

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

JORDANA FÜHR

**OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRÊS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO
ALIMENTAR: UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO**

Porto Alegre

2021

JORDANA FÜHR

**OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRÊS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO
ALIMENTAR: UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi
Coorientador: Prof. Dr. Leandro Meirelles Nunes

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Führ, Jordana
OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRÊS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR: UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO / Jordana Führ. -- 2021.
85 f.
Orientador: Juliana Rombaldi Bernardi.

Coorientador: 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, 2021.

1. lactente. 2. nutrição. 3. obesidade. I. Rombaldi Bernardi, Juliana, orient. II. Meirelles Nunes, Leandro, coorient. III. Título.

JORDANA FÜHR

**OFERTA DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA
EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRÊS MÉTODOS DE INTRODUÇÃO
ALIMENTAR: UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO**

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

Orientadora: Prof^a Juliana Rombaldi Bernardi
Coorientador: Prof. Leandro Meirelles Nunes

Porto Alegre 29 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Elsa Regina Justo Giugliani
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Gisele Ane Bortolini
Ministério da Saúde (Brasília - DF)

Professora. Ana Luiza Sander Scarparo
Instituto de Pesquisas Ensino e Gestão em Saúde

Em memória da minha eterna melhor amiga e
incentivadora, Sabrina Faiffer, que partiu no
andamento dessa dissertação, deixando inspiração
de superação e muita saudade.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Rudiero, que me acompanhou e conduziu pacientemente essa jornada.

À minha amada filha e fonte de inspiração, Letícia, que nasceu e cresceu junto com essa dissertação, instigando-me a ser uma profissional mais humana e um ser humano melhor.

A todos as minhas familiares, pela rede de apoio e cuidado quando eu e minha filha mais precisamos.

Aos meus pais, pelos valores.

Aos meus orientadores, por acreditarem em mim e não me deixarem desistir.

A cada família que abriu uma porta para que eu entrasse e tornasse essa pesquisa possível.

Às minhas colegas Christy Belin, Paula Ruffoni e Renata Neves pela parceria.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela acolhida, e ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo ensino de excelência.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da bolsa de estudos.

RESUMO

Objetivo: Verificar a influência dos métodos de alimentação complementar com a exposição a alimentos ultraprocessados (AUP) no primeiro ano de vida. **Métodos:** Este ensaio clínico randomizado envolveu pares de mãe-lactentes, alocados em três grupos de introdução alimentar: método tradicional; Introdução estrita aos sólidos guiada pelo bebê (BLISS) ou método misto. A intervenção consistiu em uma sessão de aconselhamento sobre alimentação saudável aos 5,5 meses de idade da criança. Um questionário estruturado foi elaborado com base na classificação NOVA para definição de AUP e aplicado aos nove e doze meses por telefone. O efeito do método de alimentação complementar foi medido comparando as medianas e uma curva de sobrevivência da oferta de AUP pela primeira vez no primeiro ano de vida entre os grupos. A regressão de Cox foi usada para estimar sua magnitude. **Resultados:** Um total de 139 pares foram elegíveis. A prevalência de lactentes expostos à AUP foi de 59,3% (n = 76/128). Em comparação com o PLW, o BLISS / método misto consumiu menos AUP (53,4% versus 71,4%). Ao comparar as medianas do tempo de início da introdução entre os grupos, observou-se que os grupos de abordagem guiada pelo bebê postergaram o uso desses alimentos em 15 dias em relação ao grupo tradicional (270 versus 285 dias). A intervenção para BLISS / método misto reduziu a ingestão de AUP no primeiro ano de vida (razão de risco 0,63; intervalo de confiança de 95% 0,40 - 0,99). **Conclusão:** O consumo de AUP foi alto independentemente do método. Nossos resultados indicam que os métodos de abordagem conduzida por bebês atrasaram a oferta de AUP em nossa amostra.

Palavras-chave: Feto. Recém-nascido. Lactente. Nutrição. Obesidade.

ABSTRACT

Objective: To verify the influence of complementary feeding methods with the exposure to ultra-processed foods (UPF) in the first year of life. **Methods:** This randomized clinical trial involved pairs of mother-infants, allocated in three groups of food introduction: strict Parent-Led Weaning (PLW); strict Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) or mixed-method. The intervention consisted on a counseling session on healthy eating at the child's 5.5 months of age. A structured questionnaire was created based on the NOVA classification for definition of UPF and applied at nine and twelve months by telephone. The effect of the complementary feeding method was measured by comparing the medians and a survival curve for UPF offer for the first time in the first year of life between groups. Cox regression was used to estimate its magnitude. **Results:** A total of 139 pairs were eligible. The prevalence of infants who were exposed to UPF was 59.3% (n = 76/128). Compared to the PLW, BLISS/mixed method consumed less UPF (53.4% versus 71.4%). By comparing the medians of the time of UPF initiation between groups, it was observed that baby-led approach groups postponed the use of these foods in 15 days in relation to the PLW group (270 versus 285 days). The intervention for BLISS/mixed-method reduced the intake of UPF in the first year of life (hazard ratio 0.63; 95% confidence interval 0.40 – 0.99). **Conclusion:** The UPF consumption was high regardless the method, our findings indicate that baby-led approach methods delayed the UPF offer in our sample.

Keywords: Fetus. Newborn. Infant. Nutrition. Obesity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças amamentadas.....	21
Quadro 2 – Esquema alimentar para crianças em uso de fórmula infantil	21
Quadro 3 – Esquema alimentar para crianças em uso de leite de vaca	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos alimentos de acordo com o nível de processamento, Brasil, 2019.	17
---	----

LISTA DE ABREVIações

AC	Alimentação Complementar
ANOVA	Análise de Variância
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AM	Aleitamento Materno
AUPs	Alimentos Ultraprocessados
CPC	Centro de Pesquisa Clínica
BLISS	Baby-Led Introduction to Solids
BLW	Baby-Led Weaning
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IA	Introdução Alimentar
IMC	Índice de Massa Corporal
LM	Leite Materno
LDL	Low Density Lipoprotein
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RA24hs	Recordatório Alimentar de 24 horas
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL	16
2.1.1 Guia alimentar brasileiro para menores de dois anos	16
2.2 ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS	17
2.2.1 Consumo de Ultraprocessados em Lactentes	18
2.3 MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR	19
2.3.1 Método de Introdução Alimentar Tradicional	19
2.3.2 Métodos de Introdução Alimentar Guiados pela Criança	23
3 JUSTIFICATIVA	26
4 OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GERAL	27
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	27
5 METODOLOGIA	28
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	28
5.2 AMOSTRA	28
5.3 CÁLCULO AMOSTRAL	28
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	28
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	29
5.6 LOGÍSTICA.....	29
5.7 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO	33
5.7.1 Desfecho	33
5.7.2 Exposição	33
5.7.3 Outras variáveis	33
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	34
5.8.1 Processamento dos dados	34
5.8.2 Análises estatísticas	34
5.9 ASPETOS ÉTICOS.....	35
REFERÊNCIAS	36
6 ORIGINAL ARTICLE	Erro! Indicador não definido.
7 CONCLUSÕES	41
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	43
APÊNDICE B – FORMULÁRIO INICIAL	45
APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO	49
APÊNDICE D – FORMULÁRIO FINAL	54
APÊNDICE E – FOLDER DO MÉTODO TRADICIONAL	56
APÊNDICE F – FOLDER DO MÉTODO BLISS	58
APÊNDICE G – FOLDER DO MÉTODO MISTO	60
ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP/HCPA.....	62

1 INTRODUÇÃO

O conceito de alimentação saudável compreende uma dieta variada que leva em consideração características individuais, tais como idade, sexo, estilo de vida, nível de atividade física, contexto cultural, disponibilidade de alimentos e os costumes culturais, tendo como constituintes básicos: frutas, vegetais, legumes, grãos integrais, gorduras insaturadas e um baixo consumo de sacarose e sódio (WHO, 2018).

Nos primeiros anos, a alimentação saudável inicia com a promoção da amamentação na primeira hora de vida na sala de parto, a manutenção do aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida e, a partir dessa idade, a introdução de outros alimentos, mantendo a prática do aleitamento materno (AM) por dois anos ou mais (WHO, 2018).

O período de introdução alimentar (IA) de uma criança é denominado alimentação complementar (AC) e tipicamente se inicia aos seis meses, exceto nas crianças alimentadas com leite de vaca. Essas podem ter os alimentos introduzidos aos quatro meses a fim de prevenir deficiências nutricionais (BRASIL, 2019). A determinação de introduzir alimentos a crianças em AM, ou fórmula infantil, aos seis meses, foi estabelecida em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2002), por representar o marco do desenvolvimento do sistema digestivo e da coordenação da cavidade oral das crianças (WHO, 2009).

Recomenda-se que a forma de introduzir os alimentos seja com a participação do cuidador, oferecendo colheradas de alimentos em consistência inicialmente amassada com o garfo, de forma responsiva, onde alimentos macios também possam ser oferecidos à criança para manusear, caso sejam pedaços grandes, e que as refeições tenham sua consistência progredida gradativamente até que, aos doze meses de vida, atinjam a consistência alimentar utilizada pela família (BRASIL, 2019).

Abordagens em que a criança se autoalimenta vêm sendo estudadas, como a técnica proposta por estudiosos neozelandeses denominada Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS), em que a criança é encorajada a levar seus alimentos à própria boca a partir dos seis meses de idade com alimentos cortados em formato de tira ou bastão (DANIELS *et al.*, 2015). Esse método é uma versão modificada de uma técnica proposta há mais de quinze anos (RAPLEY, 2005), intitulada Baby-Led Weaning (BLW), que também consiste na criança levar os alimentos à boca sozinha, com a

diferença de que, na técnica BLISS, recomendações mais claras foram adicionadas para evitar potenciais suspeitas sobre desvantagens do método quanto à deficiência de crescimento pela ingestão insuficiente de energia e ferro, bem como o risco de engasgos (DANIELS *et al.*, 2015).

Ao comparar a ingestão de nutrientes entre estilos alimentares guiados pela criança ou pelo cuidador em um ensaio clínico randomizado (ECR), pesquisadores constataram que ambas as abordagens de IA são capazes de atender as necessidades nutricionais de lactentes na amostra do estudo, com diferença significativa no menor consumo de gordura saturada aos doze meses de vida no grupo BLISS. Esse estudo alerta para o elevado consumo infantil de sódio e sacarose de adição em ambos os métodos, mesmo que os pais tenham recebido orientações nutricionais pró-alimentação saudável. Aos sete meses de vida, 57% das crianças da amostra já consumiam pelo menos um produto alimentício adoçado durante os três dias de recordatório alimentar de 24 horas (RA24hs) e 9% dos lactentes ultrapassavam as necessidades diárias de sódio no primeiro ano de vida (ERICKSON *et al.*, 2018).

Os alimentos ultraprocessados (AUPs) constituem-se normalmente em uma fonte abundante de sódio, sacarose e gordura e seu consumo ainda no período de AC vêm sendo evidenciado em artigos nacionais (GIESTA *et al.*, 2019; RELVAS *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2020; MARÇAL *et al.*, 2020) e internacionais (PRIES *et al.*, 2017; BOURNEZ *et al.*, 2019; MIRANDA *et al.*, 2020). Dados do Ministério da Saúde (MS) com 38,566 lactentes demonstraram que 56% deles já havia consumido algum tipo de AUPs no dia anterior a consulta de puericultura em Unidades Básicas de Saúde em municípios de todo o Brasil (BRASIL, 2016). O MS alerta que o seu consumo implica em uma magnitude evidenciada de complicações na saúde do indivíduo ao longo da vida (BRASIL, 2019).

Esse impacto pode ser observado em estudos realizados em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, em que concentrações de sódio superiores a 1200mg/dia provenientes majoritariamente de AUPs, estiveram relacionadas com o aumento do risco de hipertensão arterial sistêmica em crianças entre três e quatro anos de vida (VITOLLO *et al.*, 2013). Além disso, o aumento em 10% de consumo de AUPs foi capaz de aumentar em até 3mg/dL os níveis séricos de colesterol total e LDL (Low Density

Lipoprotein) aos sete e oito anos de idade, independente do estado nutricional ou do consumo calórico do indivíduo (RAUBER *et al.*, 2014).

Em recente estudo de revisão, autores concluíram que permanece inconclusivo se o método de IA ou o tipo de alimento oferecido, como o consumo de AUPs, afetaria a autorregulação energética da criança, sendo capaz de moldar o comportamento alimentar e assim impactar na saúde infantil (PANG; MCCRICKERD, 2021).

Diante dessa lacuna na literatura científica, esse estudo objetivou verificar a existência de associação e a prevalência do consumo de AUPs no primeiro ano de vida em crianças submetidas a três métodos de introdução alimentar, em um programa de intervenção voltado à alimentação complementar saudável.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

A transição entre a prática do AME até a alimentação da família é denominada AC e tipicamente compreende o período entre seis e vinte quatro meses de vida, mesmo que o AM continue após esse período (WHO, 2019). O processo integra a modificação de hábitos alimentares baseados em leite materno (LM) ou fórmula infantil, para uma dieta variada com uma quantidade crescente de alimentos inicialmente semissólidos, que evoluem gradativamente até a mesma consistência da alimentação familiar (BRASIL, 2019).

Por ocupar grande parte dos primeiros mil primeiros dias de vida, que representam a fase da concepção até o segundo ano de vida, (WOO-BAIDAL *et al.*, 2016) a AC está fortemente associada a fatores determinantes da saúde a longo prazo, pois práticas alimentares inapropriadas nessa fase podem afetar o crescimento, prejudicando o desenvolvimento adequado da criança (MICHAELSEN *et al.*, 2017).

Nesse sentido, espera-se que AC seja oferecida em quantidade, frequência, consistência e variedade adequadas, para atingir as necessidades nutricionais da criança, de modo a complementar a prática do AM (WHO, 2005).

2.1.1 Guia alimentar brasileiro para menores de dois anos

Guias alimentares são diretrizes oficiais que objetivam promover a alimentação saudável através da criação de políticas públicas que fomentem, apoiem e protejam a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população (ALMEIDA *et al.*, 2019). O MS publicou, em 2014, a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, voltada à população adulta, no qual alimentos foram divididos em quatro categorias, de acordo com o nível de processamento empregado na sua produção: alimentos *in natura* ou minimamente processados; ingredientes culinários processados; alimentos processados e AUPs (BRASIL, 2019).

A partir dele, em 2019, foi lançado o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019). Seu complexo processo de desenvolvimento

levou três anos e contou com a participação de pesquisadores e profissionais de saúde e educação, bem como de representantes governamentais de diversos setores, conselhos de classe e da sociedade civil, mães, cuidadores e familiares de crianças. Com isso, um diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população foi elaborado, propondo a abordagem do novo Guia que foi escrito baseado na literatura científica e sem conflitos de interesse (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Depois de formulado, o material foi submetido a etapas de validação externa com oficinas presenciais e consulta pública *on-line* para que toda a população contribuísse com o texto final. Duas avaliações públicas adicionais foram realizadas para seleção de receitas saudáveis das diferentes regiões do país. A mensagem principal adotada no guia foi: prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a AUPs (ALMEIDA *et al.*, 2019). No Guia foi recomendado ainda que os AUPs não sejam ofertados antes de dois anos de idade (BRASIL, 2019).

2.2 ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

O Brasil foi pioneiro em oficialmente adotar o nível de processamento dos alimentos para criar recomendações de alimentação saudável – disponível no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019).

Um grupo de pesquisadores brasileiros estudou sobre tendências nacionais de aquisição de alimentos e suas implicações na saúde ao longo de vinte e cinco anos, encontrando dentre vários achados, consumo de sacarose excedendo os valores recomendados e ingestão de legumes, verduras e frutas aquém do limite mínimo recomendado, (MONTEIRO *et al.*, 2000). Esses achados embasaram o desenvolvimento da classificação de alimentos quanto ao seu nível de processamento, denominada NOVA (MONTEIRO *et al.*, 2016). Essa classificação dos alimentos é apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação dos alimentos de acordo com o nível de processamento, Brasil, 2019.

Grau de processamento e definição:	Exemplos:
------------------------------------	-----------

<p>Alimentos in natura ou minimamente processados: Obtidos diretamente de plantas ou de animais. Não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza, podendo ser submetidos apenas a processos como limpeza, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias.</p>	<p>Hortaliças, frutas, raízes e tubérculos, cereais, leguminosas, carnes, ovos, leite e água.</p>
<p>Ingredientes culinários processados: Extraídos de alimentos in natura e geralmente não consumidos isoladamente, usados para temperar e cozinhar alimentos.</p>	<p>Óleos vegetais, manteiga, banha de porco, açúcar e sal.</p>
<p>Alimentos processados: Alimentos in natura manipulados industrialmente com adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário que aumenta a durabilidade e torna esses alimentos mais agradáveis ao paladar.</p>	<p>Vegetais em salmoura ou solução de sal e vinagre. Extrato ou concentrados de tomate com adição de sal ou açúcar. Frutas em calda e cristalizadas. Carne seca e toucinho, sardinha e atum enlatados. Queijos. Pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.</p>
<p>Alimentos ultraprocessados: Formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente com substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos, ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão. Envolvem, geralmente, técnicas de manufatura e aditivos de uso exclusivamente industrial.</p>	<p>Biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral. Cereais açucarados. Misturas para bolo. Barras de cereal. Macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos. Refrescos e refrigerantes, iogurtes, bebidas lácteas e bebidas energéticas. Produtos congelados como pizzas, hambúrgueres, <i>nuggets</i> e embutidos. Pães e produtos panificados com gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.</p>

Fonte: Monteiro *et al.* (2016).

2.2.1 Consumo de Ultraprocessados em Lactentes

Embora o consumo de AUPs na infância impacte negativamente na saúde do indivíduo, alguns estudos transversais encontraram alarmantes prevalências de ingestão em lactentes brasileiros nos últimos anos. Em Porto Alegre, pesquisadores recrutaram lactentes internados em um hospital terciário (n=300) e encontraram prevalência de 79% da sua amostra de menores de dois anos consumindo AUPs,

sendo que 56,5% deles havia recebido algum desses alimentos antes dos seis meses de vida (GUESTA *et al.*, 2019). Um artigo alagoano (n=1604) detectou 90,6% de consumo em menores de dois anos, em filhos de beneficiários do programa Bolsa Família. Nessa amostra, os alimentos mais consumidos foram biscoitos (74,8%), seguido de achocolatado (66,8%) e encontrou-se uma associação entre o consumo de AUPs e menor prática de amamentação no primeiro e segundo ano de vida (MARÇAL *et al.*, 2020). Um estudo mineiro constatou a prevalência de 74,3% de consumo de AUPs em crianças menores de vinte e quatro meses, sendo o cereal matinal o produto mais consumido (73% entre o sexto e o décimo segundo mês de vida e 93% entre o primeiro e o segundo ano de vida). Além disso, os autores relacionaram um consumo mais elevado de AUPs com uma duração menor do AM (LOPES *et al.*, 2020). Pesquisadores paulistas entrevistaram mães de crianças menores de um ano de idade (n=198) e dessas, 43,1% já referiram oferecer AUPs a seus filhos (RELVAS *et al.*, 2018).

Os fatores que determinam o consumo desses produtos alimentícios durante a IA foram relatados em dois estudos nacionais que investigaram fatores determinantes para o consumo de AUPs em menores de dois anos: o de Relvas e colaboradores (n=198), que o relacionaram com menor escolaridade materna e a consulta na unidade de atenção primária na primeira semana de vida (RELVAS *et al.*, 2018). E o estudo de Lopes e colaboradores, em uma amostra de mais de quinhentas crianças que encontrou associação de maior consumo de AUP com coabitação com mais de três pessoas, o principal cuidador não ser a mãe, a criança ter mais de seis meses e não receber LM (LOPES *et al.*, 2020).

Em Porto Alegre pesquisadores encontraram associação de maior oferta de AUPs relacionada a condições como: baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, idade materna avançada e multiparidade (GUESTA *et al.*, 2019).

2.3 MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR

2.3.1 Método de Introdução Alimentar Tradicional

As recomendações brasileiras mais recentes orientam que, além da IA tradicional com a alimentação inicialmente amassada com o garfo e oferecida na

colher pelo cuidador, que também possam ser oferecidos alimentos macios, em pedaços grandes, para a criança levar a sua própria boca de forma responsiva (BRASIL, 2019). O posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é de que habilidades sensório-motoras sejam desenvolvidas ao permitir que o lactente manuseie alimentos em pedaços (SBP, 2018).

Orienta-se no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2019) que a introdução da AC seja lenta e gradual, seguindo os “Doze passos para alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” que se constituem em:

- 1) Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o LM até 6 meses.
- 2) Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do LM, a partir dos 6 meses.
- 3) Oferecer água própria para o consumo à criança ao invés de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
- 4) Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do LM.
- 5) Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até dois 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, aprendizado e 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.

O esquema alimentar para crianças entre seis e vinte e quatro meses amamentadas sugerido pelo novo guia é sintetizado no quadro 1:

Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças amamentadas.

Ao completar 6 meses:	Entre 7 e 11 meses:	Entre 12 e 24 meses:
Leite materno à livre demanda	Leite materno à livre demanda	Leite materno à livre demanda
Café da manhã: leite materno.	Café da manhã: leite materno.	Café da manhã: leite materno + fruta ou cereal ou tubérculo.
Lanche da manhã: fruta + leite materno.	Lanche da manhã: fruta + 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.

Fonte: Brasil (2019).

Para crianças em uso de fórmula infantil, as orientações são sintetizadas no quadro 2:

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

Ao completar seis meses:	Entre 7 e 11 meses:	Entre 9 e 11 meses:	Entre 1 e 2 anos de idade
Café da manhã: fórmula infantil.	Café da manhã: fórmula infantil.	Café da manhã: leite de vaca integral.	Café da manhã: leite de vaca integral e fruta ou cereal ou raízes e tubérculos.
Lanche da manhã: fruta.	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.	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. Entre o lanche e a ceia: fórmula infantil.	Lanche da tarde: fruta e fórmula infantil.	Lanche da tarde: leite de vaca integral + fruta.	Lanche da tarde: leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos.
Ceia: fórmula infantil.	Ceia: fórmula infantil.	Ceia: leite de vaca integral.	Ceia: leite de vaca integral.

Fonte: Brasil (2019).

Na impossibilidade do AM ou uso de fórmula infantil, as recomendações alimentares para crianças em uso de leite de vaca são apresentadas no quadro 3:

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

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Entre 5 e 11 meses:	Entre 1 e 2 anos:
Leite de vaca modificado.	Café da manhã: Leite de vaca integral.	Café da manhã: Leite de vaca integral.	Café da manhã: Leite de vaca integral +fruta ou cereal ou 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: 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: 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 + fruta.	Lanche da tarde: leite de vaca integral + fruta.	Lanche da tarde: leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos.
	Jantar: leite de vaca integral.	Jantar: igual almoço.	Jantar: igual almoço.
	Ceia: leite de vaca integral.	Ceia: leite de vaca integral.	Ceia: leite de vaca integral.

Fonte: Brasil (2019).

2.3.2 Métodos de Introdução Alimentar Guiados pela Criança

Contrapondo o modelo tradicional, a técnica BLW, ou desmame guiado pelo bebê, é caracterizada pela oferta de alimentos exclusivamente em pedaços em formato de tira ou bastão para que a criança os leve à própria boca com suas mãos e

assim controle o ritmo, a quantidade e quais alimentos vai desejar consumir (CAMERON *et al.*, 2012). Essa técnica foi inicialmente sugerida pela enfermeira britânica *Gill Rapley* que, durante seu trabalho como agente de saúde, observou que crianças pareciam mais interessadas na AC quando expostas a alimentos semelhantes aos consumidos pela família. Essa abordagem foi formalmente compilada em 2008 no seu livro intitulado *Baby-led Weaning: Helping Your Baby To Love Good Food* (“*Baby-led Weaning*: ajudando seu bebê a amar boa comida”), traduzido em mais de 20 idiomas (RAPLEY; MURKETT, 2017).

As potenciais vantagens dessa técnica vêm sendo investigadas e alguns achados de estudos observacionais indicam maior tranquilidade durante as refeições (TAYLOR *et al.*, 2017), maior comensalidade (CAMERON *et al.*, 2013), melhor resposta à saciedade (BROWN; LEE, 2015), menor seletividade alimentar (FU *et al.*, 2018) e maior vínculo afetivo entre pais e filhos que seguem o BLW (SCARPATTO; FORTE, 2018).

Possíveis desvantagens do método seriam o maior risco de engasgo e deficiências de ferro e energia, embora essas hipóteses ainda não tenham sido testadas em estudos com delineamentos experimentais. Os ECRs que se propuseram a essa investigação até o momento usaram a abordagem adaptada do BLW, intitulada: BLISS (FANGUPO *et al.*, 2016; TAYLOR *et al.*, 2017; DANIELS *et al.*, 2018; DOGAN *et al.*, 2018; ERICKSON *et al.*, 2018). As orientações do BLISS que complementam o BLW incluem: oferecer um alimento energético e fonte de ferro em todas as refeições; cortar todos os alimentos do tamanho do punho da criança, em formato de tira e em consistência macia; nunca deixar a criança sozinha ao se alimentar; colocar a criança em posição ereta e firme na cadeira de alimentação e não oferecer alimentos em formatos de moeda, farelentos, formadores de bolos na cavidade oral ou ainda muito duros como castanhas e pipoca (DANIELS *et al.*, 2015).

Pesquisas com métodos de IA guiados pela criança iniciaram nos anos 2000 (VIERA *et al.*, 2020) e foram produzidos em países com perfis sociodemográficos diferentes dos da população brasileira (ARANTES *et al.*, 2018; SCARPATTO; FORTE, 2018). Não obstante, existem até o momento dois ECRs que se propuseram a comparar o BLISS com o método tradicional: um desenvolvido na Nova Zelândia (DANIELS *et al.*, 2015) e um na Turquia (DOGAN *et al.*, 2018). O grupo de estudos neozelandês não encontrou diferenças significativas em prevalência de engasgo,

deficiência de ferro ou zinco e índice de massa corporal (IMC) para a idade, entre os grupos do método tradicional e do método BLISS (CAMERON *et al.*, 2015; FANGUPO *et al.*, 2016; TAYLOR *et al.*, 2017). Porém, constatou-se que crianças seguindo o BLISS pareciam apresentar menor exigência alimentar e maior prazer ao se alimentar em comparação à técnica tradicional (TAYLOR *et al.*, 2017). O estudo conduzido na Turquia acompanhou apenas crianças em AM e também não encontrou diferenças estatisticamente significativas em incidência de engasgo, ingestão de ferro, bem como em outros parâmetros hematológicos (hemoglobina, hematócrito, ferritina, saturação de transferrina, volume corpuscular médio ou amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos) aos doze meses. Embora não tivessem investigado o consumo alimentar, os autores encontraram na antropometria que crianças submetidas ao método tradicional estiveram significativamente mais pesadas aos doze meses de vida (média de peso no BLW $10.4\text{Kg} \pm 0.9\text{ DP}$ comparadas com $11.1\text{Kg} \pm 0.5\text{ DP}$ no grupo tradicional) (DOGAN *et al.*, 2018).

3 JUSTIFICATIVA

Evidências apontam que o consumo de AUPs compromete a qualidade da alimentação de crianças e diminui a prática do AM, o que pode impactar no crescimento e no desenvolvimento infantil oportuno (RAUBER *et al.*, 2016; RELVAS *et al.*, 2019; SPANIOL *et al.*, 2020).

Frente à inexistência de estudos que relacionem diferentes abordagens de IA e a oferta de AUPs a lactentes e ao delineamento inédito que inclui um grupo de abordagem mista, com intervenções práticas em cozinha experimental, esse estudo se propõe a investigar se existem diferenças na prevalência de consumo de AUPs entre os grupos, de acordo com os métodos de IA propostos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre o método de introdução alimentar e o consumo de AUPs em crianças submetidas a um programa de intervenção voltado à introdução alimentar saudável.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar a prevalência de consumo de AUPs na amostra estudada.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Ensaio clínico randomizado, envolvendo três grupos distintos de crianças com relação ao método de introdução alimentar: (A) introdução alimentar tradicional; (B) introdução alimentar guiada pela criança: BLISS, (C) introdução alimentar com técnica mista: parte guiada pelo cuidador e parte guiada pela criança, especialmente criada para esse estudo.

5.2 AMOSTRA

A seleção da amostra ocorreu via internet por meio de redes sociais direcionadas a mães, cartazes de divulgação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e em um anúncio em jornal de grande circulação em Porto Alegre, com o binômio mães-lactentes, que atendessem os critérios de elegibilidade do estudo.

5.3 CÁLCULO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi calculado para detectar uma diferença na prevalência de UPF oferta de 30% (RIBEIRO; PINTO, 2021). Para um poder de 80% e um nível de significância de 5%, com base no teste bilateral, incluindo 5% de pacientes perdidos para acompanhamento, o tamanho da amostra necessária foi de 130 pares (86 e 42 por grupo). A versão online da ferramenta PSS Health® foi utilizada para o Cálculo (BORGES et al., 2021).

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram consideradas elegíveis para participar do estudo mães residentes em Porto Alegre e região metropolitana, com crianças não gemelares nascidas a termo, com peso de nascimento $\geq 2500\text{g}$, saudáveis e que ainda não tinham iniciado a introdução da alimentação complementar.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Crianças que durante o acompanhamento tivessem qualquer tipo de restrição alimentar indicada pelo seu pediatra foram excluídas do estudo.

5.6 LOGÍSTICA

As mães interessadas deveriam entrar em contato com os pesquisadores pelo e-mail ou telefone fornecido nos meios de divulgação, demonstrando interesse em participar do estudo. Atendendo aos critérios de elegibilidade, cada mãe foi convidada a participar da pesquisa por meio de um texto padronizado contendo todos os passos do projeto, sobre a intervenção, as visitas domiciliares e a necessidade de deslocamento ao Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA aos 12 meses de idade da criança. Ao aceitar participar do estudo, cada uma assinou digitalmente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) mediante *link* disponível na internet.

A partir do primeiro contato e após a assinatura do TCLE *on-line* 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 uma pesquisadora que não estava envolvida na intervenção nem na coleta de dados.

As mães foram randomizadas em grupo intervenção (A) (método tradicional), grupo intervenção (B) (método BLISS) ou grupo intervenção (C) (método misto).

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

Intervenção:

A intervenção foi realizada por uma equipe formada por três nutricionistas para orientações sobre introdução alimentar e uma fonoaudióloga para instruções sobre prevenção e manejo de engasgos. As profissionais haviam recebido treinamento prévio para uniformizarem as colocações a serem fornecidas. Para garantir que todas

as mães receberiam o mesmo conteúdo, foi criado um *checklist* impresso, com tópicos a serem abordados em cada intervenção, os quais eram seguidos em cada encontro, certificando-se de que todas as recomendações previstas estavam sendo repassadas igualmente.

As sessões de aconselhamento em alimentação infantil ocorreram em dois momentos distintos: em um primeiro momento antes de iniciar a IA, e um reforço mediante visita domiciliar aos nove meses de idade do lactente.

Primeira sessão (aos cinco meses e meio de idade da criança):

Em uma clínica de nutrição privada foram realizados encontros presenciais com aproximadamente oito mães, randomizadas previamente, para fazerem parte do mesmo grupo. A AMA Nutrição & Cozinha é uma clínica especializada em nutrição materno-infantil. Além do consultório para atendimento clínico, possui sala de aula com uma cozinha experimental para a realização de capacitações e *workshops*. É de propriedade e administrada por uma das pesquisadoras do grupo que autorizou, mediante documento assinado, a realização do estudo no local.

Na primeira intervenção, as pesquisadoras abordaram o assunto referente ao início da introdução da AC, explicando detalhadamente o método de IA de acordo com o grupo ao qual mãe e lactente pertenciam, fornecendo material de apoio (folders e vídeos), contendo orientações – chave. Nesse encontro, ainda ocorria um momento em que as mães aprendiam a cozinhar preparações dietéticas de acordo com o método ao qual eram alocadas. A intervenção tinha uma duração de quarenta e cinco minutos.

Sobre o método tradicional, foram abordadas explicações sobre: a importância do AME até os seis meses de vida da criança e ao completar seis meses 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, oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia ao lactente, sem rigidez de horários e respeitando o apetite da criança, 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 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 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 qualquer tipo de alimento ultraprocessado, 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, oferta e armazenamento dos alimentos (BRASIL, 2019).

Quanto ao método BLISS, as orientações oferecidas sobre AM foram as mesmas do método tradicional e as informações relacionadas à introdução alimentar as seguintes: o lactente deveria ser estimulado a se alimentar sozinho, embora sempre assistido por um adulto, e a participar dos momentos de refeição em família; a consistência dos alimentos oferecidos a partir dos seis meses de vida deveria ser macia, com alimentos duros como vegetais sempre cozidos, em formatos que permitissem a criança se alimentar com as próprias mãos (como em tiras ou bastões do tamanho do punho do lactente), facilitando o movimento de pinça dos dedos e evitando engasgos ao invés de formatos arredondados, por exemplo; recomendação de evitar apressar a criança, respeitando seu tempo para explorar os sabores e texturas enquanto se alimentava. A variedade e a qualidade da alimentação oferecida nesse método foi a mesma do método tradicional, bem como as orientações para não oferecer AUPs, noções de higiene e uso de sal (TAYLOR *et al.*, 2017). Além disso, os pais do método misto e BLISS foram encorajados a oferecer sempre três tipos de alimentos em cada refeição, seguindo a premissa estabelecida na técnica BLISS: um alimento como fonte de ferro (por exemplo, carne vermelha), um alimento fonte de energia (como macarrão) e um alimento fonte de fibra (frutas ou verduras, por exemplo).

Com relação ao método misto, as recomendações de AM foram as mesmas das duas abordagens já citadas anteriormente, e as mães foram orientadas a aplicar a técnica BLISS no início da refeição, podendo intercalar com colheradas, se a criança se mostrasse insatisfeita ou desinteressada em levar seus alimentos à própria boca.

Todos os grupos de IA receberam aconselhamento de técnicas para prevenção de engasgos com uma fonoaudióloga, orientando que o cuidador deveria: testar os alimentos antes de serem oferecidos para garantir que eles estivessem suaves o suficiente para que a criança os amassasse com a língua e o assoalho da boca, ou estivessem grandes e fibrosos para que pequenas peças não se quebrassem quando sugadas e mastigadas, por exemplo, nas tiras de carne; evitar oferecer alimentos que formassem uma migalha na boca; certificar-se de que os alimentos oferecidos eram pelo menos tão longos como o punho da criança, em pelo menos um lado da comida; certificar-se de que a criança estivesse sempre sentada na vertical quando comesse e nunca se inclinando para trás; observar que houvesse sempre um adulto com a criança quando estivesse comendo e nunca colocasse alimentos inteiros na boca do lactente (DANIELS *et al.*, 2015).

Todas as mães, independente do grupo de IA, foram treinadas sobre como manejar em casos de engasgos e a como perceber que seu(sua) filho(a) apresentasse sinais de fome e saciedade, promovendo uma alimentação responsiva.

Segunda sessão (aos nove meses de idade da criança):

Durante o seguimento, visitas domiciliares foram realizadas por pesquisadores cegados em relação ao método de IA para aplicação de questionários. Nessas sessões, sempre que as mães relataram dúvidas ou dificuldades na IA, elas eram encaminhadas à nutricionista responsável pela primeira intervenção que as contatava e esclarecia os assuntos em questão. Se as mães referissem ter oferecido qualquer tipo de AUPs elas eram lembradas da importância de evitá-los. 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 *on-line*. Assim, metade dessas coletas aconteceram por meio de formulários digitais autoaplicáveis, seguidos de uma videochamada para esclarecimento de dúvidas e aplicação de RA24h. A outra metade foram visitas presenciais antes da pandemia.

Coleta de dados (aos doze meses de idade da criança):

Aos doze meses da criança, os participantes e seus cuidadores se dirigiam a um encontro no HCPA para aplicação de formulários e recebimento de um folder com orientações sobre cuidados alimentares a partir dos doze meses de vida com informações sobre continuar evitando AUPs, continuar com AM e começar a oferecer uma refeição no café da manhã. O início das coletas foi concomitante ao isolamento social, oportunizando 27 binômios mães-lactentes a comparecer presencialmente ao hospital e tendo as demais 90 mães respondendo aos formulários em formato digital. O rigor metodológico adotado para minimizar diferenças nas respostas foi uma videochamada com cada mãe, para revisão do preenchimento total do formulário, aplicação de RA24h e conversas sobre como estava a alimentação da criança.

5.7 VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

5.7.1 Desfecho

Consumo de AUPs, através de uma lista baseada nos produtos mais consumidos por lactentes descritos nos guias alimentares (BRASIL, 2019).

5.7.2 Exposição

Método de introdução alimentar.

5.7.3 Outras variáveis

- Idade materna informada, expressa em anos completos.
- Cor da mãe, autorreferida e categorizada em branca e não branca.
- Escolaridade materna informada em anos completos: categorizada em ≥ 8 anos e < 8 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.
- Peso de nascimento do lactente: conforme carteira de saúde da criança, expresso em gramas.
- 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 e segundo filho ou mais.
- Tempo de AME: informado pela mãe e expresso em dias.
- Tempo de AM: informado pela mãe e expresso em dias.
- IMC materno: expresso em quilograma pela estatura ao quadrado (Kg/m²), aferido no momento da intervenção aos cinco meses e meio de vida dos seus filhos.

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

5.8.1 Processamento dos dados

Após a conclusão da coleta de dados, as informações foram digitadas em dois bancos separados, no programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 submetidos ao *validate*, para a segurança dos dados. As análises foram baseadas no princípio da intenção de tratar.

5.8.2 Análises estatísticas

Variáveis qualitativas foram expressas por número absoluto e porcentagem, e o teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para detectar diferenças entre as proporções (DANIELS *et al.*, 2017).

Variáveis quantitativas foram expressas por meio de médias e desvio padrão (\pm DP) ou mediana e intervalo interquartil [P25-P75] e analisados usando o teste

ANOVA *One-way* com o *Post Hoc* de Tukey. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para identificar a normalidade das variáveis.

A oferta de AUP em dias foi descrita pela mediana e intervalo interquartil [P25-P75] e analisado usando o teste de Kruskal-Wallis com Dunn *Post Hoc*. Log Rank foi realizado para testar a hipótese nula de nenhuma diferença na sobrevivência entre grupos.

As curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier foram realizadas para relacionar a idade de introdução de AUP nos métodos de alimentação complementar. Depois de detectar uma tendência do BLISS e do grupo misto em oferecer esses produtos em idades semelhantes, os três grupos foram divididos em dois para comparar o tempo de introdução entre técnicas bliss e mista versus o método tradicional nesta análise.

Para todas as análises, nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% foi considerado.

5.9 ASPETOS ÉTICOS

Conforme as Diretrizes e Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 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). Após sua aprovação, o ensaio foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) com o número RBR-229scm.

A equipe de pesquisa coletou inicialmente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) *on-line* via formulário eletrônico e, posteriormente, esclareceu, na modalidade presencial, todas as dúvidas das mães participantes sobre os procedimentos da pesquisa, e então coletou a assinatura do TCLE após a aceitação verbal e feita em duas vias, sendo uma entregue à participante. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes, as quais foram utilizadas apenas para esta pesquisa e serão guardadas por, no máximo cinco anos, sendo totalmente destruídas após esse prazo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.C. *et al.* Avaliação de representações gráficas para complementar o guia alimentar para a população brasileira. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 80, p. 661-673, 2019. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1038>. Acesso em: 02 fev. 2021.

An analysis of regional trends. **Journal of Pediatric Nursing**, vol. 56, n.9, não paginado, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34340893/>. Acesso em: 03 fev. 2021.

ARANTES, A.L.A. *et al.* Método baby-led weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 36, n.3, p.353-363, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/3DyCLNC63tR4mMVm96CbyWk/?lang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2020.

BORGES, R. *et al.* Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. **Clinical & Biomedical Research**. vol. 40, n 4, p.247-253. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252890>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BOURNEZ, M. *et al.* Frequency of Use of Added Sugar, Salt, and Fat in Infant Foods up to 10 Months in the Nationwide ELFE Cohort Study: Associated Infant Feeding and Caregiving Practices. **Nutrients**, vol. 11, n.4, p.733, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30934918/>. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar** para População Brasileira promovendo a alimentação saudável. Normas e manuais técnicos: Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. –Brasília: **Cadernos de Atenção Básica**; n. 23. p. 184, 2016.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consumo alimentar de crianças até dois anos não é adequado. Portal Brasil 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/consumoalimentardecriancasatedoisanosnao-e-adequado>. Acesso em: 02 jan. 2021.

BROWN, A.; LEE M. Early influences on child satiety responsiveness: The role of weaning style. **Pediatric Obesity**, vol. 10, n.1, p.57-66, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24347496/>. Acesso em: 04 dez. 2020.

CAMERON SL. *et al.* 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, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23201835/>. Acesso em: 06 fev. 2020.

CAMERON, SL. *et al.* Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. **British Medical Journal Open**, vol.3, n.2, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/12/e003946.full.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CAMERON, SL. *et 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. **British Medical Center Pediatrics**, vol. 15, n.99, p.2-11, 2015. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0422-8>. Acesso em: 06 out. 2020.

DANIELS, L. *et al.* Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **British Medical Center Pediatrics**, v.15, n.179, p. 1-15, 2015. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0491-8>. Acesso em: 09 dez 2020.

DANIELS, L. *et al.* Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. **British Medical Journal Open**, v. 10, n. 6, p. 740, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29950456/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

DOGAN, E. *et al.* Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. **Pediatrics International**, vol. 60, n.12, p.1073-1080, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074671/>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ERICKSON, L.W. *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.740. p.1-16, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29880769/>. Acesso em: 13 fev. 2021.

FANGUPO, L. *et al.* A baby-led approach to eating solids and risk of choking. **Pediatrics**, vol. 138, n.4, p.1-10, 2016. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/4/e20160772.long>. Acesso em: 28 jan. 2021.

FU, X.X. *et al.* Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. **Appetite**, vol.130, n.9, p.110-116, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30077730/> Acesso em: 04 jan. 2021.

GIESTA, J. M. *et al.* Associated factors with early introduction of ultra-processed foods in feeding of children under two years old. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.24, n.7, p.2387-2397, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24162017>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LOPES, W. C. *et al.* Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. **Revista Paulista de Pediatria**, v.38, n.1, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MARÇAL, G.M. *et al.* Association between the consumption of ultra-processed foods and the practice of breast-feeding in children under 2 years of age who are beneficiaries of the conditional cash transfer programme, Bolsa Família. **Public Health Nutrition**, v. 1, n.9. p.3313-332, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S136898002000244X>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MICHAELSEN, K.F. *et al.* Emerging issues in complementary feeding: Global aspects. **Maternal & Child Nutrition**, vol. 13, n.2, p.1-7, out. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032617/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

MIRANDA, R.C. *et al.* Consumption of ultra-processed foods on free sugar intake of Portuguese infants: The Upper Project. **European Journal of Public Health**, vol. 30, n.5, p.163-164, 2020. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/30/Supplement_5/ckaa165.439/5913661. Acesso em: 03 dez. 2020.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Mudança na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, vol. 34, n.3, p.251-258, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/TYfWkM6PHNKchKQjN7cHxtf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MONTEIRO, C.A. *et al.* NOVA. A estrela brilha. Classificação dos alimentos. **World Nutrition**, vol.7, n.1-3, p.28-38, 2016. Disponível em: <https://worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5>. Acesso em: 05 jan. 2021.

PANG, WW.; MCCRICKERD K. The impact of feeding experiences during infancy on later child eating behaviors. **Clinical Nutrition Metabolism Care**, vol. 24, n.3, p.246-251, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33631770/> Acesso em: 30 jan. 2021.

PRIES, A.M., *et al.* Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts. **Maternal Child Nutrition**, vol.13, n.2, p.1-12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6865897/pdf/MCN-13-e12412.pdf> Acesso em: 23 jan. 2021.

RAPLEY G. Baby-led weaning. In: *Maternal and Infant Nutrition and Nurture: Controversies and Challenges*. London: **Quay Books**, p.275–98, 2005.

RAPLEY, G.; MURKETT T. **BLW**: O desmame guiado pelo bebê. São Paulo: Timo, 2017.

RAUBER, F., *et al.* Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. **Nutrition Metabolism Cardiovascular Disease**, vol.25, n.1, p.116-122, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25240690/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

RELVAS, G.R.B., *et al.* Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Journal of Pediatrics Rio de Janeiro**, vol. 95, n.5, p.584-592, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/cP3sDZqnHQNPTqLKwnr8NPF/?lang=en> Acesso em: 04 jan. 2021.

RIBEIRO, G.J.S.; PINTO, A.A. Consumption of ultra-processed foods in Brazilian children: An analysis of regional trends. **Journal of Pediatrics Nursing**, vol. 56, n2, p.1-6, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34340893/> Acesso em: 07 jul. 2021.

SCARPATTO, C.H.; FORTE, G.C. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): revisão da literatura. **Clinical & Biomedical Research**, vol.38, n.3, p.292-296, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/83278/pdf> Acesso em: 11 jan. 2021.

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 / 4. ed. - São Paulo, 2018.

SPANIOL, A.M., *et al.* Breastfeeding reduces ultra-processed foods and sweetened beverages consumption among children under two years old. **Brith Medical Center Public Health**. vol. 20, n.330, p.1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8405-6>. Acesso em: 07 fev. 2021.

TAYLOR, R. *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, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28692728/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

VIERA, V.L. *et al.* Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. **Demetra**. vol.15, n.2, p.1-15, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46047>. Acesso em: 02 dez. 2020.

VITOLLO, M.R. *et al.* Risk factors for high blood pressure in low income children aged 3-4years. **European Journal of Pediatrics**, vol.172, n.8, p.1097-1103, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23636283/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WHO - World Health Organization. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. Geneva, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43281/9241593431.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WHO - World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 02 dez. 2020.

WHO - World Health Organization. Nutrition and food safety. Factsheet 394. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/safe-healthy-and-sustainable-diets>. Acesso em: 02 dez. 2020.

WHO - World Health Organization. Sustainable healthy diets – Guiding principles. Rome, 2019. Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/ca6640en/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

WOO BAIDAL, J.A. *et al* Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days. **American Journal of Preventive Medicine**, vol. 50, n.6, p.761–779, fev 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26916261/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

6 CONCLUSÕES

Diante do tema explorado, esta conclusão tem por finalidade descrever e responder os objetivos descritos.

- **Verificar a associação entre o método de introdução alimentar e o consumo de AUPs em crianças submetidas a um programa de intervenção voltado à introdução alimentar saudável:** detectamos que o método de introdução alimentar BLISS exerceu impacto protetor no consumo de AUPs nas crianças da amostra deste estudo.
- **Analisar os fatores determinantes para o consumo de AUPs:** como determinantes para uma menor prevalência, obtivemos seguir o método BLISS, o número de consultas pré-natal igual ou maior a seis e amamentar na primeira hora de vida.
- **Avaliar a prevalência de consumo de AUP na amostra estudada:** a prevalência de consumo de AUPs foi alta, com 63% das famílias oferecendo esse tipo de alimento ao longo do primeiro ano de vida.

Complementarmente, investigar fatores associados ao consumo precoce de AUPs pode contribuir para a elaboração de estratégias que promovam a alimentação saudável desde a introdução alimentar, uma vez que a formação de hábitos alimentares bem-sucedidos durante a alimentação complementar pode perpetuar a longo prazo, repercutindo positivamente na saúde e na prevenção de doenças ao longo da vida do indivíduo. Embora se trate de um estudo transversal, pode-se considerar a possibilidade de que a abordagem utilizada ao alimentar uma criança pode impactar no seu perfil alimentar e merece estudos futuros que reproduzam essa hipótese em populações diversas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho nasceu da motivação em investigar hipóteses vivenciadas ao longo da minha carreira de nutricionista e como mãe. Iniciei essa pesquisa ainda gestante e as intervenções com as mães começaram ao passo que eu também introduzia minha filha no mundo dos alimentos. Dinamicamente, o meio científico e a maternidade foram se encontrando e se encaixando. As aflições das mães eram, muitas vezes, as minhas e essa empatia resultou em um vínculo bastante forte entre nós, garantindo que muitas delas continuassem respondendo aos questionários, mesmo em meio a uma avassaladora pandemia. Essa que também me isolou do meu objetivo inicial, que era avaliar a antropometria dessas crianças, porém impossibilitada de aferições presenciais, o consumo de alimentos ultraprocessados começou a surgir como um novo rumo em meio a tantas incertezas.

O processo de introdução alimentar sempre me instigou. Acredito que a aprendizagem alimentar também aconteça no protagonismo e, por isso, me perguntava se famílias que permitissem a participação da criança nas suas escolhas alimentares ofereceriam uma alimentação mais saudável. Cada família que eu tive o privilégio de acompanhar me demandou um tipo de conhecimento e isso ampliou muito a minha experiência, enriquecendo meu mestrado. Agradeço muito a oportunidade de ter acompanhado cada etapa desse estudo, desde seu delineamento até a execução final. A dedicação na sua robustez foi proporcional ao incrível aprendizado adquirido.

Os resultados ficaram aquém do sonho de um mundo menos desembalado e mais descascado. Mas acredito que, embora muitas perguntas ainda fiquem em questão, deixo aqui uma contribuição de uma mãe para muitas outras, desejando um mundo científico cada vez mais representado por pessoas que humanizem aquilo a que se dedicam a estudar, e tragam suas hipóteses pessoais para o meio acadêmico.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **MÉTODOS DE INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Você e a criança pela qual você é responsável, estão sendo convidados a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar e comparar 3 diferentes formas de iniciar a alimentação infantil aos 6 meses de idade. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes:

1º) quando a criança estiver entre **4-6 meses de idade** vocês irão a uma Clínica de Nutrição, em datas e horários pré-agendados, e receberão orientações sobre a introdução da alimentação complementar da criança com profissionais médicos, nutricionistas e fonoaudiólogos. Também participarão de uma oficina de preparação dos alimentos numa cozinha especializada. Neste mesmo dia você responderá perguntas sobre a criança (alimentação e aleitamento materno) e sobre você (alimentação, escolaridade, renda familiar, dados do parto, objetos que tem em casa). Também serão coletados dados de peso, altura ou comprimento e medidas corporais da criança e de você.

2º) quando a criança estiver com **7, 9 e 12 meses de idade** você receberá um telefonema com perguntas sobre a alimentação dela.

3º) quando a criança estiver com **9 meses de idade** vocês receberão uma visita na sua casa para reforçar as orientações sobre a alimentação. Também serão coletados dados de peso, altura ou comprimento e medidas corporais da criança.

4º) quando a criança estiver com **12 meses de idade** serão coletados dados antropométricos de peso, altura ou comprimento e medidas corporais da criança e de você. Também haverá a coleta de 6 milímetros de sangue (menos que 1 colher de sopa) da criança para avaliar se ela está com anemia por falta de ferro. Tudo isso ocorrerá no Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em dia e horário pré-agendados.

Em qualquer momento poderá fazer contato com a equipe do estudo com a finalidade de sanar qualquer dúvida que tiver em relação à alimentação.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos tanto para a criança quanto para você. Nas entrevistas você poderá se sentir constrangido em responder algumas perguntas. Nas medidas do corpo poderá haver um leve desconforto, tanto para você quanto para a criança. A coleta de sangue da criança poderá causar leve sensação de dor e desconforto no local, com presença ou não de mancha roxa (hematoma) que deverá desaparecer em alguns dias. Todos esses desconfortos serão minimizados pela execução por profissionais experientes.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são as orientações médicas, nutricionais e fonoaudiológicas sobre as práticas de introdução alimentar e o acompanhamento nos meses seguintes do processo de alimentação que você e a criança receberão. Além disso, a coleta de sangue permitirá o diagnóstico de uma possível anemia

por falta de ferro no sangue. A sua participação também contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderá beneficiar futuras crianças, além do(a) seu(ua) filho(a).

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá haver ressarcimento por despesas decorrentes da participação (ex.: despesas de transporte e alimentação), cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Leandro Meirelles Nunes ou com a pesquisadora Profa. Juliana Rombaldi Bernardi, pelo telefone (51)33598293 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

 Nome do participante (responsável pela criança): Nome da criança:

 Nome do pesquisador que aplicou o Termo: Assinatura:

 Assinatura: Local e Data: _____

APÊNDICE B – FORMULÁRIO INICIAL

Dados de Identificação
1. Qual o seu nome completo?
2. Qual o seu bairro?
3. Qual sua cidade?
4. Telefone para contato:
5. Qual seu e-mail?
6. Qual o melhor horário para entrar em contato? <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Indiferente
Dados da mãe
1. Qual o seu peso (kg) antes de engravidar?
2. Qual o seu peso (kg) após o parto?
3. Qual sua altura (em metros)?
4. Qual sua data de nascimento?
5. Qual sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Sem declaração
6. Qual sua situação conjugal atual? <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada
7. Quantos anos completos você estudou?
8. Qual sua profissão?
9. Qual sua ocupação?
10. Qual a renda da sua família (em reais)?
11. Quantas pessoas vivem
Dados do Pré-natal
1. Você fez pré-natal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Se sim, número de consultas do pré natal?
3. Durante seu pré-natal você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno?

() Sim () Não () Não sabe
4. Durante seu pré natal você recebeu alguma orientação sobre alimentação saudável para o bebê? () Sim () Não () Não sabe
5. Você tomou suplemento de ferro (sulfato ferroso) durante o pré natal? () Sim () Não () Não sabe
Questionário de nascimento e Alimentação do Bebê
1. Qual o nome completo do seu filho?
2. Qual o sexo do seu filho(a)? () Feminino () Masculino
3. Data de nascimento do bebê
4. Peso do bebê ao nascer (em gramas)
5. Comprimento do bebê ao nascer (em centímetros)
6. Perímetro cefálico do bebê (em centímetros)
7. APGAR do 5º min. Do bebê
8. Tipo de parto () Cesárea () Vaginal
9. Seu filho foi colocado para mamar na sala de parto? () Sim () Não
10. Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho em casa? () A própria mãe () Avós () Companheiro () Outro
11. Seu filho possui alguma doença aguda (diarreia, infecção respiratória, febre) no momento? () Sim () Não () Em investigação
12. Se sim, qual?
13. Seu filho possui alguma doença crônica? () Sim () Não () Em investigação
14. Se sim, qual?

HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA	
1.	Qual a alimentação do seu filho na alta hospitalar ao nascimento? <input type="checkbox"/> Somente leite do peito <input type="checkbox"/> Leite do peito + fórmula infantil (Nan, Aptamil, Nestogeno, Milupa,...) <input type="checkbox"/> Somente fórmula infantil <input type="checkbox"/> Outro
2.	Qual a alimentação do seu filho no momento? <input type="checkbox"/> Somente leite do peito <input type="checkbox"/> Leite do peito + chá/água ou suco <input type="checkbox"/> Leite do peito + fórmula infantil (Nan, Aptamil, Nestogeno, Milupa,...) <input type="checkbox"/> Somente fórmula infantil <input type="checkbox"/> Leite do peito + leite de vaca <input type="checkbox"/> Somente leite de vaca <input type="checkbox"/> Outro
3.	Existem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? <input type="checkbox"/> Não, dou quando ele(a) quer/pede <input type="checkbox"/> Sim
4.	Quantas vezes ao dia em média ou no caso de fórmula/leite de vaca, quantas vezes ao dia está recebendo? <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
5.	Além do leite materno/fórmula/leite de vaca, você oferece algum outro alimento ao seu filho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Quantos filhos você tem <input type="checkbox"/> 1 filho <input type="checkbox"/> 2 filhos <input type="checkbox"/> 3 filhos <input type="checkbox"/> 4 filhos <input type="checkbox"/> 5 filhos <input type="checkbox"/> 6 filhos <input type="checkbox"/> 7 filhos
7.	Por quanto tempo seus filhos anteriores foram amamentados (meses)?

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA					
1. Assinale sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa onde mora:					
	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupas					
DVD					
Micro-Ondas					
Motocicleta					
Secadora de roupas					

<p>2. Qual a escolaridade da pessoa de referência na casa onde você mora?</p> <p>() Analfabeto/fundamental I incompleto</p> <p>() Fundamental I completo/Fundamental II incompleto</p> <p>() Fundamental II completo/Médio incompleto</p> <p>() Médio completo/Superior incompleto</p> <p>() Superior completo</p>
<p>3. Você possui acesso a estes serviços públicos?</p> <p>Água encanada: () Sim () Não</p> <p>Rua pavimentada: () Sim () Não</p>

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO – 9 MESES

Número na pesquisa _____

Data da entrevista: _____

Nome do

entrevistador: _____

DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
Nome da mãe:	
Nome da criança:	
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 ____
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) Seu filho recebe sulfato ferroso? (0) Não (1) Sim (88) NSA	SULFER ____
SE SIM	
D9) Qual o nome do sulfato ferroso? _____	NOMSULF ____
D10) Qual a dose? _____ doses	DOSESULF ____
D11) Quando iniciou? _____ dias/meses	DATASULF ____
D12) Quantas vezes ao dia? _____ vezes ao dia	QTTSULF ____
D13) Você dá diariamente ao seu bebê? (0) Não (1) Sim	FRESULF ____
D14) Quando você dá? (0) junto com a mamada (2) 1h antes ou depois da mamada (3) junto com as refeições	QUANDOF ____
D15) Você oferece uma fruta cítrica após o almoço? (0) Não (1) Sim	FRUALM ____
D16) Se sim, com qual frequência? (1) Diariamente (2) 1x/semana (3) 2x na semana (4) 3x na semana ou mais (5) 1x a cada 15 dias	FREQFRA ____

D17) Você oferece uma fruta cítrica após o jantar? (0) Não (1) Sim	FRUJAN_____
D18) Se sim, com qual frequência? (1) Diariamente (2) 1x/semana (3) 2x na semana (4) 3x na semana ou mais (5) 1x a cada 15 dias	FREQFRJ_____
D19) Você oferece vísceras (bife de fígado/ moela/ coração) ao bebê? (0) Não (1) Sim	VIC_____
D20) Se sim, com qual frequência? (1) 1x na semana (2) 2x na semana (3) 3x na semana ou mais (4) 1x a cada 15 dias	FREQVIC_____
D21) Você utiliza panela de ferro para preparar a comida do bebê? (0) Não (1) Sim	PANFE_____
D22) Se sim, com qual frequência? (1) Diariamente (2) 1x/semana (3) 2x na semana (4) 3x na semana ou mais (5) 1x a cada 15 dias	FREQPAN_____
D23) Você deixa as leguminosas (feijão/lentilha etc.) de molho antes de cozinhá-las? (0) Não (1) Sim	PREPLEG_____
D24) Se sim, você descarta a água do molho e cozinha com água nova? (0) Não (1) Sim	AGLEG_____
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
D25) O seu bebê mama no peito? SE SIM PULE PARA QUESTÃO D16. (0) Não (1) Sim	MAMAP_____
SE NÃO	
D26) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	QPAMA_____
D27) 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_____
D28) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	HORACMAMA_____
D29) 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
D30) Seu filho bebe água? (0) Não (1) Sim	AGUA_____
SE SIM	
D31) Desde quando? _____ dias (88) NSA	DTAGUA_____
D32) Quantas vezes por dia? ____ vezes (88) NSA	QTAGUA_____
D33) Seu filho bebe chá? (0) Não (1) Sim	CHA_____
SE SIM	
D34) Desde quando? _____ dias (88) NSA	DTCHA_____
D35) Quantas vezes por dia? ____ vezes (88) NSA	QTCHA_____
D36) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)? (0) Não (1) Sim	MAMAD_____
D37) SE SIM, Desde quando? _____ dias (88) NSA	DATAMAMAD_____
D38) A mamadeira é utilizada para qual(is) líquidos? (1) Leite (qualquer tipo) (2) água (3) suco (4) outro _____ (88) NSA	LIQMAMAD_____
D39) Quantas vezes por dia usa mamadeira (qualquer líquido)? ____ vezes	QTMAMAD_____

D40) Faz uso da mamadeira durante a noite (qualquer líquido)? ____ vezes (88) NSA	MAMADNOITE____
D41) Seu filho usa chupeta? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D40 (0) Não (1) Sim	CHUP ____
D42) SE SIM, desde quando? ____ dias (88) NSA	DATACHUP____
D43) A chupeta foi introduzida com que finalidade? (1) acalmar (2) sucção (3) comodidade (4) outro _____ (88) NSA	FINCHUP____
D44) Quem decidiu iniciar a chupeta? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	QMCHUP____
D45) Com que frequência usa a chupeta? (1) raramente (2) às vezes (3) frequentemente (88) NSA	FQCHUP____
D46) Quantas vezes por dia usa chupeta? ____ vezes (88) NSA	QTCHUP____
D47) Quanto tempo (em média) usa a chupeta em cada vez que usa? ____ minutos (88) NSA	TEMPCHUP____
D48) Usa a chupeta durante a noite? (1) somente para dormir (2) a noite toda (4) outro _____ (88) NSA	NOITCHUP____
D49) É colocada alguma substância na chupeta? (0) Não (1) Sim	SUBSCHUP____
D50) Se sim, qual? _____	QSUBCH____
D51) Seu filho chupa o dedo? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D44 (0) Não (1) Sim	DEDO ____
D52) SE SIM, desde quando? ____ dias (88) NSA	DATADEDO____
D53) Com que frequência chupa o dedo? (1) raramente (2) às vezes (3) frequentemente (88) NSA	FREQDEDO____
D54) Qual o dedo que é colocado na boca? (1) polegar (2) outro _____ (3) todos os dedos juntos (88) NSA	QUALDEDO____
D55) 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	ALIBBE____
D56) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio? (0) Não (1) Sim (88) NSA	COMES ____
D57) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança na hora da refeição? (0) Não (1) Sim (88) NSA	INTERAG __
D58) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer? (0) Não (1) Sim (88) NSA	ESTIM ____
D59) Seu filho durante alguma das refeições assiste celular, tablet ou televisão? (0) Não (1) Sim (88) NSA	TELAS____
D60) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	FORCM ____
D61) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)? (0) Não (1) Sim (88) NSA	RECOMP ____
D62) A comida do bebê é preparada separadamente? (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	COMSE ____

APÊNDICE D – FORMULÁRIO FINAL

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO – 12 MESES

Número na pesquisa _____

Data da entrevista: _____

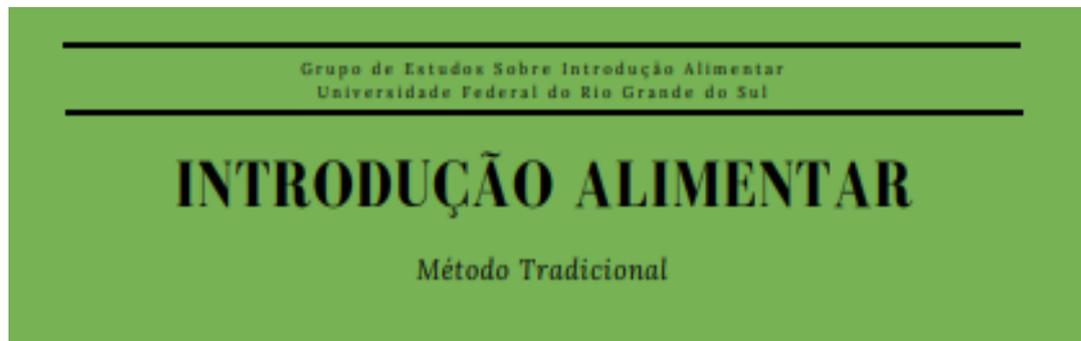
Nome do entrevistador: _____

Nome da mãe:	
Nome da criança:	
D1) Idade do bebê em dias? _____	IDADCR ____

Quando você introduziu os seguintes alimentos na refeição do seu filho? (Responder em meses)

	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
D88) Tubérculos (aipim, batata inglesa, batata doce, inhame...) Quais?														TUBER__ -
D89) Verduras (folhas, tomate, moranga, cenoura, espinafre, beterraba, brócolis...) Quais?														VERD__
D89) Frutas Quais?														FRUT__
D90) Cereais (arroz, massas, pães, biscoitos farinhas...) Quais?														CERE__
D91) Leguminosas (feijões, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava) Quais?														LEGU__
D92) Carnes (gado, frango, porco, peixe, fígado, moela...) Quais?														CARN__
D93) Ovos														OVO__
D94) Comida da família														COFAM_ -

APÊNDICE E – FOLDER DO MÉTODO TRADICIONAL



Alimentação no primeiro ano de vida

Do nascimento até os seis meses de vida do bebê o aleitamento materno ou as fórmulas infantis são capazes de nutrir e hidratar completamente o bebê sem precisar oferecer água, chás, sucos ou outros líquidos. A partir dos seis meses, além do leite materno ou fórmula comece a oferecer de forma lenta e gradual alimentos e água, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.



Por onde começar?

Inicialmente ofereça colheradas de papa de frutas que são frutas amassadas com um garfo nos lanches da manhã e da tarde e no almoço colheradas de uma papa salgada. Aos sete meses, você já pode adicionar uma papa salgada também no momento do jantar.



Como fazer as papas de fruta?

Amassar com um garfo uma fruta por refeição para que o bebê aprenda o sabor de cada fruta. Você pode dar qualquer fruta ao bebê, desde que ela esteja em uma consistência de papa. Não use o liquidificador ou peneiras e não adicione nada além de uma fruta nessa refeição.

Exemplos de papas de frutas: pera, maçã, banana, abacate, pêssego, manga, ameixa, etc.



Como fazer as papas salgadas?

Essa refeição deve ser formada de um alimento de cada grupo alimentar especificado no quadro abaixo, mas nunca misturadas entre si. É como se você dividisse o prato em quatro partes e em cada espaço do prato colocasse um alimento para que cada colherada que o bebê receba tenha um sabor e com isso ele aprenda a diferenciar os alimentos. Um exemplo de papa salgada seria um prato com: feijão amassado, arroz amassado, carne desfiada, cenoura e chuchu cozidos e amassados. E embora ela tenha esse nome, não é necessário adicionar sal na comida que deve ser preparada especialmente para o bebê.

Cereais ou tubérculos: massas, batatas, alpim, polenta, arroz



Vegetais cozidos ou grelhados: Brócolis, chuchu, cenoura, abóbora, moranga, beterraba, entre outros



Leguminosas: feijão, lentilha, grão de bico, ervilhas



Carnes ou ovo: gado, frango, vísceras, suína, peixes, entre outras



* Lembre-se, estas são apenas algumas sugestões, utilize também outros alimentos que façam parte da alimentação da sua família.



Qual a quantidade?

Algumas bebês aceitarão volumes maiores ou menores por refeição, observe e respeite os sinais de fome e saciedade do seu filho!

Idade	Textura	Quantidade
A partir dos 6 meses	Alimentos bem amassados	2 a 5 colheres de sopa rasas
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	4 a 5 colheres de sopa rasas
De 9 a 12 meses	Alimentos cortados ou levemente amassados	6 a 8 colheres de sopa
De 12 a 24 meses	Consistência da refeição da família	10 a 12 colheres de sopa



Não ofereça:

Alimentos industrializados e não saudáveis como bolachas, salgadinhos, macarrão instantâneo, nuggets, embutidos como salsicha e frios, açúcar, mel, bebidas com cafeína, guloseimas como balas, pirulitos, chocolates, sorvetes, refrigerantes e sucos. Use sal com moderação, ou seja, menos do que usado na alimentação da família.

Ministério da Saúde, 2013

DICA:

Forminhas de gelo ou de silicone. Congele os alimentos separadamente. Descongele sob refrigeração, micro-ondas ou vapor.



Recomendações gerais

- Deixe grãos como feijões, lentilha, grão de bico e arroz integral de molho em água por 12 horas descartando essa água e cozinhando com água nova.
- Ofereça uma fruta com vitamina C de sobremesa no almoço e jantar, exemplos: laranja, abacaxi, bergamota, pêssego, morango, kiwi, entre outras.
- Ofereça pelo menos 1 vez na semana vísceras como bife de fígado, por exemplo.



Lembre-se:

- A alimentação deve ser mais variada possível, para que o bebê receba todos os nutrientes de que necessita, contribuindo para a formação dos hábitos alimentares e evitando a monotonia alimentar.

- Inicialmente os alimentos devem ser amassados com o garfo, apresentando consistência de papas ou purês, progredindo para pequenos pedaços conforme aceitação e evolução fisiológica do bebê.

- Não utilize o liquidificador e peneiras pois prejudica a criança conhecer o sabor de cada alimento separadamente, além de não contribuir para que a criança desenvolva a mastigação.



Preparo

- Lave as suas mãos e as mãos do bebê em água corrente e sabão antes de preparar, oferecer e da criança se alimentar.
- Não reutilize sobras do pratinho do bebê em futuras refeições.
- Mantenha os alimentos já preparados sempre cobertos em potes com tampa e guardados na geladeira.



Higienização de frutas, hortaliças e legumes:

Selecione, retirando as partes estragadas. Lave em água corrente. Deixe em solução clorada por 15 minutos (1 colher de sopa de água sanitária para cada litro de água).



Congelamento

Para facilitar a rotina alimentar pode-se congelar os alimentos por cerca de 90 dias, mas lembre-se de utilizar preferencialmente potes de vidro ou plástico livres de Bisfenol A (BPA FREE). Armazene em pequenas porções e descongele conforme o uso.

APÊNDICE F – FOLDER DO MÉTODO BLISS

Grupo de Estudos Sobre Introdução Alimentar
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

Método BLISS



Alimentação no primeiro ano de vida

Do nascimento até os seis meses de vida do bebê o aleitamento materno ou as fórmulas infantis são capazes de nutrir e hidratar completamente o bebê sem precisar oferecer água, chás, sucos ou outros líquidos. A partir dos seis meses, além do leite materno ou fórmula comece a oferecer de forma lenta e gradual alimentos e água, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.



Qual a proposta?

A ideia é que o bebê participe das refeições da família, estando todo o tempo acompanhado por adultos e sendo exposto aos mesmos alimentos saudáveis que os familiares comem. Para isso, encoraje seu filho a se alimentar sozinho, levando os alimentos a sua boca pra que assim ele decida como, quanto e o ritmo em que irá se alimentar. O formato dos alimentos oferecidos deve ser como uma tira ou bastão e o tamanho é proporcional a mãozinha fechada do bebê para que ele consiga manusear melhor e engolir com mais facilidade.



Lembrando que a alimentação é uma etapa do desenvolvimento infantil assim como tantas outras como, aprender a andar e falar, por exemplo. Assim, ela também exige treino e paciência. Da mesma forma como o bebê tropeça nos seus primeiros passinhos, a alimentação se inicia com pequenas quantidades e vai aumentando. Por isso, tente não apressar o bebê e confie na sua capacidade de aprender e desfrutar desse processo.

Por onde começar?

Oferecendo frutas nos lanches da manhã e tarde. Qualquer fruta é bem-vinda. E no almoço e jantar oferecendo vários grupos alimentares, porém um alimento de cada vez como:

Cereais ou tubérculos: massa parafuso ou penne, batatas, alpin, arroz empanado ou como bolinho assado 

 **Vegetais cozidos ou grelhados:** brócolis, chuchu, cenoura, abóbora, moranga, beterraba, entre outros

Leguminosas: Feijão, lentilha, grão de bico como bolinhos ou pastas 

Carnes ou ovos: gado, frango, vísceras, suína, peixes, entre outras 

* Lembre-se, estas são apenas algumas sugestões, utilize também outros alimentos que façam parte da alimentação da sua família.



Ofereça alimentos energéticos no almoço e jantar:

Como azeite de oliva ou óleos vegetais em geral, batatas, alpin, macarrão, entre outros.



Não ofereça:

Alimentos industrializados e não saudáveis como bolachas, salgadinhos, macarrão instantâneo, nuggets, embutidos como salsicha e frios, açúcar, mel, bebidas com cafeína, guloseimas como balas, pirulitos, chocolates, sorvetes, refrigerantes e sucos. Use sal com moderação, ou seja, menos do que usado na alimentação da família.

Folhas fibrosas como espinafre, alface, couve entre outras podem ser picadinhas e misturadas com outras receitas como em bolinhos ou omeletes.

As carnes devem ser bem cozidas e macias, cortadas em tiras e no sentido oposto das fibras da carne para os pedacinhos se soltarem mais facilmente. Almôndegas e omeletes também podem ser oferecidos.

As frutas sempre devem ser oferecidas sem quaisquer sementes ou caroços.



Preparo

- Lave as suas mãos e as mãos do bebê em água corrente e sabão antes de preparar, oferecer e da criança se alimentar.
- Não reutilize sobras do pratinho do bebê em futuras refeições.
- Mantenha os alimentos já preparados sempre cobertos em potes com tampa e guardados na geladeira.



Higienização de frutas, hortaliças e legumes:

Selecione, retirando as partes estragadas. Lave em água corrente. Deixe em solução clorada por 15 minutos (1 colher de sopa de água sanitária para cada litro de água).



Congelamento

Para facilitar a rotina alimentar pode-se congelar os alimentos por cerca de 90 dias, mas lembre-se de utilizar preferencialmente potes de vidro ou plástico livres de Bisfenol A (BPA FREE). Armazene em pequenas porções e descongele conforme o uso.



Recomendações gerais

- Deixe grãos como feijões, lentilha, grão de bico e arroz integral de molho em água por 12 horas descartando essa água e cozinhando com água nova.
- Ofereça uma fruta com vitamina C de sobremesa no almoço e jantar, exemplos: laranja, abacaxi, bergamota, pêssego, morango, kiwi, entre outras.
- Ofereça pelo menos 1 vez na semana vísceras como bile de fígado, por exemplo.
- Corte os alimentos arredondados (tomates, cerejas, ovos, uvas, jaboticaba, azeitonas) no sentido do comprimento como um bastão ou tira, pois o formato redondo pode entupir as vias aéreas. Não ofereça alimentos arredondados e duros que não possam ser partidos como amendoim, pipoca e nozes ou castanhas
- Sente o bebê em posição ereta e nunca deixe-o sozinho com comida.
- Amacie os vegetais cozinhando em um pouco de água ou no vapor em consistência nem muito mole (para não esfarelar na mão) nem muito dura.



Vegetais ou frutas que contêm grãos ou sementes

no interior como ervilhas tortas, vagem, quiabo, golaba, romã, podem ser perigosos ao se desprenderem na boca por isso é melhor oferecer quando o bebê souber fazer o movimento de pinça e cortadinhos bem pequenos.

APÊNDICE G – FOLDER DO MÉTODO MISTO

Grupo de Estudos Sobre Introdução Alimentar
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO ALIMENTAR

Método Misto



Alimentação no primeiro ano de vida

Do nascimento até os seis meses de vida do bebê o aleitamento materno ou as fórmulas infantis são capazes de nutrir e hidratar completamente o bebê sem precisar oferecer água, chás, sucos ou outros líquidos. A partir dos seis meses, além do leite materno ou fórmula comece a oferecer de forma lenta e gradual alimentos e água, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.



Qual a proposta?

A ideia é que o bebê seja bastante participativo nas suas refeições e para isso você irá tanto oferecer papas em colheradas quanto permitir que ele explore os alimentos e os leve para a sua própria boca quando interessado.

Para que o bebê consiga segurar os alimentos, será preciso que alguns alimentos não estejam amassados, assim sugerimos que além de preparar as papas, você deixe alguns alimentos cortados em formato de tiras ou bastão para que ele consiga manusear e levá-los até a boca.



Por onde começar?

Inicialmente ofereça colheradas de papa de frutas que são frutas amassadas com um garfo nos lanches da manhã e da tarde e no almoço colheradas de uma papa salgada. Aos sete meses, você já pode adicionar uma papa salgada também no momento do jantar. Além das papas, você pode oferecer ao bebê alimentos cortados em tiras como explicado ao lado.



Como fazer as papas de fruta?

Amassar com um garfo uma fruta por refeição para que o bebê aprenda o sabor de cada fruta. Você pode dar qualquer fruta ao bebê, desde que ela esteja em uma consistência de papa. Não use o liquidificador ou peneiras e não adicione nada além de uma fruta nessa refeição. Exemplos de papas de frutas: pera, maçã, banana, abacate, pêssego, manga, ameixa, etc.



Como fazer a papa principal?

Essa refeição deve ser formada de um alimento de cada grupo alimentar especificado no quadro ao lado, mas nunca misturadas entre si. É como se você dividisse o prato em quatro partes e em cada espaço do prato colocasse um alimento para que cada colherada que o bebê receba tenha um sabor e com isso ele aprenda a diferenciar os alimentos. Um exemplo de papa principal seria um prato com: feijão amassado, arroz amassado, carne desfiada, cenoura e chuchu cozidos e amassados. Não é necessário adicionar sal na comida que deve ser preparada especialmente para o bebê.

Leguminosas: feijão, lentilha, grão de bico
como bolinhos ou pastas



Carnes ou ovo: gado, frango, vísceras, suína,
peixes, entre outras



Vegetais cozidos ou grelhados: brócolis, chuchu,
cenoura, abóbora, moranga, beterraba, entre
outros



Cereais ou tubérculos: massas, batatas,
aipim, polenta, arroz



* Lembre-se, estas são apenas algumas sugestões, utilize também outros alimentos que façam parte da alimentação da sua família



Não ofereça:

Alimentos industrializados e não saudáveis como bolachas, salgadinhos, macarrão instantâneo, nuggets, embutidos como salsicha e frios, açúcar, mel, bebidas com cafeína, guloseimas como balas, pirulitos, chocolates, sorvetes, refrigerantes e sucos. Use sal com moderação, ou seja, menos do que usado na alimentação da família.



Como fazer as tiras e bastões?

- + Amacie os vegetais cozinhando em um pouco de água ou no vapor em consistência nem muito mole (para não esfregar na mão) nem muito dura.
- + Vegetais ou frutas que contêm grãos ou sementes no interior como ervilhas tortas, vagem, quiabo, goiaba, romã, podem ser perigosos ao se desprenderem na boca por isso é melhor oferecer quando o bebê souber fazer o movimento de pinça e cortadinhos bem pequenos.

- Folhas fibrosas como espinafre, alface, couve entre outras podem ser picadinhas e mistura das com outras receitas como em bolinhos ou omeletes.
- As carnes devem ser bem cozidas e macias, cortadas em tiras e no sentido oposto das fibras da carne para os pedacinhos se soltarem mais facilmente. Almôndegas e omeletes também podem ser oferecidos.



Preparo

- Lave as suas mãos e as mãos do bebê em água corrente e sabão antes de preparar, oferecer e da criança se alimentar.
- Não reutilize sobras do pratinho do bebê em futuras refeições.
- Mantenha os alimentos já preparados sempre cobertos em potes com tampa e guardados na geladeira.

Higienização de frutas, hortaliças e legumes:

Selecione, retirando as partes estragadas. Lave em água corrente. Deixe em solução clorada por 15 minutos (1 colher de sopa de água sanitária para cada litro de água).



Congelamento

Para facilitar a rotina alimentar pode-se congelar os alimentos por cerca de 90 dias, mas lembre-se de utilizar preferencialmente potes de vidro ou plástico livres de Bisfenol A (BPA FREE). Armazene em pequenas porções e descongele conforme o uso.



Recomendações gerais

- Deixe grãos como feijões, lentilha, grão de bico e arroz integral de molho em água por 12 horas descartando essa água e cozinhando com água nova.
- Ofereça uma fruta com vitamina C de sobremesa no almoço e jantar, exemplos: laranja, abacaxi, bergamota, pêssego, morango, kiwi, entre outras.
- Ofereça pelo menos 1 vez na semana vísceras como bife de fígado, por exemplo.
- Corte os alimentos arredondados (tomates, cerejas, ovos, uvas, jabuticaba, azeitonas) no sentido do comprimento como um bastão ou tira, pois o formato redondo pode entupir as vias aéreas. Não ofereça alimentos arredondados e duros que não possam ser partidos como amendoim, pipoca e nozes ou castanhas
- Sente o bebê em posição ereta e nunca deixe-o sozinho com comida.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP/HCPA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Carta de Aprovação

Projeto

2019/0230

Pesquisadores:

LEANDRO MEIRELLES NUNES

JULIANA ROMBALDI BERNARDI

JORDANA FUHR

ERISSANDRA GOMES

VANESSA THAIS PERES MELO

Número de Participantes: 144

Título: Métodos de Introdução da Alimentação Complementar em Crianças: Um Ensaio Clínico Randomizado

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG).



Acesso eletrônico em:
PATRICK ANTON REBELLA
 Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
 11/02/2019 09:11:39