ISSN 2595-3664

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

DOI: http://dx.doi.org/10.17058/rips.v8i2.19539

ARTIGO ORIGINAL

FATORES ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS QUE REALIZARAM INTRODUÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO BLW

Factors Associated with Infant Feeding in Children Who Underwent Food Introduction using the BLW Method

Factores asociados a la alimentación infantil en niños sometidos a introducción de alimentos mediante el método BLW

Daniela Andrade Ferreira[1] Rhadrya Kelen de Sousa[1] Ana Carolline Pereira da Silva[1] Lívia Botelho da Silva Sarkis[1] Elisa Grossi Mendonça[1] Gilce Andrezza de Freitas Folly Zocateli[1]

[1]Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

Autor correspondente: Gilce Andrezza de Freitas Folly Zocateli - gilcefolly@unipac.br

RESUMO

Introdução: A Introdução Alimentar (IA) deve iniciar aos seis meses e as escolhas alimentares influenciam na formação de hábitos alimentares das crianças. **Objetivo:** avaliar o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, os hábitos alimentares, o estado nutricional e as escolhas para a criação de crianças que tiveram IA realizada com o método *Baby-Led Weaning* (BLW). **Métodos:** estudo transversal online realizado com 57 pais e responsáveis que utilizaram BLW na IA dos filhos. Aplicou-se questionários de alimentação infantil e questionário sobre BLW, hábitos alimentares e criação dos filhos. **Resultados:** participaram 57 pais, sendo 98,25% mulheres com idade mediana de 31 (28-34) anos. O grau de instrução pelo Questionário de Alimentação Infantil (QAI) foi de 50,49±3,252 pontos e 94,7% dos pais acham que, ao recusar duas vezes o alimento, significa que a criança não gosta. Observou-se que comer com distrações relacionou-se estatisticamente com o peso corporal das crianças (U=31,000; p=0,018), e ainda, o consumo de leite UHT teve efeito sobre peso (U=104,000; p<0,0001) e Índice de Massa Corporal (IMC) (U=201,000; p=0,024). **Considerações finais:** apesar de parecerem instruídos, quase a totalidade dos pais acham que a recusa significa que a criança não gosta do alimento. Comer com distrações relacionou-se com o peso das crianças, e aquelas que bebem leite UHT apresentaram peso e IMC maiores.

Palavras-chave: Alimentação infantil; Alimentação complementar; Hábitos alimentares; Estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Solid food introduction (SFI) should begin at six months and food choices influence the formation of children's eating habits. **Objective**: to evaluate parents' knowledge about infant nutrition, eating habits, nutritional status and choices for raising children who had (SFI) performed using the Baby-Led Weaning (BLW) method. **Methods**: online cross-sectional study carried out with 57 parents and guardians who used BLW in their children's (SFI). Questionnaires on child nutrition and a questionnaire on BLW, eating habits and child rearing were administered. **Results**: 57 parents participated, 98.25% women with a median age of 31 (28-34) years. The level of education according to the Infant Feeding Questionnaire (QAI) was 50.49±3.252 points and 94.7% of parents think that, refusing food twice means that the child does not like it. It was observed that eating with distractions was statistically related to the children's body weight (U=31,000; p=0.018), and also, the consumption of UHT milk had an effect on weight (U=104,000; p<0.0001) and Body Mass Index (BMI) (U=201.000; p=0.024). Final considerations: despite seeming educated, almost all parents think that refusal means that the child does not like the food. Eating with distractions was related to children's weight, and those who drank UHT milk had higher weight and BMI.

Keywords: Infant food; Complementary feeding; Eating habits; Nutritional status.

RESUMEN

Introducción: La introducción de alimentos (IA) debe comenzar a los seis meses y la elección de alimentos influye en la formación de los hábitos alimentarios de los niños. **Objetivo**: evaluar el conocimiento de los padres sobre nutrición infantil, hábitos alimentarios, estado nutricional y opciones para la crianza de niños a quienes se les realizó IA mediante el método Baby-Led Weaning (BLW). **Métodos**: estudio transversal online realizado con 57 padres y tutores que utilizaron BLW en la IA de sus hijos. Se administraron cuestionarios sobre nutrición infantil y un cuestionario sobre BLW, hábitos alimentarios y crianza infantil. **Resultados**: Participaron 57 padres, el 98,25% mujeres con una edad mediana de 31 años (28-34) años. El nivel de escolaridad según el Cuestionario de Alimentación Infantil (QAI) fue de 50,49±3,252 puntos y el 94,7% de los padres piensa que rechazar dos veces la comida significa que al niño no le gusta. Se observó que comer con distracciones se relacionó estadísticamente con el peso corporal de los niños (U=31.000; p=0,018), y además, el consumo de leche UHT tuvo efecto sobre el peso (U=104.000; p<0,0001) y la Masa Corporal. Índice (IMC) (U=201.000; p=0.024). **Consideraciones finales**: a pesar de parecer educados, casi todos los padres piensan que la negativa significa que al niño no le gusta la comida. Comer con distracciones se relacionó con el peso de los niños, y aquellos que bebían leche UHT tenían mayor peso e IMC.

Palabras clave: Nutrición infantil; Nutrición complementaria; Hábitos alimentarios; Estado nutricional.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade de modo a beneficiar seu desenvolvimento e reduzir as chances de desenvolver doenças. Aos seis meses, após o bebê apresentar os sinais de prontidão, é que se deve-se começar a Introdução Alimentar (IA) que complementará o aleitamento materno. Juntos (IA e aleitamento) eles contemplarão a alimentação do lactente.[1]

A alimentação é essencial para a existência humana, não somente com papel de nutrir, mas também como um ato de compartilhar alimentos e emoções por meio da comensalidade, criando laços e vínculos com outros seres humanos. O início do consumo de alimentos complementares ao leite materno (ou Introdução Alimentar - IA) pode ocorrer pelo método tradicional (com refeições em consistência pastosa), ou por métodos alternativos como o BLW (*Baby-led Weaning*), que consiste na IA participativa e autônoma com oferta de alimentos *in natura*, geralmente em pedaços maiores (com cortes estratégicos), permitindo que o bebê sinta a textura, sabor e cor dos alimentos segurando-os com as próprias mãos sem uso de talheres.[2-5]

Os pais ou responsáveis são os que determinam os alimentos da IA, mas a influência materna se destaca neste aspecto, já que, geralmente, a mãe é a principal responsável pelos cuidados com os bebês. Os responsáveis definem, tanto o tipo de alimento, como a quantidade e a frequência de oferta às crianças. Assim, nesta etapa de IA, a forma com que a família lida com a alimentação pode determinar os aspectos de saúde da criança, visto que a IA sofre forte influência familiar.[5-7]

Na primeira infância, ocorrem tanto um acelerado desenvolvimento infantil como a formação de hábitos a partir do que foi ensinado às crianças. Isso inclui os hábitos alimentares, que precisam ser desenvolvidos de maneira regular, orientada e respeitando os horários e as particularidades de cada criança.[8] Esses primeiros anos de vida tem grande influência sobre a formação do paladar e dos hábitos alimentares. Eles podem afetar diretamente o desenvolvimento infantil, pois é nessa fase que começa a construção da relação com a comida. Assim, quando a criança tem uma alimentação saudável, ela tem mais chance de se tornar um adulto saudável (que faz boas escolhas alimentares).[5-6]

O problema é que, com o mundo moderno, a falta de tempo, a globalização e as tecnologias, grandes mudanças aconteceram nos hábitos e práticas alimentares populacionais. Tem-se observado uma precariedade no zelo com a alimentação infantil, visto que, ela tem sido deixada em segundo plano para os pais. Esse comportamento abre caminho para a inserção de alimentos industrializados já no período de IA das crianças sob a justificativa de serem opções mais rápidas e baratas, todavia não deixam de ser inadequados e não-saudavéis.[9]

As mídias e a presença de telas também são fatores que influenciam no processo de desenvolvimento infantil. O uso constante, precoce e excessivo de telas pode ser um fator de risco neuropsicomotor relacionado a déficit e atrasos na linguagem, comunicação, habilidades motoras e saúde socioemocional. A exposição das crianças às mídias ainda pode afetar (negativa ou positivamente) as escolhas alimentares (incentivando ou desmotivando consumo de alimentos específicos) pois seu conteúdo possui grande influência sobre o expectador.[10-11]

As estratégias de marketing e propagandas das mídias são, muitas vezes, manipuladoras e tendenciosas, principalmente envolvendo os alimentos industrializados direcionados ao público infantil, um público tão vulnerável que passa muitas horas em frente a telas, principalmente nos horários das refeições. O hábito de comer em frente às telas pode fazer com que as crianças consumam mais alimentos ricos em gorduras saturadas, pobres em micro e macronutrientes, com mastigação inadequada e sem atenção às quantidades consumidas. E ainda, diminuem o nível de atividade física pois envolve menos brincadeiras e movimentação e mais momentos sedentários. Esse conjunto de hábitos faz a criança reduzir seu tempo de

interação social, traz maiores dificuldades de aprendizado e de compreensão, desregula o sono, facilita a exposição de conteúdos impróprios para a faixa etária, além de afetar a qualidade de vida e refletir no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade infantil.[10-13]

Quanto mais precocemente surge a obesidade, maior é o impacto na saúde, pois aumenta a susceptibilidade para doenças associadas ao excesso de peso, como diabetes mellitus, problemas respiratórios, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, problemas ortopédicos, distúrbios do sono, câncer, distúrbios psicológicos, entre outros.[14-15]

Diante disto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, os hábitos alimentares, o estado nutricional e as escolhas para a criação de crianças que tiveram IA realizada com o método BLW. Isso porque a IA é marco que influencia os hábitos alimentares futuros da criança, e o método BLW pode trazer consigo o benefício adicional da busca pela autonomia alimentar, da validação da escolha da criança e pode contribuir para o desenvolvimento e a coordenação motora, quando a criança se alimenta de forma participativa sob supervisão de pais com conhecimento adequado sobre alimentação infantil.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal realizado em meio virtual (on-line) com 57 pais ou responsáveis que utilizam ou já utilizaram o método de IA BLW com seus filhos a fim de relacionar o conhecimento desses pais sobre a alimentação infantil com informações sobre IA BLW, criação dos filhos, hábitos alimentares e estado nutricional das crianças. O recrutamento desses pais ocorreu entre novembro de 2021 e fevereiro de 2022. Participaram da pesquisa pais ou responsáveis voluntários de quaisquer idades e localidades do Brasil que utilizam ou já utilizaram o método BLW na IA dos filhos. Os pais ou responsáveis foram recrutados por meio das redes sociais e os questionários foram respondidos com uso de formulários eletrônicos. Todos os pais precisaram assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua participação.

A pesquisa foi realizada com aplicação dos seguintes questionários: Questionário de Alimentação Infantil (QAI) de Costa et al.,[6] questionário sobre BLW construído pelos autores e questionário aplicado aos pais ou responsáveis adaptado de Melo et al.[4].

O QAI, validado por Costa et al.[6] é composto por 60 afirmações de "Verdadeiro" ou "Falso" com função de compreender o conhecimento dos pais sobre a alimentação dos filhos. A pontuação para as respostas corretas varia de 0 a 60 pontos e quanto maior é a pontuação, maior é o conhecimento. O Questionário sobre BLW foi elaborado com 24 perguntas para avaliar o conhecimento dos pais sobre uso do método BLW, as dificuldades e características do momento da refeição, as recusas alimentares, o estado nutricional (com dados de peso e estatura relatados), o desenvolvimento da criança, as patologias e o consumo de alimentos. Já o Questionário aplicado aos pais ou responsáveis adaptado de Melo *et al.*[4] originalmente era composto por três blocos, mas nesta pesquisa foram usados apenas dois blocos com questões sobre amamentação exclusiva, oferta alimentar, consistência dos alimentos, uso de mamadeira e chupeta, conhecimento e crenças sobre a alimentação da criança.

A pesquisa seguiu as normas éticas de pesquisas realizadas com seres humanos e foi realizada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com seres humanos, parecer nº 5.067.383. Este artigo é parte da pesquisa "Introdução alimentar: a influência do método BLW (*baby led weaning*) na formação dos hábitos alimentares" de um Programa de Bolsa de Iniciação Científica do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Barbacena – Minas Gerais.

Na análise dos resultados foram realizados o teste Kolmogorov-Smirnov, o teste T Independente e o teste U de Mann-Whitney com intervalo de confiança de 95%, 5% de significância utilizando-se o *International Business Machines Statistical Product and Service Solutions Statistics* (IBM SPSS Statistics) 20.

RESULTADOS

Conforme mostra a Tabela 1, observou-se que 98,25% dos participantes eram mulheres com mediana de idade de 31 (28 – 34) anos. Notou-se que 38,6% tinham filhos acima dos dois anos de idade, 31,6% dos filhos tinham até um ano e 24,6% entre um e dois anos. Observou-se também peso mediano das crianças (relatada pelos pais) de 11,1 (10 – 13) kg e Índice de Massa Corporal (IMC) mediano de 17,097 kg/m^2 (calculado com dados relatados).

Tabela 1 – Estatística descritiva de dados gerais dos pais ou responsáveis e dos filhos que utilizaram o método BLW na Introdução Alimentar (IA), pesquisa on-line, Brasil, 2022.

Dados Gerais		**N**	**%**
Gênero dos pais ou responsáveis (n=57)	Feminino	56	98,25
	Masculino	1	1,75
Idade atual da criança (n=54)	Até 6 meses	3	5,3
	De 7 meses a 1 ano incompleto	15	26,3
	De 1 ano a 2 anos incompletos	14	24,6
	Acima de 2 anos	22	38,6
		Média ou mediana	
Idade dos pais		31 (28 – 34) anos	
Peso da criança relatado pelos pais ou responsáveis		11,1 (10 – 13) Kg	
IMC das crianças (calculado com peso e estatura/ comprimento relatados)		17,09 (15,3 – 18,5) Kg/m^2	
Pontuação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) de Costa et al.,[6]		50,4 ± 3,2 pontos	

Sigla: BLW: *baby-led weaning*; IMC: índice de massa corporal; IA: introdução alimentar; n: número de participantes; Kg: quilogramas de peso corporal; Kg/m^2: quilos por metro quadrado; QAI: questionário de alimentação infantil; %: frequência dos participantes.
Os dados apresentados em média ± desvio padrão para variáveis paramétricas ou mediana (intervalo interquartil: quartil 1 – quartil 3) para variáveis não paramétricas foram definidos segundo o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, 95% de confiança, 5% de significância.

A Tabela 1 ainda mostra ainda que a média da pontuação do QAI, que avaliou o conhecimento dos pais ou responsáveis sobre alimentação infantil, foi de 50,4 ± 3,2 pontos numa escala de 0 a 60 pontos. Salienta-se que, quanto mais perto de 60 pontos, maior é o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil de qualidade, sendo assim, a média de pontos encontrada no QAI indica possível perfil de pais instruídos quanto à alimentação das crianças,

Na Tabela 2, observou-se que 56,1% das crianças iniciaram a IA aos seis meses, 19,3% iniciaram antes dos seis meses (antes de quatro meses e entre quatro e seis meses) e 17,5% após seis meses. Em relação à consistência dos alimentos ofertados, 28,1% tiveram oferta mista (sólidos e papinhas) e 17,5% amassados. Além disso, 86% ofertaram alimentos separados e 14% misturados.

DOI: http://dx.doi.org/10.17058/rips.v8i2.19539

Tabela 2 – Estatística descritiva de características alimentares de crianças (n=57) que usaram o método BLW (*Baby-led Weaning*) na Introdução Alimentar (IA), pesquisa on-line, Brasil, 2022.

Dados sobre IA		**N**	**%**
Idade da IA de crianças em amamentação exclusiva	Antes de 4 meses	6	10,5
	Entre 4 e 6 meses	5	8,8
	Exatamente aos 6 meses	32	56,1
	Após 6 meses	10	17,5
	Não foi amamentado	4	7,0
Tipo de consistência dos alimentos no início da IA	Liquidificada	1	1,8
	Amassados	10	17,5
	Mista (sólidos e papinhas)	16	28,1
	Em pedaços	3	5,3
Forma de oferta dos alimentos sólidos	Misturados	8	14,0
	Separados	49	86,0
Uso de fórmula infantil	Sim	22	38,6
	Não	35	61,4
A criança consumiu leite de caixa na IA	Sim	20	35,1
	Não	37	64,9
A criança come com distrações (televisão, brincadeira, celular)	Sim	4	7,0
	Não	53	93,0
Refeições da criança junto com a família	Sim	53	93,0
	Não	4	7,0
A recusa do alimento pela criança duas vezes significa que não gosta?	Sim	54	94,7
	Não	3	5,3
Frequência da oferta dos alimentos que foram recusados pela criança	Uma vez	16	28,1
	Mais de 5 vezes	20	35,1
	Mais de 10 vezes apresentando de diferentes formas	21	36,8

Sigla: BLW: *baby-led weaning*; IA: introdução alimentar; n: número de participantes; %: frequência dos participantes.

Notou-se que, apesar da média da pontuação no QAI sugerir pais mais instruídos sobre alimentação infantil (50,4 ± 3,2 pontos), 94,7% dos pais acham que a recusa alimentar persistida por duas vezes pode significar, definitivamente, que a criança não gosta do alimento, responderam (Tabela 2). E ainda, 28,1% deles ofertaram apenas uma vez os alimentos inicialmente recusados, 35,1% ofertaram mais de cinco vezes e 36,8% ofertaram mais de dez vezes.

A maioria das crianças (93%) não comem com distrações como televisão, brincadeiras ou celular e fazem suas refeições com a família (Tabela 2). Contudo, observou-se uma controvérsia, já que, 100% dos pais relataram que as crianças comem em ambiente calmo, com os pais à mesa e sem telas. Todavia, percebe-se na Tabela 2 que algumas crianças comem com distrações (7%) e que outras não realizam as refeições com a família (7%).

Na Tabela 3, apresentou-se uma relação encontrada entre o peso das crianças (relatado pelos pais ou responsáveis) e a alimentação com distrações (U = 31,000; p = 0,018) (Tabela 3). A mediana de peso relatado de crianças que se alimentam com distrações é de 15 (11 - 12,5) Kg e a mediana de peso de crianças que não tem o costume de alimentar-se com distrações é de 11 (9,5 – 12,5) Kg. Portanto, crianças que se alimentam usando televisão, celular ou fazendo brincadeiras e sem prestar atenção na alimentação possuem peso maior que as crianças que não têm essas distrações. Não foram encontradas relações entre estatura, idade ou IMC com as distrações nas refeições (p > 0,05). Assim, a relação encontrada do peso com as distrações, possivelmente, tem associação com o crescimento ponderal das crianças (peso) e não com o crescimento linear (estatura).

DOI: http://dx.doi.org/10.17058/rips.v8i2.19539

Tabela 3 – Relação entre características alimentares e o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, o peso e o Índice de Massa Corporal (IMC) de crianças que usaram o BLW (*Baby-Led Weaning*) na Introdução Alimentar (IA), pesquisa on-line, Brasil, 2022.

Características da IA		**Peso das crianças**	**IMC das crianças**	**Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil pelo QAI**
Distrações no momento da refeição na IA	***Sim***	15 (11 - 12,5) Kg	16,6 (15,3 – 17,6) Kg/m^2	50,50 ± 3,697 pontos
	Não	11 (9,5 – 12,5) Kg	17,09 (15,3 – 18,7) Kg/m^2	50,49 ± 3,256 pontos
	Estatística	U = 31,000 ***p = 0,018***	U = 83,000 P = 0,599	t (55) = 0,006 p = 0,996
Consumo de leite de caixa na IA	***Sim***	13 (13 – 13) Kg	17,9 (17,9 – 17,9) Kg/m^2	50,6 ± 3,455 pontos
	Não	11,05 (9,8 – 13) Kg	17,0 (15,2 – 18,6) Kg/m^2	50,43 ± 3,185 pontos
	Estatística	U = 104,000 ***p < 0,0001***	U = 201,000 ***p = 0,024***	t(55) = 0,184 *p* = 0,855

Sigla: BLW: *baby-led weaning*; IMC: Índice de Massa Corporal; IA: introdução alimentar; QAI: Questionário de Alimentação Infantil.

Os dados estão apresentados em média ± desvio padrão para variáveis paramétricas ou mediana (intervalo interquartil: quartil 1 – quartil 3) para variáveis não paramétricas segundo o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, 95% de confiança. A estatística apresenta U e p segundo teste U de Mann-Whitney e apresenta t e p segundo teste T independente, testes realizados para comparação de médias e medianas a 95% de confiança, 5% de significância

Em relação aos conhecimentos dos pais sobre determinados alimentos, 35,1% afirmaram ofertar leite de caixa (UHT) para os filhos, mas 64,9% nunca ofertaram esse leite às crianças (Tabela 2). Observou-se ainda na Tabela 3 que o consumo de leite de caixa tem efeito sobre o peso (U = 104,000; p< 0,0001) e o IMC (U = 201,000; p = 0,024) das crianças. O peso de crianças que bebem leite de caixa é de 13 (13 – 13) Kg e o peso de crianças que não bebem leite de caixa é de 11,05 (9,8 – 13) Kg. Crianças que bebem leite de caixa tem IMC de 17,9 (17,9 – 17,9) Kg/m^2 e as que não bebem leite de caixa tem IMC de 17,0 (15,2 – 18,6) Kg/m^2. Logo, crianças que bebem leite de caixa apresentam peso e IMC superiores aos que não bebem.

Nesta pesquisa, 98,25% dos participantes pais ou responsáveis eram do sexo feminino. Isso pode ter relação com o fato de a mãe ser a principal responsável pelos cuidados com os bebês, e isso inclui o processo de IA.[8] Contudo, as mulheres estão cada vez mais imersas no mercado de trabalho e dando conta dos cuidados com as crianças sem rede de apoio e sem participação do genitor na criação dos filhos. Este aspecto pode estar relacionado à forma com que a alimentação é ofertada na IA, pois, mães atarefadas, possivelmente, podem acabar optando por alimentos popularmente conhecidos pela sua praticidade, mas que são menos saudáveis (os de maior grau de processamento - processados e ultraprocessados).[16]

No presente estudo, 19,3% dos participantes relataram início da IA antes dos seis meses de idade em seus filhos. Segundo Gurmini et al. [17] a introdução precoce da alimentação complementar aumenta os riscos para a saúde da criança e as deixam mais propensas às contaminações e infecções associadas. Além disso, a IA precoce diminui o tempo de aleitamento materno exclusivo, aspecto associado ao desenvolvimento de obesidade, anemia e Diabetes Mellitus tipo I nas crianças.

Segundo Oliveira *et al.*[18] é de suma importância que o lactente, em seus primeiros seis meses de vida, receba exclusivamente apenas o leite materno como fonte alimentar, para que suas necessidades nutricionais sejam atendidas. Após este período, deve-se introduzir os alimentos complementares para suprir as necessidades energéticas, mas ainda mantendo a presença do aleitamento até, pelo menos, o segundo ano de vida.[19]

No presente estudo, observou-se que, as crianças que têm o costume de alimentar-se com distrações e sem prestar atenção na alimentação apresentam peso maior que aquelas sem distrações na refeição. Segundo Montanari[20] e Oliveira *et al.* [21] é possível notar implicações negativas no desenvolvimento psicomotor de crianças expostas às telas com frequência e, da mesma forma, é possível notar o aumento dos casos de obesidade, sedentarismo, depressão, ansiedade e distúrbios de sono.

Na avaliação das crianças observou-se que o consumo de leite de caixa, um alimento considerado mais processado que os demais leites, possui relação com o peso e o IMC, já que estes fatores do estado nutricional são maiores nas crianças que consomem leite de caixa. Os alimentos processados implicam diretamente na saúde das crianças na primeira infância, principalmente se estes alimentos fazem parte da IA, que é quando a oferta alimentar deve ser completa e adequada nutricionalmente.

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos do Ministério da Saúde[19] muitos alimentos industrializados (como os ultraprocessados e os processados) são comercializados como opções aparentemente saudáveis para crianças, causam doenças crônicas não transmissíveis e obesidade, quando consumidos em excesso. De fato, a ingestão de alimentos industrializados pode colaborar para a incidência de doenças crônicas não transmissíveis devido ao excesso de calorias, açúcares, gorduras e aditivos alimentares.[22] Esta problemática evoca a importância da educação alimentar e nutricional aos pais com foco em diferenciação de alimentos in natura, minimamente processados, processados e ultraprocessados e seus possíveis impactos na saúde das crianças. Pais instruídos quanto a isso saberão os substitutos mais saudáveis do leite de caixa (UHT) e saberão orientar seus filhos nessas escolhas.[19]

A OMS em sua Diretriz para Alimentação Complementar de Bebês e Crianças Pequenas de 6 a 23 Meses de Idade vem alertando sobre o aumento no consumo de alimentos e bebidas não saudáveis processados ou ultraprocessados contendo grandes quantidades de açúcares simples, sal, gorduras saturadas e trans, ricos em energia e pobre em nutrientes. O consumo destes alimentos se deve a vários fatores, principalmente à palatabilidade, conveniência, baixo custo em comparação aos alimentos saudáveis, elevada oferta e marketing excessivo. Segundo a OMS, embora alguns destes alimentos e bebidas sejam desenvolvidos e direcionados justamente para as crianças pequenas, a grande maioria destina-se à população em geral e acaba sendo incluída na IA das crianças podendo ter efeitos negativos como a desnutrição, obesidade infantil e problemas cardiometabólicos.[23]

O consumo dos alimentos não saudáveis pode aumentar o IMC, a gordura corporal, as cáries dentárias, a probabilidade de excesso de peso e de obesidade nas crianças. Entre bebês de 6 a 11 meses de idade em aleitamento materno, uma dieta com alimentos não saudáveis ainda aumenta as chances de carências de ferro, zinco e de vários outros nutrientes. [23]

Dos participantes do presente estudo, 93% afirmaram que a refeição do filho acontece com a família reunida. A presença dos pais durante a alimentação não só causa efeito emocional positivo sobre alimentação infantil, mas também sobre a educação. As crianças precisam de parâmetros para adotar uma alimentação saudável. Seu comportamento diante da comida e suas preferências se formam desde muito cedo e podem refletir nos futuros hábitos que ainda serão desenvolvidos ao longo da vida.[4]

Já a respeito do QAI, apesar de ser elevada a pontuação de conhecimento dos pais (50,49 ± 3,252 pontos numa escala de 0 a 60 pontos), 94,7% deles consideram que, quando a criança recusa um alimento por duas vezes, já é um indicativo de que ela, definitivamente, não gosta deste alimento. Evidências científicas afirmam que existe relação entre a frequência da oferta de vegetais com a preferência alimentar das crianças. A preferência e aceitação desses alimentos aumenta de acordo com o aumento da frequência da oferta. Fica claro então, que a exposição repetida das crianças ao consumo de vegetais é capaz de reduzir sua rejeição.[24] Até porque, é

na primeira infância que se inicia a formação dos hábitos baseados naquilo que as crianças recebem durante esse processo. Sendo assim, tudo o que lhes é passado pode refletir diretamente nos hábitos futuros e podem os acompanhar até à vida adulta.[24]

Enfim, salienta-se uma limitação no presente estudo. Foi a baixa participação de pais ou responsáveis voluntários na presente pesquisa, especialmente, de pais que utilizaram exclusivamente o método BLW de IA. Possivelmente, a baixa adesão à pesquisa pode estar relacionada à falta de tempo dos pais de crianças, ou mesmo, a poucos pais conhecerem sobre o método BLW, já que ele só ganhou visibilidade na mídia recentemente. Infelizmente, ainda existe grande receio com este método devido ao medo de engasgos e asfixia, e devido à falta de conhecimento. Contudo, é importante os pais conhecerem o reflexo de GAG, que é frequentemente confundido com engasgo. Reflexo de GAG é quando um alimento mal mastigado retorna à porção anterior da cavidade oral, antes de ser deglutido, por um movimento de regurgitação oral da criança. A seguir, esse alimento tende a ser cuspido, mas também pode ser mastigado e engolido novamente. Portanto, é importante esclarecer que o método BLW é seguro e eficaz na IA, desde que, os pais busquem informações sobre o assunto compreendendo a diferença entre GAG e engasgo, dominem as manobras de desengasgo, e também mantenham a criança sob supervisão constante durante a alimentação.[25] Todavia, mais pesquisas precisam ser realizadas com este público-alvo para aquisição de resultados mais robustos que avaliem fatores de causa e efeito relacionando conhecimento dos pais aos métodos de IA incluindo o BLW.

CONCLUSÃO

Diante do observado, destaca-se que, apesar do aparente perfil de pais informados sobre alimentação infantil, ainda há certa desinformação no público observado, já que segundo a maioria, a recusa alimentar persistida por duas vezes indica definitivamente que a criança não gosta do alimento. Porém, sabe-se que, a oferta repetida de vegetais é essencial para que a criança conheça o alimento, principalmente quando se utiliza o método BLW no qual a criança tem contado direto com o alimento, sua textura e cor.

Enfatiza-se ainda que as crianças analisadas nesta pesquisa que bebem leite de caixa, um alimento processado, possuem peso e IMC mais elevados do que as que não bebem este alimento. Além disso, o fato de comerem com distrações teve relação com esse peso aumentado das mesmas.

É essencial que os pais tenham consciência sobre a alimentação e nutrição da criança e os perigos da presença de telas e de alimentos processados e ultraprocessados durante a IA de seus filhos, antes mesmo do nascimento deles. Para isso, ressalta-se a importância de valorizar políticas públicas de educação alimentar e nutricional (EAN) direcionada aos pais desde o período pré-natal e durante todo o acompanhamento de saúde dos filhos. Atividades de EAN que ensinem a prática segura de IA BLW com uso de alimentos saudáveis de com mínimo de processamento industrial permitirá que os pais façam escolhas alimentares mais conscientes para seus filhos. Isto poderá impactar positivamente prevenindo obesidade, deficiências nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis e permitindo a formação de comportamentos alimentares saudáveis no futuro destas crianças.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro Universitário Presidente Antônio Carlos e ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC) que proporcionou a oportunidade da realização dessa pesquisa, e a todos que estiveram presentes nesta jornada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [documento na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 06 de novembro de 2024]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5OQ

2. Branco ABFM. Baby-Led Weaning como método de diversificação alimentar no lactente – processo de implementação e opções parentais [documento na Internet]. ESENFC 2023: 1-103 [citado em 14 de outubro de 2024]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1531372

3. Oliveira FTC, Santos ASP. Método Baby-Led Weaning (BLW) como estratégia na introdução alimentar: revisão de literatura. IMMES 2023; 6(1):1-13 [citado em 16 de outubro de 2024]. Disponível em: https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/568

4. Melo NKL, Antonio RSC, Passos LSF, Furlan RMMM. Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. DIC 021; 33(1):14-24. doi: https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i1p14-24

5. Santos KF, Reis MA, Romano MCC. Práticas parentais e comportamento alimentar da criança. Texto e Contexto - Enferm 2021; 30:1-12. doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0026

6. Costa MGF, Nunes MMJ, Duarte JC, Pereira AMS. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. RER 2012; 3(6):55-68. doi: http://dx.doi.org/10.12707/RIII1158

7. Cardoso ER, Ferreira JCS. The importance of food for children in the first two years of life. RSD 2022; 11(7):1-12. doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29822

8. Moreira JMA, Barbosa MF, Febrone RR, Castro CS, Pereira LS, Rito R. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Educação Infantil: Uma Revisão Sistemática. RBSMI 2023; 23:1-17. doi: https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000238

9. Martins AM, Machado FMVF. The influence of social media on children's food consumption. RSD 2022; 11(14):1-7. doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36935

10. Almeida APF, Oliveira ATC, Silva FTS, Amaral SMB. Complementary feeding approach: characteristics, differences and impact on child development. RECIMA21 2021; 2(11):1-11. doi: https://doi.org/10.47820/recima21.v2i11.980

11. Feitosa IC, Zanella PB. Impact of food consumption in front of television and its relationship with child obesity. Braz J Hea Rev 2022; 5(1):2404-15. doi: https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-214

12. Medeiros AV, Bueno GR, Antunes MD. Uso de Smartphones e sua relação com o sedentarismo em estudantes: uma revisão sistemática. RIPS 2022; 5(3):1-18. doi: https://doi.org/10.17058/rips.v5i3.17872

13. Rocha MFA, Bezerra REA, Gomes LA, Mendes ALA, Lucena AB. Consequences of excessive use of screens for child health: an integrative literature review. RSD 2022; 1(4):1-10. doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27476

14. Calcaterra V, Cena H, Rossi V, Santero S, Bianch A, Zuccotti G. Ultra-Processed Food, Reward System and Childhood Obesity. Children (Basel) 2023; 10(804):1-25. doi: https://doi.org/10.3390/children10050804

15. Saavedra JM, Prentice AM. Nutrition in school-age children: a rationale for revisiting priorities. Nut Rev 2023; 81(7):823–43. doi: https://doi.org/10.1093/nutrit/nuac089

16. Pereira VB, Leitão HAL. Sobrecarga e Rede de Apoio: a experiência da maternidade depois da separação conjugal. Pesqui Prat Psicossociais 2020; 15(1):1-12.

17. Gurmini J, Porello ÉB, Belleza MSS, Silva KN, Kusma SZ. Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de escolas públicas. Rev Med da UFPR 2017; 4(2):55-60. doi: http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v4i2.55187

18. Oliveira MFL, Avi CM. A importância nutricional da alimentação complementar. Rev Ciên Nutr Online 2017; 1(1):35-45. doi: https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n38-art.1283

19. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [documento na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 [citado em 28 de outubro de 2024]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

20. Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. J Paediatr Child Health 2017; 53(4):333–8. doi: https://doi.org/10.1111/jpc.13462

21. Oliveira JS, Barufaldi LA, Abreu GA, Leal VS, Brunken GS, Vasconcelos SML et al. Erica: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. Rev Saúde Pública 2016; 50(1):1-10. doi: https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006680

22. Borges APA, Ananais AM, Silva JA, Silveira MS. Introdução precoce de alimentos industrializados na primeira infância. Rev Ciência (In) Cena 2022; 1(15):1-12 [citado em 01 de novembro de 2024]. Disponível em: https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahia/article/view/1262

23. Switzerland. World Health Organization - WHO. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: WHO Guideline [from] WHO; 2023 [citado em 28 de outubro de 2024]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864

24. Araújo NR, Freitas FMN, Lobo RH. Formation of eating habits in early childhood: benefits of healthy eating. RSD 2021; 10(15):1-9. doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22901

25. Santos CF, Melo LDS, Rosa TS. Introdução alimentar: aspectos importantes dos métodos tradicional e Baby-Led Weaning (BLW) [Trabalho de Conclusão de Curso]. Anápolis (GO): Faculdade Metropolitana de Anápolis; 2024 [citado em 28 de outubro de 2024]. Disponível em: https://repositorio.faculdadefama.edu.br/xmlui/handle/123456789/266

Submissão: 19/06/2024.
Aceite: 02/12/2024.