSON et. al., 2018; MORISON et. al., 2016). Além disso, as mães acreditam que a abordagem não tradicional favoreça melhor resposta aos sinais de fome e saciedade, promovendo uma maior aceitação de variedades alimentares, na vida infantil e adulta, levando a um indivíduo menos exigente e com uma dieta mais saudável (CAMERON, HEATH e TAYLOR, 2012; BROWN E LEE, 2011).

Arden e Abbot (2014), também observaram, a partir das declarações maternas, que essas acreditavam que, por meio da prática da abordagem BLW, a oferta de variedade de alimentos à criança, desenvolve nelas melhor controle na escolha da qualidade e quantidade alimentar, repercutindo na vida adulta. Em outro estudo, mães apontaram como motivo de escolha da abordagem BLW o desenvolvimento de habilidades, hábitos e atitudes saudáveis em relação à alimentação (ANDREA et. al., 2016).

O motivo de escolha “orientação profissional” foi mais frequente entre as mães da abordagem AT. Esse resultado reforça a observação de que os profissionais de saúde, na orientação da alimentação da criança, seguiam os princípios da abordagem tradicional de oferta de alimentação complementar. Em estudo de Fu et. al.(2018), observaram que as mães que adotavam BLW foram as que mais receberam aconselhamento de profissional de saúde (29%) em comparação com o grupo Tradicional (17%) e BLW parcial (16%). Porém a maior parte desses aconselhamentos era feito através de provedores por meio virtual, com a

orientação do profissional de saúde, o que acaba reforçando o meio virtual como orientação. Vale ressaltar que esse mesmo estudo, como já apresentado, quando observou as orientações por meio virtual, sem a presença do profissional de saúde, ocorreu uma maior prevalência nos três grupos estudados nesse meio de informação. Essa condição mostra que nem todos os profissionais de saúde orientam as mães na iniciação da alimentação complementar em ambas as abordagens.

O motivo “abordagem menos trabalhosa” também foi mais frequente entre as mães que adotavam a tradicional. A percepção da mãe sobre o quanto a abordagem adotada é trabalhosa também foi investigada Arden e Abbot (2014), no qual as mães relataram que a abordagem BLW era mais estressante e trabalhosa, principalmente no início do processo, onde a criança aceitavam poucos alimentos. Contrariamente estudos realizados por Swanepoel, Maher e Henderson (2019) e Cameron, Heath e Taylor (2012), as mães relataram que a abordagem BLW era menos estressante e trabalhosa, pois não precisavam se preocupar em preparar refeições separadas para a criança, como purês, e nem em seguir um protocolo do desmame. Além disso, as crianças se autoalimentavam diminuindo o trabalho materno, mesmo que em alguns dias resultassem na bagunça da criança ao se alimentar. Percebe-se que, muitas vezes, a opinião sobre o trabalho que a abordagem proporciona está intimamente ligada ao que impulsiona o estresse em cada mãe, que muitas vezes pode estar relacionada com rotina e escolhas materna.

O motivo “conhecia somente a adotada” o maior número de mães da AT conhecia somente a abordagem adotada em comparação com aquelas que adotavam ANT. No estudo realizado por Brown e Lee (2011), as mães foram questionadas sobre se conheciam a abordagem BLW, e somente 2,6% da amostra total respondeu não conhecer. O meio virtual permite que a maioria das mães se informe dos tipos de abordagens utilizados na alimentação complementar, antes mesmo de procurar o profissional de saúde.

Os grupos se diferiram em relação a todos os motivos de indicação da abordagem adotada. Os motivos “autonomia da criança” e “alimentação mais saudável” foram mais frequentes no grupo ANT, e o motivo “abordagem pouco trabalhosa” mais frequente na AT. Esse resultado corrobora achado de Brown e Lee (2010) e Brown e Lee (2013) que demonstraram que as mães que adotavam a abordagem BLW valorizavam a autonomia da criança nas refeições. No estudo de Cameron, Heath e Taylor (2012) as mães apontaram a autonomia como um dos componentes principais na escolha da abordagem BLW, por permitir que a criança esteja no controle da refeição, favorecendo a saciedade.

Da mesma forma, estudos que exploraram aspectos subjetivos das mães para a escolha da abordagem BLW apontam que essas declaravam confiança de que a autonomia infantil desenvolve as habilidades necessárias para uma autoalimentação, suprimindo suas necessidades nutricionais, além de ajudar no desenvolvimento das habilidades motoras das crianças (SWANEPOEL, MAHER e HENDERSON 2019; ARDEN e ABBOT, 2014). Um estudo realizado no Reino Unido, com mães de crianças de 12 a 36 meses, avaliou os comportamentos, atitudes e crenças maternas sobre BLW. As mães relataram serem atraídas pelo método por acreditarem que a abordagem permitiria às crianças uma alimentação mais saudável através do controle na ingestão alimentar favorecendo menor risco de obesidade, da infância até a fase adulta (BROWN E LEE, 2011). O mesmo que se observou no presente estudo quanto à escolha mais frequente das mães da ANT ao indicar a abordagem pelo motivo “alimentação saudável”.

A indicação da abordagem pelo motivo “pouco trabalhosa” foi mais frequente no grupo AT, sendo portanto coerente com a ocorrência de maior frequência do motivo de escolha “abordagem menos trabalhosa” entre essas mães que adotavam a abordagem tradicional. Entretanto, essas mães apresentaram maior frequência de não indicação da abordagem pelo motivo de considerá-la trabalhosa. Isso nos leva a entender que essas mães, ao elencarem motivos para escolher ou indicar a abordagem tradicional, compararam-na com outra abordagem, já que 82,9% delas afirmaram conhecer outra abordagem, porém ao elencar motivos para não indicá-la, perceberam-na trabalhosa.

O motivo “medo de engasgo” foi mais frequente entre as mães da AT. Contrariamente, estudos relatam que mães e profissionais acreditam que a abordagem de oferta da alimentação complementar não tradicional é a que apresenta mais risco de engasgo (CAMERON, HEATH e TAYLOR, 2012; BROWN E LEE, 2011). Esse medo pode estar presente não pelo tipo de abordagem a ser utilizada, mas sim pela insegurança materna da capacidade motora da criança nos primeiros contatos com os alimentos. Estudos realizados em 2016 e 2018 não observaram diferença entre o tipo de abordagem e a ocorrência de engasgo (BROWN, 2018 e FANGUPO et. al., 2016).

Com relação ao que gostavam na abordagem adotada, o “bom desenvolvimento infantil” foi o motivo mais frequente entre as mães do grupo ANT. Estudos apresentaram relatos de mães que adotavam BLW de que observaram nas crianças um rápido e bom desenvolvimento na mastigação, além de favorecer os desenvolvimentos motores finos (SWANEPOEL, MAHER e HENDERSON 2019; CAMERON, HEATH e TAYLOR, 2012).

Quanto a escolha do que gosta “prática fácil de adaptar diariamente” não foi encontrado na literatura estudos que avaliassem essa variável.

Em relação ao que não gostavam na abordagem adotada, observou-se maior frequência de mães que apontaram a “menor aceitação dos alimentos entre aquelas que adotavam a tradicional. A literatura é escassa quanto a estudos que observem a visão materna sobre a aceitação alimentar do seu filho. Um estudo realizado por ARDEN e ABBOT(2014), contrariamente apresentou relatos de pais que adotaram BLW que demonstraram preocupação, principalmente no início da introdução dos alimentos, no qual a criança aceitava pouco ou nenhum alimento em alguns dias. Em outro estudo as mães relataram que as crianças, também na fase inicial, “brincavam com os alimentos” em vez de comer (SWANEPOEL, MAHER e HENDERSON 2019).Esses relatos ocorreram na fase inicial da introdução alimentar, momento da adaptação alimentar, e que independente da abordagem pode ocorrer recusa alimentar. Estudos apresentam resultados que a AT apresenta menor aceitação alimentar como no presente estudo (ROWAN et al. ,2018; MORISON et al., 2018; TAYLOR et al, 2017). Mais estudos são necessários para se conhecer como a mãe observa o que seria uma aceitação adequada dos alimentos.

As maiores frequências encontradas no grupo ANT para o aleitamento materno continuado, introdução oportuna da alimentação complementar, e a menor frequência de oferta de outro leite antes dos seis meses, confirmam dados de outros estudos (ROWAN ET. AL, 2018; MORISON et. al., 2018). Brown e Lee (2013) sugerem que mães que mais amamentam são mais propensas a escolher abordagem não tradicional, com a intenção de manter a autorregulação da criança na alimentação, já que no aleitamento materno a criança que autorregula o tempo de oferta do leite materno. Erickson et. al. (2018), observaram que, a partir dos 7 meses até 24 meses a ingestão estimada de leite materno não teve diferença entre as crianças do grupo não tradicional e tradicional. O fato de não terem oferecido outro leite à criança antes dos seis meses, mostra uma maior probabilidade das mães que adotavam a abordagem não tradicional realizarem aleitamento materno exclusivo ou predominante conforme já verificado em estudos (MORISON et. al., 2016, ERICKSON et. al., 2018; FU et. al., 2018).

Ao analisar a introdução oportuna da alimentação complementar, estudos mostram divergência quanto a esse aspecto. Fu et. al. (2018) observaram que os grupos estudados BLW parcial e restrito comparados com o tradicional não diferiram significativamente quanto à idade da introdução da alimentação complementar entre os grupos, estando abaixo dos 6 meses para todas abordagens. Taylor (2017) e Fangupo (2016) observaram que crianças que

seguiam a não tradicional, BLISS, iniciaram a introdução alimentar mais próximo aos seis meses que o grupo controle.

CONCLUSÃO

Houve diferenças entre mães que adotavam abordagem de oferta da alimentação complementar não tradicional e tradicional quanto à forma como conheceram a abordagem adotada, quanto a conhecimentos, percepções, práticas de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar.

Esses resultados podem contribuir para nortear as ações dos profissionais de saúde em alimentação complementar, nas políticas públicas para a nutrição infantil, e apontam as redes sociais como uma opção de busca e trocas de conhecimento em alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

ADAMO, K. B.; BRETT, K. E. Parental perceptions and childhood dietary quality. *Matern. Child Health J.*, v.18, n.4, p.978-95, 2014.

D'ANDREA, E. D.; JENKINS, K.; MATHEWS, M.; ROEBOTHAN, B.; Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, Vol. 77, 2016.

BAEK,T.J;PAIK, H. Y.;SHIM, J. E. Association between family structure and food group intake in children. *Nutrition Research and Practice* ;8(4):463-468 ,2014.

BROILO, M. C; LOUZADA,M.L.C.; DACHLER, M.L; STENZEL, L.M.; VITOLO, M.R. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:485-91.

BOSWELL N. Complementary Feeding Methods-A Review of the Benefits and Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 4;18(13):7165. doi: 10.3390/ijerph18137165. PMID: 34281101; PMCID: PMC8297117.

BROWN. A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.*, 2018.

BROWN. A., LEE. M. D. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Maternal and Child Nutrition* , 2011.

BROWN. A., LEE. M. D. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Association for the Study of Obesity. *Pediatric Obesity* 10, 57–66; 2013.

CAMERON, S. L; HEATH, A.L.M; TAYLOR,R.W. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open*; 2012.

ERICKSON,L.W., TAYLOR,R.W.;HASZARD, J. J. ; FLEMING,E. A.;DANIELS,L; MORISON,B. J.;LEONG, C. et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*,10, 740,2018.

FANGUPO, L.J., HEATH, A.M., WILLIAMS, S.M.; WILLIAMS, L.W.E.; MORISON, B.J.; FLEMING, E.A.; TAYLOR,B.J.; WHEELER, B.J., TAYLOR, R.W. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*, 2016.

FU, X. X; CONLON, C. A.;HASZARD,J.J.;BECK, K. L.; HURST,P. R.;TAYLOR, R.W.;HEATH, A.L. M., Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite* , 130 110–116,2018.

JAIME, P.C; PRADO,R.R.DO; MALTA, D.C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. *Rev Saude Publica*,51Supl 1:13s; 2017.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, C. M. Determinante de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, v.21, n.1, p.63-73, 2008.

MCCULLY, S.N.; DON, B.P.; UPDEGRAFF, J.A. Usando a Internet para ajudar com dieta, peso e atividade física: resultados da Pesquisa Nacional de Tendências de Informações em Saúde (HINTS). *J Med Internet Res* 2013;15(8):e148.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J de Pediatr (Rio J)* ;80(5 Supl):S131-S141, 2004.

MORISON, B.J.; TAYLOR, R.W.; HASZARD, J.J.; SCHRAMM, C.J.; ERICKSON, L.W.; FANGUPO, L.J.; FLEMING, E. A. LUCIANO, A.; HEATH, A.L.M. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*, 2018.

OLIVEIRA, M. I.C.; RIGOTTI, R.R.; BOCCOLINI, C.S. Factors associated with lack of dietary diversity in the second semester of life. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 25 (1): 65-72, 2017.

POLLARD, C.M.; PULKER, C. E.; KERR, D. A. E JANE ANNE SCOTT, J.A. Quem usa a Internet como fonte de informações nutricionais e dietéticas? Uma Perspectiva da População Australiana. *J Med Internet Res.*; 17 (8): e 209, 2015.

ROWAN, H., LEE, M. e BROWN, A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet.* 32, 11–20, 2018.

SALDIVA SR, ESCUDER MM, MONDINI L, LEVY RB, VENANCIO SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)*. 83(1):53-8, 2007.

SANTOS, K. C. R.; et al. Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato: um estudo descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.35, n.1, p.62-69, 2014.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças

e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. – 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018.

SCAGLIONI,S;ARRIZZA,C;VECCHI,F;TEDESCHI,S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr* ,94(suppl):2006S–11S,2011.

Silva GA, Costa KA, Giugliani ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016 May-Jun;92(3 Suppl 1):S2-7. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.02.006. Epub 2016 Mar 18. PMID: 26997355.

SILVA, R. Q. DA; GUBERT, M.B. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet.*Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (3): 331-340, 2010.

SILVA, P. O.; GUBERT,M. B.; DA SILVA,A. K. P.;PEREIRA., L.L; SANTOS, L.M.P.; BUCCINI, G.Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil, Goiás, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 37(10):e00148720, 2021.

SWANEPOEL, L.; MAHER., J.; HENDERSON J.; Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutrition & Dietetics*. 2019;1–9.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo verificou diferença relação entre as mães que adotavam abordagem de oferta da alimentação complementar não tradicional e tradicional quanto à adesão ao aleitamento materno continuado, menor frequência de oferta de alimentos com consistência pastosa na idade de introdução da alimentação complementar, à forma como conheceram a abordagem adotada, conhecimentos, percepções, práticas de aleitamento materno e de introdução da alimentação complementar.

A adesão ao aleitamento materno continuado e menor frequência de oferta de alimentos com consistência pastosa foi mais frequente entre as mães que adotavam a abordagem não tradicional. Também, verificou-se maior frequência da abordagem não tradicional entre as mães que conheceram a abordagem pelas redes sociais, que a escolheram

por acreditarem que proporciona condições adequadas de saúde, que a indicariam pela maior autonomia na criança e alimentação mais saudável, que gostavam da abordagem adotada pelo bom desenvolvimento infantil.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de abordagem de oferta da alimentação complementar não tradicional pode contribuir para maior frequência da prática no aleitamento materno continuado e maior contato com alimentos sólidos macios.

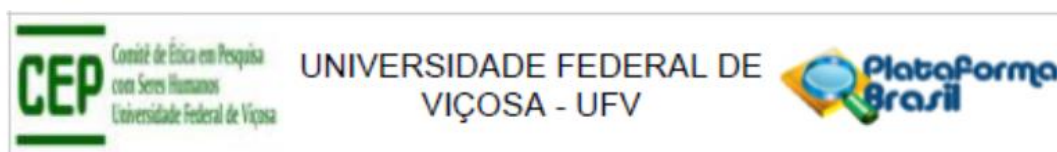
Em relação à inadequação do consumo de carnes e ovos, sua ocorrência entre as mães que adotavam a abordagem não tradicional reforça a necessidade de ações educativas na introdução da alimentação complementar também para esse grupo de mães. Existe também a necessidade de considerar, em outros estudos, as mães e crianças que são atendidas pelos serviços públicos.

Apesar disso, ressalta-se a importância do presente estudo em demonstrar que existe diferença nos conhecimentos e percepções maternas em relação ao que almejam ao escolher uma abordagem de alimentação complementar. É importante destacar que quase metade das mães não teve informação sobre a abordagem adotada proveniente de orientação de um profissional de saúde, e a maioria buscava informações nutricionais pela internet.

Esses resultados contribuem para nortear políticas públicas de atenção à saúde infantil no sentido de se pautarem com ações educativas e estratégias que utilizem, também, o meio virtual. Disponibiliza informações sobre a forma como as mães brasileiras se informam sobre a abordagem de oferta da alimentação complementar adotada, os motivos da adoção da abordagem, percepções sobre a abordagem, e a qualidade da alimentação da criança, que auxiliarão os profissionais de saúde na atenção em nutrição infantil.

9. ANEXOS

9.1 Anexo1. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem BLW (Baby Led Weaning) na alimentação infantil

Pesquisador: Raquel Maria Amaral Araújo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 08358919.0.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição e Saúde

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Viçosa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.519.443

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Grande Área 4. Ciências da Saúde

Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma:

1. Introdução: Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma: Uma nova abordagem de introdução da alimentação complementar, não aprovada pelos Órgãos Oficiais, tem sido difundida principalmente por meio do universo on line, avançado fronteiras de vários países, e ganhado cada vez mais a adesão das famílias. A cada dia os profissionais de saúde que trabalham norteados pelas condutas oficiais, necessitam de respostas sobre essa nova abordagem. Esse fator determina a urgência e importância da realização de pesquisas científicas que deem respostas sobre a aplicabilidade dessa abordagem para a prática alimentar infantil saudável e segura.

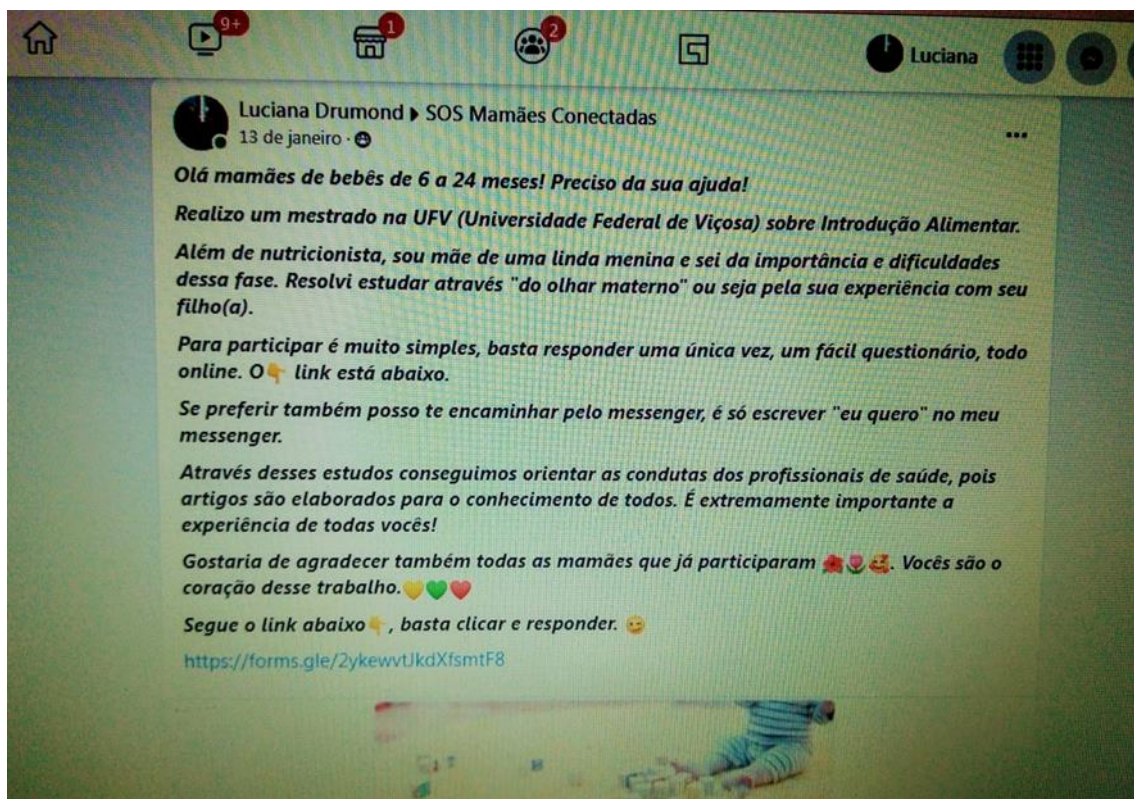
2. Hipóteses:

- As famílias que aderem à abordagem BLW possuem uma melhor condição socioeconômica e maior escolaridade;
- A abordagem BLW favorece o estado nutricional de eutrofia no período da alimentação complementar;

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br

10. APÊNDICES

10.1. Apêndice 1- Divulgação no meio virtual



10.2. Apêndice 2- Questionário

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

Questionário Prática de Alimentação Infantil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caso você seja o (a) responsável por cuidar da alimentação diária do (a) filho (a) com idade de 6 a 23 meses, convidamos-o (a) a participar como voluntário (a) desta pesquisa, que visa estudar a prática de alimentação dessas crianças, vivenciada por mães ou pais, e sua relação com a nutrição. Esta pesquisa é desenvolvida por Luciana Drumond da Cruz, estudante do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa. A pesquisa auxiliará na elaboração de políticas públicas na área da nutrição infantil, ao fornecer, por exemplo, informações sobre quais práticas são adotadas pelos pais na oferta de alimentos à criança no primeiro ano de vida. Para participar da pesquisa, basta responder ao questionário online, uma única vez. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira e diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, tem assegurado o direito à indenização.

Os riscos para a saúde são mínimos e estão relacionados ao possível incômodo, desconforto e constrangimento do voluntário em revelar sua idade, renda e sobre a preferência alimentares do seu filho (a). Para minimizar os riscos, todos os procedimentos serão explicados detalhadamente no cabeçalho de cada pergunta. Sua participação é voluntária e você poderá deixar de responder alguma pergunta ou abandonar a pesquisa a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade.

Será mantido sigilo sobre seus dados pessoais. Os demais dados serão utilizados para fins acadêmicos e científicos pelo período de cinco anos atendendo à legislação brasileira (Res. CNS no 466/2012, XI.2, f; e Res. CNS no 510, 2016, art. 28, IV) do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa está registrada na Plataforma Brasil-CAAE: 08358919.0.0000.5153, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da UFV- Número do Parecer: 3.519.443. Contato Cep UFV e-mail: cep@ufv.br, telefone (31) 3612-2316. Contato Departamento de Nutrição e Saúde e-mail: pqcnutri@ufv.br, telefone: (31) 3612-5186

Declaro que concordo em participar. Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Prática de alimentação infantil" de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

*Obrigatório

1. E-mail *

2. Data do preenchimento do questionário (data de hoje): *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

O tempo médio gasto para responder o questionário é de 35 minutos. São perguntas fáceis, do seu dia a dia. Uma dica: esteja com o cartão de vacinação ou o documento que anota os dados (como peso e altura) da criança, em mãos. O questionário é salvo no final. **TEMOS UM MATERIAL IMPORTANTE PARA TE AJUDAR NA ALIMENTAÇÃO DO SEU FILHO AO FINALIZAR ESTE QUESTIONÁRIO.**

3. Dessa forma eu: *

Marcar apenas uma oval.

- Aceito participar da pesquisa
- Não aceito participar da pesquisa

4. Assino abaixo, meu nome completo, confirmando o meu interesse em participar da pesquisa "Prática de Alimentação Infantil" CAAE: 08358919.0.0000.5153 *

Dados pessoais da mãe ou responsável

Que alegria poder contar com suas experiências nesse estudo.

5. Endereço (Rua/Avenida)

6. Bairro: *

7. Cidade/Estado *

Dados da mãe ou responsável

Então vamos lá! Sua participação é muito importante!

8. 1)Data de nascimento da MÃE ou RESPONSÁVEL(colocar dia/mês/ano. Exemplo: 02/02/1980) *

9. 2)Raça: (PNAD, 2015) *

Marcar apenas uma oval.

- 2.1)Branca
- 2.2)Preto
- 2.3)Parda
- 2.4)Amarelo
- 2.5)Indígena
- 2.6) Não declarar

10. 3)Escolaridade: *

Marcar apenas uma oval.

- 3.1)Analfabeto/Fundamental I incompleto
- 3.2)Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- 3.3)Fundamental completo/ Médio incompleto
- 3.4)Médio completo/ Superior incompleto
- 3.5)Superior completo ou acima

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

11. 4)Tipo de parto (desse filho que participa da pesquisa): *

Marcar apenas uma oval.

- 4.1) Cesária
- 4.2) Normal
- 4.3) Cócoras
- 4.4) Na água
- 4.5) Nenhum. (Se aplica aos casos de adoção)

12. 5) Número de gestações(incluindo a desse filho que participa da pesquisa): *

Marcar apenas uma oval.

- 5.1) 0 (se aplica aos casos de adoção)
- 5.2) 1
- 5.3) 2
- 5.4) 3
- 5.5) Acima de 3

13. 6)Número de abortos *

Marcar apenas uma oval.

- 6.1) 0
- 6.2) 1
- 6.3) 3
- 6.4) Acima de 3

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

14. 7)Número de filhos *

Marcar apenas uma oval.

- 7.1) 1
- 7.2) 2
- 7.3) 3
- 7.4) Acima de 3

15. 8)Você realizou pré-natal? *

Marcar apenas uma oval.

- 8.1)Sim
- 8.2)Não. Pule para a questão 11.

16. 9)Se você marcou sim na questão anterior 8(ou seja, você realizou pré-natal),quantas consultas fez?

Marcar apenas uma oval.

- 9.1)1 consulta
- 9.2) 2 consultas
- 9.3) 3 consultas
- 9.4) 4 consultas
- 9.5) 5 consultas
- 9.6) 6 consultas
- 9.7) 7 ou mais consultas

17. 10)Se você marcou sim na questão 8(ou seja, você realizou pré-natal),onde o realizou?

Marcar apenas uma oval.

- 10.1)Serviço de saúde privado
- 10.2)Serviço de saúde público

18. 11) Durante a gestação você teve algum problema de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- 11.1) Sim
- 11.2) Não. Pule para a questão 13.

19. 12) Se você marcou sim na questão anterior 11 (ou seja, você teve algum problema de saúde na gestação) cite qual(is) abaixo: (Você pode marcar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- 12.1) Hipertensão (Pressão alta)
- 12.2) Hipotensão (Pressão baixa)
- 12.3) Diabetes gestacional
- 12.4) Hipotireoidismo
- 12.5) Hipertireoidismo
- 12.6) Pré-eclâmpsia
- 12.7) Eclâmpsia
- 12.8) Cardiopatias
- 12.9) Ameaça de abortamento
- 12.10) Deslocamento prematuro da placenta
- 12.11) Anemia
- 12.12) Obesidade
- 12.13) Baixo peso
- 12.14) Trombofilia
- 12.15) Parto prematuro
- Opção 16

Outro: _____

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

18. 11) Durante a gestação você teve algum problema de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- 11.1) Sim
- 11.2) Não. Pule para a questão 13.

19. 12) Se você marcou sim na questão anterior 11 (ou seja, você teve algum problema de saúde na gestação) cite qual(is) abaixo: (Você pode marcar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- 12.1) Hipertensão (Pressão alta)
- 12.2) Hipotensão (Pressão baixa)
- 12.3) Diabetes gestacional
- 12.4) Hipotireoidismo
- 12.5) Hipertireoidismo
- 12.6) Pré- eclâmpsia
- 12.7) Eclâmpsia
- 12.8) Cardiopatias
- 12.9) Ameaça de abortamento
- 12.10) Deslocamento prematuro da placenta
- 12.11) Anemia
- 12.12) Obesidade
- 12.13) Baixo peso
- 12.14) Trombofilia
- 12.15) Parto prematuro
- Opção 16

Outro: _____

20. 13)Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- 13.1) Casado(a)
- 13.2)Separado(a)/ Divorciado(a)
- 13.3)Solteiro(a)
- 13.4)União estável
- 13.5) Viúvo(a)

21. 14) Qual a sua Profissão? *

22. 15)No momento você está trabalhando? *

Marcar apenas uma oval.

- 15.1) Sim
- 15.2)Não. Pule para a questão 18.

23. 16) Se você marcou sim na questão anterior 15(ou seja, você está trabalhando), quantos dias da semana trabalha?

Marcar apenas uma oval.

- 16.1) 1 dia
- 16.2) 2 dias
- 16.3) 3 dias
- 16.4) 4 dias
- 16.5) 5 dias
- 16.6) 6 dias
- 16.7) 7 dias

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

24. 17) Se você marcou sim na questão 16 (ou seja, você está trabalhando), quantas horas trabalha por dia?

Marcar apenas uma oval.

- 17.1) 1 hora
- 17.2) 2 horas
- 17.3) 3 horas
- 17.4) 4 horas
- 17.5) 5 horas
- 17.6) 6 horas
- 17.7) 7 horas
- 17.8) 8 horas
- 17.9) 9-10 horas
- 17.10) 11-12 horas
- 17.11) Acima de 12 horas

Dados da
criança

Sua participação está fazendo a diferença no estudo da Saúde Infantil.
Obrigada!

25. 18) A criança do estudo é nascida de gestação gemelar? (Nasceu junto com outro irmão; são gêmeos?) *

Marcar apenas uma oval.

- 18.1) Sim
- 18.2) Não

Caso a criança seja de gestação gemelar, escolher um dos filhos para preencher o questionário.

Para partos múltiplos, se quiser pode fazer dois ou mais questionários, um para cada criança.

26. 19) Data de nascimento da criança *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

27. 20)Qual o sexo da criança? *

Marcar apenas uma oval.

20.1)Feminino

20.2)Masculino

28. 21)Com quantos semanas de gestação nasceu(Exemplo: 37 semanas ou 39 semanas) *

29. 22)Peso ao nascer com a unidade de medida(exemplo 2,1 Kg ou 2100 g) *

30. 23)Comprimento ao nascer colocar a unidade de medida (exemplo 44 cm) *

31. 24)Qual a idade atual da criança?(Exemplo: 7 Meses e 3 dias) *

32. 25)A criança esteve internada ou apresentou alguma doença nos últimos 30 dias ? *

Marcar apenas uma oval.

25.1)Sim

25.2)Não. Pule para a questão 27.

33. 26) Se você marcou sim na questão anterior 25(ou seja, seu filho(a) esteve internado ou apresentou alguma doença nos últimos 30 dias) especifique qual(is). Caso não tenha a opção da doença para marcar, escreva em "outros". (Você pode marcar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- 26.1) Diarreia acima de 4 dias
- 26.2) Gripe, garganta inflamada e ou ouvido inflamado
- 26.3) Pneumonia e ou bronquite.
- 26.4) Catapora.
- 26.5) Caxumba
- 26.6) Rubéola
- 26.7) Sarampo
- 26.8) Refluxo

Outro: _____

34. 27) Informe o peso atual da criança com a unidade de medida(exemplo 5,7 Kg ou 5700 g) *

35. 28) Em relação a data de hoje, há quanto tempo a criança foi pesada? *

Marcar apenas uma oval.

- 28.1) Nos últimos 7 dias
- 28.2) Entre 7 e 14 dias atrás
- 28.3) Entre 15 dias e 1 mês atrás
- 28.4) Há mais de 1 mês. Especifique o tempo no espaço "outros" abaixo.
- Outro: _____

36. 29) Informe o comprimento atual da criança com a unidade de medida(exemplo 73 cm) *

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

37. 30) Em relação a data de hoje, há quanto tempo a criança foi medida?

Marcar apenas uma oval.

- 30.1) Nos últimos 7 dias
- 30.2) Entre 7 e 14 dias
- 30.3) Entre 15 dias e 1 mês atrás
- 30.4) Há mais de 1 mês. Especifique o tempo no espaço 'outros' abaixo.
- Outro: _____

38. 31) Quem pesou e mediu a criança, na última vez? *

Marcar apenas uma oval.

- 31.1) Profissional de Saúde (Pediatra, Enfermeiro, Nutricionista, Agente de Saúde, Técnica de Enfermagem)
- 31.2) Outra pessoa que não é profissional de saúde

AMAMENTAÇÃO

É importante conhecer a realidade de cada criança. Agradecemos por nos ajudar.

39. 32) A criança está recebendo leite materno? *

Marcar apenas uma oval.

- 32.1) Sim.
- 32.2) Não. Pule para a questão 34.

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

40. 33)Se você marcou sim na questão anterior 32(ou seja, a criança está recebendo leite materno), quantas vezes ao dia? Após assinalar a resposta, pule para a questão 36.

Marcar apenas uma oval.

- 33.1) Livre demanda
- 33.2) 1 vez ao dia
- 33.3) 2 a 3 vezes ao dia
- 33.4) 4 a 6 vezes ao dia
- 33.5) Acima de 6 vezes

41. 34)SE você marcou não na questão 32(ou seja, a criança não está recebendo leite materno),ela recebeu em algum momento?

Marcar apenas uma oval.

- 34.1) Sim
- 34.2) Não. Pule para 36

42. 35)Se você marcou sim na questão anterior 34(ou seja, a criança recebeu em algum momento leite materno), especifique por quanto tempo.(exemplo: Durante 2 meses, durante 15 dias...)

43. 36)No momento, você está oferecendo outro tipo de leite,que não seja o leite materno para a criança? *

Marcar apenas uma oval.

- 36.1) Sim
- 36.2) Não. Pule para a questão 38

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

44. 37)Se você marcou sim na questão anterior 36(ou seja, você está oferecendo outro tipo de leite), qual você está oferecendo?

45. 38)Você ofereceu algum outro leite para a criança ANTES dos SEIS MESES? *

Marcar apenas uma oval.

- 38.1)Sim
- 38.2)Não. Pule para a 40

46. 39)Se você marcou sim na questão anterior 38(ou seja, você ofereceu outro leite além do materno ANTES do SEIS MESES) qual foi esse leite?

47. 40)Você ofereceu algum destes alimento(s) para seu(ua) filho(a) na idade ABAIXO de QUATRO MESES? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 40.1)Nenhum
- 40.2)Chá
- 40.3)Suco
- 40.4)Fruta
- 40.5)Legume
- 40.6)Pão,bolo e biscoito.
- 40.7)Arroz
- 40.8)Feijão
- 40.9)Carne
- 40.10)Ovo

Outro: _____

48. 41)Você ofereceu algum destes alimento(s) para seu(ua) filho(a) na idade de QUATRO á SEIS MESES? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 41.1)Nenhum
 41.2)Chá
 41.3)Suco
 41.4)Fruta
 41.5)Legume
 41.6)Pão,bolo e biscoito
 41.7)Arroz
 41.8)Feijão
 41.9)Came
 41.10)Ovo

Outro: _____

49. 42)Sobre uso de chupeta, seu filho(a): *

Marcar apenas uma oval.

- 42.1)Usa
 42.2)Nunca usou
 42.3)Usou durante 1 mês
 42.4)Usou durante 2 meses
 42.5)Usou durante 3 meses
 42.6)Usou durante 4 meses
 42. 7)Usou durante 5 meses
 42.8)Usou durante 6 meses
 42.9)Usou durante 7 meses
 42.10)Usou durante 8 meses
 42.11)Usou durante 9 meses
 42.12)Usou durante 10 meses
 42.13)Usou durante 11 meses
 42.14)Usou durante 12 meses a 15 meses
 42.15)Usou durante 16 meses a 19 meses
 42.16)Usou de 20 meses a 23 meses

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

50. 43) Sobre uso de mamadeira, seu filho(a): *

Marcar apenas uma oval.

- 43.1) Usa
- 43.2) Nunca usou
- 43.3) Usou durante 1 mês
- 43.4) Usou durante 2 meses
- 43.5) Usou durante 3 meses
- 43.6) Usou durante 4 meses
- 43.7) Usou durante 5 meses
- 43.8) Usou durante 6 meses
- 43.9) Usou durante 7 meses
- 43.10) Usou durante 8 meses
- 43.11) Usou durante 9 meses
- 43.12) Usou durante 10 meses
- 43.13) Usou durante 11 meses
- 43.14) Usou durante 12 meses a 15 meses
- 43.15) Usou durante 16 meses a 19 meses
- 43.16) Usou de 20 meses a 23 meses

Alimentação Atual da Criança

As suas informações são muito importantes para o nosso estudo!

51. 44) Com que idade iniciou a oferta de outro alimento além do leite ao seu filho (a)? *

Marcar apenas uma oval.

- 44.1) antes de 4 meses
- 44.2) 4 meses
- 44.3) 5 meses
- 44.4) 6 meses
- 44.5) 7 meses

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

52. 45) Quantas refeições, sem contar os horários exclusivos das "mamadas", seu filho faz por dia? (Refeição são todos os horários que seu filho alimenta como café da manhã, lanches, almoço, jantar e outros...) *

Marcar apenas uma oval.

- 45.1) 1 refeição
- 45.2) 2 refeições
- 45.3) 3 refeições
- 45.4) 4 refeições
- 45.5) 5 refeições
- 45.6) 6 refeições
- Outro: _____

53. 46) Seu filho já consegue pegar o alimento sozinho e levar na boca? *

Marcar apenas uma oval.

- 46.1) Sempre
- 46.2) Algumas vezes
- 46.3) Não.
- 46.4) Não permito, pois tenho medo dele engasgar.

54. 47) Seu(ua) filho(a) almoça e janta? *

Marcar apenas uma oval.

- 47.1) Sim
- 47.2) Não. Pule para a questão 49.
- 47.3) Somente almoça
- 47.4) Somente janta

55. 48) Quantas vezes na semana você está presente no horário do almoço ou jantar do seu(ua) filho(a)?

Marcar apenas uma oval.

- 48.1) 1 vez por semana
- 48.2) 2 vezes por semana
- 48.3) 3 vezes por semana
- 48.4) 4 vezes por semana
- 48.5) 5 vezes por semana
- 48.6) 6 vezes por semana
- 48.7) 7 vezes por semana
- 48.8) Nenhuma

56. 49) Como a criança é alimentada, na maioria das refeições? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 49.1) Alguém a alimenta, levando o alimento à sua boca usando uma colher.
- 49.2) A criança se alimenta sozinha, com colher
- 49.3) A criança se alimenta sozinha usando as mãos, sem uso da colher
- 49.4) A criança se alimenta com colher, ao mesmo tempo, que o adulto oferece a refeição
- 49.5) A criança se alimenta com as mãos, ao mesmo tempo, que o adulto oferece a refeição
- 49.6) A criança recebe a mamadeira contendo os alimentos liquidificados

Outro: _____

57. 50) Seu(ua) filho(a) come frutas? *

Marcar apenas uma oval.

- 50.1) Não. Pule para a questão 52.
- 50.2) Sim

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

58. 51) Se seu filho come frutas, quantas vezes por dia?

Marcar apenas uma oval.

- 51.1) 1 vez
- 51.2) 2 vezes
- 51.3) 3 vezes
- 51.4) 4 vezes
- 51.5) 5 vezes
- Outro: _____

59. 52) Em quantas refeições seu filho se alimenta sozinho? *

Marcar apenas uma oval.

- 52.1) Nenhuma
- 52.2) 1 refeição
- 52.3) 2 refeições
- 52.4) 3 refeições
- 52.5) 4 refeições
- 52.6) 5 refeições
- 52.7) 6 refeições
- Outro: _____

60. 53) Em quantas refeições seu filho come alimentos amassados, em forma de papinhas, purês por dia? *

Marcar apenas uma oval.

- 53.1) Nenhuma
- 53.2) 1 refeição
- 53.3) 2 refeições
- 53.5) 4 refeições
- 53.6) 5 refeições
- 53.7) 6 refeições
- Outro: _____

61. 54) Seu filho(a) apresenta intolerância ou alergia a algum alimento? *

Marcar apenas uma oval.

- 54.1) Sim
- 54.2) Não. Pule para a questão 56.

62. 55) Se você marcou sim na questão anterior 54 (ou seja, seu filho(a) possui intolerância ou a alergia a algum alimento), cite qual(is) alimento(s)?

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

63. 56) Você conhece, ou já ouviu falar, sobre uma nova forma de introdução de alimentos para a criança que se chama abordagem BLW(Baby Led Weaning) ou "desmame guiado pelo bebê"? *

Marcar apenas uma oval.

- 56.1) Sim
- 56.2) Não

Existem duas formas de oferecer os primeiros alimentos, além do leite, para o bebê. Uma forma é pela ABORDAGEM BLW (BABY LED WEANING), onde a criança é estimulada a se alimentar sozinha, levando ela mesma os alimentos à boca, e a duração da refeição é determinada pela própria criança. Os alimentos são apresentados em cortes no formato de bastonetes maiores que a mão da criança para facilitar à pega. Sua textura precisa ser firme para não serem esmagados entre os dedos e, ao mesmo tempo, precisa possibilitar que sejam esmagados com a força das gengivas. A outra forma é a ABORDAGEM TRADICIONAL, que é a forma de introdução de alimentos para a criança mais comumente praticada pelas famílias. Os alimentos são oferecidos por um adulto, inicialmente de forma pastosa, na colher, e a sua consistência evolui com o passar dos meses, até aproximar a consistência com a refeição da família, próximo dos 12 meses de idade. Quem oferta o alimento é que comanda a duração da refeição. Em algumas situações é realizada a forma MISTA, onde a mãe ou o(a) responsável adota partes dessas duas práticas.

São as suas experiências, que vão nos ajudar a conhecer o melhor, para a alimentação das crianças!

64. 57) Considerando as possibilidades de introdução de alimentos citadas acima, qual o tipo de abordagem você utiliza na alimentação do seu filho? *

Marcar apenas uma oval.

- 57.1) Tradicional
- 57.2) BLW
- 57.3) Mista (BLW e Tradicional)

AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS PARA TODAS AS ABORDAGENS, OU SEJA, POR TODAS AS MÃES QUE SEGUEM TRADICIONAL OU BLW OU MISTA.

65. 58) Como ficou sabendo da abordagem que está utilizando (Pode ser Tradicional ou BLW ou Mista)? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 58.1) Pediatra
- 58.2) Nutricionista
- 58.3) Enfermeiro
- 58.4) Outro profissional de saúde
- 58.5) Familiar
- 58.6) Amigo(a)
- 58.7) Blog/ Site
- 58.8) Facebook
- 58.9) Instagram
- 58.10) Artigo científico

Outro: _____

66. 59) Por que você escolheu a abordagem que está utilizando na alimentação do seu filho(a) (Pode ser Tradicional ou BLW ou Mista)? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 59.1) Não conhecia outra
- 59.2) Busca por uma alimentação mais saudável para meu filho.
- 59.3) Orientação do Médico (Pediatra)
- 59.4) Orientação de um profissional de saúde (nutricionista)
- 59.5) Abordagem fácil para aplicar.
- 59.6) Melhor ganho de peso para meu filho
- 59.7) Maior segurança nessa abordagem
- 59.8) Desenvolver maior autonomia na criança
- 59.9) Maior controle na composição da refeição
- 59.10) Melhor desenvolvimento da criança
- 59.11) Melhor desenvolvimento na mastigação
- 59.12) Abordagem menos trabalhosa

Outro: _____

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

67. 60) Você indicaria a abordagem (Tradicional ou BLW ou Mista) que você está utilizando para outras mães ou usaria para outros filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- 60.1) Sim.
- 60.2) Não. Pule para a questão 62.

68. 61) Se você marcou SIM na questão anterior 60, responda : Qual(is) motivo(s) abaixo faz(em) você indicar a abordagem (Tradicional ou BLW ou Mista) que está usando: (Você pode marcar mais de uma alternativa). Após responder essa questão pule para a questão 63.

Marque todas que se aplicam.

- 61.1) Maior autonomia da criança
- 61.2) Maior aceitação de alimentos
- 61.3) Bom desenvolvimento da criança na mastigação
- 61.4) Alimentação mais saudável
- 61.5) Bom desenvolvimento no crescimento da criança
- 61.6) Para manter melhor peso da criança
- 61.7) Consegue dar alimentos mais variados em uma refeição
- 61.8) Abordagem fácil de adaptar ao dia a dia
- 61.9) Menos trabalhosa

Outro: _____

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

67. 60) Você indicaria a abordagem (Tradicional ou BLW ou Mista) que você está utilizando para outras mães ou usaria para outros filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- 60.1) Sim.
- 60.2) Não. Pule para a questão 62.

68. 61) Se você marcou SIM na questão anterior 60, responda : Qual(is) motivo(s) abaixo faz(em) você indicar a abordagem (Tradicional ou BLW ou Mista) que está usando: (Você pode marcar mais de uma alternativa). Após responder essa questão pule para a questão 63.

Marque todas que se aplicam.

- 61.1) Maior autonomia da criança
- 61.2) Maior aceitação de alimentos
- 61.3) Bom desenvolvimento da criança na mastigação
- 61.4) Alimentação mais saudável
- 61.5) Bom desenvolvimento no crescimento da criança
- 61.6) Para manter melhor peso da criança
- 61.7) Consegue dar alimentos mais variados em uma refeição
- 61.8) Abordagem fácil de adaptar ao dia a dia
- 61.9) Menos trabalhosa

Outro: _____

29/10/2021 20:20

Questionário Prático de Alimentação Infantil

69. 62) Se você marcou NÃO na questão 60, responda: Qual(is) motivo(s) abaixo faz(em) você não indicar a abordagem (Tradicional ou BLW ou Mista) que está usando: (Você pode marcar mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- 62.1) Menor aceitação dos alimentos
- 62.2) Inadequação no desenvolvimento da mastigação da criança
- 62.3) Técnica muito trabalhosa
- 62.4) Não observei aceitação dos alimentos
- 62.5) Compromete o desenvolvimento da criança
- 62.6) Não observei autonomia da criança
- 62.7) Não possibilita a oferta de alimentos variados
- 62.8) Abordagem difícil de aplicar ao dia a dia
- 62.9) Medo de engasgo
- 62.10) Percebi bagunça, desordem, no momento das refeições
- 62.11) Favorece o desperdício de alimentos

Outro: _____

70. 63) O que você GOSTA na abordagem alimentar (Tradicional ou BLW ou Mista) que está utilizando com seu filho(a)? (Você pode marcar mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- 63.1) Maior autonomia da criança
- 63.2) Maior aceitação de alimentos
- 63.3) Bom desenvolvimento da criança
- 63.4) Prática fácil de adaptar ao dia a dia

Outro: _____

71. 64) O que você NÃO gosta na abordagem alimentar (Tradicional ou BLW ou Mista) que está utilizando com seu filho(a)? (Você pode marcar mais de uma alternativa ou escrever em "outros" algo que não tenha sido citado) *

Marque todas que se aplicam.

- 64.1) Não favorece a autonomia da criança
- 64.2) Menor aceitação dos alimentos
- 64.3) Baixo desenvolvimento da criança
- 64.4) Abordagem difícil de aplicar ao dia a dia
- 64.5) Não tem o que eu não goste na abordagem que uso.

Outro: _____

ENGASGO E REFLEXO DE GAG O Reflexo de Gag é comum em crianças novas. Ocorre quando a criança sente o alimento na boca, e então faz um movimento simulando vômito para evitar o engasgo, seu cérebro dispara o reflexo de Gag para fazer o alimento voltar da garganta para a boca. Logo após, as crianças agem como se nada tivesse lhes acontecido. Sem sinais de desconforto ou alterações de humor. O Engasgo é o bloqueio da traqueia "garganta" devido a um alimento ou bebida que obstrui a passagem podendo interromper a respiração. Trata-se de um caso de emergência, onde é necessária uma intervenção para que a criança volte a respirar. **AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS PARA TODAS AS ABORDAGENS, OU SEJA, POR TODAS AS MÃES QUE SEGUEM TRADICIONAL OU BLW OU MISTA, em relação a abordagem que está usando.**

72. 65) Seu filho(a) alguma vez apresentou um quadro de engasgo com alimentos? *

Marcar apenas uma oval.

- 65.1) Sim
- 65.2) Não. Pule para a questão 68.

73. 66) Se você marcou sim na questão anterior 65 (ou seja, seu filho apresentou engasgo), com qual alimento foi?

74. 67) Como estava a apresentação do alimento que causou o engasgo?

Marcar apenas uma oval.

- 67.1) Em pedaços
- 67.2) Amassados ou purê
- 67.3) Líquido.

75. 68) Alguma vez você observou a ocorrência do reflexo de Gag em seu filho(a) durante a alimentação?

Marcar apenas uma oval.

- 68.1) Sim
- 68.2) Não

76. 69) Você usa algum suplemento ou medicação para seu filho(a) ? *

Marcar apenas uma oval.

- 69.1) Sim
- 69.2) Não. Pule para a questão 72

77. 70) Qual(is) o suplemento(s) seu filho(a) usa?

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

78. 71) Como você obteve a orientação para suplementação utilizada?

Marcar apenas uma oval.

- 71.1)Pediatra
- 71.2)Nutricionista
- 71.3)Enfermeiro
- 71.4)Outro profissional de saúde
- 71.5)Familiar
- 71.6)Amigo(a)
- 71.7)Blog
- 71.8)Facebook
- 71.9)Site
- 71.10)Livro
- Outro: _____

QFA (Questionário de frequência Alimentar)

Marque a frequência, ou seja, quantas vezes a criança consome o alimento. Você deve marcar somente uma opção, para cada alimento. AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS PARA TODAS AS ABORDAGENS, OU SEJA, POR TODAS AS MÃES QUE SEGUEM BLW OU TRADICIONAL OU MISTA.

Esse estudo só é possível, devido a sua participação .Obrigada! Estamos quase terminando.

79. 72)Leite (Considerar qualquer leite, com exceção do leite materno) *

Marcar apenas uma oval.

- 72.1)Nunca
- 72.2)Menos de uma vez por mês
- 72.3)1-3 vezes por mês
- 72.4) 1 vez por semana
- 7.5) 2-4 vezes por semana
- 72.6)5 ou mais vezes por semana
- 72.7) 1 vez por dia
- 72.8)2 vezes por dia
- 72.9)3 ou mais vezes por dia

80. 73)Iogurte *

Marcar apenas uma oval.

- 73.1)Nunca
- 73.2)Menos de uma vez por mês
- 73.3)1-3 vezes por mês
- 73.4) 1 vez por semana
- 73.5) 2-4 vezes por semana
- 73.6)5 ou mais vezes por semana
- 73.7)1 vez por dia
- 73.8)2 vezes por dia
- 73.9)3 ou mais vezes por dia

81. 74)Iogurte caseiro *

Marcar apenas uma oval.

- 74.1)Nunca
- 74.2)Menos de uma vez por mês
- 74.3)1-3 vezes por mês
- 74.4)1 vez por semana
- 74.5)2-4 vezes por semana
- 74.6)5 ou mais vezes por semana
- 74.7)1 vez por dia
- 74.8)2 vezes por dia
- 74.9)3 ou mais vezes por dia

82. 75)Requeijão ou queijo *

Marcar apenas uma oval.

- 75.1)Nunca
- 75.2)Menos de uma vez por mês
- 75.3)1-3 vezes por mês
- 75.4) 1 vez por semana
- 75.5) 2-4 vezes por semana
- 75.6)5 ou mais vezes por semana
- 75.7)1 vez por dia
- 75.8)2 vezes por dia
- 75.9)3 ou mais vezes por dia

83. 76)Chá *

Marcar apenas uma oval.

- 76.1)Nunca
- 76.2)Menos de uma vez por mês
- 76.3)1-3 vezes por mês
- 76.4) 1 vez por semana
- 76.5) 2-4 vezes por semana
- 76.6)5 ou mais vezes por semana
- 76.7)1 vez por dia
- 76.8)2 vezes por dia
- 76.9) 3 ou mais vezes por dia

84. 77)Pão de forma ou pão de sal *

Marcar apenas uma oval.

- 77.1)Nunca
- 77.2)Menos de uma vez por mês
- 77.3)1-3 vezes por mês
- 77.4) 1 vez por semana
- 77.5) 2-4 vezes por semana
- 77.6)5 ou mais vezes por semana
- 77.7)1 vez por dia
- 77.8)2 vezes por dia
- 77.9) 3 ou mais vezes por dia

85. 78)Arroz *

Marcar apenas uma oval.

- 78.1)Nunca
- 78.2)Menos de uma vez por mês
- 78.3)1-3 vezes por mês
- 78.4) 1 vez por semana
- 78.5) 2-4 vezes por semana
- 78.6)5 ou mais vezes por semana
- 78.7)1 vez por dia
- 78.8)2 vezes por dia
- 78.9) 3 ou mais vezes por dia

86. 79)Biscoito cream cracker ou salgado *

Marcar apenas uma oval.

- 79.1)Nunca
- 79.2)Menos de uma vez por mês
- 79.3)1-3 vezes por mês
- 79.4) 1 vez por semana
- 79.5) 2-4 vezes por semana
- 79.6)5 ou mais vezes por semana
- 79.7)1 vez por dia
- 79.8)2 vezes por dia
- 79.9)3 ou mais vezes por dia

87. 80)Biscoito recheado ou biscoito doce *

Marcar apenas uma oval.

- 80.1)Nunca
- 80.2)Menos de uma vez por mês
- 80.3)1-3 vezes por mês
- 80.4) 1 vez por semana
- 80.5) 2-4 vezes por semana
- 80.6)5 ou mais vezes por semana
- 80.7)1 vez por dia
- 80.8)2 vezes por dia
- 80.9)3 ou mais vezes por dia

88. 81)Pão de queijo *

Marcar apenas uma oval.

- 81.1)Nunca
- 81.2)Menos de uma vez por mês
- 81.3)1-3 vezes por mês
- 81.4) 1 vez por semana
- 81.5) 2-4 vezes por semana
- 81.6)5 ou mais vezes por semana
- 81.7)1 vez por dia
- 81.8)2 vezes por dia
- 81.9)3 ou mais vezes por dia

89. 82)Bolo *

Marcar apenas uma oval.

- 82.1)Nunca
- 82.2)Menos de uma vez por mês
- 82.3)1-3 vezes por mês
- 82.4) 1 vez por semana
- 82.5) 2-4 vezes por semana
- 82.6)5 ou mais vezes por semana
- 82.7)1 vez por dia
- 82.8)2 vezes por dia
- 82.9)3 ou mais vezes por dia

90. 83)Bolo caseiro ou biscoito caseiro

Marcar apenas uma oval.

- 83.1)Nunca
- 83.2)Menos de uma vez por mês
- 83.3)1-3 vezes por mês
- 83.4)1 vez por semana
- 83.5)2-4 vezes por semana
- 83.6)5 ou mais vezes por semana
- 83.7)1 vez por dia
- 83.8)2 vezes por dia
- 83.9)3 ou mais vezes por dia

91. 84)Macarrão e nhoque *

Marcar apenas uma oval.

- 84.1)Nunca
- 84.2)Menos de uma vez por mês
- 84.3)1-3 vezes por mês
- 84.4) 1 vez por semana
- 84.5) 2-4 vezes por semana
- 84.6)5 ou mais vezes por semana
- 84.7)1 vez por dia
- 84.8)2 vezes por dia
- 84.9)3 ou mais vezes por dia

92. 85)Panqueca,lasanha e farofa

Marcar apenas uma oval.

- 85.1)Nunca
- 85.2)Menos de uma vez por mês
- 85.3)1-3 vezes por mês
- 85.4)1 vez por semana
- 85.5)2-4 vezes por semana
- 85.6)5 ou mais vezes por semana
- 85.7)1 vez por dia
- 85.8)2 vezes por dia
- 85.9)3 ou mais vezes por dia

93. 86) Polenta e angu *

Marcar apenas uma oval.

- 86.1) Nunca
- 86.2) Menos de uma vez por mês
- 86.3) 1-3 vezes por mês
- 86.4) 1 vez por semana
- 86.5) 2-4 vezes por semana
- 86.6) 5 ou mais vezes por semana
- 86.7) 1 vez por dia
- 86.8) 2 vezes por dia
- 86.9) 3 ou mais vezes por dia

94. 87) Inhame, mandioca (aipim) e milho *

Marcar apenas uma oval.

- 87.1) Nunca
- 87.2) Menos de uma vez por mês
- 87.3) 1-3 vezes por mês
- 87.4) 1 vez por semana
- 87.5) 2-4 vezes por semana
- 87.6) 5 ou mais vezes por semana
- 87.7) 1 vez por dia
- 87.8) 2 vezes por dia
- 87.9) 3 ou mais vezes por dia

95. 88)Batata *

Marcar apenas uma oval.

- 88.1)Nunca
- 88.2)Menos de uma vez por mês
- 88.3)1-3 vezes por mês
- 88.4) 1 vez por semana
- 88.5) 2-4 vezes por semana
- 88.6)5 ou mais vezes por semana
- 88.7)1 vez por dia
- 88.8)2 vezes por dia
- 88.9)3 ou mais vezes por dia

96. 89)Pizza e cachorro quente *

Marcar apenas uma oval.

- 89.1)Nunca
- 89.2)Menos de uma vez por mês
- 89.3)1-3 vezes por mês
- 89.4) 1 vez por semana
- 89.5) 2-4 vezes por semana
- 89.6)5 ou mais vezes por semana
- 89.7)1 vez por dia
- 89.8)2 vezes por dia
- 89.9)3 ou mais vezes por dia

97. 90)Feijão *

Marcar apenas uma oval.

- 90.1)Nunca
- 90.2)Menos de uma vez por mês
- 90.3)1-3 vezes por mês
- 90.4) 1 vez por semana
- 90.5) 2-4 vezes por semana
- 90.6)5 ou mais vezes por semana
- 90.7) 1 vez por dia
- 90.8)2 vezes por dia
- 90.9)3 ou mais vezes por dia

98. 91)Refrigerante *

Marcar apenas uma oval.

- 91.1)Nunca
- 91.2)Menos de uma vez por mês
- 91.3)1-3 vezes por mês
- 91.4) 1 vez por semana
- 91.5) 2-4 vezes por semana
- 91.6)5 ou mais vezes por semana
- 91.7) 1 vez por dia
- 91.8)2 vezes por dia
- 91.9)3 ou mais vezes por dia

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

99. 92) Sorvete ou picolé; doce de leite, pudim, leite condensado, brigadeiro; gelatina; chocolate ou bombom *

Marcar apenas uma oval.

- 92.1) Nunca
- 92.2) Menos de uma vez por mês
- 92.3) 1-3 vezes por mês
- 92.4) 1 vez por semana
- 92.5) 2-4 vezes por semana
- 92.6) 5 ou mais vezes por semana
- 92.7) 1 vez por dia
- 92.8) 2 vezes por dia
- 92.9) 3 ou mais vezes por dia

100. 93) Suco de fruta industrializado *

Marcar apenas uma oval.

- 93.1) Nunca
- 93.2) Menos de uma vez por mês
- 93.3) 1-3 vezes por mês
- 93.4) 1 vez por semana
- 93.5) 2-4 vezes por semana
- 93.6) 5 ou vezes por semana
- 93.7) 1 vez por dia
- 93.8) 2 vezes por dia
- 93.9) 3 ou mais vezes

101. 94)Bala *

Marcar apenas uma oval.

- 94.1)Nunca
- 94.2)Menos de uma vez por mês
- 94.3)1-3 vezes por mês
- 94.4) 1 vez por semana
- 94.5) 2-4 vezes por semana
- 94.6)5 ou mais vezes por semana
- 94.7)1 vez por dia
- 94.8)2 vezes por dia
- 94.9)3 ou mais vezes

102. 95)Achocolatado *

Marcar apenas uma oval.

- 95.1)Nunca
- 95.2)Menos de uma vez por mês
- 95.3)1-3 vezes por mês
- 95.4) 1 vez por semana
- 95.5) 2-4 vezes por semana
- 95.6)5 ou mais vezes por semana
- 95.7)1 vez por dia
- 95.8)2 vezes por dia
- 95.9)3 ou mais vezes por dia

103. 96)Margarina ou manteiga *

Marcar apenas uma oval.

- 96.1)Nunca
- 96.2)Menos de uma vez por mês
- 96.3)1-3 vezes por mês
- 96.4) 1 vez por semana
- 96.5) 2-4 vezes por semana
- 96.6)5 ou mais vezes por semana
- 96.7)1 vez por dia
- 96.8)2 vezes por dia
- 96.9)3 ou mais vezes por dia

104. 97)Ovo ou omelete *

Marcar apenas uma oval.

- 97.1)Nunca
- 97.2)Menos de uma vez por mês
- 97.3)1-3 vezes por mês
- 97.4) 1 vez por semana
- 97.5) 2-4 vezes por semana
- 97.6)5 ou mais vezes por semana
- 97.7)1 vez por dia
- 97.8)2 vezes por dia
- 97.9)3 ou mais vezes por dia

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

105. 98)Peixe *

Marcar apenas uma oval.

- 98.1)Nunca
- 98.2)Menos de uma vez por mês
- 98.3)1-3 vezes por mês
- 98.4) 1 vez por semana
- 98.5) 2-4 vezes por semana
- 98.6)5 ou mais vezes por semana
- 98.7)1 vez por dia
- 98.8)2 vezes por dia
- 98.9)3 ou mais vezes por dia

106. 99)Came de boi e porco *

Marcar apenas uma oval.

- 99.1)Nunca
- 99.2)Menos de uma vez por mês
- 99.3)1-3 vezes por mês
- 99.4) 1 vez por semana
- 99.5) 2-4 vezes por semana
- 99.6)5 ou mais vezes por semana
- 99.7)1 vez por dia
- 99.8)2 vezes por dia
- 99.9)3 ou mais vezes por dia

107. 100)Frango *

Marcar apenas uma oval.

- 100.1)Nunca
- 100.2)Menos de uma vez por mês
- 100.3)1-3 vezes por mês
- 100.4) 1 vez por semana
- 100.5) 2-4 vezes por semana
- 100.6)5 ou mais vezes por semana
- 100.7)1 vez por dia
- 100.8)2 vezes por dia
- 100.9)3 ou mais vezes por dia

108. 101)Laranja *

Marcar apenas uma oval.

- 101.1)Nunca
- 101.2)Menos de uma vez por mês
- 101.3)1-3 vezes por mês
- 101.4) 1 vez por semana
- 101.5) 2-4 vezes por semana
- 101.6)5 ou mais vezes por semana
- 101.7)1 vez por dia
- 101.8)2 vezes por dia
- 101.9)3 ou mais vezes por dia

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

109. 102)Banana *

Marcar apenas uma oval.

- 102.1)Nunca
- 102.2)Menos de uma vez por mês
- 102.3)1-3 vezes por mês
- 102.4) 1 vez por semana
- 102.5) 2-4 vezes por semana
- 102.6)5 ou mais vezes por semana
- 102.7)1 vez por dia
- 102.8)2 vezes por dia
- 102.9) 3 ou mais vezes por dia

110. 103)Morango *

Marcar apenas uma oval.

- 103.1)Nunca
- 103.2)Menos de uma vez por mês
- 103.3)1-3 vezes por mês
- 103.4) 1 vez por semana
- 103.5) 2-4 vezes por semana
- 103.6)5 ou mais vezes por semana
- 103.7)1 vez por dia
- 103.8)2 vezes por dia
- 103.9) 3 ou mais vezes por dia

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

111. 104)Abacaxi *

Marcar apenas uma oval.

- 104.1)Nunca
- 104.2)Menos de uma vez por mês
- 104.3)1-3 vezes por mês
- 104.4) 1 vez por semana
- 104.5) 2-4 vezes por semana
- 104.6)5 ou mais vezes por semana
- 104.7)1 vez por dia
- 104.8)2 vezes por dia
- 104.9) 3 ou mais vezes por dia

112. 105)Maçã *

Marcar apenas uma oval.

- 105.1)Nunca
- 105.2)Menos de uma vez por mês
- 105.3)1-3 vezes por mês
- 105.4) 1 vez por semana
- 105.5) 2-4 vezes por semana
- 105.6)5 ou mais vezes por semana
- 105.7)1 vez por dia
- 105.8)2 vezes por dia
- 105.9) 3 ou mais vezes por dia

113. 106)Goiaba *

Marcar apenas uma oval.

- 106.1)Nunca
- 106.2)Menos de uma vez por mês
- 106.3)1-3 vezes por mês
- 106.4) 1 vez por semana
- 106.5) 2-4 vezes por semana
- 106.6)5 ou mais vezes por semana
- 106.7)1 vez por dia
- 106.8)2 vezes por dia
- 106.9) 3 ou mais vezes por dia

114. 107)Mamão *

Marcar apenas uma oval.

- 107.1)Nunca
- 107.2)Menos de uma vez por mês
- 107.3)1-3 vezes por mês
- 107.4) 1 vez por semana
- 107.5) 2-4 vezes por semana
- 107.6)5 ou mais vezes por semana
- 107.7)1 vez por dia
- 107.8)2 vezes por dia
- 107.9) 3 ou mais vezes por dia

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

115. 108) Suco de fruta natural *

Marcar apenas uma oval.

- 108.1) Nunca
- 108.2) Menos de uma vez por mês
- 108.3) 1-3 vezes por mês
- 108.4) 1 vez por semana
- 108.5) 2-4 vezes por semana
- 108.6) 5 ou mais vezes por semana
- 108.7) 1 vez por dia
- 108.8) 2 vezes por dia
- 108.9) 3 ou mais vezes por dia

116. 109) Tomate e alface *

Marcar apenas uma oval.

- 109.1) Nunca
- 109.2) Menos de uma vez por mês
- 109.3) 1-3 vezes por mês
- 109.4) 1 vez por semana
- 109.5) 2-4 vezes por semana
- 109.6) 5 ou mais vezes por semana
- 109.7) 1 vez por dia
- 109.8) 2 vezes por dia
- 109.9) 3 ou mais vezes por dia

117. 110)Couve-flor ou brócolis, chuchu, repolho ,quiabo, pepino e cebola *

Marcar apenas uma oval.

- 110.1)Nunca
- 110.2)Menos de uma vez por mês
- 110.3)1-3 vezes por mês
- 110.4) 1 vez por semana
- 110.5) 2-4 vezes por semana
- 110.6)5 ou mais vezes por semana
- 110.7)1 vez por dia
- 110.8)2 vezes por dia
- 110.9)3 ou mais vezes por dia

118. 111)Cenoura,beterraba, abobrinha e abobora moranga *

Marcar apenas uma oval.

- 111.1)Nunca
- 111.2)Menos de uma vez por mês
- 111.3)1-3 vezes por mês
- 111.4) 1 vez por semana
- 111.5) 2-4 vezes por semana
- 111.6)5 ou mais vezes por semana
- 111.7)1 vez por dia
- 111.8)2 vezes por dia
- 111.9)3 ou mais vezes por dia

29/10/2021 20:20

Questionário Práticas de Alimentação Infantil

119. 112)Macarrão instantâneo *

Marcar apenas uma oval.

- 112.1)Nunca
- 112.2)Menos de uma vez por mês
- 112.3)1-3 vezes por mês
- 112.4) 1 vez por semana
- 112.5) 2-4 vezes por semana
- 112.6)5 ou mais vezes por semana
- 112.7)1 vez por dia
- 112.8)2 vezes por dia
- 112.9)3 ou mais vezes por dia

120. 113)Sopa industrializada (em pó) *

Marcar apenas uma oval.

- 113.1)Nunca
- 113.2)Menos de uma vez por mês
- 113.3)1-3 vezes por mês
- 113.4) 1 vez por semana
- 113.5) 2-4 vezes por semana
- 113.6)5 ou mais vezes por semana
- 113.7)1 vez por dia
- 113.8)2 vezes por dia
- 113.9)3 ou mais vezes por dia

121. 114) Presunto, apresuntado, mortadela *

Marcar apenas uma oval.

- 114.1) Nunca
- 114.2) Menos de uma vez por mês
- 114.3) 1-3 vezes por mês
- 114.4) 1 vez por semana
- 114.5) 2-4 vezes por semana
- 114.6) 5 ou mais vezes por semana
- 114.7) 1 vez por dia
- 114.8) 2 vezes por dia
- 114.9) 3 ou mais vezes por dia

122. 115) Hamburguer, Nuggets *

Marcar apenas uma oval.

- 115.1) Nunca
- 115.2) Menos de uma vez por mês
- 115.3) 1-3 vezes por mês
- 115.4) 1 vez por semana
- 115.5) 2-4 vezes por semana
- 115.6) 5 ou mais vezes por semana
- 115.7) 1 vez por dia
- 115.8) 2 vezes por dia
- 115.9) 3 ou mais vezes por dia

123. 116)Batata frita e pipoca *

Marcar apenas uma oval.

- 116.1)Nunca
- 116.2)Menos de uma vez por mês
- 116.3)1-3 vezes por mês
- 116.4) 1 vez por semana
- 116.5) 2-4 vezes por semana
- 116.6)5 ou mais vezes por semana
- 116.7) 1 vez por dia
- 116.8) 2 vezes por dia
- 116.9) 3 ou mais vezes por dia

124. 117)Molhos industrializados *

Marcar apenas uma oval.

- 117.1)Nunca
- 117.2)Menos de uma vez por mês
- 117.3)1-3 vezes por mês
- 117.4) 1 vez por semana
- 117.5) 2-4 vezes por semana
- 117.6)5 ou mais vezes por semana
- 117.7)1 vez por dia
- 117.8)2 vezes por dia
- 117.9)3 ou mais vezes por dia

CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS
E DEMOGRÁFICAS

Estamos quase no fim. Sua participação fez toda a diferença!
Gostaríamos de lembrar que os dados são mantidos em sigilo. AS
PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS PARA TODAS AS
ABORDAGENS, OU SEJA, POR TODAS AS MÃES QUE SEGUEM BLW OU
TRADICIONAL OU TRADICIONAL.

20/10/2021 20:20

Questionário Prático de Alimentação Infantil

125. 118)Local da residência: *

Marcar apenas uma oval. 118.1)Urbano 118.2)Rural

126. 119)Quantas pessoas têm no domicílio? *

127. 120)Escolaridade do responsável da família : *

Marcar apenas uma oval. 120.1)Analfabeto/Fundamental I incompleto 120.2)Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto 120.3)Fundamental completo/ Médio incompleto 120.4)Médio completo/ Superior incompleto 120.5)Superior completo ou acima

NO DOMICILIO TEM. As perguntas abaixo se referem ao que você tem na sua residência (casa ou apartamento).

MARQUE SÓ UMA OPÇÃO

128. 121)Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular:

*

Marcar apenas uma oval. 121.1)Não possui 121.2) 1 121.3) 2 121.4) 3 121.5) Mais de 4

29/10/2021 20:20

Questionário Práticas de Alimentação Infantil

129. 122)Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana: *

Marcar apenas uma oval.

- 122.1) Não possui
- 122.2) 1
- 122.3) 2
- 122.4) 3
- 122.5) Mais de 4

130. 123)Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho: *

Marcar apenas uma oval.

- 123.1) Não possui
- 123.2) 1
- 123.3) 2
- 123.4) 3
- 123.5) Mais de 4

131. 124)Quantidade de banheiros (com vaso sanitário): *

Marcar apenas uma oval.

- 124.1) Não possui
- 124.2) 1
- 124.3) 2
- 124.4) 3
- 124.5) Mais de 4

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

132. 125) DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando, DVD de automóvel: *

Marcar apenas uma oval.

- 125.1) Não possui
- 125.2) 1
- 125.3) 2
- 125.4) 3
- 125.5) Mais de 4

133. 126) Quantidade de geladeiras: *

Marcar apenas uma oval.

- 126.1) Não possui
- 126.2) 1
- 126.3) 2
- 126.4) 3
- 126.5) Mais de 4

134. 127) Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex: *

Marcar apenas uma oval.

- 127.1) Não possui
- 127.2) 1
- 127.3) 2
- 127.4) 3
- 127.5) Mais de 4

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

135. 128)Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones: *

Marcar apenas uma oval.

- 128.1) Não possui
- 128.2) 1
- 128.3) 2
- 128.4) 3
- 128.5) Mais de 4

136. 129)Quantidade de lavadora de louças: *

Marcar apenas uma oval.

- 129.1) Não possui
- 129.2) 1
- 129.3) 2
- 129.4) 3
- 129.5) Mais de 4

137. 130)Quantidade de fornos de micro-ondas: *

Marcar apenas uma oval.

- 130.1) Não possui
- 130.2) 1
- 130.3) 2
- 130.4) 3
- 130.5) Mais de 4

29/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

138. 131)Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- 131.1)Não possui
- 131.2) 1
- 131.3) 2
- 131.4) 3
- 131.5) Mais de 4

139. 132)Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca: *

Marcar apenas uma oval.

- 132.1)Não possui
- 132.2) 1
- 132.3) 2
- 132.4) 3
- 132.5) Mais de 4

140. 133)A água utilizada neste domicílio é proveniente de: *

Marcar apenas uma oval.

- 133.1)Rede geral de distribuição
- 133.2)Poço ou nascente
- 133.3) Outro meio

141. 134)Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: *

Marcar apenas uma oval.

- 134.1)Asfaltada/pavimentada
- 134.2)Terra/cascalho

20/10/2021 20:20

Questionário Prática de Alimentação Infantil

142. 135) Você teve dificuldade em responder alguma questão? Se sim, qual? Por que? *

143. 136) Nos ajude mais um pouco com essa pesquisa, indique e-mail, ou número de whatsapp ou perfil de facebook e instagram de mães que possam ajudar com sua experiência e responder esse questionário.

Como foi importante contar com toda essa sua experiência, para esse projeto. Obrigada sua participação! Abaixo, temos um material, com informações importantes para ajudar, na alimentação do seu(ua)filho(a).

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pula_da_crianca_2019.pdf

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

10.2. Apêndice 2- Informativo convite para participar da pesquisa

