

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CHRISTY HANNAH SANINI BELIN

**ADESÃO A DIFERENTES MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO**

Porto Alegre

2022

CHRISTY HANNAH SANINI BELIN

**ADESÃO A DIFERENTES MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Dra. Juliana Rombaldi Bernardi

Coorientador: Professor Dr. Leandro Meirelles Nunes

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Sanini Belin, Christy Hannah
ADESÃO A DIFERENTES MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO / Christy Hannah Sanini
Belin. -- 2022.

6 f.

Orientadora: Juliana Rombaldi Bernardi.

Coorientadora: Leandro Meirelles Nunes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Nutrição Infantil. 2. Ensaio Clínico
Randomizado. 3. Alimentação Infantil. 4. Alimentação
complementar. I. Rombaldi Bernardi, Juliana, orient.
II. Meirelles Nunes, Leandro, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CHRISTY HANNAH SANINI BELIN

**ADESÃO A DIFERENTES MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Dra. Juliana Rombaldi Bernardi

Coorientador: Professor Dr. Leandro Meirelles Nunes

Porto Alegre, 28 de abril de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Elza Daniel de Mello
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Dra. Fernanda Rauber
Universidade de São Paulo

Professora Dra. Estela Beatriz Behling
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e todo meu esforço a Deus, meu Pai, que me deu vida e amor, ao meu marido Leonardo, ao meu pai Irédes e minha mãe Ione.

AGRADECIMENTOS

Esse mestrado é a realização de um sonho, e para isso houve muitos envolvidos.

Agradeço a Deus por me fortalecer diariamente e me acompanhar em todos os momentos e situações. Por sua graça e amor infinito.

Ao meu marido Leonardo dos Santos, que com sua lógica e raciocínio me auxiliou tanto, além de me ensinar a paciência, me incentivar e estar ao meu lado.

Aos meus pais, Irédes Belin e Ione Belin, que incansavelmente me apoiaram e acreditaram em mim. Me ensinaram a ser humilde e íntegra de coração, através de todo seu amor e ensinamentos.

A esta universidade e todo seu corpo docente que realizam seu trabalho com tanto amor e empenho, trabalhando para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de extrema qualidade.

À minha orientadora Juliana Rombaldi Bernardi, pelo suporte, orientação, dedicação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse este trabalho.

Ao meu coorientador Leandro Meirelles Nunes, pela orientação, suporte e ensino.

Aos meus colegas e professores da equipe do projeto de introdução alimentar, pelo ensino e troca de experiência.

Agradeço especialmente a Renata Neves, Paula Ruffoni e Jordana Fuhr pela parceria, cumplicidade, suporte e auxílio nas coletas e análises.

Aos participantes dessa pesquisa que possibilitaram uma nova experiência e a concretização deste trabalho.

À minha família, amigos e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigado!

RESUMO

Introdução: O período da alimentação complementar tem papel fundamental em todas as etapas da vida, que são decisivas para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Os métodos guiados pelo lactente, como o *Baby-Led Introduction to SolidS* (BLISS) se diferenciam do método tradicional, pois é incentivado que, desde o início da introdução alimentar, o lactente se autoalimente da mesma refeição consumida pela família, desde que em formatos e consistências seguras. A adesão aos métodos guiados pelo lactente ainda é baixa devido à falta de confiança na capacidade da criança de se autoalimentar e a dificuldade de mensurar a quantidade ingerida. **Objetivos:** Avaliar a adesão a três métodos de introdução alimentar aos 7, 9 e 12 meses de vida e seus fatores associados. **Métodos:** Estudo de coorte aninhado a um ensaio clínico randomizado realizado com pares mães-lactentes, submetidos à intervenção aos 5,5 meses de vida, sobre três métodos de introdução alimentar conforme randomização: tradicional, *Baby-Led Introduction to SolidS* (BLISS) ou misto. A adesão ao método foi avaliada aos 7, 9 e 12 meses por pesquisador cegado em relação ao método. As variáveis familiares e maternas avaliadas foram etnia, idade, escolaridade, renda, tipo de parto, morar com companheiro, horas de trabalho, e as variáveis do lactente foram sexo, aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar e aleitamento materno até os 6 meses. Os dados foram apresentados em número absoluto e percentual e as análises bivariadas realizadas por teste Qui-Quadrado. A fim de detectar a diferença entre as variáveis com distribuição normal entre os grupos de crianças, foi utilizado o teste de ANOVA e o pós-teste de *Bonferroni* e para análise dos fatores associados ao desfecho da adesão, utilizou-se a regressão de *Poisson*. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o n.º 2019-0230. **Resultados:** Foram avaliados 139 pares mães-lactentes, sendo 45 (32%) alocados no método tradicional, 48 (34%) no BLISS e 46 (33%) no misto. Aos sete meses, 60 (43,2%) lactentes relataram seguir o método alimentar proposto. Ao analisar cada abordagem, o método misto apresentou resultados significativamente superior com adesão ao método de 69,0% (n=29) aos 7 meses, 55,8% (n=24) aos 9 meses e 78,6%, (n=33) aos 12 meses, seguido do método tradicional (p<0,001). Fatores familiares e maternos como renda, escolaridade, horas de trabalho, tipo de parto, e fatores do lactente, como aleitamento materno na alta hospitalar, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, não foram associados a adesão ao método (p>0,05). Dentre a amostra que não seguiu o método proposto, os do método tradicional e BLISS migraram majoritariamente para o método misto aos 12 meses, com 60% (n=27) e 72,9% (n=35) no modo de oferta e 97,8% (n=44) e 100% (n=48) quanto à consistência da alimentação, respectivamente. **Conclusão:** A alimentação complementar em abordagem mista obteve maior adesão aos 7, 9 e 12 meses de idade, tornando-se uma abordagem viável para orientar famílias na introdução da alimentação complementar. Fatores familiares, maternos e do lactente não estiveram associados à adesão ao método.

Palavras-chave: Alimentação Complementar. Alimentação Infantil. Ensaio Clínico. Lactente.

ABSTRACT

Introduction: The complementary feeding period plays a fundamental role in all stages of life, which are crucial for child growth and development. Infant-guided methods, such as the Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), differ from the traditional method, as it encourages the infant to feed itself from the same meal by the family from the beginning of the food introduction if the food is presented in safe formats and consistencies. Adherence to those guided by the infant is still low due to the lack of confidence in the child's ability to feed himself and the difficulty in measuring the amount ingested. **Objectives:** To assess adherence to three methods of introducing food at 7, 9, and 12 months of age. **Methods:** Cohort study nested within a randomized clinical trial carried out with mother-infant pairs, submitted to intervention at 5.5 months of age, on three methods of food introduction, traditional, Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), or mixed, according to randomization. Adherence to the method was assessed at 7, 9, and 12 months of infants' age by a researcher blinded to the method. The maternal variables evaluated were ethnicity, age, education, income, childbirth, living with a partner, and working hours and the infant variables were exclusive breastfeeding at hospital discharge and breastfeeding up to 6 months. The data were presented in absolute numbers and percentages and bivariate analyzes were performed using the Chi-Square test. To detect the difference between the variables with normal distribution between the groups of children, the ANOVA test and the Bonferroni post-test were used, and to analyze the factors associated with the outcome of adherence, Poisson regression was used. Project approved by the ethics committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre under number 2019-0230. **Results:** 139 mother-infant pairs were evaluated, 45 (32%) allocated in the traditional method, 48 (34%) in BLISS, and 46 (33%) in the mixed method. At seven months, 60 (43.2%) infants reported following the proposed feeding method. When analyzing each approach, the mixed method showed significantly higher adherence results, 69.0% (n=29) at 7 months, 55.8% (n=24) at 9 months and 78.6%, (n=29) =33) at 12 months, followed by the traditional method (p<0.001). Family and maternal factors such as income, education, hours of work, and type of delivery, as infant factors including breastfeeding at hospital discharge and exclusive breastfeeding up to 6 months of age, were not associated with adherence to the method (p>0.05). Among the sample that did not follow the proposed method, those randomized to the traditional method and BLISS migrated mostly to the mixed method, at 12 months, with 60% (n=27) and 72.9% (n=35) in the offering mode and 97.8% (n=44) and 100% (n=48) regarding food consistency, respectively. **Conclusion:** The mixed complementary feeding method obtained higher adherence at 7, 9, and 12 months of age, which demonstrates the feasibility of this approach to guide families in the introduction of complementary food for their infants. Family, maternal, and infant factors were not associated with adherence to the method.

Keywords: Complementary Feeding. Infant Feeding. Clinical Trial. Infant

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Dissertação:

Quadro 1 - Esquema Alimentar para crianças amamentadas.....	18
Quadro 2 - Esquema alimentar para crianças em uso de fórmula infantil.....	19
Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças em uso de leite de vaca.....	20

Artigo original:

Figura 1 - Fluxograma de seleção do estudo.....	58
Figura 2 - Migração do modo de oferta entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.....	61
Figura 3 - Migração da consistência entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.....	61

LISTA DE TABELAS

Artigo original:

Tabela 1 - Caracterização da amostra de mães e lactentes em Porto Alegre e região metropolitana, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.....	59
Tabela 2 - Adesão ao método separado por modo de oferta e consistência.....	60
Tabela 3 - Migração da consistência entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.....	62
Tabela 4 - Migração do modo de oferta entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.....	63
Tabela 5 - Associação entre a adesão aos métodos de introdução alimentar e fatores maternos e fatores do lactente.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Alimentação Complementar

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

BLISS - *Baby-led Introduction to Solids*

BLW- *Baby Led Weaning*

CPC - Centro de Pesquisa Clínica

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IA – Introdução Alimentar

LM – Leite Materno

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	15
2.2 MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR	16
2.2.1 Método de introdução alimentar tradicional	16
2.2.2 Métodos de introdução alimentar guiados pela criança	20
2.3 ADESÃO AOS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS	23
4 HIPÓTESE	27
5 OBJETIVOS	28
5.1 OBJETIVO GERAL	28
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
6. METODOLOGIA	29
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
6.2.1 Cálculo do tamanho amostral	30
6.2.2 Critérios de inclusão	30
6.3 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS	30
6.4.1 Primeira sessão (aos 5,5 meses de idade do lactente):	31
6.4.2 Segunda sessão (aos 9 meses de idade do lactente)	33
6.4.3 Coleta de dados (aos 12 meses de idade do lactente)	34
6.4.4 Adesão aos métodos de introdução alimentar	34
6.5.1. Variável dependente (desfecho)	35
6.5.2. Variável independente (exposição)	35
6.5.3. Outras variáveis	35
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
REFERÊNCIAS	38
7 RESULTADOS	42
7.1 ARTIGO CIENTÍFICO A SER SUBMETIDO À REVISTA PLOS ONE	42
8. CONCLUSÕES	67
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIECONÔMICO E DEMOGRÁFICO	70
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIOS DE NASCIMENTO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ..	72
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 7 MESES	73

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 9 MESES.....	75
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 12 MESES.....	78

1 INTRODUÇÃO

A alimentação complementar (AC) é definida como o processo de introdução de alimentos sólidos e líquidos, exceto leite materno (LM) ou fórmula infantil, na dieta de um lactente (FEWTRELL *et al.*, 2017). O Ministério da Saúde (MS) do Brasil orienta oferecer, inicialmente, alimentos amassados com o garfo ou picados, progredindo gradualmente até que se chegue à consistência da alimentação da família, aos 12 meses de idade (BRASIL, 2019).

Nas últimas décadas, métodos de introdução alimentar (IA) guiados pela criança foram propostos, tais como o *Baby-Led Weaning* (BLW) e o *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) (RAPLEY, 2008; DANIELS, 2015). Diferentemente do método tradicional, nos métodos guiados pela criança, os cuidadores supervisionam o lactente, porém não levam o alimento à boca da criança, permitindo que desde o início da IA o lactente se autoalimente da mesma refeição consumida pela família, desde que em formatos e consistências seguras (RAPLEY, 2015). O BLISS, que significa Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê, surgiu como uma versão modificada do BLW, no intuito de prevenir engasgos, adequar a oferta de alimentos energéticos e fontes de ferro (BACCHUS *et al.*, 2020).

Dentre os diversos benefícios esperados para os métodos de AC guiados pelo lactente, estão incentivar a autonomia da criança (UTAMI, 2019), diminuir o risco de alto índice de massa corporal (IMC) em lactentes alimentados com fórmula infantil (JONES, 2020); aumentar a exposição ao consumo de vegetais e alimentos ricos em proteínas, como carnes e ovos (ROWAN, 2019); diminuir a agitação das crianças durante as refeições (TAYLOR, 2017) e aumentar a responsividade infantil à saciedade (BROWN *et al.*, 2015).

Apesar disso, a adesão das famílias a esses métodos de AC é considerada baixa, mas é necessário levar em consideração que existe uma dificuldade em estimar e delimitar se as famílias aderiram o método ou não. Em relação ao BLW, não está claro na literatura se é possível incluir o uso limitado de alimentação pela colher (em forma de papas ou purês) ou estritamente de alimentos em pedaços, tiras ou bastões (PÉREZ-RÍOS *et al.*, 2020). Estudo realizado com 6.355 pares mães-lactentes, ao estimar a prevalência, levando-se em consideração a oferta de papas e purês com colher, observou que a adesão foi baixa (14%) e a prevalência de lactentes que nunca foram alimentados com a colher diminuiu drasticamente ao

longo do tempo (PÉREZ-RÍOS *et al.*, 2020). A confiança na criança e a dificuldade de mensurar a quantidade ingerida são preocupações recorrentes nas mães que adotam o BLW ou BLISS para alimentar os filhos (ARDEN, ABOTT, 2015; SWANEPOEL *et al.*, 2020).

As percepções positivas a respeito da aceitabilidade dos pais aos métodos de AC guiados pelo lactente mostradas em estudos se dão em torno de que o método é mais fácil e mais saudável. Uma percepção comum é que, como a criança é incluída na refeição familiar e é alimentada com alimentos da família, o método é mais fácil e leva menos tempo, é menos estressante e mais prazeroso (CAMERON *et al.*, 2012b; BROWN; LEE, 2013; ARDEN; ABOTT, 2015). Outro fator importante é que o lactente pode comer o que precisa e quanto precisa (ARDEN; ABOTT, 2015), o que causaria menos estresse na hora das refeições (BROWN; LEE, 2013). Ao serem questionadas, as famílias que seguiram o método guiado por lactentes, majoritariamente, o recomendam. Entretanto, algumas mães sugerem que seja aconselhável combinar o método com a alimentação à colher para garantir a ingestão adequada de nutrientes (CAMERON *et al.*, 2012b; CAMERON *et al.*, 2013).

Dentre os fatores que impedem os pais de aderirem aos métodos guiados pelo lactente, encontram-se o medo do lactente engasgar-se (CAMERON *et al.*, 2013), a dificuldade de saber quais alimentos oferecer e quando oferecer (CAMERON *et al.*, 2012b), a ingestão de ferro na alimentação, especialmente devido ao fato de que cereais infantis, ricos em ferro, não são usados nessas abordagens (CAMERON *et al.*, 2012b).

Devido à popularidade na literatura e nas mídias sociais dos métodos de IA guiados pelo lactente, aos seus benefícios e aos desafios para sua adoção pelas famílias, o objetivo deste estudo foi avaliar a adesão a três métodos de IA diferentes, aos 7, 9 e 12 meses de vida: tradicional, BLISS e misto, que é a combinação do método BLISS com o tradicional (NUNES *et al.*, 2021), além de verificar sua associação com fatores familiares, maternos e do lactente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O MS do Brasil recomenda que os lactentes sejam alimentados exclusivamente com LM até os seis meses de idade, momento em que se inicia a AC, e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2019). A exposição progressiva do lactente a uma variedade de texturas e sabores leva a uma transição bem-sucedida da alimentação (WERE; LIFSCHITZ, 2018). As práticas alimentares no primeiro ano de vida podem influenciar o crescimento e desenvolvimento ideal e representam um marco importante na formação de hábitos alimentares que se perpetuarão na saúde do indivíduo (D'AURIA *et al.*, 2020).

Sugere-se que a alimentação complementar inicie a partir dos 6 meses de idade, tanto em crianças amamentadas com leite materno quanto nas que recebem fórmula artificial (VERGA, 2022). No entanto, menos atenção é dada em relação à forma com que os alimentos complementares deveriam ser ofertados, considerando-se que até essa idade ocorre o desenvolvimento substancial de habilidades motoras finas e orais (CAMERON *et al.*, 2015). O método tradicional de AC, apesar de amplamente recomendado, baseia-se no fato de que, de maneira geral, a quantidade alimentar a ser ofertada é decidida pelos pais e/ou cuidadores de acordo com a aceitação da criança (BRASIL, 2015), e esse poderia ser um fator a gerar hiperalimentação nas crianças. Ainda nesse contexto, potenciais vantagens foram propostas quando praticados os métodos de IA guiados pelo lactente, incluindo: menor risco de obesidade, como resultado de melhor autorregulação energética; melhor qualidade de dieta; efeitos favoráveis sobre práticas alimentares parentais, habilidades motoras altamente desenvolvidas e maior prazer ao se alimentar (RAPLEY; MURKETT, 2008; TAYLOR *et al.*, 2017).

Um dos aspectos propostos pelos métodos de IA guiado pelo lactente é que seja possível estimular a melhor autorregulação energética (RAPLEY, 2011), definida como “a capacidade de ajustar a quantidade consumida de acordo com as suas necessidades fisiológicas” (SCHWARTZ *et al.*, 2011). Além disso, em torno dos 6–7 meses de idade, a maioria das crianças é capaz de mastigar, sentar-se sem

suporte e levar alimentos à boca, sugerindo que uma transição gradual de purês para alimentos em pedaços pode não ser necessária (RAPLEY, 2011).

2.2 MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR

2.2.1 Método de introdução alimentar tradicional

Segundo as recomendações atuais do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, publicado em 2019, indica-se iniciar a IA aos 6 meses de idade para crianças que recebem LM ou fórmula infantil, com a comida amassada com o garfo, evoluindo para alimentos picados em pequenos pedaços, raspados ou desfiados.

Ressalta-se que anteriormente a essa publicação em 2019, a orientação do Caderno de Atenção Básica número 23: Saúde da Criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar de 2015, era que a introdução da AC pelo método tradicional fosse oferecida de maneira lenta e gradual, seguindo o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2015). Neste Caderno de Atenção Básica, preconiza-se que sejam seguidos as seguintes orientações referentes à alimentação complementar:

- Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno (AM).

- A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

- Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida (BRASIL, 2015).

No guia atual, além disso, incentiva-se que a criança receba alimentos macios em pedaços grandes para que ela os pegue com a mão e os leve à boca de maneira responsiva e, quando maior, possa consumir a comida da família. Também se orienta a não ser ofertado à criança preparações líquidas e a não fazer uso de

liquidificador, *mixer* ou peneira. As crianças alimentadas com leite de vaca modificado devem receber novos alimentos a partir dos 4 meses para evitar deficiências nutricionais, pois o leite de vaca não possui todos os nutrientes de que a criança precisa (BRASIL, 2019).

O Guia atual orienta que a alimentação complementar se dê de forma lenta e gradual, respeitando o tempo e a individualidade da criança, e reforça que o LM ainda é o principal alimento nessa fase. Seguem abaixo os 12 passos para uma alimentação saudável segundo o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos:

1. Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;
2. Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
3. Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
6. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;
8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, de aprendizado e de afeto junto da família;
9. Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
11. Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
12. Proteger a criança da publicidade de alimentos (BRASIL, 2019).

Seguem os esquemas de alimentação para crianças menores de dois anos, segundo o MS do Brasil.

Quadro 1 - Esquema Alimentar para crianças amamentadas.

Aos completar 6 meses de idade	Entre 7 e 11 meses de idade	Entre 12 e 24 meses de idade
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda
Café da manhã: leite materno	Café da manhã: fruta e leite materno	Café da manhã: leite materno + fruta ou cereal ou tubérculo.
Lanche da manhã: fruta e leite materno	Lanche da manhã: fruta e leite materno	Lanche da manhã: fruta + leite materno.
Almoço: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.
Lanche da tarde: fruta e leite materno	Lanche da tarde: fruta e leite materno	Lanche da tarde: leite materno + fruta ou cereal ou tubérculo
Jantar: leite materno.	-	-
Antes de dormir: leite materno	Antes de dormir: leite materno	Antes de dormir: leite materno.

Fonte: BRASIL (2019).

Quadro 2 - Esquema alimentar para crianças em uso de fórmula infantil.

Aos completar 6 meses de idade	Entre 7 e 8 meses de idade	Entre 9 e 11 meses de idade	Entre 12 e 24 meses de idade
Café da manhã: fórmula infantil.	Café da manhã: fórmula infantil.	Café da manhã: leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos
Lanche da manhã: fruta.	Lanche da manhã: fruta.	Lanche da manhã: fruta	Lanche da manhã: fruta
Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.
Lanche da tarde: fruta e fórmula infantil.	Lanche da tarde: fruta e fórmula infantil.	Lanche da tarde: leite de vaca integral e fruta	Lanche da tarde: Leite de vaca integral e fruta ou leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos
Entre o lanche e a ceia: fórmula infantil	-	-	-
Ceia: fórmula infantil.	Ceia: fórmula infantil	Ceia: leite de vaca integral	Ceia: leite de vaca integral.

Fonte: BRASIL (2019).

Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças em uso de leite de vaca.

Aos 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 12 e 24 meses de idade
Café da manhã: leite de vaca integral	Café da manhã: leite de vaca integral.	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos
Lanche da manhã: fruta.	Lanche da manhã: fruta.	Lanche da manhã: fruta
Almoço: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.	Almoço e jantar: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos 1 alimento do grupo dos feijões 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras 1 alimento do grupo das carnes e ovos 1 pedaço de fruta.
Lanche da tarde: leite de vaca integral e fruta	Lanche da tarde: leite de vaca integral e fruta	Lanche da tarde: Leite de vaca integral e fruta ou leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos
Jantar: leite de vaca integral	-	-
Ceia: leite de vaca integral	Ceia: leite de vaca integral	Ceia: leite de vaca integral.

Fonte: BRASIL (2019).

2.2.2 Métodos de introdução alimentar guiados pela criança

Nos últimos 10 a 15 anos, uma abordagem conhecida como método BLW, isto é, o desmame guiado pelo lactente, tem sido amplamente divulgada na mídia social e foi sugerida para permitir que a criança faça suas próprias escolhas alimentares em relação às características sensoriais dos alimentos e à quantidade alimentar de acordo com sua própria necessidade energética (ALVARENGA *et al.*, 2015). A proposta orienta a oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões e tem a premissa de permitir que a AC não seja influenciada pela imposição dos cuidadores, que geralmente supõem o que e quanto a criança precisa e quer comer (ALVARENGA *et al.*, 2015).

Rapley (2008) defende uma abordagem que encoraja os pais a confiarem na capacidade inata que a criança possui de se autoalimentar, bem como na oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões. Sua abordagem não inclui alimentação com a colher e método de adaptação de consistência para preparar a refeição da criança, como triturar, amassar ou desfiar (RAPLEY, 2008).

Ao que se sabe, não há evidências suficientes sobre a adequação da ingestão de energia e nutrientes a partir dos 6 meses de idade do método BLW (AURIA *et al.*, 2018). Um estudo observacional realizado com 655 pares mães-lactentes indicou que quando usada a abordagem BLW, os lactentes consumiam mais alimentos à base de leite do que alimentos sólidos em comparação com o método tradicional, o que pode fornecer uma ingestão inadequada de nutrientes a partir dos 6 meses de idade (AURIA *et al.*, 2018).

Uma revisão sistemática com 13 artigos mostrou que mães que optaram pelo BLW possuíam maior escolaridade, ocupavam um cargo gerencial no trabalho e apresentaram maior probabilidade de terem amamentado até o sexto mês. Além disso, as mães mencionaram preocupações acerca da bagunça nas refeições, desperdício de comida e engasgo/asfixia, mesmo assim, a maioria recomendava a adoção do BLW (ARANTES *et al.*, 2018).

Assumindo alguns questionamentos dos pais e dos profissionais de saúde relativos ao método BLW, como possível risco de engasgo, e de baixa oferta de alimentos fontes de ferro e de calorias, um grupo de estudiosos neozelandeses criou uma versão modificada do BLW chamada *Baby-Led Introduction to SolidS* (BLISS), que significa Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê. Entre as orientações do BLISS, estão as mesmas do BLW com algumas adições: (1) oferecer alimentos cortados em pedaços grandes que o lactente consiga pegar sozinho; (2) garantir a oferta de um alimento rico em ferro em cada refeição; (3) ofertar um alimento rico em calorias em cada refeição; (4) oferecer alimentos preparados de uma forma que reduza o risco de engasgo e evitar os alimentos listados como apresentando alto risco de aspiração; (5) experimentar sempre o alimento antes de oferecer ao lactente, para verificar se não se forma um bolo dentro da cavidade oral; (6) evitar alimentos redondos ou em formato de moedas; (7) garantir sempre que o lactente esteja sentado, ereto e sob supervisão contínua de um adulto (DANIELS *et al.*, 2015; FANGUPO *et al.*, 2016).

O estudo de Cameron, Taylor e Heath (2015) comparou crianças que participaram do grupo BLISS e do grupo BLW. Os participantes do BLISS receberam duas intervenções, recursos materiais e chamada telefônica para suporte, enquanto os do grupo BLW não receberam intervenção. Os participantes foram entrevistados por 12 semanas e completaram um recordatório alimentar de três dias ou três questionários de 24 horas referente à ingestão de ferro. Aqueles que receberam a intervenção do BLISS apresentaram redução da oferta de alimentos com alto risco de engasgo e aumento na oferta e na variedade de alimentos ricos em ferro (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2015). Erickson *et al.* (2018) verificaram que, de forma geral, o BLISS parece resultar em uma alimentação nutricionalmente adequada, da mesma forma que a alimentação tradicional através da colher, e que poderia sanar os questionamentos acerca da adequação nutricional do BLW (ERICKSON *et al.*, 2018).

Segundo posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), é orientado respeitar o ritmo de desenvolvimento neuropsicomotor de cada lactente e reconhecer que, no momento da AC, o lactente pode receber os alimentos amassados, oferecidos na colher, mas também deve experimentar com as mãos e explorar as diferentes texturas dos alimentos como parte natural de seu aprendizado sensorio motor, estimulando sua interação com os alimentos (SBP, 2018). Somado a isso, em relação à IA, a Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição destacou a necessidade de mais pesquisas sobre o efeito do método IA (tradicional *versus* BLW) na ingestão de nutrientes, no risco de asfixia e nos desfechos de saúde, especialmente na regulação do apetite e em relação ao par crescimento/obesidade, assim como o efeito de diferentes estilos parentais e de alimentação responsiva durante a IA no apetite tardio, na ingestão de alimentos e na obesidade posterior (FEWTRELL *et al.*, 2017).

Um estudo qualitativo descritivo realizado com 13 mulheres com idade entre 25 e 36 anos mostrou que os lactentes submetidos ao BLW mostraram maior independência, consumiam as refeições com a família e compartilham os mesmos alimentos. As mães encorajaram os lactentes a se alimentar em vez de serem alimentados por outros, o que os tornariam confiantes e independentes (UTAMI; WANDA; HAYATI; FOWLER, 2020).

2.3 ADESÃO AOS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS

Não existe claramente na literatura uma definição de como medir a adesão aos métodos de IA guiados por lactentes. O estudo piloto de Gill Rapley sobre o BLW, definiu adesão ao método BLW como “tudo que entra na boca do lactente tem que ser colocado lá por ele” (RAPLEY, 2003). No entanto, as pesquisas subsequentes não mediram o BLW de forma tão estrita quanto essa sugerida por Rapley (ERICKSON, 2015). Pesquisas realizadas anteriormente basearam-se amplamente em pais se auto identificando como seguindo o BLW (CAMERON, 2012; CAMERON, 2013; ERICKSON, 2015).

No estudo de Taylor (2017), a adesão ao método de introdução alimentar foi mensurada através de questionários aplicados ao longo dos meses, com questões referentes a como o lactente havia se alimentado com os alimentos sólidos na semana anterior. Nesse estudo, a adesão ao método foi determinada através de registro alimentar de três dias sobre quem alimentou a criança (a própria criança, cuidadores ou ambos) no período de um mês, e se o lactente se autoalimentou a maior parte da refeição ou em toda ela na semana anterior (TAYLOR, 2017).

Em outro estudo, Cameron *et al.* (2013) verificaram que os lactentes do grupo BLW eram mais propensos a se autoalimentar, a realizar as refeições com a família, consumindo os mesmos alimentos. Os autores verificaram altas taxas de consumo de refeições em famílias que seguiram o BLW, sendo que o fato de o BLW incentivar a família a realizar a refeição em conjunto seria uma das vantagens do método (CAMERON *et al.*, 2013).

Além disso, Daniels *et al.* (2015) realizaram questionários aos 7, 8, 9 e 12 meses de idade para verificar a aceitação dos pais frente ao método BLISS, para determinar se os pais estavam satisfeitos ou frustrados com o método de IA, as atitudes referentes à conveniência, à bagunça e ao custo também foram avaliadas. Tanto os pais que seguiram o método BLISS quanto os que seguiram o tradicional referiram alto nível de satisfação e conveniência. O grupo BLISS apresentou menos bagunça e foi mais propenso a ser percebido como um método caro, mas, quando analisado o custo da alimentação, não houve diferença significativa entre os grupos. Dessa forma, os pais que seguiram o BLISS consideraram a abordagem guiada pelo lactente aceitável tanto quanto os que seguiram o método tradicional (DANIELS,

2015b; BACCHUS et al., 2020). Os autores observaram que não houve diferenças entre os grupos BLISS e BLW nos fatores relacionados à adesão à abordagem guiada por lactentes (proporção de autoalimentação, alimentos consumidos pela família, refeições familiares compartilhadas com a criança) aos 6 meses, 7 meses ou 8 meses (CAMERON et al, 2015). Em estudo posterior, os principais achados sugeriram uma adesão substancialmente maior a uma abordagem conduzida por lactentes no BLISS do que em grupos controle de várias idades, bem como melhor adesão ao método guiado pela criança quando recebiam apoio e orientação adequados (TAYLOR, 2017).

Arantes e Neves (2018), em revisão sobre o método BLW, verificaram a existência de preocupações por parte das mães quanto ao nível de bagunça nas refeições, ao desperdício de comida e às possibilidades de engasgo. Além disso, relatos de profissionais da saúde acerca da capacidade dos lactentes de se autoalimentarem refletem a escassez de recomendações e incentivos para a implementação do método (ARANTES et al., 2018).

Um estudo conduzido na Inglaterra, objetivou explorar as diferenças de características maternas entre aquelas que adotaram uma abordagem conduzida por lactentes ou a tradicional. Os autores avaliaram 604 pares mães-lactentes, estando a criança entre 6 a 12 meses de idade. As mães preencheram questionários referentes ao comportamento parental, como o *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ), *Brief Symptom Inventory* (BSI) (escalas de ansiedade, obsessivo-compulsivo e depressão) e *Ten Item Personality Questionnaire* (TIPQ) e foram coletadas informações sobre o método de IA (liderado por lactentes vs. tradicional) (BROWN, 2016). Resultados mostraram que aquelas mães que adotaram um método guiado por lactentes apresentaram menores sintomas de ansiedade, maior extroversão, maior cuidado em relação ao comer e eram mais propensas a introduzir tardiamente alimentos complementares. Desse modo, o estudo mostrou que mães que adotaram uma abordagem guiada por lactentes foram significativamente diferentes em personalidade e comportamento alimentar em comparação com aquelas que adotaram uma abordagem tradicional, e que essas características podem afetar a probabilidade de escolha de uma abordagem conduzida por lactentes (BROWN, 2016).

Em outro estudo realizado com 298 pares mães-lactentes os pesquisadores encontraram que mães que adotaram uma abordagem guiada pelos lactentes

tendiam a ter mais confiança na vida cotidiana em comparação às mães que seguiram a abordagem tradicional, que eram mais introvertidas (BROWN; LEE, 2013).

De acordo com Swanepoel, Henderson e Maher (2020), a confiança na capacidade inata do lactente para permitir que ele conduza a alimentação, o estilo responsivo de alimentação materna (de baixo controle) a ponto de permitir que o lactente autorregule a alimentação naturalmente, a ênfase no lactente e a confiança das mães foram processos comuns para mulheres que seguiram a abordagem guiada pelos lactentes. Além disso, aquelas mães que se identificaram como seguindo uma abordagem guiada pelo lactente perceberam que era mais eficiente integrar o uso de alimentos da família nas refeições da criança (SWANEPOEL; HENDERSON; MAHER, 2020), o que pode estar associado a uma maior exposição a uma variedade de alimentos frescos e caseiros (LANGE *et al.*, 2013).

Segundo Arden e Abbott (2014), a decisão das mães em seguir o BLW surgiu como parte de uma filosofia dos pais ou quando as tentativas iniciais de seguir o método tradicional fracassaram, este último explicado pela falta de interesse da criança pela comida ou pela falta de vontade dos pais de alimentá-la com colher. Com isso, compreender o que fundamenta as decisões das mães sobre a IA pode auxiliar os profissionais a apoiar adequadamente essas mulheres durante este período crucial e promover comportamentos alimentares saudáveis (ARDEN, ABBOTT, 2014).

A fim de avaliar a adesão ao BLW, um estudo transversal realizado na Espanha incluiu 6.355 mulheres, dentre as quais a prevalência geral de BLW misto (parte BLW e parte com papas) foi estimada em 14,0%, e a prevalência de BLW exclusivo foi estimada em 2,1%. Crianças alimentadas com BLW eram mais prováveis entre as mães que continuavam com a amamentação exclusiva, que moravam em área urbana ou tinham nível de educação superior. O mesmo estudo concluiu que as mães que seguiam o método, eram mais propensas a amamentar por mais tempo, residiam em zona urbana, tinham menos de 40 anos e maior escolaridade (PÉREZ-RÍOS *et al.*, 2020).

Por fim, quanto à viabilidade dos métodos de IA, um estudo mostrou que a alimentação guiada por lactentes pode não ser adequada para todos os lactentes, devido à dificuldade de realizar refeições em família (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012).

3 JUSTIFICATIVA

A alimentação da criança nas primeiras fases de sua vida tem repercussões a curto e longo prazo (SCAGLIONI et al., 2018). Além da prática do AM, a introdução dos alimentos complementares a partir do sexto mês de idade contribui positivamente para o desenvolvimento infantil, bem como auxilia a formação de hábitos alimentares saudáveis (BROWN, 2015; BRASIL, 2019). Os diferentes métodos de alimentação complementar estão sendo amplamente divulgados e escolhidos pelos pais, por isso é fundamental verificar a adesão à prática.

Dessa forma, embora novos estudos tenham sido publicados sobre os métodos de IA guiados pelo lactente, ainda há a necessidade de realizar pesquisas com delineamentos adequados e metodologias consistentes. Além disso, não existem ensaios clínicos randomizados realizados com a população brasileira. Assim, devido à ausência de evidências científicas com o objetivo de aplicar essas diferentes metodologias de IA aos lactentes (tradicional e BLISS), de criar uma abordagem mista, utilizando os dois métodos de IA e avaliando seu impacto em desfechos de saúde infantil, justifica-se a execução deste trabalho.

4 HIPÓTESE

Crianças submetidas à intervenção com o método de IA misto (método tradicional e BLISS) apresentam maior adesão quando comparadas às crianças submetidas ao método de IA alimentar tradicional ou BLISS.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão de lactentes submetidos a três métodos de IA: tradicional, BLISS e misto, aos 7, 9 e 12 meses de vida.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de adesão ao método tradicional, BLISS e misto aos 7, 9 e 12 meses de idade;
- Avaliar os fatores associados à adesão ao método tradicional, BLISS e misto.

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte aninhado a um ensaio clínico randomizado e controlado de três braços (Figura 1), com pares mães-lactentes submetidos à intervenção sobre introdução alimentar saudável baseada em três métodos de introdução alimentar: (A) Tradicional; (B) BLISS; e (C) Método misto (NUNES *et al.*, 2021) aos 5,5 meses de vida do lactente.

6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A seleção da amostra ocorreu via *internet* por meio de redes sociais, como *instagram* e *facebook*, através de contas, páginas e grupos direcionados às mães; de cartazes de divulgação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); e em um anúncio em jornal de grande circulação em Porto Alegre.

O acompanhamento e as intervenções ao longo do estudo ocorreram em uma clínica de nutrição particular de Porto Alegre, no domicílio dos sujeitos e no Centro de Pesquisa Clínica (CPC), localizado no HCPA, conforme combinação prévia e disponibilidade das mães e/ou dos responsáveis.

Para os pares mães-lactentes que atendessem aos critérios de elegibilidade do estudo, foi fornecido um endereço de e-mail e um número de celular para que as mães interessadas pudessem fazer um primeiro contato com os pesquisadores, demonstrando interesse em participar do estudo. Uma vez que a mãe se interessasse em participar da pesquisa, ao entrar em contato com os pesquisadores, por e-mail ou telefone, ela foi convidada a participar do estudo por meio de ligação telefônica (nesse momento, o pesquisador explicou todos os passos do projeto, sobre a intervenção, as visitas domiciliares e a necessidade de deslocamento ao CPC do HCPA aos 12 meses de idade da criança), e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que ela acessou mediante um *link* disponível na *internet*.

A partir do primeiro contato e após a assinatura do TCLE *online*, ocorreu a randomização eletrônica para alocação das participantes, em blocos de três (três

braços) até atingir o número de binômios mães-lactentes calculado. Essa randomização foi gerada por computador no site *www.randomization.com* por um pesquisador que não estava envolvida na intervenção e coleta de dados.

Dessa forma, as mães foram randomizadas em grupo de intervenção (A) (método tradicional), grupo de intervenção (B) (método BLISS) ou grupo de intervenção (C) (método misto).

Posteriormente, quando cada braço do estudo estava composto por um grupo de oito mães, foram agendadas datas para realização da intervenção nesse grupo no mesmo local e no mesmo dia. Nesse momento foi entregue o TCLE físico para as mães assinarem em duas vias, uma ficando com o grupo de pesquisa e outra, com as mães.

6.2.1 Cálculo do tamanho amostral

Considerando um desvio padrão unitário igual a 1, com poder de 80% e um nível de significância de 5%, o cálculo amostral para uma diferença de meio desvio padrão foi de 48 pares mães-lactentes para cada um dos três grupos de intervenção, totalizando uma amostra de 144 pares mães e seus respectivos filhos. Para esse cálculo foi utilizado o *software* WinPepi® versão 10.5. A definição do tamanho amostral considerou estudos sobre o assunto anteriormente realizados e divulgados (DANIELS *et al.*, 2015; TAYLOR *et al.*, 2017).

6.2.2 Critérios de inclusão

Foram consideradas elegíveis para participar do estudo mães residentes em Porto Alegre e região metropolitana, com lactentes não gemelares, nascidos a termo, com peso de nascimento ≥ 2500 g, cuja faixa etária estivesse entre zero e 4 meses de idade e que ainda não haviam iniciado a introdução da alimentação complementar. Os elegíveis receberam o termo de consentimento livre e esclarecido *online*. Não houve exclusões durante o período de acompanhamento.

6.3 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Durante a intervenção: as participantes (independentemente do grupo no qual foram alocadas) responderam a um questionário padronizado visando à obtenção de informações relativas às características sociodemográficas e a alguns aspectos relacionados ao acompanhamento pré-natal e ao parto, criado especialmente para esse estudo (Apêndice A).

No seguimento: os dados relativos à adesão da família ao método da alimentação do lactente foram coletados até o fim do primeiro ano de vida, quando o lactente tinha 7, 9 e 12 meses de idade. Por telefone, a entrevista de 7 meses foi feita através de questionário e registro de frequência alimentar elaborados para este estudo (Apêndice B). A entrevista de 9 meses utilizou o mesmo questionário e foi feita através de visita domiciliar. As entrevistas no seguimento (7, 9 e 12 meses) foram realizadas pelo mesmo pesquisador que realizou a intervenção, com o intuito de manter o vínculo com as famílias.

Definiu-se como adesão ao método tradicional o caso das mães que responderam que ofertaram o alimento de colher à criança, na consistência de amassado, raspado ou cortado em pedaços pequenos. Como adesão ao método BLISS, definiu-se o caso daquelas que responderam que a criança levava o alimento à boca, em forma de tiras, bastões ou bolinhos. Por fim, a adesão ao método misto foi definida como aquela em que as mães ofertavam de colher o alimento (seja ele amassado, raspado ou cortado em pedaços pequenos) e a criança levava o alimento à boca (em formato de tiras, bastões e bolinhos) (NUNES *et al.*, 2021).

6.4 INTERVENÇÃO

A intervenção foi realizada por uma equipe formada por quatro pesquisadores (3 nutricionistas e 1 fonoaudióloga) que receberam treinamento prévio para uniformizar as orientações a serem fornecidas. As sessões de aconselhamento em alimentação infantil ocorreram em dois momentos distintos: em um primeiro momento, aos 5,5 meses de vida da criança e o reforço, mediante visita domiciliar aos 9 meses de idade da criança.

6.4.1 Primeira sessão (aos 5,5 meses de idade do lactente):

Em clínica de nutrição privada, equipada com sala de aula e cozinha experimental, ocorreu um encontro com cerca de 8 mães randomizadas previamente para fazerem parte do mesmo grupo. Os pesquisadores abordaram o assunto referente ao início da IA explicando detalhadamente o método de IA de acordo com o grupo ao qual mãe e lactente pertenciam, fornecendo material de apoio com orientações, como folders, manuais, guias e vídeos autoexplicativos.

O presente estudo ocorreu no período de transição entre as informações do caderno 23 de 2015 e as novas informações do Guia Para Menores de Dois Anos de 2019, por isso, as orientações referentes à consistência da alimentação no grupo tradicional foram as preconizadas pelo caderno 23 (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

Nesse encontro, ocorreu um momento em que as mães aprenderam preparações dietéticas. Sobre o método tradicional, foram dadas explicações sobre: a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida do lactente e, ao completar seis meses, de iniciar a introdução lenta e gradual de outros alimentos pelo adulto, mantendo o LM até os dois anos de idade ou mais, ao completar seis meses, de oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia ao lactente, sem rigidez de horários e respeitando o seu apetite, aumentando essa oferta com o passar dos meses. A consistência da alimentação deveria ser, inicialmente (dos seis aos oito meses de vida), amassada com o garfo e gradativamente progredida até atingir a consistência da alimentação da família aos doze meses do lactente; com variedade de cores e de grupos alimentares em todas as refeições, sem liquidificar e/ou peneirar os alimentos; as preparações alimentares deveriam ser separadas de modo com que o lactente assimilasse o sabor e as características de cada alimento recebido; sem oferecer preparações de baixa densidade energética, como sopas e caldos, além de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, sucos, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros dois anos de vida. O sal deveria ser utilizado com moderação; a água oferecida e utilizada para preparar a AC deveria ser tratada; foram ensinadas, ainda, noções de higiene no preparo, na oferta e no armazenamento dos alimentos (BRASIL, 2019).

Quanto ao método BLISS, as orientações oferecidas sobre o AM foram as mesmas do método tradicional, e as informações relacionadas à IA foram as seguintes: o lactente deve ser estimulado a se alimentar sozinho embora sempre assistido por um adulto e participar dos momentos de refeição em família; a

consistência dos alimentos oferecidos a partir dos seis meses de vida deve ser *in natura*, em formatos que permitam ao lactente se alimentar com as próprias mãos, cortados em formatos alongados, em tiras ou bastões que facilitem o movimento de pinça dos dedos do lactente e evitem engasgos ao invés de formatos arredondados, por exemplo; deve-se evitar apressar o lactente, respeitando seu tempo para explorar os sabores e as texturas enquanto se alimenta; a variedade e a qualidade da alimentação oferecida nesse método é a mesma do método tradicional, bem como as noções de higiene e uso de sal (TAYLOR, *et al.*, 2017). Além disso, os pais foram encorajados a oferecer três tipos de alimentos em cada refeição segundo a técnica BLISS: um alimento como fonte de ferro (por exemplo, carne vermelha), um alimento fonte de energia e um alimento fonte de fibra, como uma fruta ou verduras (DANIELS *et al.*, 2015).

Com relação ao método misto, que se trata de um método proposto por nosso grupo de pesquisa, as recomendações de AM foram as mesmas das duas abordagens já citadas anteriormente, e com relação ao método de IA, as mães foram orientadas a aplicar a técnica BLISS inicialmente. Os cuidadores foram treinados e receberam material impresso sobre como perceber se seu filho (a) apresenta sinais de satisfação. Se o lactente se mostrasse insatisfeito ou desinteressado pelos alimentos ofertados conforme a técnica BLISS, eram oferecidos alimentos de acordo com a técnica tradicional ainda na mesma refeição. Independentemente do grupo ao qual pertenciam, todas as mães receberam orientações sobre como evitar e manejar possíveis engasgos durante a alimentação.

Tendo-se em vista o delineamento da pesquisa, a extensão do projeto e os aspectos éticos envolvidos, os treinamentos para a intervenção e coleta ocorreram em mais de uma ocasião e foram subdivididos conforme os enfoques dados. Além dos treinamentos, foi elaborado o manual de pesquisa, que serviu para nortear os pesquisadores durante as coletas de dados e, também, para a resolução de possíveis dúvidas durante as entrevistas.

6.4.2 Segunda sessão (aos 9 meses de idade do lactente)

Durante o seguimento, pesquisadores realizaram visitas domiciliares para a aplicação de questionários, bem como para a realização de sessões de aconselhamento de reforço. Nessas sessões, foram discutidas as dificuldades

enfrentadas pelas mães e seu manejo, além de abordar novamente, para reforçar, alguns aspectos importantes já discutidos anteriormente durante o aconselhamento. Sempre que as mães relatavam dúvidas ou dificuldades na IA, elas eram encaminhadas à nutricionista responsável pela primeira intervenção, que as contatava e esclarecia os assuntos em questão.

Ao final da visita, as mães recebiam um cartão de agradecimento a fim de reforçar o vínculo entre os pesquisadores e a família. Devido à pandemia de COVID-19, as visitas presenciais foram suspensas a partir de março de 2020, passando para a modalidade *online*. Assim, parte dessas coletas aconteceram por meio de formulários digitais autoaplicáveis, seguidos de uma videochamada para esclarecimento de dúvidas e da aplicação de recordatório de 24 horas (R24h). A outra metade deu-se em visitas presenciais antes da pandemia.

6.4.3 Coleta de dados (aos 12 meses de idade do lactente)

Aos 12 meses de idade, os lactentes e seus cuidadores se dirigiram a um encontro no HCPA para aplicação de formulários e recebimento de um folder com orientações sobre cuidados alimentares a partir dos 12 meses de vida. Devido à pandemia de COVID-19, os encontros presenciais aos 12 meses foram suspensos a partir de março de 2020, passando para a modalidade *online*. Assim, metade dessas coletas aconteceram por meio de formulários digitais autoaplicáveis, seguidos de uma videochamada para esclarecimento de dúvidas e aplicação de R24h. A outra metade deu-se em visitas presenciais antes da pandemia. Dessa forma, 28 binômios mães-lactentes compareceram presencialmente ao hospital em 2019 e 2020, e as demais 111 mães responderam aos formulários em formato digital. O rigor metodológico adotado para minimizar diferenças nas respostas revelou-se por meio da realização de uma videochamada ou de ligação telefônica para cada mãe, a fim de realizar a revisão do preenchimento do formulário, a aplicação de R24h e conversas sobre a alimentação da criança.

6.4.4 Adesão aos métodos de introdução alimentar

A fim de que as famílias seguissem as instruções fornecidas na intervenção, um pesquisador cegado quanto aos métodos realizou a ligação aos 7 meses de

idade e questionou sobre a adesão ao método, através de um questionário breve, elaborado especialmente para o estudo. Aos 7, 9 e 12 meses de idade, as mães foram questionadas quanto à consistência da alimentação, a quando o lactente começou a comer no momento presente (quando estava sendo respondido o questionário) e se, durante as refeições, o lactente levava os alimentos à boca sozinha ou recebia alimentos de colheradas. Quanto à consistência da alimentação, as mães e/ou cuidadores responderam se os alimentos eram liquidificados, passados na peneira, raspados, amassados com o garfo, cortados em formato de tira ou bastão, na mesma consistência do alimento servido à família ou outra consistência. Somente aos 9 e 12 meses de idade, foi questionado qual método a família estava seguindo, se tradicional, misto ou BLISS. Além disso, foi perguntado se a mãe/cuidador permitia que o lactente levasse o alimento à boca.

6.5 VARIÁVEIS UTILIZADAS

6.5.1. Variável dependente (desfecho)

Adesão ao método de introdução alimentar.

6.5.2. Variável independente (exposição)

Método de introdução alimentar.

6.5.3. Outras variáveis

- Idade materna informada, categorizada em < 25 anos, 25 – 35 anos e >35 anos.
- Cor da mãe, autorreferida e categorizada em branca e não branca.
- Escolaridade materna informada em anos completos: categorizada em ≤ 11 anos, 11,01 a 15 anos e > 15,01 anos.
- Tipo de parto, conforme carteira de saúde da criança, categorizado em vaginal e cesariana.
- Sexo do lactente, conforme carteira de saúde da criança, e categorizado em masculino e feminino.
- Coabitação com companheiro, informada pela mãe e dividida em: sim (quando a mãe residia com o companheiro) e não (quando a mãe não residia com o companheiro).

- Ordem de nascimento do lactente: dado informado pela mãe e categorizado em primeiro filho, segundo filho e assim por diante.
- AME (somente leite materno até os 6 meses de idade, sem o uso de água, chás, sucos ou outros leites e alimentos): informado pela mãe e categorizado em amamentou até 180 dias ou não.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi elaborado utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 com entrada dupla e posterior *validate*. Foi realizada análise descritiva das variáveis contínuas e categóricas. As características qualitativas foram expressas em número absoluto e percentual e o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para detectar diferenças entre as proporções dos grupos de introdução alimentar. Os dados paramétricos foram expressos como média \pm desvio padrão (DP) e analisados pelo teste exato de Fisher e ANOVA com *post-hoc* de *Bonferroni*. Os dados não paramétricos foram expressos por meio de mediana e intervalo interquartil, analisados pelo teste Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn. Para detectar a diferença entre as variáveis com distribuição normal entre os grupos de lactentes foi utilizado o teste de ANOVA e o *post-hoc* de *Bonferroni*. Para a análise dos fatores associados ao desfecho da adesão utilizou-se a regressão de Poisson. O teste de qui-quadrado foi utilizado para detectar diferenças de proporções entre os diversos grupos. Para as análises, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS versão 22.0.

Todos os participantes foram incluídos nas análises finais, independentemente de terem seguido o método, uma vez que as análises foram feitas por Intenção de Tratar.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA 20190230) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (36908), conforme as Diretrizes e Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e a Resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após sua aprovação, o ensaio foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) com o número RBR-229scm.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle *et al.* *Nutrição Comportamental*. 1ª edição. São Paulo: Editora Manole, 2015.

ARANTES Ana Leticia Arantes. *et al.* Método baby-led weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. **Revista paulista de pediatria**, v. 36, n.3, p.353-363, jul. 2018.

ARDEN, Madelynne A.; ABBOTT, Rachel L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Maternal & Child Nutrition**, v. 11, n. 4, p. 829-844, 13 fev. 2015. Wiley. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12106>. Acesso em: 10/10/2021.

BACCHUS, Shaffeeylah. *et al.* The cost of baby-led vs. parent-led approaches to introducing complementary foods in New Zealand. **European Journal Of Clinical Nutrition**, v. 74, n. 10, p. 1474-1477, 17 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-020-0606-7>. Acesso em: 07/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Brasília. Ministério da Saúde. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

BROWN, Amy; LEE, Michelle. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. **Pediatric Obesity**, v. 10, n. 1, p. 57-66, 17 dez. 2013. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>. Acesso em: 10/08/2021.

BROWN, Amy. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. **Maternal and Child Nutrition**, v.12, p. 826-37, 2016.

CAMERON Sonia L., HEATH Anne-Louise, TAYLOR Rachel W. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. **Nutrients**, vol.4, n.11, p.1575-609, nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/nu4111575>. Acesso em: 22/01/2022.

CAMERON, Sonia L., HEATH, Anne-Louise, TAYLOR, Rachel W. (2012b). Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. **BMJ Open**, 2(6). Disponível em:

doi:10.1136/bmjopen-2012-001542. Acesso em: 03/03/2022.

CAMERON Sonia L., TAYLOR Rachel W., HEATH Anne-Louise. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. **BMJ Open**, v.3, n.2, não paginado, dez. 2013.

CAMERON Sonia L., TAYLOR Rachel W., HEATH Anne-Louise. 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**, v. 15, n.99, não paginado, ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>. Acesso em: 03/03/2022.

D'AURIA, Enza *et al.* Baby-led Weaning: What a systematic review of the literature adds on. **Italian Journal Of Pediatrics**, v. 44, n. 1, p. 44-49, 3 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>. Acesso em: 04/03/2022.

D'AURIA, Enza *et al.* Complementary Feeding: Pitfalls for health outcomes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 31, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7662522/pdf/ijerph-17-07931.pdf>. Acesso em: 10/03/2022.

DANIELS Lisa *et al.* Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **BMC Pediatrics**, V. 12, n. 15, nov 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563757/>. Acesso em: 04/03/2022.

ERICKSON, Liz Williams *et al.* Impact of a modified version of Baby-Led Weaning on infant food and nutrient intakes: the bliss randomized controlled trial. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 740-756, 7 jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/nu10060740>. Acesso em: 03/03/2022.

FANGUPO, Louise J. *et al.* A Baby-Led Approach to eating solids and risk of choking. **Pediatrics**, v. 138, n. 4, p. 1-8, 1 out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-0772>. Acesso em: 11/03/2022.

FEWTRELL, Mary *et al.* Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 64, p. 119-32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>. Acesso em: 10/03/2022.

JONES, Sara Wyn, Lee Michelle, BROWN Amy. Spoonfeeding is associated with increased infant weight but only amongst formula-fed infants. **Maternal and Child Nutrition**, v. 16, n. 3, 2020. Disponível em: doi:10.1111/mcn.12941. Acesso em: 10/03/2022.

LANGE, Christine *et al.* Maternal feeding practices during the first year and their

impact on infants' acceptance of complementary food. **Food and Quality Preference**, v. 29, p. 89-98, 2013.

NUNES, Leandro Meirelles *et al.* Complementary feeding methods in the first year of life: a study protocol for a randomized clinical trial. **Trials**, v. 22, n. 1, p. 687-700, 9 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-021-05647-1>. Acesso em: 10/03/2022.

PÉREZ-RÍOS, Mónica, *et al.* Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. **European Journal of Pediatrics**, v. 179, n. 6, p. 849-853, 2020. Disponível em: [doi:10.1007/s00431-020-03579-7](https://doi.org/10.1007/s00431-020-03579-7). Acesso em: 11/03/2022.

RAPLEY Gill. *Can babies initiate and direct thr weaning process?* Unpublished MSc Interprofessional Health and Community Studies (Care of the Breastfeeding Mother and Child), Canterbury Christ Church University College, Kent. 2003

RAPLEY Gill, MURKETT Tracey. *Baby-Led Weaning: helping your baby to love good food*. New York, NY: The Experiment; 2008.

RAPLEY Gill. Baby-Led Weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. **Journal of Community Practice**, v. 84, n. 6, p. 20-3, Jun 2011.

RAPLEY Gill *et al.* Baby-Led Weaning. **ICAN Infant, Child and Adolescent Nutrition**, v. 7, n.2, p. 77-85, 2015. Disponível em: [doi:10.1177/1941406415575931](https://doi.org/10.1177/1941406415575931). Acesso em: 10/10/2021.

REEVES Sue. Baby-Led Weaning. **Nutrition Bulletin**, v. 33, p. 108-110, 2008.

ROWAN, Hannah, LEE, Michelle, BROWN, Amy. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-Led Weaning and traditional spoon feeding. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 32, n. 1, p. 11-20, 2019. Disponível em: [doi:10.1111/jhn.12616](https://doi.org/10.1111/jhn.12616). Acesso em: 10/03/2022.

SCAGLIONI, Silvia *et al.*, 2018. Factors influencing children's eating behaviours. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 706, Jun 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu10060706> . Acesso em: 10/03/2022.

SCHWARTZ, Camille *et al.* Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. **Appetite**, v. 57, n. 3, p. 796-807, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.316>. Acesso em: 03/03/2022.

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

SWANEPOEL, Libby; HENDERSON, Justine; MAHER, Judith. Mothers' experiences with complementary feeding: conventional and baby-led approaches. **Nutrition & Dietetics**, v. 77, n. 3, p. 373-381, 18 jun. 2020. Wiley. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1111/1747-0080.12566>. Acesso em: 04/03/2022.

TAYLOR Rachel W. *et al.* Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. **JAMA Pediatrics**, vol.171, n.9, p.838-846, set. 2017.

UTAMI Ayu Fitria, WANDA Dessie. Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. **Enfermería Clínica**, v. 29, n. 2, p. 87-95, 2019. 2. Disponível em: [doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.014](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014). Acesso em: 10/03/2022.

UTAMI, Ayu Fitria *et al.* Becoming an independent feeder”: infants transition in solid food introduction through baby-led weaning. **Bmc Proceedings**, v. 14, n. 13, p. 1-7, dez. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12919-020-00198-w>. Acesso em: 04/03/2022.

VERGA, Carmen Maria *et al.* Timing of complementary feeding, growth, and risk of non-communicable diseases: systematic review and meta-analysis. **Nutrients**, vol. 14, n.3, p.1-14, fev. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/3/702>. Acesso em: 20/03/2022.

WERE, Fred N., LIFSCHITZ, Carlos. Complementary feeding: beyond nutrition. **Ann Nutrition & Metabolism**, v. 73, n. 1, p. 20-25, 2018. Disponível em: [doi: 10.1159/000490084](https://doi.org/10.1159/000490084). Acesso em: 03/03/2022.

7 RESULTADOS

7.1 ARTIGO CIENTÍFICO A SER SUBMETIDO À REVISTA PLOS ONE

ADESÃO A DIFERENTES MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Christy Hannah Sanini Belin¹ RN – christy.sbelin@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6805-2876>

Leandro Meirelles Nunes^{1,3} - MD, PhD, lmunes@hcpa.edu.br, <https://orcid.org/0000-0002-6410-740>

Renata Oliveira Neves¹ RN, MSc, renataoliveiraneves@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3064-4109>.

Paula Ruffoni Moreira² RN – ruffonip@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9972-3652>

Juliana Rombaldi Bernardi^{1,2,3} RN, PhD, jbernardi@hcpa.edu.br, <https://orcid.org/0000-0002-6803-4472>.

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS) Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS) Brasil.

3 Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Autor para correspondência: Christy Hannah Sanini Belin

Avenida Teixeira Mendes, 187/302, Bairro Chácara das Pedras, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: christy.sbelin@gmail.com

Este artigo será submetido à revista: Plos One ISSN: 1932-6203

Número de tabelas: 5

Número de figuras: 2

RESUMO

Os métodos guiados pelo lactente, como o *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), com alimentos amassados com o garfo, se diferenciam do método tradicional, pois é incentivado que, desde o início da introdução alimentar, o lactente se autoalimente da mesma refeição consumida pela família. A adesão aos métodos guiados pelo lactente é baixa devido à falta de confiança na capacidade da criança de se autoalimentar. O estudo objetivou avaliar a adesão a três métodos de introdução alimentar aos 7, 9 e 12 meses de vida. Estudo de coorte aninhado a um ensaio clínico randomizado realizado foi conduzido com pares mães-lactentes submetidos à intervenção aos 5,5 meses de vida, contando com três métodos de introdução alimentar conforme randomização: tradicional, BLISS ou misto (parte tradicional e parte BLISS). A adesão ao método foi avaliada aos 7, 9 e 12 meses devida do lactente. Os dados são apresentados em número absoluto e percentual e as análises realizadas por teste Qui-Quadrado. A fim de detectar a diferença entre as

variáveis com distribuição normal entre os grupos de crianças, foi utilizado o teste ANOVA e o pós-teste de *Bonferroni* e, para análise dos fatores associados ao desfecho da adesão, utilizou-se a regressão de *Poisson*. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. A amostra constituiu-se de 139 pares mães-lactentes, sendo 45 (32%) alocados no método tradicional, 48 (34%) no BLISS e 46 (33%) no misto. A adesão ao método, aos 7, 9 e 12 meses, foi de 34,1% (n=45), 28,5% (n=37) e 34,1% (n=46), respectivamente. O misto apresentou resultados significativamente superior, com adesão à abordagem de 69,0% (n=29) aos 7 meses, 55,8% (n=24) aos 9 meses e 78,6% (n=33) aos 12 meses, seguido do método tradicional ($p<0,001$). Fatores maternos como renda, escolaridade, horas de trabalho, tipo de parto, e fatores do lactente, como aleitamento materno na alta hospitalar e aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade não foram associados à adesão ao método. Dentre a amostra que não seguiu o método proposto, os do método tradicional e BLISS migraram majoritariamente para o método misto aos 12 meses, com 60% (n=27) e 72,9% (n=35) no modo de oferta e 97,8% (n=44) e 100% (n=48) quanto à consistência da alimentação, respectivamente. A alimentação complementar em abordagem mista obteve maior adesão aos 7, 9 e 12 meses de idade e parece uma abordagem viável para orientar famílias na introdução da alimentação complementar.

Palavras-chave: Alimentação complementar; Alimentação infantil; Ensaio clínico; Lactente.

ABSTRACT

Infant-guided methods, such as the Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS), encourage the infant to feed itself from the same food consumed by the family since the beginning of the complementary food introduction, as long as the food is presented in safe formats and consistencies, differing from the traditional method, that proposes foods mashed with a fork and given by the parents. Adherence to infant-guided methods is low due to a lack of confidence in the child's ability to feed himself. The study aimed to assess adherence to three methods of food introduction, traditional, BLISS, or mixed (traditional and BLISS), at 7, 9, and 12 months of age. A cohort study nested in a randomized clinical trial was conducted with mother-infant pairs undergoing intervention at 5.5 months of age. Adherence to the method was assessed at 7, 9, and 12 months of age. The data were presented in absolute numbers and percentages and the analyzes are performed using the Chi-Square test. To detect the difference between the variables with normal distribution between the groups of children, the ANOVA test and the Bonferroni post-test were used, and, to analyze the factors associated with the outcome of adherence, the Poisson regression was used. The project was approved by the ethics committee of the institution. The sample consisted of 139 mother-infant pairs, 45 (32%) allocated to the traditional method, 48 (34%) to the BLISS, and 46 (33%) to the mixed method. Adherence to the method at 7, 9 and 12 months was 34.1% (n=45), 28.5% (n=37) and 34.1% (n=46), respectively. The mixed presented significantly higher adherence results to the approach, 69.0% (n=29) at 7 months, 55.8% (n=24) at 9 months, and 78.6% (n=33) at 12 months, followed by the traditional method ($p<0.001$). Among the sample that did not follow the proposed method, those of the traditional method and BLISS migrated mostly to the mixed method at 12 months, with 60% (n=27) and 72.9% (n=35) in the offering mode and 97.8% (n=44) and 100% (n=48) regarding

food consistency, respectively. Maternal factors such as income, education, hours of work, and type of delivery, as infant factors including breastfeeding at hospital discharge and exclusive breastfeeding up to 6 months of age were not associated with adherence to the method. Complementary feeding in a mixed-method obtained a higher adherence at 7, 9, and 12 months of age, which demonstrates the feasibility of this approach to guide families in the introduction of complementary feeding.

Keywords: Complementary feeding; Infant feeding, Clinical trial; Infant.

Introdução

A alimentação complementar (AC) é definida como o processo de introdução de alimentos sólidos e líquidos, exceto leite materno ou fórmula infantil, na dieta de um lactente [1]. O período de AC tem papel fundamental em todas as etapas da vida, principalmente nos primeiros anos, que são decisivos para o crescimento e o desenvolvimento, para a formação de hábitos alimentares e para a manutenção da saúde [2]. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil orienta tanto oferecer alimentos macios em pedaços grandes para a criança levar à sua própria boca, quanto inicialmente esmagado com o garfo ou picados, progredindo gradualmente até que chegue à consistência da alimentação da família, aos 12 meses de idade [2].

Nas últimas décadas, foram propostos métodos de introdução alimentar (IA) guiados pela criança, tais como o *Baby-Led Weaning* (BLW) e o *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) [3, 2]. Diferentemente do método tradicional, que orienta inicialmente alimentos amassados com o garfo ou picados, progredindo gradualmente até que se chegue à consistência da alimentação da família, nos métodos guiados pela criança, os cuidadores supervisionam o lactente, porém, não levam o alimento à boca da criança, permitindo que, desde o início da IA, o lactente se autoalimente da mesma refeição consumida pela família, desde que em formatos e consistências seguras [4]. O BLISS, que significa Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê, surgiu como uma versão modificada do BLW, no intuito de prevenir engasgos, adequar oferta de calorias e ferro [5].

Dentre os diversos benefícios esperados para os métodos AC guiados pelo lactente, estão: incentivar a autonomia da criança [6], aumentar a exposição ao consumo de vegetais e alimentos ricos em proteínas [7], diminuir a agitação das crianças durante as refeições [8,9] e aumentar a responsividade à saciedade [10].

Mesmo assim, a adesão das famílias aos métodos AC guiados pelo lactente é ainda baixa, como evidencia estudo realizado na Espanha com 6.355 pares mães-lactentes [11]. A confiança na capacidade da criança de se autoalimentar, a dificuldade de mensurar a ingestão alimentar, a bagunça e o desperdício na hora das refeições, e a possibilidade de engasgar são preocupações frequentes entre as mães que usam o BLW ou BLISS para alimentar as crianças [12,13,14] Com isso, optam por usar de forma simultânea diferentes métodos de IA, também conhecidos como métodos mistos, alimentando os lactentes, às vezes por papas e purês oferecidos por colher, e, às vezes, deixando o lactente se autoalimentar com alimentos cortados em bastões ou tiras [14].

As percepções positivas a respeito da aceitabilidade dos pais aos métodos de AC guiados pelo lactente mostrada em estudos, se dão em torno de que o método é mais fácil e mais saudável [14]. Uma percepção comum é que, como a criança é incluída na refeição familiar e é alimentada com alimentos da família, o método é mais fácil e leva menos tempo, é menos estressante e mais prazeroso [14,11,15]. Outro fator é que o lactente pode comer o que precisa e quando precisa [14], o que causaria menos estresse na hora das refeições [11].

Dentre os fatores que impediam os pais de aderirem aos métodos guiados pelo lactente, encontram-se o medo do lactente engasgar-se [16], a dificuldade em saber quais alimentos oferecer e quando oferecer [16] e a ingestão de ferro na alimentação [16]. Com isso, medir a adesão aos métodos de introdução alimentar é fundamental para avaliar se as famílias designadas aleatoriamente aos métodos são capazes de aderir a eles e para a formulação de políticas públicas envolvendo os métodos de introdução alimentar guiados pelo lactente [17].

Devido à popularidade dos métodos de introdução da AC guiados pelo lactente, seus benefícios e os desafios para sua adoção pelas famílias, o objetivo deste estudo foi avaliar a adesão a três métodos de IA diferentes aos 7, 9 e 12 meses de vida: tradicional, BLISS e misto, que é a combinação do método BLISS e do método tradicional [18].

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de corte aninhado a um ensaio clínico randomizado envolvendo três grupos diferentes de lactentes em relação ao método de introdução

de alimentos: (A) Tradicional: uma abordagem conduzida pelo cuidador na qual as crianças são alimentadas principalmente com colher; (B) Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê (BLISS): uma técnica guiada pela criança, na qual ela se alimenta - não há alimentação com a colher ou em consistência de purê; (C) Método Misto: o cuidador decide quando dar comida de colher e quando permitir que a criança se autoalimente, abordagem criada especialmente para este estudo [19].

A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção de participantes para o ensaio clínico randomizado, desde o recrutamento dos pares mães-lactentes até a avaliação presencial feita quando os lactentes completaram 12 meses de idade. O acompanhamento e as intervenções ao longo do estudo ocorreram em uma clínica de nutrição particular de Porto Alegre, no domicílio dos sujeitos e no Centro de Pesquisa Clínica (CPC), localizado no HCPA, conforme combinação prévia e disponibilidade das mães e/ou dos responsáveis.

A seleção da amostra ocorreu via *internet* por meio de redes sociais, como *instagram* e *facebook*, através de contas, páginas e grupos direcionados às mães; de cartazes de divulgação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); e em um anúncio em jornal de grande circulação em Porto Alegre.

Foi fornecido um número de telefone e um endereço de e-mail para as mães interessadas fazerem o primeiro contato com as pesquisadoras e manifestassem interesse em participar. Nesse momento, foi fornecido um texto padronizado explicando as etapas do estudo, a intervenção aos 5,5 meses, a ligação aos 7 meses, a visita domiciliar aos 9 meses e a coleta presencial aos 12 meses de idade do lactente no hospital. Ao aceitar a inscrição, os responsáveis assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio de um *link* disponível na *internet*. Após a assinatura, a randomização eletrônica foi gerada no site *www.randomization.com*, alocando os participantes em blocos de três.

Posteriormente, foram agendadas reuniões para realização da intervenção. Nesse momento, a equipe respondia às dúvidas sobre a pesquisa e, em seguida, o TCLE era assinado em duas vias, ficando uma cópia com os pesquisadores e a outra com as participantes.

Os critérios de inclusão foram: mães e seus lactentes saudáveis residentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, ou região metropolitana; crianças com peso ao nascer $\geq 2500\text{g}$, cuja faixa etária estivesse entre zero e 4 meses de idade e que não houvessem iniciado o processo de AC. Não houve exclusões (crianças com

déficit neurológico ou restrição alimentar indicada pelo pediatra) durante o período de acompanhamento.

Intervenção (aos 5,5 meses de idade):

Consistia em um encontro de 1 hora, realizado em clínica de nutrição privada e equipada com uma cozinha experimental, onde um nutricionista cozinhava exemplos de preparações dietéticas e explicava informações padronizadas sobre o método de AC ao qual os participantes foram designados randomicamente. Durante os primeiros doze meses da criança, foi disponibilizado o número de telefone e o endereço de e-mail do nutricionista para fornecer qualquer suporte extra relacionado ao método de AC ou para relatar eventos adversos. Folders com informações adicionais sobre AC e exemplos de alimentos saudáveis também foram fornecidos.

O presente estudo ocorreu no período de transição entre as informações do caderno 23 de 2015 e as novas informações do Guia Para Menores de Dois Anos de 2019, por isso, as orientações referentes à consistência da alimentação no grupo tradicional foram as preconizadas pelo caderno 23 [19].

Sobre o método tradicional, foram dadas orientações sobre: a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida do lactente e, ao completar seis meses, de iniciar a introdução lenta e gradual de outros alimentos pelo adulto, mantendo o leite materno (LM) até os dois anos de idade ou mais, ao completar seis meses, de oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia ao lactente, sem rigidez de horários e respeitando o seu apetite, aumentando essa oferta com o passar dos meses. A consistência da alimentação deveria ser, inicialmente (dos seis aos oito meses de vida), amassada com o garfo e gradativamente progredida até atingir a consistência da alimentação da família aos doze meses do lactente; com variedade de cores e de grupos alimentares em todas as refeições, sem liquidificar e/ou peneirar os alimentos; as preparações alimentares deveriam ser separadas de modo com que o lactente assimilasse o sabor e as características de cada alimento recebido; sem oferecer preparações de baixa densidade energética, como sopas e caldos, além de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, sucos, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros dois anos de vida [2].

Quanto ao método BLISS, as orientações oferecidas sobre o aleitamento materno (AM) foram as mesmas do método tradicional, e as informações relacionadas à IA foram as seguintes: o lactente deve ser estimulado a se alimentar sozinho embora sempre assistido por um adulto e participar dos momentos de refeição em família; a consistência dos alimentos oferecidos a partir dos seis meses de vida deve ser *in natura*, em formatos que permitam ao lactente se alimentar com as próprias mãos, cortados em formatos alongados, em tiras ou bastões que facilitem o movimento de pinça dos dedos do lactente e evitem engasgos ao invés de formatos arredondados, por exemplo; deve-se evitar apressar o lactente, respeitando seu tempo para explorar os sabores e as texturas enquanto se alimenta; a variedade e a qualidade da alimentação oferecida nesse método é a mesma do método tradicional, bem como as noções de higiene e uso de sal [8]. Além disso, os pais foram encorajados a oferecer três tipos de alimentos em cada refeição segundo a técnica BLISS: um alimento como fonte de ferro (por exemplo, carne vermelha), um alimento fonte de energia e um alimento fonte de fibra, como uma fruta ou verduras [20].

Com relação ao método misto, as recomendações de AM foram as mesmas das duas abordagens já citadas anteriormente, e com relação ao método de IA, as mães foram orientadas a aplicar a técnica BLISS inicialmente. Os cuidadores foram treinados e receberam material impresso sobre como perceber se seu filho (a) apresenta sinais de satisfação. Se o lactente se mostrasse insatisfeito ou desinteressado pelos alimentos ofertados conforme a técnica BLISS, eram oferecidos alimentos de acordo com a técnica tradicional ainda na mesma refeição. Independentemente do grupo ao qual pertenciam, todas as mães receberam orientações sobre como evitar e manejar possíveis engasgos durante a alimentação.

Coleta de dados

No seguimento: os dados relativos à adesão da família ao método da alimentação do lactente foram coletados até o fim do primeiro ano de vida, quando o lactente tinha 7, 9 e 12 meses de idade. Por telefone, a entrevista de 7 meses foi feita por pesquisador cegado em relação ao método, através de questionário e registro de frequência alimentar elaborados para este estudo. A entrevista de 9 meses utilizou o mesmo questionário e foi feita através de visita domiciliar. As

entrevistas no seguimento (7, 9 e 12 meses) foram realizadas pelo mesmo pesquisador que realizou a intervenção, com o intuito de manter o vínculo com as famílias.

Aos 9 meses de idade, visitas domiciliares foram realizadas por pesquisadores cegos ao grupo de alocação, a fim de aplicar questionários estruturados. Durante a pandemia COVID-19, 50,74% (n = 67) da amostra respondeu a esses questionários *online* para evitar riscos desnecessários. A equipe da pesquisa realizou uma chamada com todas essas famílias para aplicar os registros alimentares e garantir que não houvesse dúvidas, garantindo também a qualidade dos dados.

Aos 12 meses de idade da criança, esperava-se que mães e lactentes viessem ao hospital para responder a mais questionários. Embora esse tempo tenha sido prejudicado com o início da pandemia, a maioria das mães (80,3%; n = 94) completou a versão *online* dos mesmos formulários de acordo com nosso rígido controle metodológico.

Adesão a métodos de introdução alimentar

Para garantir que as famílias seguissem as instruções relacionadas ao método de AC, um pesquisador cegado realizou uma ligação telefônica aos 7 meses de idade da criança e fez algumas perguntas referente à consistência da comida, quando o lactente começou a comer, se levava os alimentos à boca ou recebia de colher. Outro pesquisador analisou as respostas e as comparou com outros dados coletados na visita de 9 meses de idade. Questionários referentes à adesão e à autoalimentação foram administrados nas visitas de 9 e 12 meses. Aos 12 meses, foi aplicado um questionário com 4 perguntas referente à viabilidade, aceitabilidade, custo e se a mãe considerava o método apropriado ao lactente.

A adesão ao método foi separada pelo modo de oferta (se o lactente recebia alimentos com colher ou levava à boca com a mão) e pela consistência da alimentação (liquidificada, raspada, amassada, peneirada ou cortada em tiras e consistência dos alimentos ofertados à família). Considerou-se adesão ao método tradicional aqueles que seguiam a oferta de alimentos com colher e na consistência liquidificada, raspada, amassada ou peneirada. No método BLISS considerou-se os lactentes que levavam o alimento à boca na mesma consistência ofertada à família

ou em formato de tiras e o método misto foi atribuído àqueles que alternavam entre ambas as formas de oferta e consistência. A fim de avaliar a adesão na amostra estudada e possíveis fatores associados, optou-se por utilizar como medida a adesão ao modo de oferta ou consistência aos 7, 9 e 12 meses de idade.

Análises Estatísticas

O banco de dados foi elaborado utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 com entrada dupla e posterior *validate*. Foi realizada análise descritiva das variáveis contínuas e categóricas. As características qualitativas foram expressas em número absoluto e percentual e o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para detectar diferenças entre as proporções. Os dados paramétricos foram expressos como média \pm desvio padrão (DP) e analisados pelo teste exato de Fisher e ANOVA com *post-hoc* de *Bonferroni*. Os dados não paramétricos foram expressos por meio de mediana e intervalo interquartil, analisados pelo teste Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn. Para detectar a diferença entre as variáveis com distribuição normal entre os grupos de lactentes foi utilizado o teste de ANOVA e o *post-hoc* de *Bonferroni*. Para a análise dos fatores associados ao desfecho da adesão utilizou-se a regressão de Poisson. O teste de qui-quadrado foi utilizado para detectar diferenças de proporções entre os diversos grupos. Para as análises, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS versão 22.0.

Todos os participantes foram incluídos nas análises finais, independentemente de terem seguido o método, uma vez que as análises foram feitas por Intenção de Tratar.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 2019-0230 e está registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (RBR-229SCM). Todos os participantes assinaram o TCLE em duas vias no formato *online*.

Resultados

No total, 207 pares mães-lactentes contataram a equipe de pesquisa, dos quais 12 (5,7%) não atenderam aos critérios de inclusão, assim, finalizando com 195 pares mães-lactentes elegíveis para o estudo. Dentre os 195 pares, 56 não participaram da intervenção, totalizando uma amostra de 139 pares mães-lactentes.

Após a randomização dos pares entre os métodos de introdução da alimentação complementar, 45 (32%) foram alocados no grupo tradicional, 48 (34%) no BLISS e 46 (33%) no método misto. A maioria das mães se declarou branca (86,2%; n = 119), com média de idade de 32,3 anos (\pm 5,27), média de 17,68 anos de escolaridade (\pm 5,28) e a média da renda familiar mensal de R\$6.250,00 [4.000,00 – 10.000,0], sem diferenças significativas entre os grupos de intervenção, tanto para renda familiar ($p=0,277$), quanto para a escolaridade materna ($p=0,457$). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em relação às características dos participantes, como idade materna, escolaridade materna, renda familiar total, etnia materna, morar com o companheiro, primiparidade, número de consultas de pré-natal, parto cesáreo, sexo do lactente e AM até os 6 meses de idade ($p>0,05$). As características da amostra em relação aos métodos de introdução alimentar estão mostradas na Tabela 1.

Os questionários de alimentação foram respondidos por 132 pares mães-lactentes aos 7 e 9 meses e 135 pares mães-lactentes aos 12 meses. Desses questionários respondidos, 50% (n=67) foram aplicados no formato *online* aos nove meses e 92,8% (n=104) aplicados aos doze meses.

A tabela 2 mostra os valores da adesão ao método separado pelo modo de consistência da alimentação. A adesão total dos métodos de oferta e de consistência, propostos na intervenção aos 7, 9 e 12 meses, foi de 34,1% (n=45), 28,5% (n=37) e 34,1% (n=46), respectivamente. Analisando os métodos individualmente, o misto apresentou resultados significativamente superior aos demais, com a adesão à abordagem de 69,0% (n=29) aos 7 meses, 55,8% (n=24) aos 9 meses e 78,6%, (n=33) aos 12 meses, seguido do método tradicional ($p<0,001$). Ao analisar o modo de oferta separado da consistência da alimentação dentre as famílias que aderiram ao método proposto, viu-se que, aos 7 e 12 meses, elas aderiram mais à consistência do método misto, com prevalência de 19% (n=8).

Aqueles que foram inicialmente randomizados para o grupo tradicional, apresentaram menor adesão do que o método misto aos 7, 9 e 12 meses de idade.

Aos 12 meses, ao serem questionadas sobre a viabilidade, aceitabilidade, custo do método de IA e se era apropriado para o lactente, 94,1% (n=127) das mães responderam que o método de IA ao qual foram randomizadas era viável, 91,1% (n=123) que o nível de bagunça era aceitável, 92,6% (n=125) que o custo era aceitável e 94,1% (n=127) que consideravam o método apropriado ao lactente. Houve diferença estatisticamente significativa entre as mães do grupo tradicional (n=45, 100%) e misto (n=41, 97,6%), em relação às mães do grupo BLISS, quanto ao questionamento sobre a viabilidade do método (p=0,013) e se o método era apropriado para o lactente (p=0,011).

O comportamento da adesão ao modo de oferta e à consistência aos 7, 9 e 12 meses estão representados nas figuras 2 e 3. As curvas demonstrando a quantidade de pares aderentes ao longo dos meses mostram a preferência pelo método Misto em detrimento dos demais, visto que, em todas as coletas, ele apresentou um número amostral maior do que o randomizado para o grupo enquanto os demais métodos apresentaram um comportamento inverso.

Aos 12 meses, a adesão ao modo de oferta misto foi de 96 lactentes (69,1% da amostra), apresentando um aumento de adesão de 208,7% em relação ao número amostral randomizado, enquanto o método tradicional apresentou 21 aderentes, 15,1% da amostra e 46,7% do número amostral inicial do grupo, e o método BLISS, 18 aderentes, 12,9% da amostra, 37,5% de seu número amostral inicial.

Já em termos de consistência, a diferença da preferência ao método misto foi maior, apresentando 133 aderentes aos 12 meses, 95,7% da amostra do estudo, o que representou um aumento de 289,1%, enquanto a consistência tradicional apresentou 4 aderentes, apenas 2,9% da amostra total, 8,9% do número amostral randomizado e BLISS nenhum aderente no mesmo período.

O comportamento de adesão e migração dos pares conforme o grupo randomizado, para modo de oferta e consistência, está descrito nas tabelas 3 e 4. O grupo alocado no método misto apresentou o menor número de migração para outros métodos, sendo esse método também a principal opção dos pares que migraram dos métodos tradicional e BLISS. No que se refere ao modo de oferta, aos 12 meses, 73,9% dos lactentes inicialmente alocados no método se mantinham

seguindo-o. Nos métodos tradicional e BLISS, a manutenção da randomização inicial foi de 28,9% e 16,7% respectivamente, sendo que 60% do grupo tradicional e 72,9% do grupo BLISS migrou para o misto. Em termos de adesão à consistência, 89,1% do grupo inicialmente alocado no método misto foi mantido. Em contraste, o método tradicional manteve apenas 2,2% do grupo, tendo 97,8% de seus participantes migrados para o método misto, e o método BLISS não apresentou nenhum aderente, tendo 100% do seu grupo inicialmente randomizado migrado para o método misto.

Quanto aos fatores relacionados à adesão aos métodos de IA, não houve associação estatisticamente significativa da adesão ao método aos 7, 9 e 12 meses em relação às variáveis familiares e maternas, como etnia, idade, tipo de parto, escolaridade, renda familiar mensal, morar com o companheiro, horas de trabalho diariamente e variáveis do lactente, como sexo, AME na alta hospitalar, amamentação exclusiva até os 6 meses, conforme mostrado na Tabela 5.

Discussão

Este é o primeiro estudo brasileiro que avaliou a adesão aos métodos de IA. Observou-se que o método de IA misto, que contempla a oferta de alimentos oferecidos em tiras ou bastões e alimentos amassados ou em forma de purês, apresentou maior adesão na amostra de crianças aos 7, 9 e 12 meses de idade. Apesar da popularidade dos métodos guiados pela criança no Reino Unido, na Inglaterra e na Nova Zelândia [12], na amostra estudada o método BLISS teve a menor adesão em todos os meses. Além disso, não foi encontrada associação entre a adesão aos métodos de introdução alimentar com variáveis maternas, familiares e do lactente.

Quanto à distribuição dos pares randomizados nos grupos de IA, não foi encontrada associação significativa entre renda familiar, idade e escolaridade da mãe, paridade e AM até os 6 meses de idade. Dados do estudo de Taylor (2017) [9] mostraram que não houve diferenças nas características dos participantes entre os grupos tradicional e BLISS quanto à idade da mãe (média de 31,3 anos), etnia (81,6% caucasiana), paridade (41,3% eram primíparas) [9].

Corroborando com os dados do estudo, Cameron (2013) [17] encontrou que, na prática clínica, 8% da amostra aderiu ao BLW, no qual o lactente se autoalimentava o tempo todo ou a maior parte do tempo aos 6 e 7 meses de idade.

Além disso, encontrou que 21% das famílias relataram seguir o BLW, no entanto, seguiam uma abordagem que combinava a criança se autoalimentar e a oferta de colher [12]. No presente estudo, aos 7 meses, 77,1% dos pares randomizados no grupo BLISS passou a aderir ao modo e à consistência do método misto. Em contraste, outro estudo descreveu que a adesão à abordagem guiada por lactentes foi alta no Grupo BLISS, com significativamente mais lactentes alimentando-se da maior parte ou de toda a comida na semana anterior aos 7 e 12 meses de idade [20]. Essa diferença pode ser explicada devido à popularidade dos métodos guiados pela criança, e com isso havendo maior prevalência no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Nova Zelândia e no Canadá [21]. Até o presente momento, não há estudos avaliando a prevalência do BLW ou do BLISS entre a população brasileira.

A adesão ao método BLISS foi a menor encontrada em nossa amostra, diferentemente do encontrado por Erickson (2018) [18], em cujo estudo 40%, 67% e 96% dos lactentes da amostra se autoalimentavam aos 7, 12 e 24 meses, respectivamente. Erickson avaliou a adesão à abordagem BLISS através do cálculo da porcentagem da ingestão diária de alimentos por peso (gramas) consumido pela criança que se autoalimentou, da que foi alimentada por um adulto e se autoalimentou, ou da que foi alimentada somente por um adulto [18]. O presente estudo optou por avaliar a adesão ao método separada pelo modo de oferta e pela consistência da alimentação, diferentemente do encontrado em outros estudos [11, 9], devido à alternância encontrada entre a oferta por colher, ou o cuidador permitir que o lactente se autoalimente, e a consistência da alimentação, com alimentos amassados com o garfo e alimentos em formatos de tiras ou bastões.

Daniels (2015) [22] ao realizar questionários para verificar a aceitabilidade das famílias frente ao método BLISS, em comparação ao tradicional (controle), encontrou que tanto os pais do método BLISS quanto os do tradicional referiram alto nível de satisfação e conveniência, corroborando os dados encontrados nesta pesquisa, pois as mães concordaram que o método BLISS era viável, com custo e nível de bagunça aceitável, e apropriado para a criança. De acordo com Bacchus et al. (2020) [5], o grupo BLISS apresentou menos bagunça e foi mais propenso a ser percebido como um método caro, mas que, quando analisado o custo da alimentação, não houve diferença significativa entre os grupos. Dessa forma, os pais que seguiram o BLISS consideraram a abordagem guiada pelo lactente aceitável tanto quanto os que seguiram o método tradicional [5, 26].

Observou-se que os pares mães-lactentes ora aderiram ao método pelo modo de oferta ora pela consistência da alimentação, por isso foi optado por separar. Dessa forma, este foi o primeiro estudo a separar o modo de oferta e a consistência em todos os meses analisados. O MS do Brasil orienta que, aos 12 meses, deve-se encorajar que o lactente pegue os alimentos com as mãos, estimulando o movimento de pinça e ensinando a criança a cortar os alimentos com os dentes da frente [2,9], ao analisar a aderência ao método BLISS e ao tradicional, separou os resultados em três grupos, um no qual as crianças levavam à boca toda ou a maior parte da comida, outro no qual as crianças eram alimentadas pelos pais e outro no qual eram igualmente alimentadas pelos pais e levavam os alimentos à boca também [9]. Na amostra estudada, aos 12 meses, as crianças tanto levavam o alimento à boca (amassado com o garfo, picado, tiras ou bastões) quanto recebiam por colher através dos pais.

As mães randomizadas no grupo BLISS que não seguiram o método, migraram majoritariamente para o método misto. Tal comportamento é semelhante aos resultados de Arden (2015) [14], no qual as mães relataram misturar a oferta de alimentos cortados em bastões e tiras com alimentos oferecidos em colher em outras texturas para ajudar seus filhos quando eles não conseguiam se alimentar e evitar a bagunça [14].

Mesmo havendo uma escassez de estudos que mostrem a relação entre a adesão aos métodos de IA e fatores maternos, familiares ou do lactente, percebe-se nestes a existência de uma indefinição de como enquadrar o que de fato representaria uma adesão aos métodos guiados pelos lactentes, identificando-se um componente cultural relacionado à adesão da combinação com o método tradicional. Não está claro na literatura quão comum é a combinação do método de IA tradicional e do método guiado pelo lactente, pois a maioria dos estudos solicita que os participantes identifiquem o método específico que estão seguindo [23] e mesmo quando o BLW era definido de forma objetiva, era possível que alguns alimentos fossem oferecidos na forma de colher e purês. Brown e Lee (2011) [11] classificaram entrevistados como BLW como sendo aqueles que usaram colher e comida em forma de papas e purês em menos de 10% do tempo [11].

Não foi encontrada associação entre a adesão aos métodos de introdução alimentar com fatores familiares e maternos como etnia, idade, tipo de parto, renda mensal familiar, morar com companheiro, paridade, horas de trabalho diariamente e

fatores do lactente, como o AME na alta hospitalar, AM até os 6 meses. Dados do estudo foram consistentes com os achados de Cameron et al. (2015)[23], que também não encontrou diferenças entre os grupos BLISS e BLW nos fatores relacionados à adesão na abordagem guiada por lactentes (proporção de autoalimentação, alimentos consumidos pela família, refeições familiares compartilhadas com a criança) aos 6 meses, 7 meses ou 8 meses [24].

Outros fatores não analisados nesse estudo podem ser determinantes a adesão ao método de IA. Por exemplo, o comportamento parental, como evidenciou o estudo de Komninou et al. (2019) [25], que analisou o comportamento alimentar materno relacionado aos métodos de IA, desde a adesão ao BLW estrito (lactente se autoalimentava 90% do tempo ou mais) à adesão ao tradicional estrito (lactente se autoalimentava menos de 10% do tempo), a fim de permitir uma categorização mais inclusiva do que estudos realizados apenas com o BLW estrito. Os achados demonstraram que os pais que seguem o BLW estrito são menos controladores em relação à alimentação e menos propensos a usar o incentivo como uma técnica para aumentar o consumo alimentar de seus filhos. Além disso, tendiam a oferecer mais vegetais e a realizar refeições em conjunto com seus filhos, bem como a oferecer a mesma comida que eles comem com maior frequência do que os pais que seguiam os demais métodos [24].

Sugere-se que métodos guiados pelo lactente estejam associados a um estilo de alimentação materna de baixo controle, no qual as mães exercem menos controle sobre a ingestão dos lactentes em comparação com as mães que usam métodos tradicionais e, portanto, o estilo de cuidado parental seria um fator importante para a adesão ao método de IA [11]. Outro fator limitante na adesão ao método foi a disposição das mães em seguir as recomendações de IA fornecidas pelos profissionais de saúde, pois as mães relataram fazer o que era melhor para a criança e não seguir a orientação de um profissional de saúde [26].

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas, tais como as características socioeconômicas das famílias. Pouco menos de 30% das mães que preencheram os critérios de inclusão não compareceram à intervenção; estas mães apresentaram escolaridade e renda familiar inferior às incluídas. Isso provavelmente deve-se ao fato de que, no Brasil, a licença maternidade é de quatro meses na maior parte das empresas e nossa intervenção aconteceu aos 5,5 meses de vida do lactente, o que pode ter gerado uma barreira para que as mães participassem da

oficina. A renda e a escolaridade encontrada na amostra foram superiores ao encontrado na população geral, o que compromete a generalização dos resultados. Outra limitação encontrada foi referente a medida quantitativa da adesão, pois realizar perguntas abertas referentes à adesão e aos motivos da migração entre os métodos poderia beneficiar o estudo de forma qualitativa.

O ineditismo na área de alimentação complementar e em ser o primeiro estudo a avaliar a adesão a diferentes métodos de introdução alimentar em três momentos ao longo do tempo, após orientação nutricional específica e intervenção prática, através da realização de oficinas dietéticas em cozinha experimental, é o ponto forte deste trabalho. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a examinar a adesão a diferentes métodos de introdução alimentar ao longo do tempo, com orientação nutricional específica e intervenção prática, por meio de oficinas dietéticas. Portanto, torna-se relevante que os achados sejam adicionados a novos estudos sobre os métodos de alimentação infantil.

Conclusão

Diante dos achados, observamos que o método de introdução alimentar misto obteve maior adesão aos 7, 9 e 12 meses de idade quando comparado ao método tradicional, com alimentos oferecidos em colher e em forma de papas ou purês, e ao método BLISS, completamente guiado pelo lactente, com alimento em forma de tiras ou bastões. Dessa forma, o método misto parece uma abordagem viável para orientar famílias na introdução da alimentação complementar, com prevalência de adesão de 69% aos 7 meses, 55,8% aos 9 meses e 78,6% aos 12 meses. Fatores familiares e maternos como renda, escolaridade, horas de trabalho, tipo de parto, e fatores do lactente, como AM na alta hospitalar, AME até os 6 meses de idade, não foram associados à adesão ao método. Com isso, mais investigações com diferentes características são necessárias para elucidar os motivos dessa alta adesão.

Figura 1. Fluxograma de seleção do estudo.

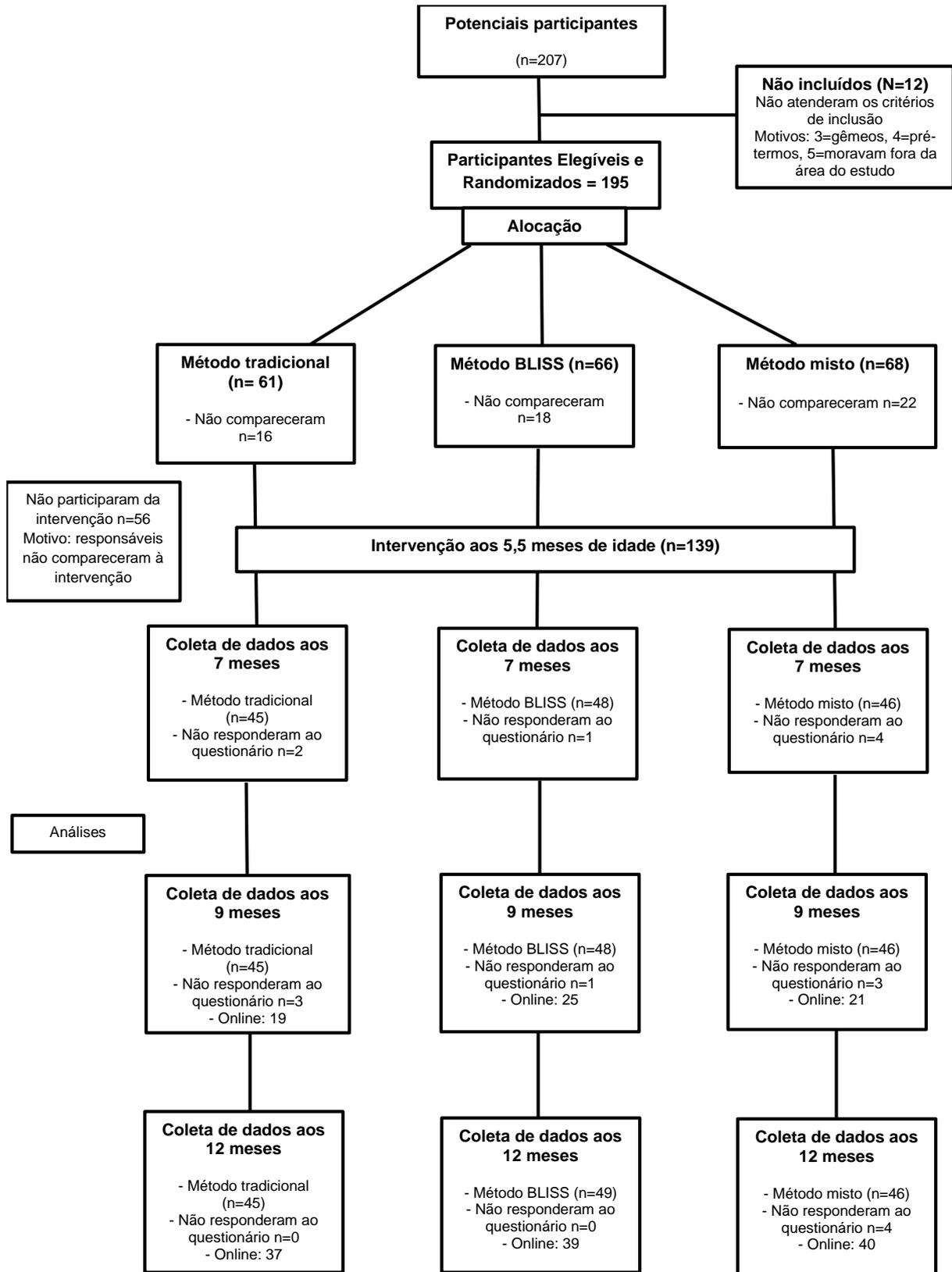


Tabela 1: Caracterização da amostra de mães e lactentes em Porto Alegre e região metropolitana, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

Variáveis familiares	Total Média (±DP), Mediana (IQ)	Tradicional (n=45) Média (±DP) Mediana (IQ)	BLISS (n=48) Média (±DP) Mediana (IQ)	Misto (n=46) Média (±DP) Mediana (IQ)	Valor p
Idade materna, (anos)	32,3 (5,27)	31,6 (5,59)	33,65 (5,20)	31,68 (4,6)	0,113*
Escolaridade materna (anos)	17,68 (5,28)	16,88 (5,04)	18,28 (6,24)	17,80 (4,35)	0,457 ²
Renda familiar total (reais)	6.250,00 [4.000,00 – 10.000,00]	5.000,00 [3,850 - 10.000,00]	8.000,00 [4.000,00- 13.500,00]	6.000,00 [3.750,00- 10.000,00]	0,277 ³
Etnia materna branca	119 (86,2%)	37 (84,1%)	41 (85,4%)	41 (89,1%)	0,765 ¹
Mora com companheiro	117 (84,2%)	35 (77,8%)	43 (89,6%)	39 (84,8%)	0,295 ¹
Primiparidade	113 (81,3%)	35 (77,8%)	37 (77,1%)	41 (89,1%)	0,223 ¹
Consultas pré-natal (número)	11,26 (2,54)	11,23 (2,42)	11,31 (2,75)	11,24 (2,48)	0,985 ²
Parto cesáreo	85 (61,2%)	33 (73,3%)	29 (60,4%)	23 (50,0%)	0,760 ¹
Variáveis do lactente					
Sexo Feminino	72 (51,8%)	25 (55,6%)	26 (54,2%)	21 (45,7%)	0,589 ¹
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses	113 (85,3%)	38 (90,5%)	38 (80,9%)	37 (86%)	0,413 ¹

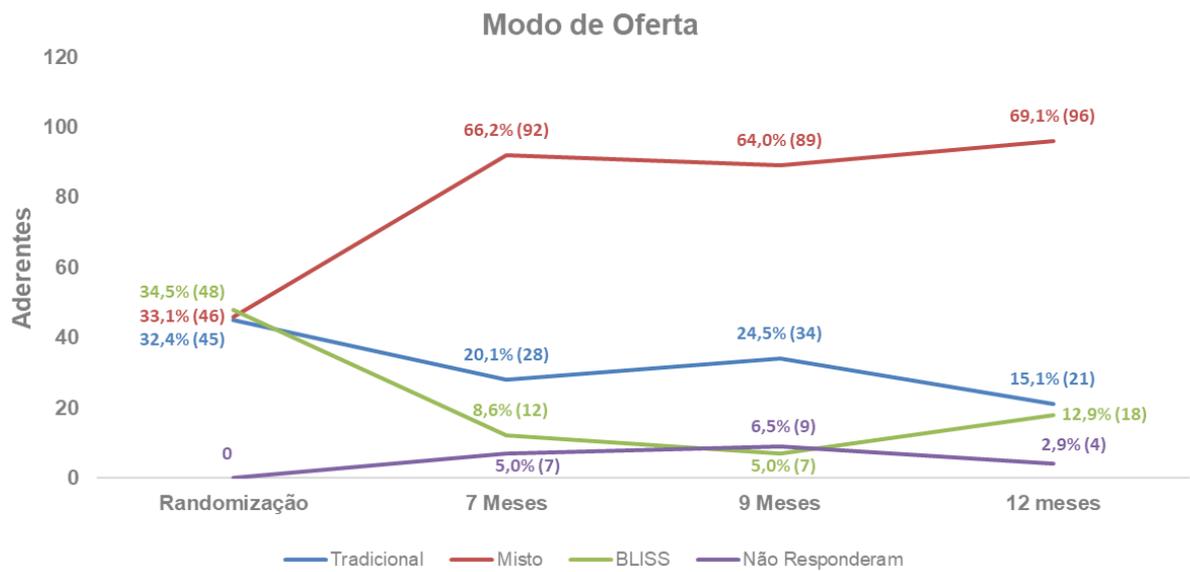
AC: alimentação complementar; BLISS: Baby-Led Introduction to SolidS; DP: desvio padrão; IQ: intervalo interquartilico.*Teste exato de Fischer; ¹ Qui-quadrado de Pearson; ²ANOVA com post hoc de Bonferroni;³Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn.

Tabela 2. Adesão ao método separado por modo e consistência.

		Tradicional N (%)	BLISS N (%)	Misto N (%)	Total N (%)	Valor p
Método designado pela randomização o 7 meses	Não segue método	26 (60,5) ^a	38 (80,8) ^a	4 (9,5) ^b	68 (51,5)	<0,001 ¹
	Segue modo	5 (11,6) ^a	2 (4,3) ^a	1 (2,4) ^a	8 (6,1)	<0,001 ¹
	Segue consistência	1 (2,3) ^a	2 (4,3) ^{ab}	8 (19) ^b	11 (8,3)	<0,001 ¹
	Segue ambos	11 (25,6) ^a	5 (10,6) ^a	29 (69) ^b	45 (34,1)	<0,001 ¹
Método designado pela randomização o 9 meses	Não segue método	22 (55) ^a	32 (68,1) ^a	5 (11,6) ^b	59 (45,4)	<0,001 ²
	Segue modo	8 (20) ^a	1 (2,1) ^b	8 (18,6) ^a	17 (13,1)	<0,001 ²
	Segue consistência	0 ^a	11 (23,4) ^b	6 (14) ^b	17 (13,1%)	<0,001 ²
	Segue ambos	10 (25) ^a	3 (6,4) ^b	24 (55,8) ^c	37 (28,5)	<0,001 ²
Método designado pela randomização o 12 meses	Não segue método	32 (71,1) ^a	40 (83,3) ^a	0 ^b	72 (53,3)	<0,001 ¹
	Segue modo	0 ^a	8 (16,7) ^b	1 (2,4) ^{ab}	9 (6,7)	<0,001 ¹
	Segue consistência	0 ^a	0 ^a	8 (19) ^b	8 (5,9)	<0,001 ¹
	Segue ambos	13 (28,9) ^a	0 ^b	33 (78,6) ^c	46 (34,1)	<0,001 ¹

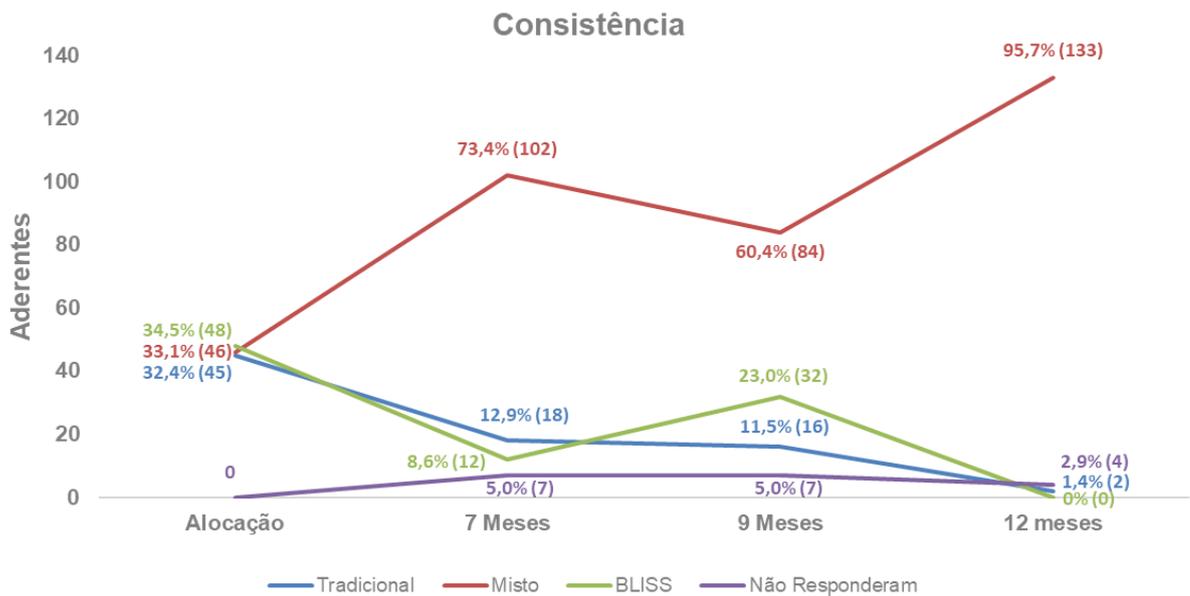
BLISS: Baby-Led Introduction to SolidS. ¹Teste exato de Fisher; ²Qui-quadrado de Pearson. *Letras diferentes apontam diferenças significativamente estatísticas entre os grupos.

Figura 2. Adesão ao modo de oferta aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.



BLISS: Baby-Led Introduction to Solids.

Figura 3. Adesão à consistência aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.



BLISS: Baby-Led Introduction to Solids.

Tabela 3. Migração do modo de oferta entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.

Método designado para randomização	Grupo Migrado	7 Meses	9 Meses	12 Meses
		n (%)	n (%)	n (%)
Tradicional	Sem Resposta	2 (4,4)	5 (11,1)	0 (0,0)
	Tradicional	16 (35,6)	18 (40)	13 (28,9)
	Misto	25 (55,6)	20 (44,4)	27 (60,0)
	BLISS	2 (4,4)	2 (4,4)	5 (11,1)
Misto	Sem Resposta	4 (8,7)	3 (6,5)	4 (8,7)
	Misto	30 (65,2)	32 (69,6)	34 (73,9)
	Tradicional	9 (19,6)	10 (21,7)	3 (6,5)
	BLISS	3 (6,5)	1 (2,2)	5 (10,9)
BLISS	Sem Resposta	1 (2,1)	1 (2,1)	0 (0,0)
	BLISS	7 (14,6)	4 (8,3)	8 (16,7)
	Tradicional	3 (6,3)	6 (12,5)	5 (10,4)
	Misto	37 (77,1)	37 (77,1)	35 (72,9)

BLISS: Baby-Led Introduction to SolidS.

Tabela 4. Migração da consistência entre aqueles que não seguiram o método proposto aos 7, 9 e 12 meses de vida por grupo de randomização.

Método designado para randomização	Grupo Migrado	7 Meses	9 Meses	12 Meses
		n (%)	n (%)	n (%)
Tradicional	Sem Resposta	2 (4,4)	3 (6,7)	0 (0,0)
	Tradicional	12 (26,7)	11 (24,4)	1 (2,2)
	Misto	28 (62,2)	24 (53,3)	44 (97,8)
	BLISS	3 (6,7)	7 (15,6)	0 (0,0)
Misto	Misto	4 (8,7)	3 (6,5)	4 (8,7)
	Segue	37 (80,4)	30 (65,2)	41 (89,1)
	Tradicional	3 (6,5)	2 (4,3)	1 (2,2)
	BLISS	2 (4,3)	11 (23,9)	0 (0%)
BLISS	BLISS	1 (2,1)	1 (2,1)	0 (0,0)
	Segue	7 (14,6)	14 (29,2)	0 (0,0)
	Tradicional	3 (6,3)	3 (6,3)	0 (0,0)
	Misto	37 (77,1)	30 (62,5)	48 (100,0)

BLISS: Baby-Led Introduction to SolidS.

Tabela 5. Associação entre a adesão aos métodos de introdução alimentar e variáveis maternas e do lactente.

Variáveis	Razão de Prevalência (95% IC) - 7 meses	Razão de Prevalência (95% IC) - 9 meses	Razão de Prevalência (95% IC) - 12 meses	Razão de Prevalência (95% IC)	Valor p
Grupo a que pertence					
Tradicional	0,43 (0,29 – 0,64)	0,50 (0,35 – 0,72)	0,28 (0,18 – 0,45)	-	<0,001
BLISS	0,21 (0,11 – 0,38)	0,36 (0,23 – 0,55)	0,16 (0,08 – 0,31)	-	<0,001
Misto	1 (referência)	1 (referência)	1 (referência)	-	-
Variáveis Maternas					
Etnia materna	-	-	-	0,744 (0,30 – 1,80)	0,512
Idade materna 25 – 35 anos	-	-	-	2,4 (0,65 – 8,88)	0,187
Cesárea	-	-	-	0,72 (0,44 – 1,16)	0,184
Escolaridade materna (acima de 11 anos de estudo)	-	-	-	1,16 (0,36 – 3,72)	0,795
Renda familiar total – até 6 salários-mínimos*	-	-	-	1,39 (0,65 – 2,94)	0,386
Mora com companheiro	-	-	-	0,56 (0,22 – 1,40)	0,219
Primiparidade	-	-	-	1,22 (0,61 – 2,41)	0,561
Trabalha fora (até 6 horas/dia)	-	-	-	1,20 (0,76 – 1,89)	0,431
Variáveis do lactente					
Aleitamento materno exclusivo alta hospitalar	-	-	-	0,79 (0,43 - 1,45)	0,458
Aleitamento materno exclusivo até 6 meses	-	-	-	0,91 (0,44 – 1,85)	0,804

BLISS: Baby-Led Introduction to SolidS; IC: intervalo de confiança. Valores de p calculados por Regressão de *Poisson*.

Referências

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *JPGN* [revista em Internet] 2017; 64: 119–32. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2019.
3. Rapley G Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract*, Jun 2011. n. 6 v. 84: 108-10.
4. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-Led Weaning. *ICAN Infant, Child, Adolesc Nutr*. 2015;7(2):77-85.
5. Bacchus S, Taylor RW, Fleming EA, Haszard JJ, Fangupo L, Daniels L, et al. The cost of baby-led vs. parent-led approaches to introducing complementary foods in New Zealand. *European Journal Of Clinical Nutrition*. 2020; 74(10):1474-1477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-020-0606-7>.
6. Utami AF, Wanda D. Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enferm Clin*. 2019;29 Suppl 2. DOI:10.1016/j.enfcli.2019.04.014.
7. Rowan H, Lee M, Brown A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *J Hum Nutr Diet*. 2019;32(1):11-20. doi:10.1111/jhn.12616
8. Taylor RW, Williams SM Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomised clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2017; 171(9):838-46.
9. Boswell N. Complementary Feeding Methods—A Review of the Benefits and Risks. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021, 18(7165):1-15. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>.
10. Brown A, Lee M. Early influences on child satiety responsiveness: The role of weaning style. *Pediatric Obesity*. 2015; 10(1):57-66. DOI:10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x.
11. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Butler H, Mourino N, Malvar A, Hervada X. Baby-led weaning: prevalence and associated factors in Spain. *Eur J Pediatr*. 2020;179(6):849-53. doi:10.1007/s00431-020-03579-7
12. Swanepoel L, Henderson J, Maher J. Mothers' experiences with complementary feeding: Conventional and baby-led approaches. *Nutr Diet*. 2020;77(3):373-81. doi:10.1111/1747-0080.12566
13. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44.
14. Arantes ALA, Neves FS, Campos AAL, Netto MP. The baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding: a review. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 36(3):353-63.
15. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open*. 2012(b); 2(6). Doi:10.1136/bmjopen-2012-001542.

16. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviors in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013; 3(2):1-9. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003946
17. Erickson LW, Taylor R, Haszard J, Fleming E, Daniels L, Morison B, et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: the bliss randomized controlled trial. *Nutrients*. 2018; 10(6):740-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu10060740>.
18. Nunes LM, Fuhr J, Belin CHS, Moreira PR, Neves RO, Brito ML, et al. Complementary feeding methods in the first year of life: a study protocol for a randomised clinical trial. *Trials*. 2021; 22(1):687-700. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-021-05647-1>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
20. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming E, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *Bmj Open*. 2018; 8(6):01-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019036>
21. Vilas Boas AC, Neri MMS, Silva CFXCA, Teixeira LG. Baby led weaning: an integrative review of scientific evidence from 2011 to 2019. *ABCS Health Sciences*. 2020; 45:1-8.
22. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomized controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr*. 2015; 15(179):1-15. DOI: 10.1186/s12887-015-0491-8.
23. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012; 4(11):1575-609. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu4111575>.
24. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. 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 Pediatr*. 2015; 15(99). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>.
25. Komninou S, Halford JCG, Harrold JA. Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviour across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*. 2019; 137:198-206. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001>
26. Salve JM, Silva IA. Social representations of mothers on the introduction of complementary foods for infants. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22:43-8.

8 CONCLUSÕES

Diante dos achados, observamos que o método de introdução alimentar misto obteve maior adesão aos 7, 9 e 12 meses de idade quando comparado ao método tradicional, com alimentos oferecidos em colher e em forma de papas ou purês, e ao método BLISS, completamente guiado pelo lactente, com alimento em forma de tiras ou bastões. Dessa forma, o método misto parece uma abordagem viável para orientar famílias na introdução da alimentação complementar. Fatores familiares e maternos como renda, escolaridade, horas de trabalho, tipo de parto, e fatores do lactente, como aleitamento materno na alta hospitalar, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, não foram associados à adesão ao método. Com isso, mais estudos de intervenção que avaliem adesão são necessários para elucidar os motivos dessa alta adesão.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho nasceu da motivação em investigar hipóteses vivenciadas ao longo de minha carreira como nutricionista. Participar desse grupo de estudo e de pesquisa foi um desafio e uma realização pessoal e profissional. Colaborei com as coletas *online* e as coletas presenciais aos 12 meses de idade do lactente no primeiro e segundo ano do mestrado.

Ao ingressar no mestrado, o objetivo inicial de meu estudo era avaliar a anemia ferropriva infantil aos 12 meses de idade, mas devido à pandemia mundial da COVID-19 e à impossibilidade das coletas de sangue presenciais, necessitei alterar o tema. No decorrer das leituras e dos debates entre a equipe de pesquisa, ficou claro que necessitávamos avaliar a adesão entre os grupos e quais os fatores relacionados a essa adesão.

Os primeiros anos de vida da criança são considerados extremamente importantes para o desenvolvimento infantil, pois é neste período que o indivíduo passa por uma fase mais acentuada e acelerada de crescimento, além de desenvolver várias habilidades em relação à alimentação e ao seu próprio autocontrole, que serão levados consigo durante todo o seu processo de desenvolvimento até a vida adulta. O processo de introdução alimentar é longo e gradual, repleto de aprendizados para toda a família. E isso me levou a desejar aprender mais sobre a participação e o protagonismo das crianças na alimentação complementar, e a possibilidade de melhores escolhas alimentares pela família. Além disso, havia a dúvida sobre o método que havia tido maior adesão e o porquê dessa escolha.

Ao conversar com as mães nas coletas presenciais e por telefone, percebi que elas tinham preferência pelo método misto, visto que ele levava em consideração os sinais de fome e saciedade da criança, bem como permitia a liberdade de oferecer alimentos com a colher e deixar a criança se autoalimentar com os alimentos em formatos de tiras ou bastões. Aquelas que foram designadas para o método BLISS referiram ter dificuldade de preparar os bolinhos de arroz e feijão, visto que a família consumia o alimento na forma tradicional (em grãos).

Por fim, as famílias que tive o prazer de acompanhar acrescentaram e ampliaram minha experiência, enriquecendo o mestrado. Sou grata por ter tido a

oportunidade de acompanhar as famílias e as etapas desse estudo, bem como os profissionais excelentes e capacitados com os quais pude trabalhar nesse período. Com isso, a execução deste trabalho propiciou, além do conhecimento na área da nutrição materno-infantil, a minha formação como pesquisador no processo de construção do conhecimento na Universidade.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Nome da Clínica: _____	NUCLINICA _____
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	GDE __ / __ / __
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1) Nome da mãe/criança: _____ Endereço: _____ _____ () casa () apartamento Telefone fixo: () _____ Outros telefones para contato: () _____	
Pediatria ou nutricionista da criança: _____	
E-mail: _____	
DADOS GERAIS DA MÃE	
A2) Qual é sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __	PNASC __ __ / __ / __
A3) Cor ou raça da mãe? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORMAED _____ CORMAEO _____
A3) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a mãe e criança? _____	PPESS _____
A4) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPESSA _____
A5) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casada ou mora com companheiro (3) Viúva (2) Solteira, sem companheiro ou separada (4) Divorciada	PCONJU _____
A6) Você já engravidou antes? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A38. (0) Não (1) Sim	PFILHOS _____
SE SIM:	
A7) Número de filhos (incluir o atual)? _____ (88) NSA	PANFIL _____
A8) Número de gestações? _____ (88) NSA	PANGES _____
A9) Até que ano da escola você estudou? Série? ____ Grau? ____	PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A10) Qual é a sua profissão? _____	PPROF _____
A11) Qual é a sua ocupação? _____	POCUP _____
A12) Qual é a profissão do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe	PAPROF _____
A13) Qual é a ocupação do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe	PAOCUP _____

A14) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)		
Renda:	Benefícios:	
Pessoa 1: R\$ _____ por mês	Pessoa 1: R\$ _____ por mês	RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____
Pessoa 2: R\$ _____ por mês	Pessoa 2: R\$ _____ por mês	
Pessoa 3: R\$ _____ por mês	Pessoa 3: R\$ _____ por mês	
Pessoa 4: R\$ _____ por mês	Pessoa 4: R\$ _____ por mês	
Pessoa 5: R\$ _____ por mês	Pessoa 5: R\$ _____ por mês	
TOTAL: _____ (77) Não sabe	TOTAL: _____ (77) Não sabe	
A15) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA		NOMECR _____
A16) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		CSEX _____
A17) Data de nascimento? ____/____/____		CRDN ____/____/____
A18) Peso ao nascer? _____ gramas		PESOCR _____ g
A19) Comprimento ao nascer? _____ cm		COMP _____ cm
A20) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps		CTPART _____
A21) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim		MAMOD1 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:		
A22) O que recebeu?		
(0) Solução glicosada via oral	(1) Soro glicosado endovenoso	MAMO _____
(2) Fórmula 1º Semestre	(3) Outro, qual? _____	MAMOQ _____
(7) Não sabe	(8) NSA	
A22) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe		PESOAG _____ kg
A23) Qual era o peso antes do parto? _____ kg (7777) Não sabe		PESOAP _____ kg
A24) Qual era a altura antes? _____ cm (7777) Não sabe		ASLTAP _____ cm

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE NASCIMENTO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE NASCIMENTO E ALIMENTAÇÃO		
DADOS GERAIS DA CRIANÇA		
A15) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA		NOMECR _____
A16) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		CSEX _____
A17) Data de nascimento? ____/____/____		CRDN ____/____/____
A18) Peso ao nascer? _____ gramas		PESOCR _____ g
A19) Comprimento ao nascer? _____ cm		COMPCCR _____ cm
A20) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps		CTPART _____
A21) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim		MAMOD1 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:		
A22) O que recebeu?		
(0) Solução glicosada via oral	(1) Soro glicosado endovenoso	MAMO _____
(2) Fórmula 1º Semestre	(3) Outro, qual? _____	MAMOQ _____
(7) Não sabe	(8) NSA	
A22) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe		PESOAG _____ kg
A23) Qual era o peso antes do parto? _____ kg (7777) Não sabe		PESOAP _____ kg
A24) Qual era a altura antes? _____ cm (7777) Não sabe		ASLTAP _____ cm

HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA		
A28) Alimentação na alta hospitalar:		
(1) Aleitamento materno exclusivo		ALIAL _____
(2) Aleitamento materno + fórmula infantil		ALIALQ _____
(3) Somente fórmula infantil		
(4) Outro, Qual? _____		
A29) O seu bebê mama no peito? SE SIM PULE PARA QUESTÃO A32.		
(0) Não (1) Sim		MAMAP _____
SE NÃO:		
A30) Por quê? _____ (88) NSA		PQNMAMA _____
A31) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA		QPAMA _____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 7 MESES

SEGUIMENTO	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
D1) Idade do bebê em dias? _____	IDADCR _
D2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D5.</i> (0) Não (1) Sim	CRECHE _
<i>SE SIM:</i>	
D3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	CRECHET __
D4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	CRECHEI __
D5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	QMCUID __ QMCUIDQ __
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
D8) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO D37.</i> Não (1) Sim	MAMAP ____
<i>SE NÃO:</i>	
D9) Por quê? _____ (88) NSA	MAMAPN __
D10) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	QPAMA ____
D11) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	HCMAMA __
D12) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	MAMAQD __ v/d
D13) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	MAMAQN __ v/d
D14) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)? (0) Não (1) Sim	MAMAD ____
D15) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? (0) Não (1) Sim	OALIM ____
<i>SE SIM</i>	

<p>D16) Seu bebê tem horários certos para se alimentar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>HORAC ____</p>
<p>D17) O que você faz se a criança recusa algumas refeições?</p> <p>(1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição</p> <p>(3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira</p> <p>(5) substitui por outro alimento/especificar _____ (88) NSA</p>	<p>RECUSA ____</p> <p>RECSUB ____</p>
<p>D18) Como você oferece os alimentos para o bebê?</p> <p>1. Liquidificados (0) Não (1) Sim</p> <p>2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim</p> <p>3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA</p> <p>4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim</p> <p>5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim</p> <p>6. Consistência da família (0) Não (1) Sim</p>	<p>ALPREP1 ____</p> <p>ALPREP2 ____</p> <p>ALPREP3 ____</p> <p>ALPREP4 ____</p> <p>ALPREP5 ____</p> <p>ALPREP6 ____</p>
<p>D19) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?</p> <p>(1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família</p> <p>(2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA</p>	<p>SAL ____</p>
<p>D20) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</p> <p>(1) mãe (4) funcionária da creche</p> <p>(2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____</p> <p>(3) avós (7) Não sabe (88) NSA</p>	<p>ALIBB ____</p> <p>ALIBBE ____</p>
<p>D21) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?</p> <p>(0) Não (1) Sim (88) NSA</p> <p>(1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família</p> <p>(2) menor que a da sua família (8) NSASAL1:</p>	<p>COMES ____</p>
<p>D22) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?</p> <p>(0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>INTERAG ____</p>
<p>D23) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?</p> <p>(0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>ESTIM ____</p>
<p>D26) A comida do bebê é preparada separadamente?</p> <p>(1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA</p>	<p>COMSE ____</p>

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 9 MESES

DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
Nome da mãe:	
Nome da criança:	GRUPO ____
D1) Idade do bebê em dias? _____	IDADCR ____
D2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D5.</i> (0) Não (1) Sim	CRECHE ____
SE SIM:	
D3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (88) NSA	CRECHET ____
D4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	CRECHEI ____
D5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	QMCLUD ____
D6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	CDOEN ____
SE SIM:	
D7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ _____ (88) NSA	CDOENQ ____
D8) Durante este período, mudou algo na alimentação? (0) Não (1) Sim	MUDALI ____
SE SIM:	
D9) O que mudou? _____ _____ (88) NSA	OQMUD ____
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
D27) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO D30.</i> (0) Não (1) Sim	MAMAP ____
SE NÃO	
D28) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	QPAMA ____
D29) Atualmente faz uso de qual tipo de leite (opção múltipla de resposta)? (1) leite materno (2) fórmula (3) leite de vaca (4) outro _____ (88) NSA	QUALEITE ____
D30) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	HORACMAMA ____
D57) Com quantos meses (ou dias) seu bebê começou a comer? _____ meses.	INICOMER ____

<p>D58) Quando a criança começou a comer, qual era a consistência dos alimentos? Liquidificados (0) Não (1) Sim Passados na peneira (0) Não (1) Sim Raspados (0) Não (1) Sim Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim Cortados em formato de tira ou bastão (0) Não (1) Sim Na consistência da família (0) Não (1) Sim Outro: _____</p>	<p>CONSNIC____</p>
<p>D59) Qual a consistência da comida do seu filho (a) hoje? Liquidificados (0) Não (1) Sim Passados na peneira (0) Não (1) Sim Raspados (0) Não (1) Sim Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim Cortados em formato de tira ou bastão (0) Não (1) Sim Na consistência da família (0) Não (1) Sim Outro: _____</p>	<p>CONSHOJE____</p>
<p>D60) Durante as refeições seu filho (a): Leva os alimentos a boca sozinho (a) (0) Não (1) Sim Recebe alimentos de colheradas (0) Não (1) Sim</p>	<p>DREFEI____</p>
<p>D61) No almoço da criança sempre contém: Cereais ou tubérculos (arroz, aipim, massa ou batatas) (0) Não (1) Sim Leguminosas (feijão, lentilha) (0) Não (1) Sim Carnes ou ovo (0) Não (1) Sim Legumes e verduras (0) Não (1) Sim</p>	<p>ALMOÇO____</p>
<p>D62) No jantar da criança sempre contém: Cereais ou tubérculos (arroz, aipim, massa ou batatas) (0) Não (1) Sim Leguminosas (feijão, lentilha) (0) Não (1) Sim Carnes ou ovo (0) Não (1) Sim Legumes e verduras (0) Não (1) Sim</p>	<p>JANTAR____</p>
<p>D63) A criança come frutas: (1) Todos os dias (2) Nem todos os dias (3) Nunca</p>	<p>FRUTAS____</p>
<p>D64) Segue o método de introdução alimentar proposto? (preenchimento pelas pós graduandas) (0) Não (1) Sim</p>	<p>SEGMETOD____</p>
<p>D65) Está seguindo qual método? (0) Tradicional (1) BLISS (2) Misto</p>	<p>QLMETOD____</p>
<p>D66) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes? (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (6) Não sabe (88) NSA</p>	<p>ALIBB____</p>
<p>D67) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio? (0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>COMES____</p>
<p>D68) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança na hora da refeição? (0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>INTERAG__</p>
<p>D69) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer? (0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>ESTIM____</p>
<p>D70) Seu filho durante alguma das refeições assiste celular, tablet ou televisão? (0) Não (1) Sim (88) NSA</p>	<p>TELAS____</p>

D71) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)? (0)Não (1)Sim (88) NSA	FORCM ____
D72) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)? (0)Não (1)Sim (88) NSA	RECOMP ____
D73) A comida do bebê é preparada separadamente? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	COMSE ____
D79) Você recebeu orientação de outro profissional sobre alimentação complementar? (0) Não (1) Sim	ORIENT ____
D80) Se sim, de qual? _____ (88) NSA	QLORIENT ____
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	
D81) Você recebe apoio da família na hora de alimentar seu filho (a)? Alguém lhe ajuda nas tarefas, cozinha, prepara o alimento? (0)Não (1)Sim (88) NSA	SUPFAM ____
D82) Você mora com o pai do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORPAI ____
D83) Você mora com a avó materna do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORVOMA ____
D84) Você mora com a avó paterna do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORVOPA ____
D85) Você trabalha fora? Se não pule para D87 (0)Não (1)Sim (88) NSA	TRAB ____
D86) SE SIM, por quantas horas diárias ? (0)Não (1)Sim (88) NSA	HRSTRAB ____

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO: 12 MESES

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
Nome da mãe:	
Nome da criança:	GRUPO ____
D1) Idade do bebê em dias? _____	IDADCR ____
D2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D5.</i> (0) Não (1) Sim	CRECHE ____
SE SIM:	
D3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	CRECHET ____
D4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	CRECHEI ____
D5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	QMCUID ____ QMCUIDQ ____
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
D27) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO D30.</i> (0) Não (1) Sim	MAMAP ____
SE NÃO	
D28) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	QPAMA ____
D29) Atualmente faz uso de qual tipo de leite (opção múltipla de resposta)? (1) leite materno (2) fórmula (3) leite de vaca (4) outro _____ (88) NSA	QUALEITE ____
D30) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	HORACMAMA ____
D31) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula/leite de vaca/outro, quantas vezes ao dia está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca ____ vezes outro	MAMAQD__ v/d
D32) Seu filho bebe água? (0) Não (1) Sim	AGUA ____
SE SIM	
D33) Desde quando? _____ dias (88) NSA	DTAGUA ____

<p>D34) Quantas vezes por dia?</p> <p>____vezes (88) NSA</p>	<p>QTAGUA__</p>	
<p>D35) Seu filho bebe chá?</p> <p>(0) Não (1)</p>	<p>CHA__</p>	
<p>D57) Com quantos meses (ou dias) seu bebê começou a comer? _____ meses.</p>		
<p>D58) Quando a criança começou a comer, qual era a consistência dos alimentos?</p> <p>Liquidificados (0) Não (1) Sim</p> <p>Passados na peneira (0) Não (1) Sim</p> <p>Raspados (0) Não (1) Sim</p> <p>Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim</p> <p>Cortados em formato de tira ou bastão (0) Não (1) Sim</p> <p>Na consistência da família (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro: _____</p>		
<p>D59) Qual a consistência da comida do seu filho (a) hoje?</p> <p>Liquidificados (0) Não (1) Sim</p> <p>Passados na peneira (0) Não (1) Sim</p> <p>Raspados (0) Não (1) Sim</p> <p>Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim</p> <p>Cortados em formato de tira ou bastão (0) Não (1) Sim</p> <p>Na consistência da família (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro: _____</p>		
<p>D60) Durante as refeições seu filho (a):</p> <p>Leva os alimentos a boca sozinho (a) (0) Não (1) Sim</p> <p>Recebe alimentos de colheradas (0) Não (1) Sim</p>		
<p>D61) No almoço da criança sempre contém:</p> <p>Cereais ou tubérculos (arroz, aipim, massa ou batatas) (0) Não (1) Sim</p> <p>Leguminosas (feijão, lentilha) (0) Não (1) Sim</p> <p>Carnes ou ovo (0) Não (1) Sim</p> <p>Legumes e verduras (0) Não (1) Sim</p>		
<p>D62) No jantar da criança sempre contém:</p> <p>Cereais ou tubérculos (arroz, aipim, massa ou batatas) (0) Não (1) Sim</p> <p>Leguminosas (feijão, lentilha) (0) Não (1) Sim</p> <p>Carnes ou ovo (0) Não (1) Sim</p> <p>Legumes e verduras (0) Não (1) Sim</p>		
<p>D63) A criança come frutas:</p> <p>(1) Todos os dias (2) Nem todos os dias (3) Nunca</p>		
<p>D64) Segue o método de introdução alimentar proposto? (preenchimento pelas pós graduandas)</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>		
<p>D65) Está seguindo qual método?</p> <p>(0) Tradicional (1) BLISS (2) Misto</p>		
<p>D66) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</p> <p>(1) mãe (4) funcionária da creche</p> <p>(2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____</p> <p>(3) avós (6) Não sabe (88) NSA</p>		<p>ALIBB ____</p> <p>ALIBBE ____</p>

D67) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio? (0)Não (1)Sim (88) NSA	COMES ____
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	
D81) Você recebe apoio da família na hora de alimentar seu filho (a)? Alguém lhe ajuda nas tarefas, cozinha, prepara o alimento? (0)Não (1)Sim (88) NSA	SUPFAM ____
D82) Você mora com o pai do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORPAI ____
D83) Você mora com a avó materna do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORVOMA ____
D84) Você mora com a avó paterna do seu filho? (0)Não (1)Sim (88) NSA	MORVOPA ____
D85) Você trabalha fora? Se não pule para D84 (0)Não (1)Sim (88) NSA	TRAB ____
D86) SE SIM, por quantas horas diárias ? (0)Não (1)Sim (88) NSA	HRSTRAB ____