

1 INTRODUÇÃO

A alimentação saudável fornece energia que o corpo precisa para crescer, manter a saúde e se desenvolver. Para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes, a alimentação deve ser a mais variada possível (EUCLYDES, 2005).

Os pais ou familiares desde o primeiro momento de vida das crianças deveriam introduzir o conceito de alimentação saudável na vida da mesma, a qual se inicia com aleitamento materno e perpetuando com alimentação complementar após os seis meses e seguindo com alimentação variada garantindo os diversos grupos alimentares. Tal fato é essencial para um adequado crescimento e desenvolvimento, além de prevenir problemas e agravos futuros e promover saúde através de uma vida saudável e boa qualidade de vida.

O aleitamento materno exclusivo é fundamental para a saúde da criança, pois fornece tudo o que ela precisa para crescer e se desenvolver. Por ser composto por proteínas, gorduras e carboidratos, o leite é uma importante fonte de nutriente para o lactente protegendo contra doenças alérgicas, desnutrição, diabetes tipo II, obesidade, entre outras (COSTA *et al.*, 2013).

O leite materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros 6 meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso (SILVA, 2017).

Para atender a todas as necessidades da criança, a partir dos seis meses é iniciado a introdução alimentar. A introdução precoce de alimentos pode influenciar a duração do aleitamento materno, interferir na sua absorção de nutrientes, da mesma forma que a introdução tardia pode levar à desaceleração do crescimento da criança, aumentando o risco de desnutrição e de deficiências de micronutrientes (CORRÊA *et al.*, 2009).

O consumo alimentar na infância está associado ao perfil de saúde e nutrição, principalmente entre as crianças menores de dois anos de idade. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses e, a partir dessa idade, a inclusão na dieta de alimentos complementares disponíveis na unidade familiar é o esquema recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para as crianças de todo

o mundo. Essa recomendação se baseia no conhecimento de que até os seis meses de vida o leite materno exclusivo é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança. Após essa idade, a inclusão dos alimentos complementares no esquema alimentar da criança tem o objetivo de aumentar a quantidade energética e de micronutrientes, mantendo-se o aleitamento ao peito até 12 ou 24 meses de idade da criança (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Hoje existe um novo método de introdução alimentar que se dá pela auto alimentação saudável, o método BLW (*Baby Led Weaning*), que significa desmame conduzido pelo bebê. Ele sugere que o leite materno ainda seja a principal fonte de nutrição permitindo reduzir as mamadas até que o bebê seja capaz de se alimentar. Segundo ele, a introdução dos sólidos já começa a partir dos seis meses (SILVA, 2017).

1.1 PROBLEMA

Qual a importância da alimentação para as crianças até os dois anos?

1.2 HIPÓTESES

- a) acredita-se que o leite materno seja o principal alimento para crianças até seis meses.
- b) espera-se que a introdução alimentar esteja diretamente ligado com estilo de vida que essa criança terá no futuro.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a importância da alimentação em crianças até dois anos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) apontara importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;
- b) mostrar como se dá a introdução alimentar a partir do sexto mês;
- c) descrever o método BLW (*Baby-Led Weaning*)

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Uma boa alimentação é fundamental em todas as fases da vida, porém na infância é primordial, pois auxilia na prevenção de doenças o que contribui com uma vida mais saudável. Essa introdução alimentar parece ser difícil, porque a criança possui o hábito de alimentar-se apenas com leite materno. Portanto, escolhas alimentares adequadas previnem complicações futuras, e contribui diretamente com o crescimento saudável (BENTO *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que os bebês recebam leite materno até os dois anos ou mais associados a uma alimentação saudável, sendo exclusivo até o 6º mês de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O aleitamento materno, além de fazer bem para a criança e para a mãe, é a forma mais econômica de alimentar uma criança. Fornece nutrientes essenciais para o bebê, auxilia na perda de peso da mãe e também aumenta o laço afetivo entre mãe e filho (ALMEIDA; UED, 2015).

A criança que está em aleitamento materno exclusivo em livre demanda aprende a distinguir as sensações de fome, após o jejum, e de saciedade, após uma alimentação. Essa criança também consegue desenvolver a capacidade de autocontrole sobre volume consumido em cada refeição (DA SILVA, CORRADI, & ZAMBERLAN, 2006).

Portanto, esse estudo visa contribuir para a construção do conhecimento de mães, pais e familiares dos recém-nascidos, demonstrando a relevância da atuação de cada um dos membros em todas as etapas do processo de amamentar, assim como auxiliar na escolha dos melhores alimentos a serem ingeridos por crianças de até dois anos.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este trabalho será do tipo descritivo. Serão utilizados artigos científicos nos sites de busca acadêmica como Scielo, Google Acadêmico e livros do acervo da biblioteca da Faculdade Atenas.

As palavras chaves utilizadas foram: Aleitamento materno. Introdução alimentar. Alimentação adequada.

1.5.1 Levantamento dos dados

A busca de artigos científicos publicados será realizada utilizando como fontes de dados eletrônicas Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Serão utilizados como limites para a pesquisa: o idioma português e inglês, nos últimos 15 anos, a partir dos seguintes descritores: Aleitamento materno. Introdução alimentar. Alimentação adequada.

1.5.2 Amostra

A seleção dos artigos será realizada através da leitura criteriosa das publicações encontradas nos bancos de dados relacionadas ao tema, sendo selecionadas apenas aquelas que atenderem aos critérios de inclusão definidos neste estudo (limites) e que responderem à questão do estudo.

1.5.3 Análise de dados

Após a coleta dos dados, será feita a análise de todo o conteúdo e as principais informações serão reunidas. Posteriormente, será realizada uma análise descritiva dos mesmos, buscando estabelecer uma compreensão e ampliar os conhecimentos sobre o tema pesquisado para elaborar o referencial teórico.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

No capítulo 1 é abordada a pergunta de pesquisa, as possíveis hipóteses, os objetivos do estudo, a justificativa do tema e a metodologia que foi usada para a escrita dos demais capítulos.

Já no capítulo 2 é abordado a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade.

No capítulo 3 é mostrado como se dá a introdução alimentar após o sexto mês de idade.

No capítulo 4 é abordado como o método BLW interfere no desenvolvimento da criança.

E por fim, no capítulo 5 são apresentadas as considerações finais do estudo.

2 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Durante milhões de anos a alimentação ao seio representou a forma praticamente exclusiva e natural de alimentar o ser humano em seus primeiros meses de vida. Em quase todas as espécies o leite materno é essencial para a sobrevivência durante o início da vida. Além de oferecer fonte de nutrientes especialmente adaptados às condições digestivas e metabólicas da criança e proteção contra microorganismos, o aleitamento materno estabelece uma relação mãe e filho e diminui a probabilidade de desenvolver alergias (CURY, 2009).

Segundo a OMS, o aleitamento materno é classificado em Aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe apenas o leite materno extraído ou diretamente da mama, podendo fazer uso de gotas de xarope, medicamentos, vitaminas e minerais. Aleitamento materno predominante que além do leite materno, o lactente recebe outros alimentos a base de água (suco, chás, soro pra hidratação). Aleitamento materno complementado, que o lactente recebe alimentos semi-sólidos e o leite materno. E por ultimo, o Aleitamento materno, que o lactente recebe o leite materno (VITOLLO, 2008).

O leite humano é de grande valor para o recém-nascido e para o lactente por conter, em proporções adequadas, os nutrientes necessários para o início da vida, além de apresentar melhores condições de digestibilidade para o trato intestinal, ainda imaturo. Também propicia nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento. Tem sido responsável pela redução da morbi-mortalidade infantil (GALVAO, VASCINCELOS & PAIVA, 2006).

O aleitamento materno contribui significativamente com o desenvolvimento do bebê, sendo essencial para aumentar o vínculo afetivo, evitar o gasto financeiro desnecessário com fórmulas alimentares, atender as necessidades nutricionais da criança, garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor adequado assim como propiciar fatores de promoção e proteção para a saúde materno-infantil. Quando a amamentação é realizada na primeira hora após o parto, pode diminuir consideravelmente os riscos de mortes neonatais, o que representa um indicador de excelência dessa prática (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

O leite humano é extremamente complexo e contém nutrientes em quantidades ajustadas às necessidades nutricionais e à capacidade digestiva e metabólica da criança. Contém também fatores protetores e substâncias bioativas que garantem a saúde, crescimento e desenvolvimento do lactente (EUCLYDES, 2005).

Ao longo da lactação o leite sofre alterações em sua composição e recebe três diferentes denominações: colostro (secreção láctea inicial – 1 a 7 dias após o parto), leite de transição (inicia por volta da terceira semana) e o leite maduro (após a terceira semana) (EUCLYDES, 2005).

O leite humano, através das peculiaridades de sua composição nutricional, é sem dúvida o alimento mais adequado para o bebê, permitindo ao recém-nascido uma ótima adaptação ao seu novo ambiente. Nos primeiros dias pós-parto, as glândulas mamárias produzem o colostro, um líquido com coloração amarelada, devido ao seu elevado teor de beta-caroteno. É importante ressaltar que o colostro, é o primeiro leite produzido pela mãe, é nutritivo e com quantidade de substâncias protetoras como os anticorpos, muitas vezes maiores do que o leite maduro (CALIL, LEONE & RAMOS, 1992).

Quando comparado ao leite maduro é mais viscoso, possuindo concentrações mais elevadas de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis, particularmente A, E e carotenoides, bem como menores teores de lactose, gorduras e vitaminas do complexo B. O conteúdo energético é em torno de 58kcal/100mL e o volume varia de 2 a 20mL por mamada nos três primeiros dias (CALIL & FALCÃO, 2003).

O leite humano continua passando por alterações, e no 7º dia se inicia a produção do leite de transição que vai até o 21º dia pós-parto. De maneira mais lenta, o teor de minerais e proteínas vai gradativamente sendo reduzido enquanto o de carboidratos e lipídeos é ligeiramente aumentado para as características do leite maduro (EUCLYDES, 2005).

O leite maduro é o que segue o leite de transição e é o leite propriamente dito. Esse leite tem algumas variações na sua composição que ocorrem durante a

mamada. O leite que sai no início, anterior, é mais aquoso e contém menos gordura e com isso, menos calorias. O leite posterior contém maior quantidade de gordura e, portanto, mais energia. Por isso é importante que o lactente esvazie toda a mama a cada mamada (VITOLLO, 2008).

Pesquisas têm indicado que a alimentação das mães durante a lactação pode afetar o sabor do leite (BIRCH, 1999). Os compostos químicos que dão sabor e aroma aos alimentos são ingeridos pelo lactente através do leite materno, e dessa maneira a criança vai sendo introduzida aos hábitos alimentares da família. A composição do leite se modifica à medida em que a lactação progride.

Os níveis de lactose diminuem e aumentam os de cloreto, tornando o leite levemente salgado. Essa mudança pode favorecer a aceitação dos alimentos complementares no tempo oportuno (GIUGLIANI & VICTORA, 2000).

3 INTRODUÇÃO ALIMENTAR APÓS O SEXTO MÊS DE IDADE

A alimentação saudável é essencial para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde. Os hábitos alimentares inadequados acarretam problemas de saúde imediatos e também a longo prazo. O entendimento de como as preferências alimentares são adquiridas, é essencial para uma interferência efetiva, no sentido de melhorar a qualidade da ingestão dietética infantil (VALLE & EUCLYDES, 2007).

A transição da dieta láctea da primeira infância para a alimentação da família requer que a criança aprenda a aceitar pelo menos alguns dos novos alimentos oferecidos a ela. A relutância em consumir novos alimentos recebe o nome de neofobia. Muitos dos alimentos que as crianças rejeitam inicialmente terminarão sendo aceitos se a criança tiver ampla oportunidade de provar os alimentos em condições favoráveis (BIRCH, 1999).

A infância é o período de formação dos hábitos alimentares. O entendimento dos fatores determinantes possibilita a elaboração de processos educativos, que são efetivos para mudanças no padrão alimentar das crianças (RAMOS & STEIN, 2000). Tais mudanças irão contribuir no comportamento alimentar na vida adulta (BISSOLI & LANZILLOTTI, 1997).

A primeira determinação do Ministério da Saúde (MS) no Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (2013) afirma que o lactente só estará pronto para iniciar a alimentação complementar a partir dos seis meses. Muito do descumprimento em relação a essa orientação tem fundamento na ideia de que o leite materno não é suficiente para o desenvolvimento, seja por supor que o lactente necessita de maior aporte energético ou porque o leite não provê a quantidade que lhe é desejada. De acordo com as evidências atuais, introduzir alimentos antes de atingir seis meses não oferece vantagem no crescimento.

O comportamento alimentar é complexo, incluindo determinantes externos e internos ao sujeito. O acesso aos alimentos, na sociedade moderna, predominantemente urbana, é determinado pela estrutura socioeconômica, a qual envolve principalmente as políticas econômica, social, agrícola e agrária. Assim

sendo, as práticas alimentares, estabelecidas pela condição de classe social, engendram determinantes culturais e psicossociais (GARCIA, 2003).

Alguns pais que retêm o controle da alimentação da criança interferem na quantidade ofertada e podem, assim, subestimar ou superestimar a real necessidade calórica da criança. Mães que percebem que seus filhos são menores ou apresentam baixo peso tem maior propensão de introduzir alimentos sólidos antes do recomendado. Relatos de dietas restritivas estão associadas ao receio de obesidade ao longo da infância, porém Gross *et al.*, (2011) citam que essa atitude pode gerar compensação exacerbada quando a criança dominar o ato de se alimentar.

A alimentação saudável, além de proporcionar prazer, fornece energia e outros nutrientes que o corpo precisa para crescer, desenvolver e manter a saúde. A alimentação deve ser a mais variada possível para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes (EUCLYDES, 2005).

Alguns fatores que interferem na alimentação da criança são os fisiológico, denominados como experiências intra-uterinas, paladar do recém-nascido, aleitamento materno, neofobia, regulação da ingestão de alimentos e os ambientais que são influenciados pela alimentação dos pais, comportamento do cuidador, condições sócio- econômicas, influência da televisão e alimentação em grupo (VALLE & EUCLYDES, 2007).

A alimentação da criança se modifica ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Desde nascimento os recém-nascidos saudáveis possuem e capacidade de regular sua alimentação, determinam quando iniciar e terminar e a velocidade de cada mamada. Ao sentir-se satisfeito o lactente encerra sua mamada e a mãe não pode controlar para que o bebê sugue mais, sendo uma característica já conhecida desde o nascimento. Por já nascerem aptos a regular a fome e saciedade, estes sinais são fundamentais para o sucesso da amamentação, seguindo para a alimentação complementar e a formação dos hábitos alimentares na vida adulta (ALMEIDA, 2017).

A forma mais indicada de alimentação para crianças até seis meses é o aleitamento materno exclusivo. A oferta de alimentos a crianças que recebem o leite

materno é chamada de introdução alimentar, que é o processo iniciado quando a amamentação exclusiva não supre mais as necessidades nutricionais da criança. (ACCIOLY, SAUNDERS, & LACERDA, 2009).

A introdução alimentar tardia pode desacelerar o crescimento da criança e aumentar o risco de deficiência de micronutrientes e desnutrição. Da mesma forma, na introdução alimentar precoce, pode influenciar na duração e na absorção do leite materno, aumentando risco de reações alérgicas e contaminações. Devem ser introduzidos de forma gradual, alimentos pastosos e sólidos variando sempre na frequência e na consistência (CORRÊA *et. al.*, 2009).

De início é oferecido suco natural de açúcar e purê de frutas para depois oferecer a papa salgada, que é feita especialmente para a criança. Os alimentos devem ser cozidos e temperados apenas com temperos naturais, sem adição de sal. A consistência deve progredir até que a criança complete 1 ano e chegar até a alimentação igual da família. É importante a escolha de alimentos diferentes e oferecidos separadamente para que a criança consiga identificar as cores e sabores de cada alimento (ISOSAKI *et.al*, 2012).

A alimentação saudável fornece energia que o corpo precisa para crescer, manter a saúde e se desenvolver. Para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes, a alimentação deve ser a mais variada possível (EUCLYDES, 2005).

4MÉTODO BLW

A OMS recomenda que a introdução alimentar tradicional seja ofertada em forma de purês ou papas e sempre com variedades e, ao longo do desenvolvimento da criança é introduzido os alimentos em pedaços maiores até que depois de um ano é oferecido o alimento em sua forma normal (SCARPATTO & FORTE, 2018).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), desde os seis meses, a criança consegue sustentar-se sozinha e é nesse período também que o reflexo de protrusão é extinguido e a língua torna-se capaz de movimentar-se voluntariamente. A partir de tais evidências, o método *Baby-Led Weaning* (BLW) propõe uma forma de introdução de alimentos sem o primeiro estágio de purês e comidas liquidificadas, partindo direto para alimentos na forma sólida, cozidos e cortados em tamanhos adequados para as dimensões do bebê (RAPLEY; MURKETT, 2008).

O BLW vem ganhando cada vez mais seguidores por ser um método de desmame guiado pelo bebê. Sem a utilização de papinhas, é usado o alimento em forma de bastão ou em pedaços. O seu objetivo é incentivar a autonomia, saciedade e fazer com que as crianças conheçam texturas e sabores dos alimentos (SCARPATTO & FORTE, 2018).

Enquanto o método BLW não estabelece a quantidade de vezes que a criança deve se alimentar de sólidos, o MS especifica que a dieta durante a introdução deve ser composta de três refeições, se a criança ainda estiver amamentando. Além disso, a consistência também sofrerá alterações de forma gradual e progressiva, aumentando até se igualar à consistência normal (BRASIL, 2013).

Rapley e Murkett (2008) afirmam que o bebê deverá manter o leite como fonte principal de alimentação até conseguir pegar a quantidade de alimentos sólidos que seria nutricionalmente ideal para seu desenvolvimento.

O método BLW respeita o ritmo do lactente da mesma forma que a amamentação é por livre demanda e, dessa forma, pode prevenir obesidade infantil (ARDEN; ABBOTT, 2015).

Um dos possíveis problemas no método BLW seria a influência na composição corporal da criança. Sendo assim, deve-se atentar ao balanço dietético, já que um elevado consumo de proteína, atingindo 4g por quilograma de peso ao dia ou mais, entre os 8 e 24 meses de idade foi relacionado com obesidade e sobrepeso na infância. Nesse caso, evidencia-se que o papel dos responsáveis pelas opções de alimentos que serão ofertados é de extrema importância para que a escolha seja feita sem que desrespeite as necessidades nutricionais do bebê. Além do excesso de proteína, uma dieta hipercalórica também eleva a chance de ocorrência de obesidade infantil (AGOSTONI *et al.*, 2008).

Agostoni e colaboradores mencionam que, aos 6 meses, o desenvolvimento neurológico e motor permite que o lactente consiga sentar-se e controlar os músculos periféricos à boca, facilitando a ingestão de alimentos pastosos ou semilíquidos. Aos oito meses, a flexibilidade da língua auxilia na mastigação e na deglutição de alimentos mais sólidos e em maior quantidade. Entre 9 e 12 meses, a criança já teria autonomia para alimentar-se sozinha da comida que a família consome. Fala ainda que caso não sejam introduzidos alimentos sólidos por volta de 10 meses, a criança pode ter problemas ao se alimentar por não ter sido exigida com maior intensidade a mastigação.

Apesar de ter sido reportado que existem episódios de sufocamento, Brown (2017) indica que o risco não é maior do que o método convencional. Em sua pesquisa, os resultados encontrados foram que 11,9% do grupo de BLW restrito, 15,5% do BLW não-restrito e 11,6% do tradicional engasgaram-se. Em relação ao tipo de alimento ofertado, 12,4% engasgaram-se com comidas cortadas em pedaços maiores, 2% engasgaram-se com purês e 11% com purê irregular, ou seja, com pedaços mais inteiros.

Argumentar que a criança está ingerindo menos calorias quando se alimenta sozinha pode ser precipitado, visto que, dependendo da forma de preparo e composição, purês podem possuir menor densidade energética comparando com

alimentos sólidos. Uma maneira de diminuir esse medo, fazendo uso do método, seria ofertando um alimento hipercalórico durante as refeições acompanhado de alimentos hipocalóricos, cortados em forma de palito. Os alimentos que devem ser oferecidos 11devem seguir a rotina familiar, desde que os hábitos sejam saudáveis. Priorizam-se legumes, frutas e proteínas com baixo teor de gordura saturada, e limita-se o consumo de carboidratos simples e produtos processados e ultraprocessados (SANDOVAL E ALMEIDA, 2018).

É responsabilidade do nutricionista, juntamente com outros profissionais da saúde avaliar individualmente o paciente para depois decidir qual a melhor conduta dietoterápica que deverá ser aplicada. Recomenda-se levar em consideração características do ambiente familiar, além das necessidades nutricionais do bebê. O método pode gerar ansiedade para os responsáveis pela alimentação da criança por receio da comida não ser suficiente para o desenvolvimento do bebê. Caso essa preocupação se intensifique, o nutricionista deve buscar meios de atenuar esse pensamento (SANDOVAL E ALMEIDA, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno exclusivo é a melhor fonte nutricional para crianças até seis meses, pois esse é capaz de nutrir adequadamente as crianças e é recomendado pela OMS. A introdução alimentar deve ser feita gradativamente e variando as fontes de nutrientes para que a criança saiba reconhecer fontes alimentares diferentes.

Sabe-se que, como a introdução alimentar se dá baseado no estilo de vida da família, está diretamente ligada nas preferências alimentares que essa criança terá no futuro. Portanto, é importante que os pais tenham bons hábitos alimentares e se dediquem a ensinar os filhos da melhor forma possível, pois esse fato influenciará na saúde e nos futuros hábitos alimentares da criança.

Uma criança saudável apresenta maior probabilidade de ser um adulto saudável, já que é nessa etapa da vida que são formados os hábitos alimentares. O paladar é diretamente afetado e estimulado nessa fase.

Todavia, é importante evitar alimentos industrializados, fontes de calorias vazias, ou seja, alimentos calóricos, mas que não possuem nutrientes importantes como vitaminas e minerais, além de ser importante evitar alimentos fontes de gordura.

Outro fator preocupante é a obesidade infantil, por isso é importante que haja bons hábitos alimentares com um acompanhamento multiprofissional. Incentivando que a criança se alimente bem, esteja com a saúde equilibrada e não seja sedentária. Estímulos são fundamentais e o a melhor forma de ensinar, é através do exemplo.

Hoje está sendo usado um método de introdução alimentar chamado BLW. Nele, quem comanda a alimentação é a criança. O leite materno ainda é principal fonte de energia e a criança vai comendo de acordo com o que ela achar necessário, pois ela já consegue distinguir a fome e a saciedade.

O método BLW está conquistando grande espaço como alternativa de alimentação complementar entre pais e nutricionistas. Baseada na proposta de obter a autorregulação durante as refeições, esta estratégia visa diminuir os riscos de obesidade infantil, fator preocupante e presente na população brasileira.

Sendo assim, pode-se constatar que o problema de pesquisa “Qual a importância da alimentação para as crianças até os dois anos?” foi respondido.

A hipótese letra “a”: acredita-se que o leite materno seja o principal alimento para crianças até seis meses e a hipótese “b”: espera-se que a introdução alimentar esteja diretamente ligada com estilo de vida que essa criança terá no futuro, foram confirmadas.

REFERÊNCIAS

ACCIOOLY, Elizabeth; SAUNDERS, Cláudia; LACERDA, Elisa Maria De Aquino. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.

AGOSTONI, Carlo et al. **Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition**. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, v. 46, n. 1, p. 99-110, 2008.

ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira De. **A alimentação complementar e o método BLW (Baby-Led Weaning)**. Sociedade Brasileira de pediatria, v. 3, mai. 2017.

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura**. Rev. paul. pediatria., São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, Sept. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

ARDEN, Madelynne A.; ABBOTT, Rachel L. **Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation**. Maternal & child nutrition, v. 11, n. 4, p. 829-844, 2015.

BENTO Isabel Cristina, ESTEVES Juliana Maria de Melo, FRANÇA Thaís Elias. **Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 8, 2389-2400, 2015.

BISSOLI, M. C.; LANZILLOTTI, H. S. **Educação nutricional como forma de intervenção: avaliação de uma proposta para pré-escolares**. Rev. Nutr., Campinas, v.10, n.2, p.107 – 113,1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Ministério da Saúde/OPAS. Brasília. 2013. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/images/arquivos/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf> Acesso em: 08 de novembro de 2018

BIRCH, L.L. **Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças**. Anais Nestlé, v. 57, p.12-20, 1999.

BROWN, A. **No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or tradicional spoon-feeding approach**. Journal of Human Nutrition and Dietetics.2017.

CORRÊA, E. N. et al. **Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC) Catarina, Brasil**. Revista Paulista de pediatria, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 258-264, set. 2009.

COSTA, L. K. O. et al. **Importância do aleitamento materno exclusivo.** Ciências da saúde, v. 15, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2013.

DIAS, M. C. et al. **Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos.** Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, Junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

EUCLYDES, Marilene Pinheiro. **Nutrição do Lactente: base científica para uma alimentação saudável.** 3 ed. Viçosa: Metha, 2005. 548 p.
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>

GALVAO, M. T. G, VASCONCELOS, S. G, PAIVA, S. S. **Mulheres doadoras de leite humano.** Acta Paul Enferm, p. 157-161, Fortaleza, 2006.

GARCIA, R. W. D, **Reflexos da Globalização na Cultura Alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana.** Revista de Nutrição, v.16, n.4, p. 483-492, 2003.

GIULIANI, E. R.; VICTORA, C. G. **Artigo de Revisão: Alimentação complementar.** Jornal de Pediatria, v.76, supl.3, p.253-262, 2000.

GROSS, Rachel S. et al. **Maternal controlling feeding styles during early infancy.** Clinical pediatrics, v. 50, n. 12, p. 1125-1133, 2011.

ISOSAKI, M. et al. **Meu pratinho saudável. Programa alimentar para crianças de 6 meses a 10 anos.** Disponível em: <www.meupratinhosaudavel.com.br>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

LAURINDO, Valdenise Martins et al. **Composição nutricional de colostro de mães de recém-nascidos de termo adequados e pequenos para a idade gestacional.** II Composição nutricional do leite humano nos diversos estágios da lactação. Vantagens em relação ao leite de vaca. Pediatria, v. 14, p. 14-23, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Campanha incentiva doação de leite materno.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43265-campanha-incentiva-doacao-de-leite-materno-2>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

OLIVEIRA, L. P. M. D. et al. **Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida.** Revista de nutrição, Campinas, v. 18, n. 4, p. 459-469, jul./ago. 2005.

RAPLEY, Gill; MURKETT, Tracey. **Baby-led Weaning: Helping your baby to love good food.** 1. ed. London: Vermilion, 2008. 192 p. v. 1

RAMOS, M.; STEIN, L. M. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil.** Jornal de Pediatria, v. 76, supl.3, p.229 – 237, 2000.

SANDOVAL, Luísa Propato; ALMEIDA, Simone Gonçalves. **O método Baby-Led Weaning como estratégia para alimentação complementar.** Brasília, 2018.

SCARPATTO, Camila Henz; FORTE, Gabriele Carra. **Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com o desmame controlado por bebês (BLW)**: Revisão da literatura. Pesquisa Clínica e Biomédica , Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2018.

SILVA, Ana Paula Alves Da; CORRADI, Gabriela Ackel; ZAMBERLAN, Patricia. **Manual de dietas hospitalares em pediatria: Guia de conduta nutricional**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 310 p.

SILVA, Cândida Olivia Barbosa Da. **A percepção dos pais sobre a importância da introdução da alimentação na fala**. Faculdade Ciências da Saúde. Porto, 2017.

VALLE, Janaína Mello Nasser; EUCLYDES, Marilene Pinheiro. **A formação de hábitos alimentares na infância**: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos 10 anos. Revista APS, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007 Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/H infancia.pdf>> Acesso em: 01 de novembro de 2018

VITOLLO, Marcia Regina. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. 628 p.