

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE ODONTOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE MONOGRAFIA II

LETÍCIA CRISTINE WELKE

**MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLEMENTAR E
DIFICULDADES ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM ENSAIO
CLÍNICO RANDOMIZADO**

Porto Alegre

2021

LETÍCIA CRISTINE WELKE

**MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLEMENTAR E
DIFICULDADES ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM ENSAIO
CLÍNICO RANDOMIZADO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Profa. Dra. Erissandra Gomes

Porto Alegre

2021

LETÍCIA CRISTINE WELKE

**MÉTODOS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLEMENTAR E
DIFICULDADES ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: UM ENSAIO
CLÍNICO RANDOMIZADO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 21 de maio de 2021.

Prof. Dr. Márcio Pezzini França
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Profa. Dra. Erissandra Gomes – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Deborah Salle Levy – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Patrícia Barcellos Diniz – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Dedico este trabalho às crianças
com dificuldades alimentares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, que esteve ao meu lado, dando apoio e incentivando durante todo o período de graduação. Em especial aos meus pais, por todo o amor e por não medirem esforços para que eu buscasse minha formação pessoal e profissional, mesmo estando há 490 km de distância. Também, agradeço aos meus avós, que sempre acreditaram no meu potencial.

Ao Vinícius, que esteve ao meu lado este tempo todo, apoiando, acalmando e auxiliando, independente de qualquer coisa. Agradeço também à Maria Rosângela, por todo o cuidado e apoio.

À professora Erissandra, por me orientar neste trabalho e em tantos outros momentos. Obrigada pela paciência, atenção e apoio. Agradeço também ao professor Leandro e ao grupo do projeto de pesquisa, pelos ensinamentos e parcerias. À Christielly, minha colega de TCC, que esteve comigo durante esta caminhada de pesquisa e tanto me ajudou.

Agradeço aos meus amigos, Luiz, Maria Eduarda, Marina e Valeska, que auxiliaram neste e em tantos outros momentos, tornando tudo mais leve.

À Lola, que com sua doçura e carinho me deu forças para seguir e realizar este trabalho.

A todos vocês, meu mais sincero obrigada!

SUMÁRIO

ARTIGO	07
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	07
RESUMO	08
ABSTRACT	09
INTRODUÇÃO	10
METODOS	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
FIGURAS	24
TABELAS	25

Métodos de introdução alimentar complementar e dificuldades alimentares no primeiro ano de vida: um ensaio clínico randomizado

Complementary feeding introduction methods and feeding difficulties in the first year of life: a randomized clinical trial

Letícia Cristine Welke (<https://orcid.org/0000-0001-7375-3757>)¹,
Adriela Azevedo Souza Mariath (<https://orcid.org/0000-0003-1453-7696>)²,
Juliana Rombaldi Bernardi (<https://orcid.org/0000-0002-6803-4472>)³,
Leandro Meirelles Nunes (<https://orcid.org/0000-0002-3106-8871>)⁴,
Erissandra Gomes (<http://orcid.org/0000-0002-2379-7345>)².

Trabalho realizado na Universidade federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil, como pré-requisito para conclusão do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.

- (1) Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.
- (2) Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.
- (3) Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.
- (4) Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar se o método de introdução alimentar complementar tem relação com as dificuldades alimentares no primeiro ano de vida. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado envolvendo os métodos de introdução alimentar complementar tradicional, *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) e misto (exclusivamente criado para o estudo). A amostra foi composta por pares de mães-bebês em fase de lactação que não tenham iniciado o processo de introdução alimentar complementar e foi realizada a randomização aos seis meses. Aos 12 meses foi aplicada a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) para a identificação de dificuldades alimentares. **Resultados:** A amostra foi composta por 128 pares de mães-bebês. O percentual de dificuldades alimentares na amostra geral foi de 12,5% (3,9% grupo tradicional, 7% no grupo BLISS e 1,6% no grupo misto) e a média da pontuação total para o *T-score* foi de $51,4 \pm 7,6$ pontos: o método tradicional apresentou $51,2 \pm 8,3$ pontos, o método BLISS teve pontuação de $52,5 \pm 8,5$ pontos e o método misto $50,3 \pm 5,5$ pontos, sem diferença estatisticamente significativa. Na análise das 14 questões da EBAI, percebe-se respostas favoráveis, não evidenciando diferenças significativas entre os métodos de introdução alimentar complementar para nenhuma das questões. **Conclusão:** Na amostra pesquisada, o método de introdução alimentar complementar não influenciou na presença de dificuldades alimentares.

Palavras-chave: comportamento alimentar, lactente, alimentação infantil, alimentação complementar, métodos de alimentação.

ABSTRACT

Purpose: To verify if the complementary feeding introduction method is related to the feeding difficulties in the first year of life. **Method:** This is a randomized clinical trial involving the traditional complementary feeding introduction, Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) and mixed (exclusively created for the study). The sample was composed of lactating mother-baby pairs who had not started the process of complementary feeding introduction and randomization was performed at six months. At 12 months, the Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI) was applied to identify feeding difficulties. **Results:** The sample was composed of 128 mother-baby pairs. The percentage of feeding difficulties in the overall sample was 12.5% (3.9% traditional group, 7% in the BLISS group and 1.6% in the mixed group) and the mean total to the T-score was 51.4 ± 7.6 points: the traditional method had 51.2 ± 8.3 points, the BLISS method had 52.5 ± 8.5 points and the mixed method had 50.3 ± 5.5 points, with no statistically significant difference. The analysis of the 14 EBAI questions showed favorable responses, with no significant differences between the complementary feeding introduction methods for any questions. **Conclusion:** In the researched sample, the complementary feeding method does not influence the presence of feeding difficulties.

Keywords: feeding behavior, infant, infant feeding, complementary feeding, feeding methods.

INTRODUÇÃO

A introdução alimentar complementar (IAC) deve ser inserida de forma gradual, após os seis meses de idade do lactente, como complemento ao aleitamento materno (AM), de forma que a criança conheça os alimentos. Há indicadores importantes que devem ser levados em consideração quanto ao início da IAC. O lactente deve estar com seis meses de idade, deve conseguir sentar sem apoio, ter controle e sustentar sua cabeça e tronco, pegar objetos com as mãos e estar explorando os estímulos do ambiente ⁽¹⁾. A IAC é importante para a criança, assim como a forma como ela ocorre. É essencial compreender que há diversos fatores que podem interferir no processo de IAC e no estado nutricional da criança, como fatores biológicos, culturais, sociais e econômicos ⁽²⁾.

Na literatura há diferentes métodos de IAC, como: tradicional, *Baby-led Weaning* (BLW) e *Baby-led Introduction to Solids* (BLISS). No método tradicional a oferta de alimentos ao lactente é realizada pelos responsáveis, sendo assim, o alimentador tem controle quanto à ingestão feita pela criança. Além disso, os alimentos são ofertados inicialmente na textura de papa e deve-se aproximar gradualmente à alimentação do restante da família ⁽³⁾. Já o método BLW permite que o desmame seja feito pelo lactente, tendo como objetivo principal ensinar a ele a saciedade, autonomia e texturas dos alimentos. No BLW os alimentos são ofertados em formato de bastões e sem adaptações de suas consistências, permitindo que a criança guie o momento de alimentar-se ⁽⁴⁾. O método BLISS é considerado uma adaptação do BLW. Porém, a diferença é que no método BLISS busca-se prevenir que a criança tenha deficiência de ferro e minimizar riscos de asfixia ou falhas no crescimento ⁽⁵⁾.

No decorrer do processo de IAC de um lactente, podem ocorrer dificuldades alimentares (DA). As DA englobam todos os problemas relacionados à alimentação, independente da sua causa, gravidade ou as consequências que podem trazer ao sujeito ⁽⁶⁾. Para que se possa fazer a avaliação e diagnóstico das DA, é importante que sejam considerados seus três diferentes tipos, sendo eles: i) crianças com apetite limitado, consideradas quando os pais acreditam que seus filhos comem pouco, mas adequadamente

ou quando há relação com questões orgânicas; ii) crianças com seletividade, que são atribuídas quanto à fase de desenvolvimento ou à aversões sensoriais por conta de patologias; e iii) crianças com medo de se alimentarem, ou pós-traumática, quando a criança passou por tratamentos médicos invasivos ou até casos de engasgos. Também deve-se pontuar a influência da forma como as crianças são alimentadas ⁽⁷⁾. É importante salientar que as DA são encontradas tanto em crianças com desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade como naquelas com desenvolvimento atípico, com prevalência de 25% a 35% e 40% a 80%, respectivamente ⁽⁶⁾. Existem diferentes protocolos para triagem de DA, entretanto no Brasil a única escala validada é a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) ⁽⁸⁾.

Considerando o exposto acima que a IAC é um momento importante no desenvolvimento e para um bom relacionamento com a alimentação, também ajudando na proteção contra as DA, este estudo justifica-se pela importância de pesquisas voltadas à relação entre os métodos de IAC e as DA. O objetivo deste estudo é verificar se o método de IAC tem relação com as DA no primeiro ano de vida.

MÉTODOS

Este é um ensaio clínico randomizado denominado “Métodos de Introdução da Alimentação Complementar em Crianças: Um Ensaio Clínico Randomizado” que envolve três diferentes métodos de IAC: tradicional, BLISS e misto. O método tradicional e BLISS são descritos na literatura ⁽³⁻⁵⁾, já o método misto foi desenvolvido para o presente estudo, o qual consiste na família observar a criança e definir quando ela será alimentada com colher e quando utilizará suas mãos para este fim. Este estudo foi registrado no *Brazilian Clinical Trials Registry (ReBEC)* com número RBR-229SCM. Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 3.094.555 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A amostra para o estudo foi composta por mães-bebês em fase de lactação que não tivessem iniciado o processo de IAC. A definição do tamanho amostral considerou um estudo realizado anteriormente para o desfecho analisado ⁽⁹⁾. O cálculo amostral realizado para este estudo determina uma amostra mínima de 72 pares de mães-bebês, com intervalo de confiança de 95% utilizando o software *WinPepi*.

Foram incluídas mães residentes em Porto Alegre e Região Metropolitana, com filhos saudáveis, a termo, não gemelares, com idade entre quatro e cinco meses, com peso maior ou igual a 2.500 gramas e que não tivessem iniciado a IAC. Foram considerados como fatores de exclusão crianças com malformações congênitas, com déficits de crescimento e desenvolvimento cognitivo no primeiro ano de vida ou com algum tipo de restrição alimentar.

A amostra foi selecionada através de redes sociais, páginas e grupos relacionados a mães e cartazes de divulgação em locais pertinentes ao tema da pesquisa. A randomização da amostra ocorreu em blocos de três, até que atingisse o número de pares calculado, utilizando o site *www.randomization.com*. A partir da randomização dos grupos, foram realizados encontros de intervenção, com grupos de quatro a oito mães de bebês de 5,5 meses de idade, que fizessem parte do mesmo grupo de randomização, em uma clínica de nutrição particular. Nas sessões de

intervenção, uma nutricionista orientava sobre o método de IAC do grupo, preparação dos alimentos e alimentação saudável e uma fonoaudióloga orientou quanto à prevenção e manejo em casos de engasgos e ensinou a manobra de Heimlich.

Para a realização do projeto foram realizadas coletas de dados aos 5,5 meses (questionário inicial), aos sete meses, aos 9 meses e aos 12 meses. Para este estudo foram utilizados os dados coletados no questionário inicial para a caracterização da amostra, os dados coletados aos 12 meses para obtenção de dados alimentares e hábitos orais, sendo estes considerados variáveis indiretas e também a os dados coletados aos 12 meses através da EBAI, sendo as variáveis diretas.

Para a realização do presente estudo foi utilizado um protocolo de triagem validado para o português brasileiro nomeado EBAI, que tem o objetivo de avaliar o comportamento alimentar dos bebês. O protocolo foi publicado no Canadá em 2011 com o nome de *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCH-FS). A MCH-FS classifica as DA a partir dos escores obtidos, ou seja, T-escore entre 61 e 65 é classificada como dificuldade leve, 66 a 70 a dificuldade é moderada e acima de 70 a dificuldade é severa. Caracteriza-se por ser uma ferramenta de triagem simples e rápida de problemas alimentares de crianças de seis meses a seis anos e 11 meses de idade. Possui 14 itens a serem respondidos pelo responsável que esteja presente na maior parte das refeições da criança. Os itens são relacionados aos sintomas sensório-motores orais, sensoriais orais, apetite, preocupações e comportamentos no momento da refeição, estratégias utilizadas e reações dos cuidadores ⁽¹⁰⁾. Desde 2011, a MCH-FS foi validada no Canadá, seu país de origem, e em mais cinco países: Holanda, Tailândia, Argentina, Polônia e Brasil, e também passou pela primeira etapa de validação em Portugal. Para que ocorressem tais validações, foi necessário, além da tradução, a adaptação transcultural, testagem da escala e avaliação psicométrica ^(8,11,12). No Brasil a MCH-FS foi validada e adaptada para o português brasileiro no ano de 2019, resultando na EBAI ⁽⁸⁾.

O banco de dados foi elaborado utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, com entrada dupla e posterior validação. Para manter o anonimato, cada par de mãe e bebê foi identificado com um número. As variáveis categóricas foram apresentadas através de percentual

relativo e absoluto e as variáveis quantitativas através de média (desvio padrão), mediana (mínima e máxima) ou mediana (P25 e P75), conforme apresentação. Foi utilizado o valor de significância de p adotando o teste do Qui-quadrado de Pearson e teste ANOVA.

Resultados

A amostra foi composta por 128 crianças, dividida pelo método de IAC: 43 (33,6%) do método tradicional, 45 (35,1%) do método BLISS e 40 (31,2%) com o método misto, conforme o fluxograma apresentado na figura 1. Os dados de caracterização inicial da amostra total e pelo método de IAC estão descritos na tabela 1. Comparando as variáveis descritas com os métodos de IAC, não houve diferença significativa entre as variáveis ($p>0,05$).

Na tabela 2 estão igualmente os dados de caracterização da amostra pelo método de IAC, mas considerando a avaliação aos 12 meses. As variáveis “vai à creche” e “faz sucção de dedo” tiveram valores significativos ($p<0,05$) na comparação entre os grupos. Em relação ao cuidador principal 115 (89,8%) tiveram a mãe como cuidadora principal. Na variável relacionada a quem alimentava a criança na maioria das vezes, 101 (78,9%) das crianças eram alimentadas pela mãe.

Os resultados do questionário EBAI estão descritos na tabela 3 e não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) na pontuação geral e entre os diferentes métodos de IAC. Considerando o ponto de corte do *T-score* para DA, verificou-se que 16 crianças apresentaram DA, cinco são pertencentes ao grupo tradicional (três com DA de grau leve e duas de grau severo), no grupo BLISS 9 crianças apresentaram DA (cinco com DA de grau leve, duas de grau moderado e duas de grau severo) e para o grupo misto duas crianças apresentaram DA, ambas classificadas como DA de grau leve. Com base nestes dados a prevalência de DA nesta amostra foi de 12,5%: 3,9% grupo no grupo tradicional, 7% no grupo BLISS e 1,6% no grupo misto.

Na tabela 4 estão descritas as 14 variáveis, considerando as respostas para cada uma das questões. É importante destacar que as respostas variam de 1 a 7, mas que cada variável tem uma classificação de resposta. Ao analisar as respostas da tabela 4, percebe-se que a maioria da amostra, independente do grupo que pertence, atribui características favoráveis ao processo de IAC, com isso, não foram encontradas diferenças significativas ($p>0,05$) entre os métodos de IAC para nenhuma das questões.

Considerando os aspectos de saúde geral, 43 (33,6%) das crianças apresentaram alguma doença ao longo dos 12 meses de vida, com maior

prevalência para as doenças respiratórias e alérgicas. Não houve diferença significativa na pontuação do EBAI comparando com o fato de ter apresentado doença ($p>0,05$).

Discussão

O Ministério da Saúde recomenda que a IAC seja iniciada aos seis meses de idade do lactente ⁽¹³⁾. Um estudo encontrou que a IAC em crianças nascidas no município de Porto Alegre teve início entre os seis e nove meses de idade para 86,7% da amostra ⁽¹⁴⁾. Em relação à caracterização da amostra, percebe-se que os dados deste estudo corroboraram com as informações trazidas na literatura, especialmente no que se refere à questão da IAC.

Outro aspecto a ser considerado neste estudo são as questões socioeconômicas, no qual foi observado que as mães pertencentes a amostra apresentam renda familiar elevada e tempo de estudos equivalente ao tempo necessário para a conclusão de um curso superior. Um outro estudo comprovou que a associação entre escolaridade materna, renda familiar e outros dados demográficos promove a boa prática de alimentação ⁽¹⁵⁾.

A IAC pode ser motivo de grandes preocupações para os responsáveis de crianças, principalmente quando falamos em DA, que por sua vez podem ocasionar diversas consequências à criança ⁽⁷⁾. Quanto aos dados apresentados de forma quantitativa, verifica-se que esta amostra não foi representativa de DA, independente do método de IAC. Houve um percentual superior de crianças com DA no grupo que utilizou o método BLISS, o que pode estar relacionado ao próprio método ou ao acaso, já que não foi significativo. É importante destacar que não foram encontrados, até o presente momento, estudos que verificassem a influência de métodos de IAC nas DA.

Dois estudos nacionais foram realizados com crianças com DA, mas tem suas amostras compostas por crianças com patologias associadas. O primeiro estudo teve como objetivo conhecer as percepções e práticas alimentares de crianças e adolescentes com idades entre sete e 18 anos que possuísem *Diabetes Mellitus* tipo 1 ⁽¹⁶⁾. O segundo estudo verificou a presença e frequência de transtornos de ingesta e alimentação em uma amostra de 52 pessoas com Transtorno do Espectro Autista que frequentavam instituições que atendessem a população em questão ⁽¹⁷⁾.

Outros dois estudos brasileiros buscaram identificar DA em crianças sem patologias. Um estudo pesquisou a prevalência de DA em crianças com idade escolar e obteve que 25,1% das mães participantes do estudo referiram que

seus filhos possuíam DA. Os autores realizaram avaliação das questões alimentares da amostra e com isso puderam concluir que 37,2% da amostra apresentava DA ⁽¹⁸⁾. Outro estudo também avaliou os comportamentos alimentares de crianças e concluiu que 51% das crianças da amostra possuíam questões alimentares, as quais estavam divididas em crianças com sobrepeso, que obtiveram percentual de 26%, crianças com obesidade, com 15%, e crianças com obesidade grave, com percentual de 10% ⁽¹⁹⁾. Ambos os estudos avaliaram crianças maiores de dois anos de idade, utilizando protocolos diferentes do utilizado neste estudo.

Cabe ressaltar que o estudo de validação, adaptação e tradução do protocolo utilizado, que resultou no EBAI, foi realizado com 242 crianças com idades entre seis meses e seis anos e 11 meses. A amostra foi dividida em grupo controle e grupo de casos, compostos respectivamente por crianças saudáveis e crianças encaminhadas para avaliação fonoaudiológica em DA em um hospital municipal da cidade de Porto Alegre. Como resultados, 79% do grupo de casos apresentaram DA e 13% do grupo controle, ambos a partir dos resultados obtidos com a aplicação da EBAI ⁽⁸⁾. Os dados do presente estudo corroboram com os dados descritos acima, fato a ser considerado pois a amostra é da mesma região.

Outros dois estudos recentes buscam identificar DA em crianças através do mesmo protocolo, ambos foram realizados na África do Sul. Um estudo buscou determinar a relação entre a alimentação e desenvolvimento de bebês com média de 8,8 meses de idade. A partir dos resultados da MCH-FS os autores concluíram que 4,9% da amostra possuía DA, divididos entre DA de grau leve (71,4%) e grau moderado a severo (28,6%) ⁽²⁰⁾. O outro estudo buscou descrever características alimentares e determinar a natureza das DA de 200 crianças com idades entre seis e 12 meses. Como resultados, obtiveram-se dados de que 6,5% das crianças apresentaram DA, entre estas, 61,5% apresentaram DA de grau leve, 15,4% de grau moderado e 23,1% DA de grau severo ⁽⁹⁾. O percentual de crianças que apresentaram DA neste estudo foi maior que em ambos os estudos supracitados.

Considerando os estudos citados acima, é importante evidenciar os itens específicos do protocolo. No primeiro estudo os responsáveis consideravam que suas crianças estavam crescendo bem e que a alimentação não

influenciava em sua relação ou com os familiares, ambos os aspectos chegaram próximos ao percentual limite. Alguns itens apresentaram percentuais acima de 90% para os seguintes aspectos: os responsáveis consideravam os momentos de refeição fáceis, não estavam preocupados com alimentação de suas crianças e nunca precisavam forçá-las a comerem, também consideravam que suas crianças possuíam bom apetite, se comportavam bem no momento das refeições, nunca deixavam comida parada em suas bocas e possuíam boa habilidade de mastigação e sucção. Foram obtidos percentuais entre 80 e 90% em relação às crianças se recusarem a comer próximo ao final das refeições, nunca nausearem, cuspirem ou vomitarem com algum alimento e os responsáveis nunca precisarem utilizar distrações ou ir atrás da criança durante as refeições. Quanto ao tempo de duração das refeições das crianças, acima de 95% dos responsáveis referiram que estas ocorriam entre um e 30 minutos ⁽²⁰⁾.

No segundo estudo, o aspecto relacionado a nunca usar distrações ou precisar ir atrás da criança para que ela comesse apresentou percentual próximo à 80%. Respostas relacionadas às crianças nunca nausearem, cuspirem ou vomitarem com algum tipo de alimento e os responsáveis não estarem preocupados com a alimentação de suas crianças apresentaram percentuais acima de 85%. Aspectos relacionados às crianças terem bom apetite, se comportarem bem durante as refeições e nunca deixarem comida parada na boca apresentaram percentuais acima de 90%. Segundo respostas dos responsáveis, próximo à 90% referiam que os momentos de refeição com a criança eram fáceis e que nunca precisaram forçá-las as crianças a comerem ou beberem. Igual ou acima de 95% das respostas afirmavam que as refeições duravam entre um e 30 minutos, que as habilidades de mastigação e sucção das crianças eram boas e que a alimentação destas não tinha influência nas relações familiares ou com o alimentador. Por fim, em relação ao crescimento de suas crianças, os responsáveis referiram que elas estavam crescendo bem e o percentual chegou próximo ao limite máximo ⁽⁹⁾.

Considerando os dados de percentual das questões para o presente estudo, percebe-se que corroboram com os estudos acima, pois obteve-se um percentual alto nas questões relacionadas ao responsável nunca ter forçado a criança a comer ou beber, considerar que a criança tem boa habilidade de

mastigação e sucção e estar crescendo bem. Da mesma forma, respostas relacionadas à criança nunca nausear, cuspir ou vomitar com algum tipo de alimento, nunca ficar com a comida parada na boca, nunca precisar ir atrás da criança ou usar distrações no momento da refeição e a alimentação não influenciaram na relação do responsável com a criança também receberam pontuações altas. Com percentuais pouco menores, mas ainda altos, estão os aspectos relacionados à criança ter bom apetite, suas refeições durarem entre um e 30 minutos e a alimentação não ter influenciado nas relações familiares. Em contrapartida, o item relacionado à preocupação com a alimentação da criança apresentou maiores percentuais para a resposta negativa, ou seja, “estou muito preocupado”.

Ao considerar que não foram encontrados estudos que abordassem e relacionassem métodos de IAC e as DA, é possível concluir que este estudo é inovador sobre o tema proposto. Deve-se destacar que esta amostra foi composta por mães-bebês que receberam orientações sobre alimentação, possuíam anos de estudos e renda familiar superiores à média nacional e que as mães estavam constantemente presentes nos momentos de refeições dos filhos. Por fim, é necessário que sejam realizados outros estudos com diferentes faixas socioeconômicas e que relacionem métodos de IAC e DA.

Conclusão

O estudo demonstra não haver associação entre os métodos de IAC com as DA. A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que, apesar de 12,5% das crianças da amostra apresentarem algum tipo de DA, a média da pontuação geral e entre os grupos não foi condizente com DA nesta amostra. O desempenho nas 14 questões relacionadas à população geral e entre os grupos apresentou respostas favoráveis quanto ao comportamento das crianças e responsáveis em relação aos aspectos alimentares.

Referências

- 1 Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: alimentação complementar e o método BLW (Baby-led Weaning). São Paulo: SBP; 2017 [acesso em 15 de abril de 2020]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19491c-GP_-_AlimCompl_-_Metodo_BLW.pdf.
- 2 Silva LMP, Venâncio SL, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Revista de Nutrição*, 2010 [acesso em 08 de abril de 2020]; 23(6). Disponível em: 10.1590/S1415-52732010000600005.
- 3 Scarpatto CH, Forte GC. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): uma revisão de literatura. *Clinical & Biomedical Research*, 2018 [acesso em 08 de abril de 2020]; 38(3). Disponível em: 10.4322/2357-9730.83278.
- 4 Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practics*, 2011 [acesso em 15 de abril de 2020]; 84(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21739856/>.
- 5 Fangupo LJ et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics*, 2016 [acesso em 02 de abril de 2020]; 138(4). Disponível em: 10.1542/peds.2016-0772.
- 6 Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean Journal of Pediatrics*, 2017 [acesso em 05 de abril de 2020]; 60(12). Disponível em: 10.3345/kjp.2017.60.12.379.
- 7 Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 2015 [acesso em 05 de abril de 2020]; 135(2). Disponível em: 10.1542/peds.2014-1630.
- 8 Diniz, PB, Fagundes SC, Ramsay M. Adaptação transcultural e validação da escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 2021 [acesso em 28 de fevereiro de 2021]; 39. Disponível em: 10.1590/1984-0462/2021/39/2019377.
- 9 Fulls N, Kruger E, Van der Linde J. Feeding characteristics of infant in a lower-middle-income country. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2020 [acesso em 10 de setembro de 2020]; 56(7). Disponível em: 10.1111/jpc.14823.
- 10 Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Pediatric & Child Health*, 2011 [acesso em 03 de abril de 2020]; 16(3). Disponível em: 10.1093/pch/16.3.147.
- 11 Babik K, Dziechciarz P, Horvath A. The Polish version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): translation, cross-cultural adaptation, and validation. *Polish Journal of Paediatrics*, 2019 [acesso em 03 de abril de 2020]; 94(5). Disponível em: 10.5114/polp.2019.89866.

- 12 Hauser MP, Taborda A, Oliberman AJ, Ramsay, M. Argentine Scale of Feeding Difficulties in Children (EADAN): Psychometric properties. *Revista Avaluar*, 2019 [acesso em 02 de abril de 2020]; 19(2). Disponível em: 10.35670/1667-4545.v19.n2.25079.
- 13 Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em 10 de abril de 2021].
- 14 Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 10 de abril de 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.
- 15 Northstrone K, Emmett P. The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC. *Maternal & Child Nutrition*, 2013 [acesso em 10 de abril de 2021]; 9(4). Disponível em: 10.1111/j.1740-8709.2012.00399.x.
- 16 Bertin RL, Elizio NPS, Moraes RNT, Medeiros CO, Fiori LS, Ulbrich, AZ. Percepções do cotidiano alimentar de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista Contexto e Saúde*, 2016 [acesso em 20 de setembro de 2020]; 30(16). Disponível em: 10.21527/2176-7114.2016.30.100-109.
- 17 Paula FM, Silvério GB, Jorge RPC, Felício PVP, Melo LA, Braga T, Carvalho KCN. Transtorno do espectro do autismo: impacto no comportamento alimentar. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020 [acesso em: 15 de setembro de 2020]; 3(3). Disponível em: 10.34119/bjhrv3n3-083.
- 18 Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017 [acesso em 01 de junho de 2020]; 36(1). Disponível em: 10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00004.
- 19 Passos DR, Gigante DP, Maciel FV, Matijasevich A. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*, 2015 [acesso em 01 de junho de 2020]; 33(1). Disponível em: 10.1016/j.rpped.2014.11.007.
- 20 Eales B, Kruger E, Graham M, Van der linde J. Feeding and developmental outcomes of infants in a South African Community. *Primary Health Care Research Development*, 2020 [acesso em 14 de setembro de 2020]; 21(8). Disponível em: 10.1017/S1463423620000067.

LISTA DE FIGURAS

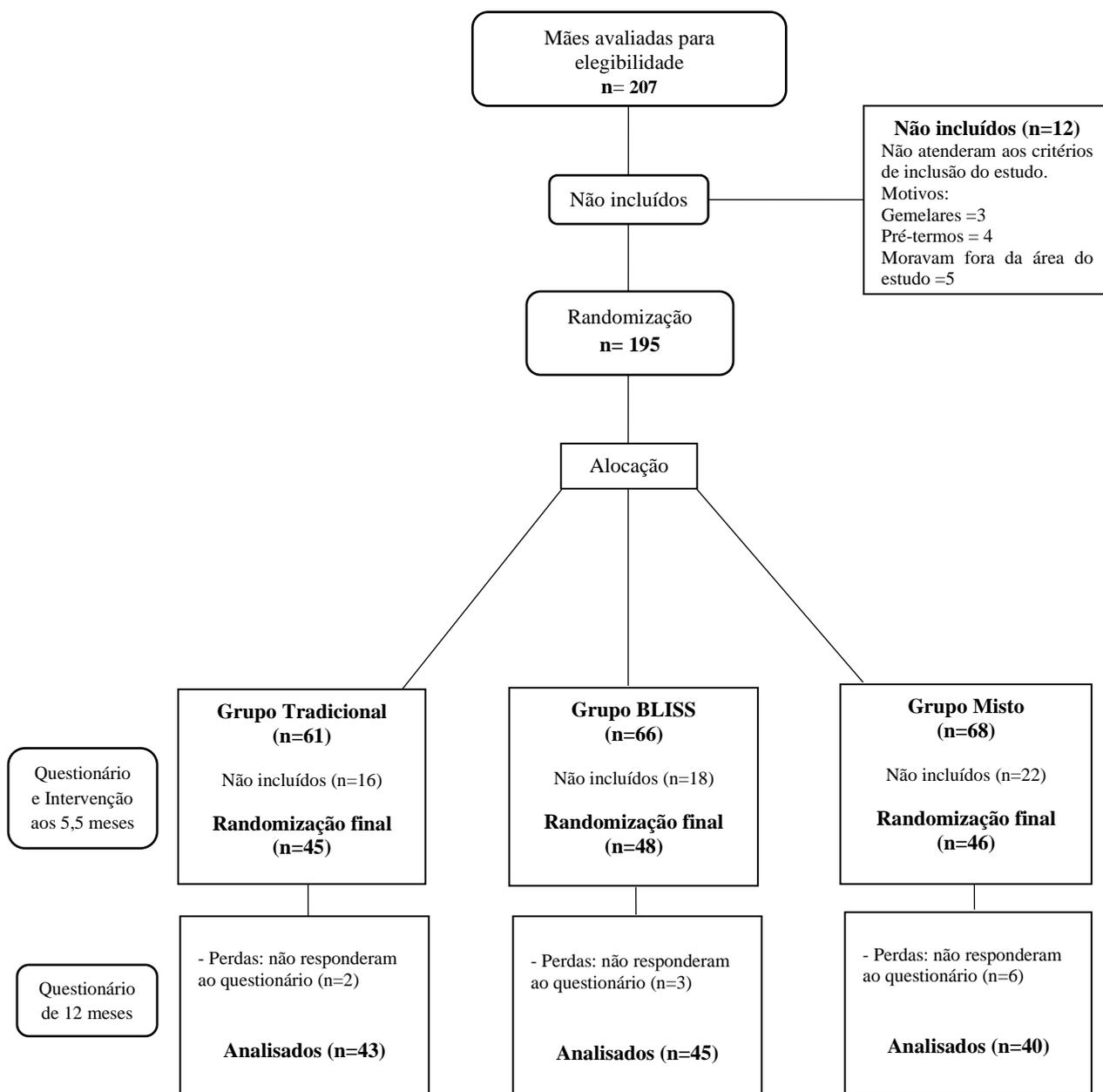


Figura 1. Fluxograma da amostra.

Legenda: *BLISS – Baby-Led Introduction to Solids.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra total e por método de introdução alimentar complementar (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Sexo da criança – n(%)					
Masculino	58(45,3)	17(39,5)	21(46,7)	20(50)	0,617*
Feminino	70(54,7)	26(60,5)	24(53,3)	20(50)	
Anos de estudo da mãe – x±dp	17,6±5,3	16,9±5,3	18±6,1	17,9±4,4	0,627**
Raça materna – n(%)					
Branca	109(85,2)	35(81,4)	38(84,4)	36(90)	0,697*
Outras	19(14,8)	8(18,6)	7(15,6)	4(10)	
Situação conjugal – n(%)					
Casada/União Estável	109(85,2)	34(79,1)	41(91,1)	34(85)	0,273*
Outra	19(14,8)	9(20,9)	4(8,9)	6(15)	
Renda familiar (R\$) – Md (P25-P75)	6000 (4000 - 10000)	5000 (3700 - 10000)	8000 (4000 - 14500)	6000 (4550 - 10000)	0,164**
Número de filhos – x±dp	1,2±0,4	1,3±0,5	1,2±0,4	1,1±0,3	0,228**
Fez acompanhamento pré-natal – n(%)	127(99,2)	42(97,7)	45(100)	40(100)	0,369*
Número de consultas pré-natal – x±dp	11,3±2,6	11,2±2,3	11,1±2,7	11,6±2,7	0,693**
Tipo de parto – n(%)					
Vaginal	50(39,1)	12(27,9)	18(40)	20(50)	0,118*
Cesárea	78(60,9)	31(72,1)	27(60)	20(50)	
Peso da criança ao nascer (kg) – x±dp	3,2±0,4	3,3±0,4	3,3±0,4	3,2±0,4	0,684**
Comprimento da criança ao nascer (cm) – x±dp	48,7±1,9	48,7±1,9	49±2	48,4±1,7	0,364**
Recebeu orientação de AM durante o pré-natal – n(%)	69(53,9)	22(51,2)	21(46,7)	26(65)	0,329*
Mamou na primeira hora de vida – n(%)	73(57)	23(53,5)	23(51)	27(67,5)	0,265*

* Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** ANOVA; p<0,05.

Legenda: BLISS – *Baby-Led Introduction to SolidS*; AM – aleitamento materno.

Tabela 2. Caracterização da amostra total e por método de introdução alimentar complementar, aos 12 meses (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Peso da criança (kg) – x±dp	9,6±1,2	9,8±1,4	9,5±1,0	9,6±1,1	0,582**
Idade da Introdução alimentar complementar (em dias) – x±dp	172,5±24,2	168,2±28,7	174,0±22,7	175,5±20,1	0,343**
Vai à creche – n(%)	37(28,9)	18(41,9)	12(26,7)	7(17,5)	0,046*
Está em AM – n(%)	96(75)	34(79)	34(75,5)	28(70)	0,631*
Faz uso de mamadeira – n(%)	77(60,2)	27(62,8)	30(66,7)	20(50)	0,267*
Faz uso de chupeta – n(%)	42(32,8)	14(32,5)	18(40)	10(25)	0,339*
Faz sucção de dedo – n(%)	18(14,1)	9(21)	8(17,8)	1(2,5)	0,037*

* Teste do Qui-quadrado de Pearson; ** ANOVA; p<0,05.

Legenda: BLISS – Baby-Led Introduction to Solids; AM – aleitamento materno.

Tabela 3. Questionário EBAI, por amostra total e por método de introdução alimentar complementar (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p*
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Total raw score					
x \pm dp	34,2 \pm 9,7	34 \pm 10,5	35,7 \pm 10,8	32,8 \pm 7,1	0,382
med (min – max)	32 (15–63)	32 (15–63)	34 (20–60)	31 (18–50)	
T-score					
x \pm dp	51,4 \pm 7,6	51,2 \pm 8,3	52,5 \pm 8,5	50,3 \pm 5,5	0,402
med (min – max)	50 (36-74)	50 (36–74)	51 (40–72)	49 (39–64)	

* Teste Anova; Legenga: BLISS: *Baby-Led Introduction to Solids*.

Tabela 4. Distribuição absoluta e relativa das respostas ao Questionário EBAI (n=128)

Variáveis	Respostas						
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	7 n (%)
1. O que acha dos momentos de refeições com a criança?	Muito difícil						Fácil
Total	-	2 (1,6)	13 (10,2)	22 (17,2)	27 (21,1)	34 (26,6)	30 (23,4)
Tradicional	-	2 (1,6)	1 (0,8)	8 (6,3)	11 (8,6)	11 (8,6)	10 (7,8)
BLISS	-	-	10 (7,8)	10 (7,8)	6 (4,7)	8 (6,3)	11 (8,6)
Misto	-	-	2 (1,6)	4 (3,1)	10 (7,8)	15 (11,7)	9 (7)
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	Não estou preocupado						Estou muito preocupado
Total	10 (7,8)	10 (7,8)	9 (7)	14 (10,9)	26 (20,3)	23 (18)	36 (28,1)
Tradicional	4 (3,1)	3 (2,3)	2 (1,6)	7 (5,5)	8 (6,3)	6 (4,7)	13 (10,2)
BLISS	3 (2,3)	4 (3,1)	4 (3,1)	3 (2,3)	8 (6,3)	9 (7)	14 (10,9)
Misto	3 (2,3)	3 (2,3)	3 (2,3)	4 (3,1)	10 (7,8)	8 (6,3)	9 (7)
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	Nunca tem fome						Tem um bom apetite
Total	-	4 (3,1)	6 (4,7)	17 (13,3)	24 (18,8)	29 (22,7)	48 (37,5)
Tradicional	-	2 (1,6)	3 (2,3)	3 (2,3)	6 (4,7)	10 (7,8)	19 (14,8)

	BLISS	-	1 (0,8)	2 (1,6)	9 (7)	9 (7)	7 (5,5)	17 (13,3)	
	Misto	-	1 (0,8)	1 (0,8)	5 (3,9)	9 (7)	12 (9,4)	12 (9,4)	
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?			No início da refeição					No fim da refeição	
	Total	6 (4,7)	5 (3,9)	7 (5,5)	19 (14,8)	20 (15,6)	29 (22,7)	42 (32,8)	
	Tradicional	3 (2,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	7 (5,5)	4 (3,1)	10 (7,8)	16 (12,5)	
	BLISS	1 (0,8)	2 (1,6)	4 (3,1)	10 (7,8)	8 (6,3)	7 (5,5)	13 (10,2)	
	Misto	2 (1,6)	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)	8 (6,3)	12 (9,4)	13 (10,2)	
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?			1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60
	Total	17 (13,3)	43 (33,6)	42 (32,8)	16 (12,5)	6 (4,7)	2 (1,6)	2 (1,6)	
	Tradicional	12 (9,4)	11 (8,6)	9 (7)	7 (5,5)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)	
	BLISS	2 (1,6)	16 (12,5)	19 (14,8)	4 (3,1)	3 (2,3)	1 (0,8)	-	
	Misto	3 (2,3)	16 (12,5)	14 (10,9)	5 (3,9)	1 (0,8)	-	1 (0,8)	
6. Como sua criança se comporta durante a refeição?			Se comporta muito bem					Faz grande bagunça, birra, manha	
	Total	21 (16,4)	35 (27,3)	19 (14,8)	25 (19,5)	18 (14,1)	5 (3,9)	5 (3,9)	
	Tradicional	10 (7,8)	8 (6,3)	5 (3,9)	11 (8,6)	5 (3,9)	3 (2,3)	1 (0,8)	
	BLISS	5 (3,9)	13 (10,2)	8 (6,3)	7 (5,5)	7 (5,5)	1 (0,8)	4 (3,1)	

	Misto	6 (4,7)	14 (10,9)	6 (4,7)	7 (5,5)	6 (4,7)	1 (0,8)	-
7. A sua criança nauseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?								Na maioria das vezes
	Nunca							
	Total	41 (32)	53 (41,4)	13 (10,2)	9 (7)	8 (6,3)	2 (1,6)	2 (1,6)
	Tradicional	12 (9,4)	18 (14,1)	5 (3,9)	3 (2,3)	2 (1,6)	2 (1,6)	1 (0,8)
	BLISS	11 (8,6)	20 (15,6)	6 (4,7)	3 (2,3)	4 (3,1)	-	1 (0,8)
	Misto	18 (14,1)	15 (11,7)	2 (1,6)	3 (2,3)	2 (1,6)	-	-
8. A sua criança fica com a comida parada na boca?								Nunca
	Na maioria das vezes							
	Total	2 (1,6)	1 (0,8)	10 (7,8)	5 (3,9)	10 (7,8)	39 (30,5)	61 (47,7)
	Tradicional	-	-	4 (3,1)	2 (1,6)	5 (3,9)	13 (10,2)	19 (14,8)
	BLISS	1 (0,8)	1 (0,8)	2 (1,6)	3 (2,3)	3 (2,3)	12 (9,4)	23 (18)
	Misto	1 (0,8)	-	4 (3,1)	-	2 (1,6)	14 (10,9)	19 (14,8)
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo brinquedos, TV) durante a refeição para que ele coma?								Na maioria das vezes
	Nunca							
	Total	62 (48,4)		15 (11,7)	6 (4,7)	10 (7,8)	6 (4,7)	3 (2,3)
	Tradicional	24 (18,8)	26 (20,3)	4 (3,1)	1 (0,8)	5 (3,9)	1 (0,8)	2 (1,6)
	BLISS	21 (16,4)	6 (4,7)	4 (3,1)	2 (1,6)	3 (2,3)	4 (3,1)	1 (0,8)
			10 (7,8)	7 (5,5)	3 (2,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	-

	Misto	17 (13,3)	10 (7,8)					
10. Você precisa forçar sua criança a comer ou beber?								Nunca
		Na maioria das vezes						
	Total	3 (2,3)	4 (3,1)	-	4 (3,1)	7 (5,5)	29 (22,7)	81 (63,3)
	Tradicional	1 (0,8)	2 (1,6)	-	1 (0,8)	3 (2,3)	6 (4,7)	30 (23,4)
	BLISS	2 (1,6)	1 (0,8)	-	3 (2,3)	2 (1,6)	12 (9,4)	25 (19,5)
	Misto	-	1 (0,8)	-	-	2 (1,6)	11 (8,6)	26 (20,3)
11. Como é a habilidade de mastigação (e sucção) da sua criança?								Muito Ruim
		Boa						
	Total	91 (71,1)	24 (18,8)	5 (3,9)	1 (0,8)	1 (0,8)	3 (2,3)	3 (2,3)
	Tradicional	31 (24,2)	6 (4,7)	3 (2,3)	-	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
	BLISS	30 (23,4)	10 (7,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	-	2 (1,6)	1 (0,8)
	Misto	30 (23,4)	8 (6,3)	1 (0,8)	-	-	-	1 (0,8)
12. O que você acha do crescimento da sua criança?								Crescendo bem
		Crescendo pouco						
	Total	1 (0,8)	-	2 (1,6)	6 (4,7)	9 (7)	18 (14,1)	92 (71,9)
	Tradicional	-	-	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,1)	6 (4,7)	31 (24,2)
	BLISS	-	-	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)	6 (4,7)	34 (26,6)

	Misto	1 (0,8)	-	-	3 (2,3)	3 (2,3)	6 (4,7)	27 (21,1)
13. Como a alimentação da sua criança influencia sua relação com ela?		De forma muito negativa						Não influencia nada
	Total	1 (0,8)	-	2 (1,6)	17 (13,3)	17 (13,3)	27 (21,1)	64 (50)
	Tradicional	1 (0,8)	-	-	6 (4,7)	10 (7,8)	6 (4,7)	20 (15,6)
	BLISS	-	-	1 (0,8)	5 (3,9)	4 (3,1)	11 (8,6)	24 (18,8)
	Misto	-	-	1 (0,8)	6 (4,7)	3 (2,3)	10 (7,8)	20 (15,6)
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?		Não influencia nada						De forma muito negativa
	Total	50 (39,1)	31 (24,2)	18 (14,1)	14 (10,9)	10 (7,8)	5 (3,9)	-
	Tradicional	21 (16,4)	7 (5,5)	8 (6,3)	3 (2,3)	4 (3,1)	-	-
	BLISS	14 (10,9)	15 (11,7)	6 (4,7)	5 (3,9)	3 (2,3)	2 (1,6)	-
	Misto	15 (11,7)	9 (7)	4 (3,1)	6 (4,7)	3 (2,3)	3 (2,3)	-
