



Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil

Influential aspects of the introduction of infant food

Aspectos que influyen en la introducción de alimentos en la infancia

Nathalia Kellen Lucas de Melo* 

Raelly Stephane do Carmo Antonio* 

Letícia Siqueira Falce Passos* 

Renata Maria Moreira Moraes Furlan* 

Resumo

Introdução: O Ministério da Saúde recomenda que a introdução alimentar infantil seja feita aos 6 meses de idade, porém, observa-se que muitas famílias introduzem alimentos antes dessa faixa etária, o que pode prejudicar a saúde da criança. Isso pode ocorrer devido às crenças existentes, experiências prévias da família, entre outros fatores de ordem social e cultural. **Objetivo:** Investigar aspectos influenciadores da introdução alimentar de crianças. **Métodos:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, com amostra não probabilística, de conveniência. Foram incluídos no estudo 22 pais ou responsáveis de crianças com idade até 24 meses. Foi aplicado um questionário com os pais ou responsáveis que continha perguntas relacionadas à criança, à família e aos fatores socioculturais; introdução alimentar; e crenças e conhecimentos sobre introdução alimentar. **Resultados:** Houve prevalência de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de 31,8% e introdução alimentar em tempo oportuno de 45%. Os resultados demonstram correlação entre escolaridade, renda, presença de plano de saúde e ocupação dos pais fora de casa com conhecimento sobre alimentação complementar. Encontrou-se também correlação entre o conhecimento dos pais e tempo de aleitamento materno exclusivo e tempo em que foi introduzida alimentação complementar. **Conclusão:** A partir dos resultados pode-se inferir que o nível de instrução, a ocupação e a renda familiar exercem influência no conhecimento dos pais sobre introdução alimentar. E que este conhecimento influencia a duração do aleitamento materno exclusivo e a época da introdução alimentar.

* Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte – MG, Brasil.

Contribuição dos autores:

NKLM e RSCA: responsáveis pela concepção e delineamento do estudo, pela coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados, bem como elaboração do manuscrito;

RMMMMF e LSFP: responsáveis pela orientação geral das etapas de execução e revisão do artigo.

E-mail para correspondência: Renata Maria Moreira Moraes Furlan - renatamfurlan@gmail.com

Recebido: 28/05/2020

Aprovado: 05/10/2020



Palavras-chave: Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente; Comportamento Alimentar; Alimentação mista; Lactente; Características Culturais; Fatores Socioeconômicos; Conhecimento.

Abstract

Introduction: The Ministry of Health recommends that the introduction of infant food be made at 6 months of age; however, it is observed that many families introduce food before this age group, which can harm the child's health. This may be due to existing beliefs, previous family experiences, and other social and cultural factors. **Objective:** To investigate aspects that influence the food introduction for children. **Methods:** The present study is a cross-sectional, quantitative research, with a non-probabilistic, convenience sample. The study included 22 parents or guardians of children aged up to 24 months. A questionnaire containing questions related to the child, the family and socio-cultural factors and questions about food introduction, beliefs and knowledge about this introduction, was applied with the parents or guardians. **Results:** There was a prevalence of exclusive breastfeeding up to 6 months of 31.8% and right timely feeding of 45%. The results show a correlation between schooling, income, health insurance and occupation of parents outside the home with knowledge about complementary feeding. A correlation was also found between the parents' knowledge and the duration of exclusive breastfeeding and the time when complementary feeding was introduced. **Conclusion:** From the results, it can be inferred that the level of education, occupation and family income influence the parents' knowledge about food introduction. And that this knowledge influences the duration of exclusive breastfeeding and the timing of food introduction.

Keywords: Infant Nutritional Physiological Phenomena; Feeding Behavior; Mixed Feeding; Infant; Cultural Characteristics; Socioeconomic Factors; Knowledge.

Resumen

Introducción: El Ministerio de Salud recomienda la introducción de alimentos para bebés a los 6 meses de edad, sin embargo, se observa que muchas familias introducen alimentos antes de este grupo de edad, lo que puede dañar la salud del niño. Esto puede deberse a creencias existentes, experiencias familiares previas, entre otros factores sociales y culturales. **Objetivo:** investigar aspectos que influyen en la introducción de alimentos en los niños. **Métodos:** Este estudio es una investigación transversal, cuantitativa, con una muestra de conveniencia no probabilística. El estudio incluyó a 22 padres o tutores de niños de hasta 24 meses. Se aplicó un cuestionario con los padres o tutores que contenía preguntas relacionadas con el niño, la familia y factores socioculturales; introducción de alimentos; y creencias y conocimientos sobre la introducción de alimentos. **Resultados:** hubo una prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta 6 meses de 31,8% y alimentación oportuna de 45%. Los resultados demuestran una correlación entre escolaridad, ingresos, presencia de seguro de salud y ocupación de padres fuera del hogar con conocimiento sobre alimentación complementaria. También se encontró una correlación entre el conocimiento de los padres y el tiempo de lactancia materna exclusiva y el momento en que se introdujo la alimentación complementaria. **Conclusión:** a partir de los resultados, se puede inferir que el nivel de educación, la ocupación y el ingreso familiar influyen en el conocimiento de los padres sobre la introducción de alimentos. Y que este conocimiento influye en la duración de lactancia materna exclusiva y el tiempo de introducción de alimentos.

Palabras clave: Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante; Conducta Alimentaria; Alimentación Mixta; Lactante; Características Culturales; Factores Socioeconómicos; Conocimiento

Introdução

Nos últimos anos, tem-se discutido muito a respeito da importância do aleitamento materno e consequentemente surgem questionamentos com relação à alimentação complementar para os bebês. Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), as crianças só devem começar a ingerir alimentos, além do leite materno, após os seis meses de idade¹. Assim sendo, a introdução de qualquer alimento antes dessa idade é considerada precoce. A recomendação para a alimentação complementar, a partir dos seis meses, parte do pressuposto que até essa idade a criança não precisa de nenhum outro alimento que não seja o leite materno². Outro motivo para que a complementação seja feita dessa forma é o desenvolvimento motor da criança, pois aos seis meses a criança consegue sustentar tronco e coluna cervical, sendo capaz de ficar sentada sem apoio, e os movimentos de língua e mandíbula são mais apropriados para a mastigação³.

É importante que a introdução de alimentos não ocorra de maneira precoce, visto que o desenvolvimento das estruturas, estáticas e dinâmicas, que compõem o sistema estomatognático está diretamente relacionado aos estímulos de sucção que estão presentes na amamentação^{4,5}. O sistema estomatognático é responsável pelas funções de sucção, respiração, deglutição, fala e mastigação⁶. Por isso, estímulos adequados realizados durante a amamentação promovem o correto desenvolvimento das demais funções orofaciais da criança⁴.

Pesquisas apontam que crianças que receberam alimentos antes do período adequado foram mais suscetíveis a doenças⁷, desnutrição² e obesidade⁸. Além dos prejuízos que são notados em curto prazo, de acordo com a OMS existem consequências em longo prazo, tais como, fraco desempenho escolar, produtividade diminuída e menor desenvolvimento intelectual e social⁹. Uma pesquisa verificou que indivíduos que foram amamentados apresentaram melhores resultados nos testes cognitivos, evidenciando uma correlação entre a amamentação e o desenvolvimento da inteligência¹⁰.

Como já constatado por alguns estudos, a introdução de alimentos na dieta infantil ocorre muitas vezes de maneira precoce¹¹⁻¹³. Isso está frequentemente associado às crenças que permeiam a alimentação da criança² e também a uma possível dificuldade de compreensão ou mesmo

de assimilação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde aos pais, fazendo com que eles se esqueçam das orientações ou prefiram não segui-las¹³.

Ainda é possível notar que as mães se sentem mais seguras ao oferecer alimentos às crianças, uma vez que, durante o preparo das refeições, elas têm total domínio do que será dado à criança, como será oferecido, e ainda podem ter controle sobre a quantidade de alimento ingerido pela criança; o mesmo não acontece com o leite materno, pois sua produção é mediada por processos fisiológicos e hormonais que muitas vezes não são compreendidos pelas mães¹⁴.

A escolha dos alimentos que irão compor a dieta da criança também se relaciona com o poder de compra da família¹⁵. Dessa maneira, a alimentação da criança deve ser entendida como um fenômeno de ordem sociocultural e econômica, visto que, para escolher os alimentos e o momento em que eles serão oferecidos, os pais ou responsáveis consideram as experiências já vividas, o valor comercial dos alimentos disponíveis no mercado e outros fatores de ordem social e cultural^{2,14}.

Além das questões nutricionais, o modo como os alimentos são oferecidos à criança no período de alimentação complementar merece atenção. Nesse contexto, o fonoaudiólogo tem papel relevante, com olhar direcionado à prevenção de alterações funcionais do sistema estomatognático e de distúrbios alimentares infantis como a recusa ou seletividade alimentar¹⁶. O Ministério da Saúde recomenda que a introdução alimentar seja realizada inicialmente na consistência pastosa, porém com os alimentos amassados com garfo e não peneirados ou batidos no liquidificador e que os alimentos sejam apresentados separados, ao invés de misturados¹⁷. Esta recomendação é favorável ao desenvolvimento do paladar e olfato, possibilita experiências sensoriais e o aprendizado da mastigação. Outra abordagem de introdução alimentar, denominada *Baby Led Weaning* (BLW), tem ganhado popularidade na última década¹⁸. O BLW preconiza a oferta de alimentos em pedaços maiores e autonomia da criança para ingeri-los, não sendo, portanto, utilizados talheres¹⁸⁻²⁰. Dentre as vantagens deste método citam-se a maior possibilidade de exploração de sabor, textura, cor e cheiro de cada alimento, maior autonomia da criança e desenvolvimento da coordenação visuomotora. Independente da forma que a família adotar para a

introdução alimentar, são orientações realizadas por fonoaudiólogos: respeitar a autonomia da criança, permitir que ela manipule os alimentos, inseri-la nos momentos e ambientes de refeição em família e oferecer consistências compatíveis com o nível de desenvolvimento motor oral da criança²¹.

Embora existam muitos estudos que investigam aspectos influenciadores da amamentação, são escassos os que abordam introdução alimentar infantil, especialmente no que diz respeito ao modo como os alimentos são oferecidos à criança. Sendo assim, o presente estudo busca esclarecimentos sobre a realização do processo de introdução alimentar em crianças, fornecendo dados que permitirão aos profissionais de saúde abordar os pais/responsáveis de forma mais eficaz. Para isso, o objetivo desta pesquisa foi investigar os aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil.

Material e método

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, com amostra não probabilística, de conveniência, realizada em três escolas da rede privada de ensino das cidades de Belo Horizonte e Contagem. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Metodista Izabela Hendrix sob o parecer nº 3.180.360.

Foram incluídos no estudo 22 pais ou responsáveis de crianças, sendo 12 (54,5%) de crianças do sexo masculino e 10 de crianças (45,5%) do feminino. A maioria das crianças (81%) tinha idade entre 13 e 24 meses. Constituíram os critérios de inclusão: ter pelo menos um filho com idade entre 0 e 2 anos com ausência de síndromes, aceitar participar da pesquisa, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e ter disponibilidade para responder a um questionário. Foram excluídos do estudo os participantes que responderam menos do que 80% dos itens do questionário.

O recrutamento dos participantes foi realizado via e-mail e por bilhete, sendo intermediado pelas escolas. Para realização da coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para este estudo (Quadro 1), o qual foi entregue aos pais/responsáveis e recolhido, com as respostas, dentro de um período de quatro dias.

O questionário compunha-se de três blocos de perguntas. No bloco I constavam questões sobre aspectos pessoais da criança e da família, e socioculturais: idade e sexo da criança, data de nascimento,

peso ao nascer, idade gestacional, idade da mãe, duração da licença maternidade, trabalho dos pais fora de casa, escolaridade dos pais, renda familiar e plano de saúde da família. No bloco II, constavam questões sobre o processo alimentar da criança: a idade máxima de alimentação exclusiva pelo leite da mãe, a idade máxima de amamentação, idade de início da oferta de alimentos; questionou-se se a oferta de alimentos, no momento em questão, era feita com alimentos separados ou misturados, a consistência do alimento no início da introdução, se a criança manipulava o alimento, se a criança se alimentava assistindo à televisão e/ou brincando e/ou mexendo no telefone, se fazia uso de mamadeira, se fazia uso de chupeta e se as refeições eram feitas junto com a família. No bloco III, os pais/responsáveis respondiam questões relacionadas ao conhecimento e crenças sobre alimentação infantil.

O questionário foi desenvolvido pelas autoras da presente pesquisa, sendo três fonoaudiólogas e uma nutricionista, e teve por base o Manual com Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica, desenvolvido pelo Ministério da Saúde²², os dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos¹⁷ e o documento que apresenta os indicadores para avaliação das práticas de alimentação de lactentes e crianças, publicado pela Organização Mundial da Saúde²³.

Após a coleta de dados, os resultados foram transcritos para uma planilha do Microsoft® Excel. Os dados nominais foram alterados para um código de letras/números, garantindo o sigilo dos dados pessoais dos entrevistados. Além disso, a partir das perguntas sobre o conhecimento e crenças referentes à introdução alimentar infantil, foi calculado o escore, quantificando as respostas compatíveis com as orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, sendo 1 ponto para cada resposta dada conforme o que é preconizado. Sendo assim a menor pontuação possível de ser obtida no questionário era zero e a maior, 10. Os resultados foram submetidos à análise, com a finalidade de descrever a amostra, em que se realizaram medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas e análise de frequência para as variáveis categóricas. Duas crianças ainda não haviam sido submetidas à introdução alimentar, pois tinham um e dois meses de idade. Estas não foram incluídas nas análises de associação das

Quadro 1. Questionário aplicado aos pais ou responsáveis

BLOCO I - DADOS DO SEU FILHO, DA FAMÍLIA E SOCIOCULTURAIS		
1 - Sexo da criança: () Feminino () Masculino 2 - Data de Nascimento ____/____/____ 3 - Idade da criança: _____		
4 - Nasceu de quantas semanas? _____ 5 - Peso ao nascer: _____		
6 - Fez pré-natal? () Sim () Não 7 - Se fez o pré-natal, teve quantas consultas? _____		
8 - Idade da mãe: _____ 9 - Profissão da mãe: _____		
10 - Mãe autônoma ou carteira assinada? _____		
11 - Se possui carteira assinada, quanto tempo obteve de licença maternidade? _____		
12 - Idade do pai: _____ 13 - Profissão do pai: _____		
14 - Os pais trabalham fora de casa? () Sim () Não () Às vezes		
15 - Se sim, quando precisa, quem cuida da criança? (se necessário, marcar mais de uma opção) () Família () Amigos () Creche/Escola () Babá		
16 - Escolaridade da mãe: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo		
17 - Escolaridade do pai () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo		
18 - Quantas pessoas moram na casa? _____		
19 - Qual o grau de parentesco das pessoas que moram com você? (exemplo: tio, irmão, marido, filho) _____		
20 - Renda Familiar: () Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 2 e 4 salários mínimos () Acima de 5 salários mínimos		
21 - A família possui plano de saúde? () Sim () Não		
22 - O desenvolvimento da criança é acompanhado regularmente pelo pediatra ou outro profissional? () Sim () Não		
23 - Quando é necessário atendimento referente à saúde da criança, você utiliza qual rede de saúde na maioria das vezes? () Pública () Privada		
BLOCO II - INTRODUÇÃO ALIMENTAR		
1 - A criança está ou já esteve alimentando-se APENAS de leite materno? () Não () Sim		
2 - Até que idade se alimentou APENAS pelo leite da mãe? _____		
3 - A criança mama ou já mamou no peito? () Não () Sim Se sim, até qual idade? _____		
4 - A criança toma ou já tomou leite de caixinha? () Não () Sim		
5 - A criança se alimentou de fórmula infantil? () Não () Sim		
6 - Se a criança já se alimenta com alimentos sólidos, como é atualmente realizada a oferta de alimentos? () Misturados () Separados		
7 - Como era a consistência do alimento no início da introdução alimentar? () Em pedaços () Amassados () Peneirada () Liquidificada () Caldo		
8 - E hoje, como é a consistência? () Em pedaços () Amassados () Peneirada () Liquidificada () Caldo		
9 - Qual é a posição em que a criança se alimenta ou é alimentada? () No colo () No sofá () Na cadeirinha () No chão		
10 - Quais os utensílios utilizados nas refeições? () Colher de plástico ou silicone () Colher de metal () Prato () Copo com bico () Mamadeira () Copo () Outros: _____		
11 - A criança manipula o alimento com as mãos? () Não () Sim		
12 - A criança tem costume de se alimentar vendo TV, brincando ou mexendo no telefone? () Não () Sim		
13 - A criança faz uso de mamadeira? () Não () Sim		
14 - A criança faz uso de chupeta? () Não () Sim		
15 - As refeições da criança são feitas junto com a família? () Não () Sim () Às vezes		
16 - Onde você busca informações sobre introdução alimentar? () Família () Médico () Internet () TV () Amigos () Outros		
BLOCO III - CONHECIMENTO E CRENÇAS SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR		
1 - Você considera o leite materno fraco? () Sim () Não () Às vezes		
2 - Você considera o iogurte um alimento saudável? () Sim () Não		
3 - O primeiro alimento sólido do bebê precisa ser a papinha? () Sim () Não		
4 - Se a criança recusar o alimento duas vezes quer dizer que ela não gosta? () Sim () Não () Às vezes		
5 - Até que nasçam os dentes, a criança deve comer tudo amassado? () Sim () Não		
6 - A fruta é mais saudável que o suco da fruta? () Sim () Não		
7 - O leite de caixinha sustenta mais a criança do que o leite materno? () Sim () Não		
8 - O bebê precisa de água desde recém-nascido? () Sim () Não		
9 - Chás são bons para bebês de até seis meses? () Sim () Não		
10 - O bebê já pode comer papinha a partir de quatro meses? () Sim () Não		
11 - Faz mal dar doces para o bebê? () Sim () Não		
12 - Refrigerante faz mal para crianças? () Sim () Não		
13 - Com qual alimento você tem certeza que a criança está satisfeita (cheia)? () Leite materno () Comida		

questões referentes à introdução alimentar do bloco II. Aplicou-se o teste T para amostras independentes, teste Mann-Whitney ou ANOVA para avaliação da associação entre variáveis categóricas e contínuas. Aplicou-se o teste de correlação de Spearman para avaliação da correlação entre as variáveis contínuas, sendo considerada a seguinte classificação: 0 - 0,2 correlação péssima; 0,21 - 0,4 correlação ruim; 0,41 - 0,6 correlação regular; 0,61 - 0,8 correlação boa; 0,81 - 1,00 correlação ótima. Considerou-se como significativos valores

de $p < 0,05$. Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico IBM SPSS.

Resultados

Verificou-se que a idade mínima dos respondentes foi de 24 anos, máxima de 56 anos, com média de 33 anos e desvio padrão de 7 anos. As Tabelas 1 e 2 apresentam a análise descritiva dos participantes do estudo e os dados referentes ao Bloco I e Bloco II do questionário.

Tabela 1. Distribuição das frequências das respostas para as variáveis do Bloco I do questionário

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	12	54,5
	Masculino	10	45,5
Idade da criança	0 a 6 meses	2	9,1
	7 meses a 12 meses	2	9,1
	13 meses a 24 meses	18	81,8
Idade gestacional	42 semanas completas ou mais	1	4,5
	Menos de 37 semanas	2	9,1
	Entre 37 e 42 semanas	19	86,4
Peso ao nascimento	Adequado (maior que 3.000 g)	14	63,6
	Insuficiente (2.500 a 3.000 g)	6	27,3
	Baixo Peso (1.500 a 2.500 g)	2	9,1
Tempo de licença maternidade	Menos de 4 meses	1	4,5
	De 4 a 6 meses	14	63,6
	Mais de 6 meses	1	4,5
Trabalho dos pais fora de casa	Não respondeu	6	27,3
	Sim	16	72,7
	Não	2	9,1
Escolaridade dos pais (maior escolaridade do casal)	Às vezes	4	18,2
	Ensino Fundamental	1	4,5
	Ensino Médio	7	31,8
Renda familiar	Ensino Superior	14	63,6
	Não respondeu	3	13,6
	De 1 a 2 salários mínimos	3	13,6
Plano de saúde	De 2 a 4 salários mínimos	7	31,8
	Mais de 5 salários mínimos	9	40,9
	Sim	16	72,7
	Não	6	27,3

Legenda: g = gramas

Tabela 2. Distribuição das frequências de resposta do bloco ii do questionário

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
Até quantos meses se alimentou APENAS pelo leite da mãe?	0 mês	2	9,1
	1 mês	1	4,5
	3 meses	2	9,1
	4 meses	6	27,3
	6 meses	7	31,8
	7 meses	1	4,5
	Não respondeu	3	13,6
Até qual idade mamou no peito?	0-5 meses	4	20,0
	6-12 meses	8	40,0
	13-24 meses	8	40,0
Com qual idade iniciou a oferta de alimentos?	0-3 meses	1	5,0
	4-5 meses	10	50,0
	6 meses	9	45,0
	Misturados	12	60,0
Como é atualmente realizada a oferta de alimentos?	Separados e Misturados	1	5,0
	Separados	7	30,0
	Em pedaços	1	5,0
Como era a consistência do alimento no INÍCIO da introdução alimentar?	Amassados	16	80,0
	Amassados e peneirados	1	5,0
	Peneirado	2	10,0
A criança manipula o alimento com as mãos?	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
A criança tem costume de se alimentar vendo TV, brincando ou mexendo no telefone?	Sim	10	50,0
	Não	9	45,0
	As vezes	1	5,0
Faz uso de mamadeira?	Sim	15	68,2
	Não	7	31,8
Faz uso de chupeta?	Sim	10	45,5
	Não	11	50,0
	Não respondeu	1	4,5
As refeições da criança são feitas junto com a família?	Sim	14	70,0
	Não	2	10,0
	Às vezes	4	20,0

A Tabela 1 mostra que houve maior frequência de crianças do sexo feminino, com idade entre 13 e 24 meses, nascidas a termo e com peso adequado. A maior parte das mães obteve licença maternidade entre quatro e seis meses, os pais, em sua maioria, trabalhavam fora de casa e cursaram ensino superior. A renda familiar mais frequente foi acima de cinco salários mínimos e a maioria dos participantes tinha plano de saúde.

A Tabela 2 mostra que o grupo com maior número de crianças foi aquele que permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os seis meses. A oferta de alimentos iniciou-se entre 0 e 5 meses de idade para a maior parte das crianças. Sobre a forma de apresentação do alimento, na maior parte dos casos, o alimento era oferecido misturado e a

criança manipulava o alimento com as mãos. Com relação à consistência do alimento ofertado no início da introdução alimentar, observou-se que, em sua maioria, era ofertado amassado. A maioria das crianças usava mamadeira, mas não chupeta.

Com relação ao ambiente em que eram realizadas as refeições, verificou-se que, em sua maioria, as crianças faziam as refeições junto à família, porém a metade dos entrevistados relatou o costume de alimentar a criança em frente às telas (televisão, celular, entre outros) ou com brinquedos.

O escore sobre “Crenças e conhecimentos sobre alimentação”, Bloco III do questionário, variou de quatro a dez pontos, sendo a média de 7,1 e desvio padrão de 1,9 pontos.

Na análise de correlação entre os blocos I, II e III do questionário (Tabela 3) houve correlação entre o escore de conhecimento e as seguintes variáveis: tempo que alimentou apenas pelo leite

da mãe, idade que iniciou a oferta de alimentos, trabalho fora de casa, renda, escolaridade dos pais e possuir plano de saúde.

Tabela 3. Análise de associação entre o escore do bloco III e tempo que alimentou apenas pelo leite da mãe, idade que iniciou a oferta de alimentos, pais trabalham fora de casa, escolaridade dos pais e possuir plano de saúde.

Variáveis	N	Escore Médio	Desvio Padrão	Valor de p e grau da correlação	Interpretação	
	0 meses	2	4,7	1,1		
Até quantos meses se alimentou APENAS pelo leite da mãe?	1 mês	1	4,0	-		
	3 meses	2	6,7	1,8	p=0,002* r=0,658***	Quanto maior o escore, maior o tempo de amamentação.
	4 meses	6	7,4	1,9		
	6 meses	7	8,3	1,4		
	7 meses	1	9,0	-		
Com qual idade iniciou a oferta de alimentos?	0-3 meses	1	5,2	-	p=0,007* r=0,570***	Quanto maior o escore, mais tempo demorou para introdução de outros alimentos.
	4-5 meses	10	6,6	2,0		
	6 meses	9	8,3	1,2		
Os pais trabalham fora de casa?	Sim	16	7,6	1,7	p=0,036** r=0,450***	Os pais que trabalham fora de casa apresentaram um escore maior.
	Não	2	4,7	1,1		
	As vezes	4	6,2	2,1		
Escolaridade dos pais (maior escolaridade do casal)	Fundamental	1	5,0	-	p=0,001** r=0,655***	Quanto maior a escolaridade, maior o escore.
	Médio	7	5,6	1,2		
	Superior	14	8,0	1,7		
A família possui plano de saúde?	Sim	16	7,6	1,9	p=0,037** r=0,448***	Famílias com plano de saúde possuem maior escore.
	Não	6	5,8	1,4		
	De 1 a 2 salários mínimos	3	6,8	1,2		
Renda familiar	De 2 a 4 salários mínimos	7	5,8	2,0	p=0,013** r=0,557***	Famílias com renda maior que 5 salários possuem maior escore.
	Mais de 5 salários mínimos	9	8,5	1,1		

Legenda: N = número de participantes. *teste ANOVA, **teste T, ***correlação de Pearson (Interpretação da correlação: 0 - 0,2: Correlação péssima; 0,21 - 0,4: Correlação ruim; 0,41 - 0,6: Correlação regular; 0,61 - 0,8: Correlação boa; 0,8 - 1,0: Correlação ótima).

Discussão

Os resultados apontaram que o AME e a introdução alimentar aos seis meses foram práticas realizadas por pais com maior conhecimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil e que tal conhecimento foi maior em pais com maior escolaridade, maior renda, acesso a plano de saúde e que trabalham fora de casa.

Foi possível verificar nos resultados que a maior parte das crianças recebeu alimentos além do leite materno antes dos seis meses de idade, o que é considerado introdução alimentar precoce²⁴.

Esse é um achado comum em diversos estudos²⁵⁻²⁷, o que reforça a necessidade de políticas públicas voltadas para amamentação e introdução alimentar.

Foi considerada alta a porcentagem dos entrevistados que relatou que os filhos faziam uso de mamadeira e de chupeta, dada a relação direta entre uso de chupeta e mamadeira e o desmame precoce²⁸⁻³⁰. É importante ressaltar, também, a alta porcentagem de crianças que realizam o momento da alimentação frente às telas e/ou com brinquedos. De acordo com Silva Filho²¹, uma das atitudes que devem ser evitadas para que a criança adquira hábitos alimentares saudáveis é oferecer distrações, especialmente telas, enquanto ela se alimenta. Ao



passo que é boa conduta que o bebê, por volta de seis meses, comece a fazer as refeições junto com a família e que seja incentivado a ter interesse pelos alimentos, o que inclui segurá-los e leva-los à boca¹⁶. Embora a maioria dos entrevistados tenha relatado que os filhos realizam as refeições junto com a família e que permitem a manipulação dos alimentos, essa dinâmica fica comprometida na presença dos distratores.

Outra resposta frequente entre os entrevistados refere-se à oferta aos filhos dos alimentos misturados, ao invés de separados, o que é contrário à recomendação do Ministério da Saúde. A recomendação de se oferecer os alimentos separados pode ser explicada pela maior oportunidade de se conhecer novos sabores e texturas com esse tipo de oferta¹⁷. Por outro lado, a oferta dos alimentos amassados, ao invés de batidos, realizada pela maior parte das famílias, vai ao encontro da recomendação do Ministério da Saúde, sendo uma estratégia para que a criança possa experimentar novas consistências e texturas¹⁷, sendo propícia também para o desenvolvimento da mastigação.

A análise do conhecimento dos pais sobre introdução alimentar, quando relacionada com a escolaridade, renda e ocupação dos pais, demonstra que quanto maior o nível de instrução e a renda, também foi maior a pontuação sobre conhecimentos e crenças com relação à introdução alimentar. Estudos semelhantes realizados no município São Paulo e em Florianópolis relacionaram a escolaridade dos pais com a introdução tardia de água, chás, doces e refrigerantes na dieta infantil^{31,32}, ou seja, quanto maior a escolaridade mais adequadas são as práticas no que se refere à introdução alimentar. A renda familiar também exibe uma relação com a lucidez sobre alimentação da criança, indicando que a população com mais condições econômicas tem mais acesso à informação^{33,34}.

A análise dos resultados também evidenciou que pais que trabalham fora de casa e possuem plano de saúde apresentaram maior conhecimento sobre introdução alimentar. Estudo realizado com usuários de um plano de saúde privado mostrou que, quando os pais recebem mais orientações, eles se apropriam do conhecimento e assumem práticas mais condizentes com as recomendações³⁵.

Em relação à ocupação dos pais, observou-se que aqueles que trabalham fora de casa apresentam maior conhecimento sobre alimentação complementar. Estudos semelhantes apontaram que esses

pais são menos inclinados a práticas de alimentação complementar que contradizem as recomendações^{36,37}. Pode-se inferir que, por trabalhar fora de casa, há um aumento da renda familiar e com isso maiores condições financeiras, para se obter informações acerca da alimentação complementar. A relação existente entre dispor de um plano de saúde e o conhecimento sobre alimentação complementar também pode ser explicado pelo fato de que os pais que trabalham fora, em sua maioria, são os mesmos pais que têm maior escolaridade e renda, o que reforça o impacto da escolaridade e da renda sobre o conhecimento dos pais.

Quando avaliada a relação entre os blocos II e III, observou-se que quanto maior a pontuação no bloco III, maior foi o tempo de AME e mais tardia foi a introdução de outros alimentos. Isso indica que quanto mais informação os pais têm sobre a alimentação complementar, maior é a chance de a introdução alimentar ser feita no tempo que é tido como correto. Esse achado corrobora a literatura que diz que quanto maior o acesso à informação menor a incidência de introdução alimentar precoce³⁸. Foi relatado em uma pesquisa que as mães com maior renda demonstraram seguir as recomendações dos profissionais da saúde quanto à introdução alimentar, e que 50% dos pais entrevistados receberam informações, mas optaram por não segui-las³⁴, achado que demonstra que só fornecer informações não é o suficiente, e que é necessário considerar outros fatores de ordem social e cultural para que sejam efetivas as práticas corretas de introdução alimentar. Também, deve-se considerar que uma atuação com maior empatia na relação profissional da saúde e paciente melhora a efetividade das orientações³⁹.

O estudo em questão contou com uma amostra pequena e um público muito específico. Portanto, os resultados não podem ser generalizados. Outra limitação da presente pesquisa refere-se a não se ter investigado as opiniões e decisões do cuidador, especialmente porque na amostra coletada grande parte dos pais trabalhava fora de casa e a licença maternidade terminava aos seis meses, época de início da introdução alimentar. Para estudos subsequentes, sugere-se uma amostra maior e que contenha indivíduos de diferentes classes sociais, com estruturas familiares diversas e padrões de vida distintos, entre outros fatores. Apesar das limitações supracitadas, esta pesquisa inova ao investigar a maneira como os alimentos são oferecidos na

introdução alimentar, se separados ou misturados, a consistência, a manipulação pela criança e o ambiente em que a oferta é realizada.

Conclusão

Houve correlação entre os aspectos de escolaridade, ocupação fora de casa, renda familiar e ter plano de saúde com o conhecimento dos pais sobre introdução alimentar infantil, sendo os maiores escores na avaliação do conhecimento sobre introdução alimentar obtidos pelos pais com maior escolaridade, que trabalhavam fora de casa, com maior renda e com plano de saúde.

O conhecimento sobre introdução alimentar apresentou correlação com a duração do aleitamento materno exclusivo, sendo que quanto maior o conhecimento dos pais, maior a duração do aleitamento exclusivo, e com a época da introdução alimentar, visto que quanto maior o conhecimento mais próximo dos seis meses a introdução alimentar foi realizada.

Assim, o presente estudo demonstra a necessidade de os profissionais da saúde criarem estratégias para aumentar o conhecimento dos pais com relação à alimentação complementar infantil.

Referências

- World Health Organization. Forty-Seventh World Health Assembly. 1994; 1: 1-202.
- Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 2005; 1-152.
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-led Weaning). 2017. Acesso em: 29 de outubro de 2018. Disponível em: http://www.sbp.com.br/documentos-cientificos/?tx_cwfiles%5Bpage%5D=8&cHash=42803ed96f bdd30e55b073aeb6a39080.
- Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. RFO. 2008; 13(2): 76-81.
- Carbeiro AS, Delgado SE, Brescovici SM. Characterization of feeding development in 6 to 24 month-old children in Canoas/RS. Rev CEFAC. 2009; 11(2): 353-60.
- Alves RA, Cunha MD, Reis AMCS. Análise morfofuncional do sistema estomatognático em usuários de prótese total convencional do Centro Integrado de Saúde-CIS. Rev CEFAC. 2017; 19(5): 712-25.
- Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação Complementar. J Pediatr. 2000; 76(3): 253-62.
- Nascimento VG, Silva JPC, Ferreira PC, Bertoli CJ, Leone C. Maternal breastfeeding, early introduction of non-breast milk, and excess weight in preschoolers. Rev Paul Pediatr. 2016; 34(4): 454-9.
- World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 2005; 1-32.
- Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. The Lancet Global Health. 2015; 3(4): e199-205.
- Bernardi JLD, Jordão RE, Barros Filho AAB. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(5): 405-11.
- Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Infant feeding in the first two years of life. Rev Paul Pediatr. 2018; 36(2): 164-170.
- Escarce AG, Araújo NG, Friche AAL, Motta AR. Influence of guidance about breastfeeding in the behavior of a university hospital users. Rev CEFAC. 2013; 15(6): 1570-82.
- Salve JM, Silva IA. Social representations of mothers on the introduction of complementary foods for infants. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1): 43-8.
- Mello CS, Barros KV, Morais MB. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. J Pediatr. 2016; 92(5): 451-63.
- Junqueira P. Recusa alimentar do bebê aos primeiros alimentos ofertados. In: Motta AR, Furlan RMMM, Tessitore A, Cunha DA, Berretin-Felix, Silva HJ, et al. (orgs). Motricidade Orofacial – a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2017. pp. 63-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 20 p.
- Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: The evidence to date. Curr Nutr Rep. 2017; 6: 148-56.
- Rapley G, Murkett T. Baby-led weaning: helping your baby to love good food. Reino Unido: Vermilion; 2008.
- Gomez MS, Novaes APT, Silva JP, Guerra LM, Possobon RF. Baby-led weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura. Rev Paul Pediatr. 2020; 38: e2018084.
- Silva Filho RF. Quando a criança não quer comer. Silva HJ, Tessitore A, Motta AR, Cunha DA, Berretin-Felix G, Marchesan IQ (orgs). Tratado de Motricidade Orofacial. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2019. pp. 171-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.
- World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: WHO, 2010.
- World Health Organization. Infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2002.



25. Toloni MHA, Longo-Silva G, Konstanyner T, Taddei JAAC. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(1): 37-43.
26. Barbosa RMS, Croccia C, Carvalho CGN, Franco VC, Salles-Costa R, Soares EA. Consumo alimentar de crianças com base na pirâmide alimentar brasileira infantil. *Rev. Nutr.* 2005; 18(5): 633-41.
27. Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAAC. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr.* 2011; 24(1): 61-70.
28. Carrascoza KM, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Determinants of pacifier use among infants attending an interdisciplinary breastfeeding promotion program. *Rev CEFAC.* 2014; 16(2): 582-91.
29. Neu AP, Silva AMT, Mezzomo CL, Busanello-Stella AR. Breastfeeding: relationship with habits of suction and socioeconomic aspects of family. *Rev CEFAC.* 2014; 16(3): 883-91.
30. Miotto MHMB, Caxias FP, Campos DMKS, Ferreira LFPE, Barcellos LA. Breast feeding as a protection factor to avoid non-nutritive sucking habits. *Rev. CEFAC.* 2014; 16(1): 244-51.
31. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(1): 29-38.
32. Corrêa EM, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(3): 258-64.
33. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Socioeconomic, cultural and demographic maternal factors associated with dietary patterns of infants. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4): 445-52.
34. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. *J Pediatr.* 2013; 89(5): 485-91.
35. Maia EM, Santiago LB, Sampaio ACF, Lamounier JA. Programa de apoio ao aleitamento materno exclusivo para mães trabalhadoras da iniciativa privada. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(1): 19-24.
36. Epheson B, Birhanu Z, Tamiru D, Feyissa GT. Complementary feeding practices and associated factors in Damot Weydie District, Welayta zone, South Ethiopia. *BMC public health.* 2018; 18(1): 419.
37. Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Determinantes de práticas alimentares complementares entre crianças nepalesas de 6 a 23 meses: resultados do levantamento demográfico e de saúde 2011. *BMC Pediatr.* 2013; 13(1): 131.
38. Cândido NA. Efetividade de intervenções em creches públicas pautadas na educação alimentar e nutricional com diferentes abordagens na promoção da alimentação complementar saudável. [tese] Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2016.
39. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24(6): 665-72.