

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



A Transição da Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida-
Conhecimentos, Práticas e Atitudes das Mães

Ana Filipa Colaço Pereira

Orientador: Prof^ª Doutora Ana Isabel Gouveia Costa Fonseca Lopes

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

2020

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



A Transição da Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida-
Conhecimentos, Práticas e Atitudes das Mães

Ana Filipa Colaço Pereira

Orientador: Profª Doutora Ana Isabel Gouveia Costa Fonseca Lopes

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

2020

“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Lisboa em reunião de 19 de maio de 2020.”

Agradecimentos

A todas as mães que aceitaram participar no estudo, pois sem elas não teria sido possível a realização do mesmo.

À Dr.^a Maria Manuela Peleteiro, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, do qual faz parte o Centro de Saúde de Sete Rios e Lumiar, pela autorização para a realização do estudo, bem como pela disponibilização de um espaço físico para a recolha de dados.

À Dr.^a Odília Nascimento, diretora clínica da OnClinic pela autorização para a realização do estudo, bem como pela disponibilidade demonstrada no decorrer do mesmo.

À Prof.^a Doutora Ana Isabel Lopes, pelo seu apoio e orientação. Agradeço também pela sua energia positiva e por me fazer acreditar que é possível alcançar os objetivos a que nos propusemos.

À Dr.^a Carla Cardoso pela sua ajuda na análise estatística.

Agradeço também aos meus amigos e família, em especial aos meus pais, por todo o apoio, incentivo e tranquilidade que me transmitiram ao longo desta fase.

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

AE- Amamentação Exclusiva

BLISS- *Baby-Led Introduction to Solids*

BLW- *Baby-Led Weaning*

COSI- Childhood Obesity Surveillance Initiative

ESPHGAN- Sociedade Europeia de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

IFSQ- Infant Feeding Style Questionnaire

OMS- Organização Mundial de Saúde

Índice

Introdução	1
Parte I- Enquadramento Teórico	3
1) Aleitamento Materno.....	4
2) Diversificação Alimentar	5
2.1) Timing Adequado para o Início da Diversificação Alimentar	5
2.2) Orientações na sequência da diversificação alimentar	7
2.3) Alimentos Alergénicos	9
2.4) Glúten & Doença Celíaca.....	10
2.5) Introdução de Novos Sabores e Vegetais	10
2.6) Dietas Vegetarianas	11
2.7) Alimentos a Evitar	13
3) Modalidades de Diversificação Alimentar.....	13
3.1) <i>Baby Led Weaning</i>	14
4) Alimentação Responsiva	16
Parte II- Investigação Empírica	17
1) Objetivos:	18
1.1) Objetivo Geral:	18
1.2) Objetivo Específico:	18
2) Metodologia:.....	19
2.1) Tipo de Estudo:.....	19
2.2) Grupo de Estudo:.....	19
2.3) Plano de Estudo:.....	19
3) Tratamento Estatístico	20
4) Questões Éticas	21
Parte III- Resultados.....	22
1) Caracterização da Amostra	23
2) Conhecimentos Maternos.....	25
3) Práticas Maternas	29
4) Relação entre os Conhecimentos e as Práticas.....	33
5) Questionário IFSQ	35
5.1) Crenças.....	35
5.2) Comportamentos	41
5.3) Estilos Parentais	47

Parte IV- Discussão de Resultados	51
Parte V- Conclusão.....	60
Parte VI- Referências Bibliográficas	62
Parte VII- Anexos	i
Anexo I- Questionário	ii
Anexo II- Fonte de Informação preferencial de acordo com a idade materna.....	x
Anexo III- Idade do bebê e tipo de fonte láctea.....	x
Anexo IV- Consistência Interna do <i>Alpha de Cronbach</i>	xi
Anexo V- Aprovação do questionário IFSQ	xii
Anexo VI- Aprovação das Comissões de Ética.....	xiii
Anexo VII- Modelos de Consentimento Informado	xv

Índice de Figuras

Figura 1- Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável	8
Figura 2 - Proposta de diversificação alimentar para um lactente vegetariano	12

Índice de Tabelas

Tabela 1- Nutrientes que podem estar em défice numa dieta vegetariana e vegan	11
Tabela 2- Sinais de Fome & Saciedade	16
Tabela 3- Dados Sociodemográficos	24
Tabela 4 - Análise descritiva relativamente ao género e faixa etária da criança, cuidador principal, profissional de saúde e fonte de informação preferencial relativamente à diversificação alimentar	25
Tabela 5 - Conhecimentos maternos relativamente à amamentação exclusiva e ao processo de diversificação alimentar, incluindo o BLW	26
Tabela 6 - Habilidades literárias maternas e início da diversificação alimentar	26
Tabela 7- Habilidades literárias maternas e idade de introdução da fruta	27
Tabela 8 - Habilidades literárias maternas e conhecimentos sobre a introdução do leite de vaca, mel e sal antes dos 12 meses	27
Tabela 9 - Relação entre o início da diversificação alimentar e o nível de confiança materno..	29
Tabela 10 - Práticas maternas relativamente ao processo de diversificação alimentar	30
Tabela 11- Tabela cruzada entre a idade da criança e a combinação da amamentação com a diversificação alimentar	30
Tabela 12- Nº de refeições diárias consoante a faixa etária da criança	31
Tabela 13 - Utilização de utensílios consoante a faixa etária da criança.....	32
Tabela 14 - Tabela cruzada entre as práticas maternas relativamente ao tipo de fonte láctea e aos conhecimentos maternos relativamente ao início da diversificação alimentar	33
Tabela 15 - Tabela cruzada entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente ao início da diversificação alimentar	34
Tabela 16 - Tabela cruzada entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente ao primeiro alimento da diversificação alimentar	34
Tabela 17- Crenças maternas com base no questionário IFSQ.....	36
Tabela 18 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “os bebés com menos de 6 meses necessitam mais do leite materno ou leite de fórmula para poderem dormir a noite toda” e o número de filhos	36

Tabela 19 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “é importante que os pais decidam qual a quantidade que o bebê deve comer” e a idade materna	37
Tabela 20 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “é importante que o bebê termine todo o leite do seu biberão” e a idade materna	37
Tabela 21 - Questões adicionais relativamente às crenças maternas com base no questionário IFSQ	39
Tabela 22 - Relação entre a crença “uma criança que come todos os vegetais da refeição pode ter um gelado, bolo ou bolacha como doce” e o estado civil materno	40
Tabela 23 - Comportamentos das mães com base no questionário IFSQ	45
Tabela 24 - Estilos Maternos com base no questionário IFSQ.....	47
Tabela 25 - Condicionantes do Estilo Restritivo.....	48
Tabela 26 - Situação Laboral Materna e relação com o estilo de Pressão para comer	49
Tabela 27 - Práticas Maternas e relação com o estilo Responsivo	49
Tabela 28 - Condicionantes do estilo Indulgente	50

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Habilidades literárias maternas e conhecimento do conceito do <i>Baby-Led Weaning</i>	28
Gráfico 2 - Forma de Introdução Alimentar	31

A Transição da Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida-

Conhecimentos, Práticas e Atitudes das Mães

Resumo

Introdução:

A introdução da diversificação alimentar durante o primeiro ano de vida, é reconhecida como uma etapa de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento global. Apesar da regular difusão de recomendações das sociedades científicas, baseadas na melhor evidência disponível atualmente subsistem ainda algumas questões e alguma controvérsia, não apenas em relação ao momento (*timing*) do início da diversificação alimentar, mas também em relação à sequência de introdução alimentar, originando diferentes perspectivas e formas de atuação pelos pais.

Objetivos:

O presente trabalho tem como objetivo principal caracterizar o grau de Conhecimento, Práticas e Atitudes das Mães Portuguesas em Meio Urbano (cidade de Lisboa) relativamente à Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida.

Metodologia:

O presente estudo trata-se da aplicação de um questionário isolado, não validado para a População Portuguesa dividido em duas partes. A primeira parte apresenta questões relacionadas com os conhecimentos e práticas maternas inerentes à diversificação alimentar no 1º ano de vida, enquanto que a segunda parte, adaptada a partir do questionário *Infant Feeding Style Questionnaire* (IFSQ) pretende avaliar as crenças e práticas maternas e associá-las a um determinado estilo alimentar (*Laissez-faire*, Restritivo, Pressão para Comer, Responsivo e Indulgente). O questionário foi aplicado a 100 mães, em dois centros de saúde e num consultório privado da cidade de Lisboa.

Discussão/ Conclusão:

De acordo com os resultados do presente estudo, os conhecimentos e as práticas maternas são coerentes no que diz respeito ao início da diversificação alimentar e ao primeiro alimento a introduzir. Contudo, destaca-se a importância de aumentar a literacia das mães relativamente à amamentação, à introdução do glúten, do leite de vaca em natureza, do mel e do sal durante o primeiro ano de vida. Relativamente ao estilo alimentar, a maioria das mães referem um estilo restritivo seguido de um estilo responsivo, o que sugere que as mães já têm sensibilidade para os sinais de fome e/ou saciedade manifestados pela criança.

Palavras Chave: Diversificação Alimentar; Conhecimentos e Práticas Maternas; *Baby Led Weaning*; *Infant Feeding Style Questionnaire* (IFSQ).

The Transition of Food Diversification in the 1st Year of Life- Knowledge, Practices and Attitudes of Mothers

Summary

Introduction:

The introduction of food diversification during the first year of life, is recognized as a period of extreme relevance for the adequate nutritional support of the infant and for its global development. In spite of the regular dissemination of recommendations from scientific societies, based on the best evidence currently available, some questions and controversy still remain, not only in relation to the timing of the beginning of food diversification, but also in relation to the sequence of food introduction, originating different perspectives and ways of acting by parents.

Objective:

The present study has a main objective of characterizing the degree of Knowledge, Practices and Attitudes of Portuguese Mothers in the Urban Environment (city of Lisbon) regarding Food Diversification in the 1st Year of Life.

Methodology:

The present study consists of the application of an isolated questionnaire, not validated for the Portuguese population divided into two parts. The first part presents questions related to maternal knowledge and practices inherent to food diversification in the first year of life, while the second part, adapted from the Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ), aims to assess maternal beliefs and practices and associate them with eating style (Laissez-faire, Restrictive, Pressuring, Responsive and Indulgent). The questionnaire was applied to 100 mothers, in two health care centres and in a private clinic in the city of Lisbon.

Discussion/Conclusion:

According to the results of the present study, maternal knowledge and practices are coherent in terms of the beginning of food diversification and the first food to be introduced. However, the importance of increasing mothers' literacy regarding breastfeeding, the introduction of gluten, cow's milk in nature, honey and salt during the first year of life is highlighted. Regarding the eating style, most mothers refer to a restrictive style followed by a responsive style, which suggests that mothers are already sensitive to the signs of hunger and/or satiety manifested by children.

Key Words: Food Diversification, Maternal Knowledge and Practices, *Baby Led Weaning*; *Infant Feeding Style Questionnaire* (IFSQ).

Introdução

O primeiro ano de vida, em particular o primeiro semestre, é reconhecido por um acentuado crescimento e desenvolvimento. Uma adequada oferta alimentar é determinante durante esta fase do ciclo de vida caracterizada pelas diferentes etapas do crescimento somático (peso, comprimento e perímetro cefálico), do desenvolvimento neurológico, motor e sensorial (Alvisi P., 2015).

A alimentação inicia-se com o leite (idealmente o leite materno), uma vez que é um alimento nutricionalmente completo e o que mais se adequa à insuficiência digestiva e à imaturidade fisiológica dos primeiros meses de vida. Entre o 4º e o 6º mês de vida, altura a partir da qual a alimentação láctea exclusiva deixa de conseguir satisfazer todas as necessidades nutricionais e a criança já apresenta uma função digestiva e renal mais desenvolvida, deverá então iniciar-se a introdução da diversificação alimentar (Silva A., 2011).

A diversificação alimentar consiste então, na transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, para além do leite, outros alimentos de consistência progressivamente crescente até se atingir a alimentação sólida propriamente dita. Esta fase, revela-se assim, como uma ponte entre a alimentação láctea e a alimentação convencional (Agostoni C., 2008).

Atualmente, é forte a evidência (experimental no modelo animal e clínica) relativamente à interação e co-evolução entre nutrição, desenvolvimento da microbiota e do sistema imune gastrointestinal nos dois primeiros anos de vida, proporcionando um ambiente homeostático a nível gastrointestinal, com *imprinting* ao longo da vida e com potencial de prevenção de doença (Carletti C., 2017).

Neste contexto, adicionalmente à alimentação láctea, a introdução da diversificação alimentar durante o primeiro ano de vida, é reconhecida como uma etapa de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento global, designadamente físico e psicomotor (Doub. A., 2015). É naturalmente também considerado um período de grande preocupação para os pais, uma vez que é durante esta fase que se deverão iniciar os princípios de uma alimentação saudável que irão perdurar na adolescência e na vida adulta (Carletti C., 2017).

Apesar da regular difusão de recomendações das sociedades científicas baseadas na melhor evidência disponível (Agostoni C., 2008; Alvisi P., 2015; DGS, 2019) atualmente subsistem ainda algumas questões e alguma controvérsia, não apenas em relação ao momento (*timing*) do início da diversificação alimentar, mas também em relação à sequência de introdução alimentar

(incluindo a natureza dos alimentos envolvidos), originando diferentes perspectivas e formas de atuação pelos pais (Morison BJ., 2016).

Ao longo dos últimos anos, emergiu o termo (e conceito) *Baby-Led Weaning* (BLW), tendo-se tornado mais presente na prática clínica e familiar (Morison BJ., 2016).

O BLW é simultaneamente um princípio e uma metodologia que consiste na introdução dos alimentos sólidos sem recurso prévio a papas e purés e sem a utilização de colher. Assim, são oferecidos ao bebé pedaços de comida, para que este possa agarrar e colocar na boca e controlar a sua própria refeição, podendo ser considerado um modelo ontogeneticamente ajustado ao progressivo desenvolvimento global do bebé (Brown A., 2017; D`Auria E., 2018).

A diversificação alimentar, é assim um processo complexo influenciado por diversos fatores designadamente culturais, nos quais as crenças enraizadas poderão ter um papel preponderante. Neste contexto, o nível de escolaridade parental bem como os conhecimentos adquiridos, irão também repercutir-se na forma como a diversificação alimentar será feita (Horst K., 2017).

No decorrer dos últimos anos, tem emergido alguns estudos em diferentes contextos socioeconómicos que demonstram que o estilo parental está interligado com o comportamento alimentar dos lactentes e consequentemente nos hábitos alimentares que o irão acompanhar ao longo da vida (Khalsa AS., 2019; Ventura AK., 2019).

Deste modo, é fulcral ter presente que as bases do comportamento alimentar são estabelecidas desde logo na infância, na qual a família tem um papel essencial e modulador. Os conhecimentos, as tradições, os valores e crenças da família e sobretudo das mães irão condicionar as preferências alimentares e padrões de consumo da criança (Eckhardt CL., 2014; Russell C., 2016).

A nível nacional, apesar da existência de consultas de saúde infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários, do acompanhamento das equipas de enfermagem, da informação amplamente veiculada através dos media, admite-se que ainda existam dúvidas e/ou insuficiente grau de informação inerentes ao processo de diversificação alimentar. A inexistência de pediatras e insuficiência de equipas de nutrição no setor de cuidados de saúde primários, poderá constituir uma das causas do défice de informação. Por outro lado, tanto quanto é do nosso conhecimento não existem estudos na perspectiva nacional abordando esta temática.

Uma vez que a família e sobretudo a mãe têm um papel essencial nas escolhas alimentares do bebé nos primeiros anos de vida, face à mudança progressiva de paradigmas nesta área, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar no nosso contexto, o grau de conhecimentos, práticas e atitudes maternas associadas à diversificação alimentar no 1º ano de vida e eventuais fatores determinantes.

Parte I- Enquadramento Teórico

1) Aleitamento Materno

O leite materno é considerado um alimento natural por excelência, dada a sua composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades nutricionais e hídricas do recém-nascido e do pequeno lactente, bem como à sua insuficiência digestiva e imaturidade fisiológica (Agostoni C., 2009).

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda e incentiva o aleitamento materno em exclusivo, ou seja a criança recebe apenas leite materno e nenhum outro líquido ou sólido com exceção de gotas, xaropes constituídos por vitaminas e/ou minerais ou medicamentos, durante os primeiros 6 meses de vida, altura a partir da qual, está indicada a introdução de alimentos complementares, uma vez que o leite materno em exclusivo é incapaz de satisfazer todas as necessidades nutricionais da criança a partir do segundo semestre de vida. Contudo, o aleitamento materno deverá ser mantido em associação com a diversificação alimentar do lactente até aos 2 anos de idade (Agostoni C., 2009).

O leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido e lactente, não só pelos seus benefícios nutricionais (composição adequada, melhor digestibilidade e melhor biodisponibilidade dos nutrientes), mas também por muitos outros benefícios atribuídos à presença de inúmeras substâncias imunomoduladoras e protetoras, tais como imunoglobulinas (sobretudo imunoglobulina A secretora-IgAS), citocinas e oligossacarídeos (Agostoni C., 2009).

O aleitamento materno está associado a um melhor desenvolvimento cognitivo (Agostoni C., 2009), a uma menor ocorrência de otites médias agudas durante os primeiros dois anos de vida (Bowatte G., 2015), menor incidência/ gravidade de infeções do foro respiratório (Wang J., 2017), nomeadamente bronquiolites e infeções gastrointestinais (Kramer MS., 2004).

Várias linhas de evidencia sugerem que o leite materno é também passível de conferir proteção contra a obesidade. Segundo os resultados do estudo COSI da OMS, o aleitamento materno em exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, reduz em 22% o risco de obesidade infantil, devido a fatores biológicos que o leite apresenta e que ajudam a controlar os mecanismos fisiológicos responsáveis pela manutenção do equilíbrio energético a longo prazo (Rito, Al., 2019).

Alguns estudos demonstram/ sugerem ainda a ação protetora do leite materno na prevenção de algumas alergias, entre as quais a dermatite atópica (Parizkova P., 2019), nas doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa), assim como na redução da taxa de morbilidade e mortalidade neonatal (Victora CG., 2016).

2) Diversificação Alimentar

A OMS define a diversificação alimentar como um processo que se inicia quando o leite materno deixa de conseguir satisfazer as necessidades nutricionais do bebé, sendo necessário introduzir outros alimentos e líquidos, para além do leite materno (OMS, 2002).

A diversificação alimentar ou alimentação complementar, corresponde assim ao período de transição alimentar entre a alimentação exclusivamente láctea (leite materno ou fórmula láctea) e a alimentação da família, sendo considerada uma etapa de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento físico e neurológico.

É fundamental ter presente que durante este período, a criança será exposta a novos alimentos, sabores e experiências alimentares, sendo estabelecidos desde logo comportamentos alimentares que serão influenciados pelos pais, práticas culturais e pelos próprios pares e que a irão acompanhar ao longo da vida (Fewtrell M., 2017; Warren J., 2018).

2.1) Timing Adequado para o Início da Diversificação Alimentar

Sendo considerada uma etapa de extrema importância, subsistem ainda algumas questões referentes ao timing mais adequado para iniciar o processo de diversificação alimentar, originando diferentes recomendações entre países e formas de atuação por parte dos pais.

O leite materno é considerado o gold standard da alimentação infantil, contudo por volta dos 6 meses de idade deixa de conseguir satisfazer as necessidades nutricionais da criança, no que diz respeito aos macro e micronutrientes, com particular destaque para o ferro (Fewtrell M., 2017).

A OMS recomenda a amamentação em exclusivo até aos 6 meses, idade a partir da qual a criança está pronta para iniciar o processo de diversificação alimentar em complementaridade com a amamentação (OMS, 2002).

Uma revisão sistemática concluiu que a amamentação em exclusivo (AE) durante os primeiros 6 meses de vida não está associada a défices no crescimento, nem a episódios de alergia; no entanto crianças vulneráveis em AE sem suplementação de ferro podem ter um compromisso no plano hematológico (anemia carencial) (Kramer MS., *et al.*, 2004).

Não existe evidência científica clara para o *timing* mais oportuno para iniciar o processo de diversificação alimentar, sendo que as recomendações variam entre países, refletindo aspetos culturais e socioeconómicos (Fewtrell M., 2017).

A nível europeu, são necessários mais estudos sobre a prevalência do aleitamento materno em exclusivo, até aos 6 meses, contudo os dados existentes sugerem que apenas um pequeno

número de mães segue as recomendações da OMS no que diz respeito ao aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses de idade (Fewtrell M., 2017).

Os dados de um estudo realizado do Reino Unido indicam que 17% das crianças nascidas em 2010 foram amamentadas em exclusivo até aos 3 meses, 12% até aos 4 meses e apenas 1% até aos 6 meses (McAndrew., 2012).

Um estudo realizado a nível europeu em 11 países, menciona que na Dinamarca apenas 13% das crianças são amamentadas em exclusivo aos 6 meses. Por outro lado, na Holanda a percentagem de crianças amamentadas em exclusivo até aos 6 meses é de 39%, contudo o objetivo ainda se encontra distante das recomendações da OMS (Theurich MA., 2019) .

Segundo o estudo COSI 2015/2017, que incluiu dados de uma amostra representativa nacional de mais de 100 mil crianças entre os 6 e os 9 anos de idade, Portugal apresentou uma taxa de amamentação de 87,1%, mas apenas 21% das mães amamentaram em exclusivo durante os 6 ou mais meses (Rito, Al., et al., 2019).

Face à recomendação da OMS, a ESPGHAN aconselha que a diversificação alimentar não seja iniciada antes dos 4 meses nem após os 6 meses, sendo o período adequado entre as 17 e 26 semanas (Fewtrell M., 2017).

A introdução da diversificação alimentar precoce está associada a um aumento do risco de aspiração, desenvolvimento de obesidade infantil, aporte energético inadequado com uma carga excessiva de solutos renais e a um aumento do risco do desenvolvimento de alergia (Fewtrell M., 2017; Netting M., 2017; Warren J., 2018).

Por outro lado, a introdução da diversificação alimentar tardia está relacionada com o crescimento inadequado devido a um aporte energético insuficiente, carências nutricionais, nomeadamente no que diz respeito às reservas do ferro, zinco e vitaminas do complexo B, atraso da função motora oral, aversão à comida sólida e à experimentação de novos alimentos e sabores (Fewtrell M., 2017).

Segundo as últimas recomendações da ESPGHAN, a maturação fisiológica da função gastrointestinal e renal, essencial para que a criança consiga metabolizar alimentos não lácteos, é suficientemente madura aos 4 meses de idade. Embora, a idade seja um bom preditor, há que considerar o grau de maturação psico-motora e a competência alimentar de cada criança.

Entre os 4 e 6 meses as crianças começam a demonstrar sinais de desenvolvimento fisiológico e competência alimentar, o que indica que estão aptas para lidarem com os alimentos sólidos de forma segura. Começam a demonstrar interesse na comida das pessoas que os rodeiam, perdem o reflexo de pressão da língua e desenvolvem capacidades para aceitar e engolir com segurança um puré oferecido através da colher (Netting M., 2017).

A partir dos 9 meses, a maioria das crianças é capaz de se alimentar de forma autónoma, beber num copo utilizando as duas mãos e comer a alimentação da família com pequenas adaptações. A evidência disponível, sugere que existe uma janela de oportunidade, aproximadamente entre os 9 e os 10 meses para introduzir alimentos com textura semissólida. Caso essa janela, seja ultrapassada, existe um maior risco de dificuldades alimentares e uma redução do consumo de grupos alimentares essenciais, como as frutas e os vegetais (Coulthard H., 2009; Northstone K., 2001).

2.2) Orientações na sequência da diversificação alimentar

Segundo as últimas recomendações da ESPGHAN não existe uma sequência específica da introdução dos diferentes grupos de alimentos ou dos alimentos de per si.

O primeiro grupo de alimentos que poderá ser introduzido será o dos hortofrutícolas ou o dos cereais, ou seja, o creme de legumes ou a papa ou ainda a fruta. Embora não exista nenhuma recomendação no que diz respeito ao intervalo entre cada grupo de alimentos, deverá respeitar-se um intervalo de 2-3 dias entre cada grupo (DGS, 2019).

A iniciação do processo de diversificação alimentar pelo creme de legumes é considerada uma boa opção dado o baixo valor calórico e a sua riqueza nutricional, sendo um fornecedor de vitaminas e minerais; por outro lado, é estimulado o treino do paladar para alimentos não- doces e não-lácteos (DGS,2019). Na realidade portuguesa, os hortícolas mais utilizados para a iniciação de preparações em creme são o xuxu ou a curgete, a cenoura ou a abóbora, a cebola ou o alho-francês, a alface ou os brócolos e o feijão-verde, para além da batata/ batata-doce, agrupados em 4 ou 5. Hortícolas como o espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo devido ao seu teor elevado em nitratos e fitatos, devem ser introduzidos com alguma prudência antes dos 12 meses (Pimentel D., 2018).

A papa é outra opção que frequentemente é considerada para iniciar o processo de diversificação alimentar. É uma fonte de hidratos de carbono, proteína vegetal e quando enriquecida é também fonte de vitaminas e minerais, nomeadamente o ferro (DGS, 2019).

As papas podem ser lácteas (têm leite incorporado, sendo preparadas com água) ou não lácteas (preparadas com leite materno ou fórmula infantil) e poderão conter ou serem isentas de glúten.

A introdução da fruta pode ocorrer desde o início da diversificação alimentar. Contudo numa fase inicial não deve ser excedida 1 peça de fruta por dia e a partir dos 6 meses 2 peças de fruta por dia, de preferência da época e variada. Numa fase inicial devem ser oferecidas moídas e preferencialmente cruas para não perderem as vitaminas termolábeis. A maçã, a pera e a banana poderão ser as primeiras opções. Durante o primeiro ano de vida, deve haver alguma

reserva relativamente ao kiwi, morango e maracujá, uma vez que contêm grânulos libertadores de histamina e poderem mais facilmente estarem associados a reação alérgica (DGS, 2019).

A partir do 6º mês deve ser introduzida a proteína animal (não láctea), numa quantidade de 30g/dia de carne ou peixe, podendo ser dados numa única refeição ou fracionados entre o almoço e o jantar. Deve oferecer-se carne 4 vezes por semana e peixe 3 vezes por semana. Por norma, inicia-se a introdução com carnes brancas, menos ricas em ferro do que as carnes de bovino, mas também com um menor teor de gordura saturada. A fonte de proteína pode inicialmente ser adicionada à sopa e a partir dos 7 meses ao arroz ou à massa (DGS, 2019).

O ovo pode ser introduzido aos 8-9 meses. É um alimento nutricionalmente rico, sendo considerado uma fonte de proteína de alto valor biológico. Embora não exista nenhuma recomendação específica, a sua introdução deverá ser feita de forma gradual, iniciando com a oferta da gema (1/2 na 1ª semana, 1 gema na 2ª semana) para depois oferecer o ovo inteiro, num máximo de 3 ovos por semana, em substituição da carne ou peixe (DGS, 2019).

As leguminosas (feijão, grão, lentilhas) poderão ser introduzidas num lactente em que a sua diversificação alimentar tenha por base a dieta omnívora por volta dos 8-9 meses em pequenas quantidades, bem demolhadas ou na forma germinada e sem casca. Num lactente vegetariano a introdução pode ser feita mais cedo, por volta dos 7-8 meses uma vez que este grupo representa uma importante fonte de proteína vegetal (DGS, 2019).

O iogurte poderá ser introduzido a partir dos 8 - 9 meses. O iogurte deverá ser natural, sem aromas e sem adição de açúcar (Fewtrell M., 2017; DGS, 2019).

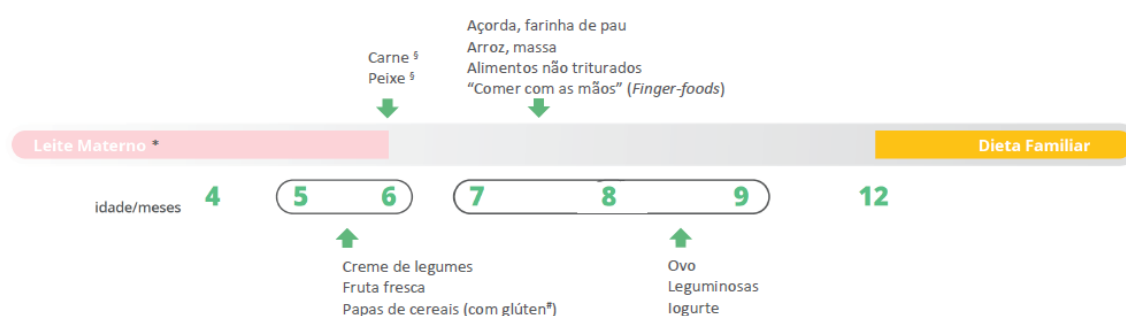


Figura 1- Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável (DGS, 2019)

2.3) Alimentos Alergénicos

A introdução de alimentos com potencial alergénico, nomeadamente o trigo, peixe, ovo e leite de vaca tem sido estudada ao longo dos últimos anos.

A ESPGHAN refere que existe um paradoxo relativamente à prevalência de alergias alimentares entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os países desenvolvidos apresentam elevadas taxas de alergias alimentares, apesar das recomendações das sociedades científicas para restringir e atrasar a exposição a alimentos alergénicos. Por outro lado, existe uma baixa prevalência de alergias alimentares em países onde se usam alimentos alergénicos como primeiros alimentos complementares, como por exemplo em Israel, onde a manteiga de amendoim é introduzida precocemente (Du Toit G., 2008; Fewtrell M., 2017).

As conclusões de algumas revisões sistemáticas indicam que existe um aumento do risco de alergia alimentar quando os alimentos são introduzidos antes dos 3- 4 meses de idade, contudo depois dos 4 meses não há benefício em atrasar a introdução, quer em crianças da população em geral quer naquelas com história familiar de alergia, havendo até um risco aumentado da introdução tardia em estudos observacionais (Muraro A., et al., 2014; Nwaru BI., et al, 2010).

Uma revisão sistemática e uma meta-análise recente, concluíram que a introdução precoce do ovo, entre os 4 e 6 meses está associada a uma redução do risco de alergia alimentar a este alimento, sendo que os ovos devem ser introduzidos na alimentação cozidos e não crus (Ierodiakonou D., et al, 2016).

Relativamente ao amendoim, a meta-análise concluiu que a introdução entre os 4 e 11 meses diminui o risco de alergia ao amendoim, sendo que quanto mais precoce a introdução a partir dos 4-6 meses mais expressivo o efeito (Fleischer DM., 2001; Ierodiakonou D., 2016).

Em relação à introdução do peixe, a meta-análise concluiu, embora com um grau de evidência baixo que a introdução precoce de peixe está associada a uma diminuição da alergia alimentar a este alimento e rinite (Ierodiakonou D., et al, 2016).

Apesar das conclusões benéficas da meta-análise relativamente à introdução precoce do ovo e amendoim no processo de diversificação alimentar, considera-se que não devem ser feitas nesta fase novas recomendações de forma generalista para todas as crianças.

Na prática clínica há que avaliar cada caso e perceber a aceitação por parte dos pais. Contudo, as recomendações das sociedades científicas são consistentes no que diz respeito à segurança de alimentos alergénicos após os 4 meses de idade (Fewtrell M., et al, 2017).

2.4) Glúten & Doença Celíaca

A doença celíaca é uma enteropatia, na qual o consumo de glúten em indivíduos geneticamente predispostos, resulta numa reação autoimune, com expressão multisistêmica. Afeta aproximadamente 1% a 3% da população geral na maior parte do mundo, com exceção de algumas áreas geográficas nomeadamente a população do sudeste Asiático, em que os antígenos HLA-DQ2 e/ ou HLA-DQ8 são raros.

A introdução do glúten na diversificação alimentar tem vindo a ser alvo de investigação ao longo dos últimos anos, com o intuito de compreender se fatores como a amamentação e a idade podem contribuir para uma prevenção da doença celíaca (Fewtrell M., 2017).

As recomendações da ESPGHAN em 2008, baseadas em estudos observacionais sugeriam que era prudente evitar a introdução antes dos 4 meses e depois dos 7 meses de idade e a introdução do glúten deveria ser feita enquanto a criança estava a ser amamentada, uma vez que a amamentação era considerada fator protetor para o risco de doença celíaca, diabetes *mellitus* tipo 1 e alergia ao trigo (Agostoni C., 2008).

Contudo, dois estudos experimentais recentes e uma meta-análise concluíram que a introdução numa idade mais tardia pode atrasar as manifestações da doença, mas não as evita (Vriezinga SL., 2014; Lionetti E., 2014). Por outro lado, concluíram que a amamentação não diminui o risco de doença celíaca, alergia ao trigo ou diabetes tipo 1 (Szajewska H.,2015).

Assim, as novas recomendações sugerem a introdução do glúten entre os 4 e 12 meses. Contudo, deve ser evitado o consumo elevado nas primeiras semanas após a sua introdução porque o consumo elevado pode aumentar o risco de autoimunidade (Szajewska H.,2016; Fewtrell M.,2017).

2.5) Introdução de Novos Sabores e Vegetais

O período de transição entre uma alimentação exclusivamente láctea e a alimentação da família é considerado um dos períodos de referência de aprendizagem e estabelecimento de preferências alimentares saudáveis que se irão manter ao longo da vida adulta.

As primeiras experiências com os diferentes sabores começam ainda no meio intrauterino através da passagem pelo líquido amniótico. A evidência científica disponível refere que a preferência por sabores doces e salgados é inata, enquanto a preferência por sabores amargos, nomeadamente os vegetais necessita de ser desenvolvida, tendo os pais um papel fundamental nesse processo (Mennella JA., 2014; Ross ES., 2017). Segundo o estudo de Bouhlal, a adição de

sal a novos vegetais parece aumentar a aceitabilidade desse alimento, apoiando a hipótese de que o sal é uma preferência inata (Bouhlal, 2014).

A amamentação tem sido associada a uma maior predisposição para aceitar vegetais, possivelmente devido ao aumento do número de sabores experimentados pela criança no leite materno (Ross ES, 2017; Warren J., 2018).

A exposição precoce e repetida ao sabor de alguns vegetais aumenta o gosto por esses mesmos vegetais. As crianças expostas a uma maior variedade de vegetais durante o período de diversificação alimentar consomem uma maior variedade aos 6 anos de idade (Remy E.,2013; Maier-Noth A.,2016).

Uma criança para aceitar um novo sabor, pode precisar de estar em contacto com esse mesmo sabor 8 a 10 vezes. Os pais devem ser encorajados a persistir mesmo que a expressão facial da criança sugira que não está a gostar (Remy E.,2013).

2.6) Dietas Vegetarianas

A adoção de um padrão alimentar vegetariano tem vindo a aumentar na Europa, associado a questões de saúde, éticas ou ambientais, não só entre a população adulta, mas também entre crianças e adolescentes (Pimentel D., et al., 2018).

Durante o processo de diversificação alimentar é fundamental ter um cuidado particular com as dietas vegetarianas e/ou vegan, uma vez que estas, quando demasiado restritivas estão associadas a défices de nutrientes, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tipo de Dieta				
Nutriente	Vegetariana			
	Lacto-ovo	Lacto	Ovo	Vegan
Ferro	X	X	X	X
Zinco	X	X	X	X
Cálcio			X	X
B ₁₂			X	X
B ₂				X
Vitamina D	X	X	X	X
Vitamina A				X
n-3 (DHA)	X	X	X	X
Proteína	X	X	X	X

Tabela 1- Nutrientes que podem estar em défice numa dieta vegetariana e vegan (Fewtrell M.,2017)

A ESPGHAN, nas suas recomendações considera viável a realização de uma dieta vegetariana desde que bem planeada, durante a primeira infância (Fewtrell M., 2017). Contudo, reforça que caso os pais queiram seguir uma dieta vegan devem ser acompanhados por um profissional de saúde, de forma a assegurar um consumo suficiente de vitamina B₁₂, vitamina D, ferro, zinco, ácido fólico, ómega 3, cálcio e proteína, bem como a riqueza de nutrientes e densidade energética (Fewtrell M., 2017; DGS, 2019).

Embora as recomendações relativamente à diversificação alimentar no lactente vegetariano sejam maioritariamente sobreponíveis com as recomendações de um lactente com dieta omnívora existem algumas especificidades a nível proteico.

A partir dos 6 meses pode ser introduzido na sopa, como fonte de proteína vegetal o tofu de preferência fresco e natural numa dose máxima de 30g/dia. Entre os 7 e os 8 meses devem ser introduzidas as leguminosas, por serem uma fonte proteica e de hidratos de carbono complexos de excelência e pela sua riqueza em minerais e fibras (Pimentel D., 2018).

Aos 8 meses pode ser introduzida a gema de ovo nos lactentes ovo-vegetarianos, sendo que a partir dos 9 meses o ovo pode ser dado inteiro. Os frutos oleaginosos podem ser introduzidos a partir dos 9 meses, desde que bem triturados, naturais e sem sal independentemente da história de atopia familiar (Pimentel D., 2018).

O seitan, produto produzido a partir do glúten do trigo e o tempeh, produzido através da fermentação dos grãos de soja podem ser introduzidos na alimentação do lactente aos 11 meses, como fonte de proteína vegetal e substitutos da carne (Pimentel D., 2018).



Figura 2 - Proposta de diversificação alimentar para um lactente vegetariano (DGS, 2019)

2.7) Alimentos a Evitar

Com base na evidencia disponível, durante o primeiro ano de vida existem alguns alimentos que devem ser evitados, uma vez que não acrescentam benefícios nutricionais para a criança (Warren J., 2018).

O açúcar não deve ser adicionado a nenhuma refeição durante a diversificação alimentar quer pela sua ausência de valor nutricional, quer pelo facto de contribuir para o desenvolvimento da apetência natural pelo sabor doce.

O mel, é outro dos alimentos que não deve ser introduzido antes dos 12 meses de idade, uma vez que está na origem do botulismo infantil, devido aos esporos resistentes do *clostridium botulinum* e pelo seu teor elevado de açúcar (Warren J., 2018).

O sal não deve também ser introduzido durante a diversificação alimentar, uma vez que está associado à apetência inata pelo sabor salgado (Fewtrell M., 2017).

A oferta de sumos de fruta deve também ser evitada, uma vez que crianças habituadas desde cedo a sumos de fruta, mesmo que naturais e sem açúcar acabam por rejeitar a água e preferir os sumos como opção (Pimentel D., 2018; Warren J., 2018).

O leite de vaca em natureza não deve ser introduzido antes dos 12 meses como principal fonte láctea. O consumo de leite de vaca como principal fonte láctea está associado a uma ingestão energética, proteica e lipídica elevada e a uma baixa ingestão de ferro (Fewtrell M., 2017).

As bebidas de arroz não devem ser usadas em lactentes e crianças devido à presença de arsénio inorgânico, um composto cancerígeno (Fewtrell M., 2017).

3) Modalidades de Diversificação Alimentar

O período entre a amamentação em exclusivo e a fase da diversificação alimentar está repleto de inúmeras questões, sendo que algumas delas se referem à melhor modalidade de introdução da diversificação alimentar.

A introdução dos alimentos, através de uma consistência pastosa é uma prática tradicionalmente utilizada; contudo nos últimos anos, começou a ser também discutida e alvo de debate.

Gill Rapley, autora do livro *“Baby Led Weaning: helping your baby to love good food”*, sugere que a partir dos 6 meses as crianças apresentam capacidade para determinar a sua própria ingestão de alimentos. Para além disso, as crianças que demonstram um adequado crescimento e desenvolvimento são capazes de consumirem pedaços de comida, sem ser necessário alterar substancialmente a consistência dos alimentos (Arantes ALAE, 2018).

3.1) *Baby Led Weaning*

O termo Baby Led Weaning (BLW) foi descrito pela primeira vez por Gill Rapley, em 2005, como um método alternativo à diversificação alimentar tradicional.

Este método promove a autoalimentação da criança, a partir dos 6 meses de idade, através da oferta de pedaços de alimentos, preferencialmente da refeição da família, que a criança ingere com as mãos.

Neste método, a criança é encorajada a provar qualquer alimento, desde o início do período de alimentação complementar, sem haver uma ordem específica para introduzir os alimentos e sem recurso a alimentos na forma de puré (Warren J., 2018).

O BLW é assim um método que permite à criança escolher quando quer iniciar a refeição, o que ela quer comer entre as opções disponibilizadas pelos seus cuidadores, o ritmo da refeição e a quantidade de alimentos que ela quer ingerir em cada refeição, permitindo à criança responder melhor aos sinais de fome e saciedade (Arantes ALAE, 2018).

O BLW baseia-se em três princípios, sendo eles a amamentação, o “*baby-led*” e as refeições em família (Cameron S., 2012; Daniels L., 2015).

- i) A criança deve ser amamentada exclusivamente com leite materno até aos 6 meses de idade, embora a necessidade de algumas crianças serem alimentadas com fórmula infantil também seja reconhecida. O aleitamento materno deve persistir enquanto a criança o desejar.
- ii) Aquando os 6 meses de idade, a criança inicia a ingestão complementar de forma autónoma, segurando pedaços de alimentos inteiros com as próprias mãos porque, nesta fase, a criança começa a adquirir movimentos de motricidade fina, desenvolvendo a pega fina (juntar as pontas do indicador e polegar) e melhorando a capacidade para agarrar os pedaços de comida. Deste modo, deve iniciar-se o BLW porque a criança já apresenta capacidade autónoma de se sentar, agarrar e levar a comida à boca com as mãos.
- iii) Os alimentos oferecidos à criança são iguais aos alimentos da família, contudo em forma de *finger food* e com dimensões suficientes para que a criança consiga pegar com a mão.

Assim, no BLW os cuidadores têm como papel disponibilizar os alimentos e proporcionarem um ambiente agradável para a criança possa exercitar as suas capacidades motoras e experimentar uma grande variedade de alimentos (Arantes ALAE, 2018).

Ao longo dos últimos anos, foram propostas várias vantagens do BLW face ao método convencional. Um estudo realizado por Townsend, comparou o método tradicional e o BLW e concluiu que as crianças alimentadas através do BLW tinham maior apetite por hidratos de carbono, enquanto as crianças alimentadas pelo método convencional tinham uma maior preferência por alimentos doces, sendo estas conclusões independentes do estado socioeconómico da família. Constatou também uma maior prevalência de obesidade no grupo da alimentação convencional em comparação com o grupo do BLW, sendo esta diferença atribuída à capacidade de regulação da ingestão alimentar no método do BLW (Townsend E., 2012).

Um estudo correlacional, verificou que crianças alimentadas através do BLW respondiam melhor à saciedade quando comparadas com as crianças alimentadas pelo método convencional (Brow A., 2015).

Assim, as vantagens do BLW face ao método convencional prendem-se com um menor risco de obesidade, como consequência da melhor capacidade de autorregulação energética, uma vez que o bebé consegue responder de forma mais eficiente aos sinais de fome e saciedade (Brow A., 2015).

Salienta-se ainda que o BLW promove a aceitação de uma maior variedade de alimentos como resultado da exposição precoce a uma variedade de sabores e texturas e contribui para um maior desenvolvimento das capacidades motoras (Daniels L., 2015).

Por outro lado, também foram enumeradas algumas desvantagens relativamente a este método, nomeadamente risco de engasgamento ou à incapacidade de a criança atingir as suas necessidades nutricionais, quer em macronutrientes quer em micronutrientes, como por exemplo o ferro (Daniels L., 2015; D`Auria, 2018). Segundo o estudo de D`Auria, o BLW conduz a um maior aporte de leite e a uma menor oferta de outros alimentos, sem vantagens relativamente a uma maior aceitação de alimentos novos (D`Auria, 2018).

Com base na evidência disponível, ainda não existe um consenso relativamente à segurança desta prática e ao potencial impacto no comportamento alimentar bem como no crescimento e desenvolvimento da criança (Arantes ALAE, et al., 2018).

Contudo, uma forma de BLW modificada (BLISS) que preconiza oferta de alimentos ricos em ferro bem como na evicção de alimentos com maior risco de engasgamento, poderá minimizar os riscos do BLW original (Daniels L., 2015).

4) Alimentação Responsiva

A alimentação responsiva, tem vindo a ser considerada um assunto de destaque ao longo dos últimos tempos.

Segundo as recomendações da ESPHGAN, os pais devem ser encorajados a alimentarem a criança consoante os sinais de fome ou saciedade que esta manifesta (Fewtrell M., 2017). Se observarmos uma criança durante a refeição, ela apresenta sinais que não devem ser ignorados e que permitem aos pais compreender se a criança tem fome ou está saciada, como podemos verificar na tabela abaixo (Hetherington M., 2017; Warren J., 2018).

Sinais de Fome e Saciedade		
	6-8 Meses	8-12 Meses
Sinais de Fome	<ul style="list-style-type: none">• Chora ou grita;• Inclina-se para a frente na direção da colher;• Procura comida.	<ul style="list-style-type: none">• Chora ou grita;• Agarra na colher ou na comida.
Sinais de Saciedade	<ul style="list-style-type: none">• Vira a cabeça para o lado, na direção oposta da colher;• Distrai-se facilmente;• “Cospe” a comida.	<ul style="list-style-type: none">• Engole devagar a comida;• Fecha a boca ou empurra a comida para longe;• Distrai-se facilmente.

Tabela 2- Sinais de Fome & Saciedade (Warren J., 2018)

As crianças nascem com capacidade de regular aquilo que devem consumir de acordo com as suas necessidades. Deste modo, os pais não devem pressionar caso a criança manifeste sinais de saciedade para não prejudicar esta capacidade das crianças, fundamental na prevenção da obesidade infantil (Hetherington MM., 2017).

Assim os cuidadores devem ser educados a reconhecerem esses mesmos sinais e a não recorrerem à alimentação como conforto ou recompensa de um determinado comportamento (Ventura A, 2019).

Parte II- Investigação Empírica

1) Objetivos:

Partindo das seguintes hipóteses:

- i) Será que o grau de informação/ conhecimento das mães relativamente à diversificação alimentar no 1º ano de vida no contexto urbano nacional, é ainda insuficiente?
- ii) Será que apesar das novas recomendações das Sociedades Científicas e da informação divulgada de forma generalizada, sobretudo nas consultas de Saúde Infantil, ainda não existe adequada aplicação das mesmas por parte das mães no mesmo contexto?
- iii) Ainda no mesmo contexto, têm as mães conhecimentos e práticas relativos ao *Baby-Led Weaning*?

O presente trabalho tem como objetivos:

1.1) Objetivo Geral:

Caraterizar o Grau de Conhecimento, Práticas e Atitudes das Mães Portuguesas em Meio Urbano (cidade de Lisboa) relativamente à Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida.

1.2) Objetivo Específico:

Caraterizar o Grau de Conhecimento das Mães Portuguesas em Meio Urbano (cidade de Lisboa) relativamente às mais recentes Recomendações das Sociedades Científicas (inclusive relativamente ao BLW).

2) Metodologia:

2.1) Tipo de Estudo:

O presente estudo trata-se da aplicação de um questionário isolado.

2.2) Grupo de Estudo:

O grupo de estudo é constituído por 100 mães, selecionadas por conveniência em dois centros de saúde de Lisboa (50 mães do centro de saúde de Sete Rios, 10 mães do centro de saúde do Lumiar e 40 mães do consultório ON Clinic).

a) Critérios de Inclusão:

- Mães com idade >18 anos, com bebés entre os 4-12 meses, de termo e sem patologia crónica.

b) Critérios de Exclusão:

- Mães com perturbação cognitiva, da compreensão e/ou da expressão verbal;
- Mães que não aceitem a participação no estudo.

2.3) Plano de Estudo:

Todas as participantes do estudo foram recrutadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente, aquando das consultas programadas de saúde infantil e/ou para cumprimento do plano de imunização.

Todas as participantes que aceitaram participar no estudo após serem informados acerca dos objetivos do mesmo bem como das condições necessárias à sua realização, assinaram o termo de consentimento informado, livre e esclarecido.

A avaliação dos conhecimentos, práticas e atitudes das mães Portuguesas em meio urbano (cidade de Lisboa) relativamente à diversificação alimentar no 1º ano de vida foi feita através da aplicação de um questionário dividido em duas partes, não validado para a população Portuguesa.

A primeira parte apresenta questões relacionadas com os conhecimentos e práticas maternas relativamente à diversificação alimentar no 1º ano de vida, enquanto que a segunda parte, adaptada a partir do questionário *Infant Feeding Style Questionnaire* (IFSQ) pretende avaliar as crenças e práticas maternas e associá-las a um determinado estilo alimentar (*Laissez-faire*, restritivo, pressão para comer, responsivo e indulgente) (Thomson AL., 2009).

O IFSQ é um questionário constituído por 83 itens, validado a partir de uma amostra de 154 mães Afro-Americanas, de baixo rendimento, da Carolina do Norte, que pretende avaliar as crenças e comportamentos de mães com crianças na primeira e segunda infância (3-20 meses) sendo posteriormente relacionado com um determinado estilo de alimentação (*Laissez-faire*, Restritivo, Pressão para comer, Responsivo e Indulgente) (Thomson AL., 2009).

As questões relacionadas com o estilo *Laissez-faire* pretendem avaliar a qualidade dos alimentos, bem como a atenção que os pais dão à criança no momento da refeição. As questões associadas ao estilo Restritivo contemplam itens relacionados com a qualidade e quantidades dos alimentos oferecidos. No estilo de Pressão para comer, as questões pretendem verificar a pressão que é feita por parte dos pais para a criança terminar uma determinada refeição, o uso de cereais no biberão e a oferta de determinados alimentos, como forma de acalmar a criança. Os itens associados ao estilo Responsivo avaliam a saciedade e a atenção dada à criança na hora da refeição. As questões relacionadas com o estilo Indulgente contemplam itens que avaliam os comportamentos permissivos dos pais e a forma como a alimentação é usada para persuadir, acalmar ou mimar a criança.

Os 83 itens, utilizam uma escala de Likert que varia de 1 (discordo/nunca) a 5 (concordo/sempre). Contudo, no presente estudo foram apenas selecionadas as afirmações inerentes à primeira infância.

Após traduzido, foi validado linguisticamente e aplicado a uma amostra de 10 participantes como pré-teste.

A aplicação do questionário foi feita pela investigadora principal, em formato de entrevista. Contudo algumas mães, solicitaram que fossem elas próprias a preencher o questionário, uma vez que facilitava a leitura e a compreensão do mesmo.

3) Tratamento Estatístico

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) bivariada e multivariada. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\leq 0,05$.

Na análise inferencial usou-se o teste de independência do Qui-quadrado, o teste de Fisher, o teste T-Student para amostras independentes, o teste de Mann-Whitney e o modelo de regressão linear múltipla. O pressuposto do teste T-Student, nomeadamente o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi analisado com o teste de Levene. Aceitou-se a normalidade de distribuição nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células

com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

4) Questões Éticas

O presente estudo não teve implicações éticas e legais específicas para as participantes. Foi solicitado a todas as participantes do estudo, a assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

Este trabalho foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria e da ARSLVT.

Parte III- Resultados

1) Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 100 mães, com faixas etárias compreendidas entre os 18 e 49 anos, sendo que 29 encontram-se na faixa etária abaixo dos 30 anos, 63 encontram-se entre os 30-39 anos e apenas 8 apresentam uma idade igual ou superior a 40 anos.

A maioria (88 das 100 mães) são portuguesas e as restantes 12 são de diferentes nacionalidades (3 Angolanas, 5 Brasileiras, 1 Cabo-Verdiana, 1 Chinesa, 1 Guineense e 1 Moçambicana).

Relativamente às habilitações literárias 13 mães tem o ensino básico, 17 o ensino secundário e 70 o ensino superior (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento). Quanto à situação laboral 81 mães são trabalhadoras por conta de outrem ou própria e 15 mães encontram-se desempregadas. Relativamente ao estado civil, 27 mães são solteiras, 68 casadas e 4 divorciadas. Quanto ao número de filhos, 52 mães são primíparas e 48 múltiparas.

Idade, n (%)	
< 20 anos	5 (5%)
20-29 anos	24 (24%)
30-39 anos	63 (63%)
40-49 anos	8 (8%)
≥ 50 anos	0 (0%)
Nacionalidade, n (%)	
Portuguesa	88 (88%)
Outra	12 (12%)
Habilitações Literárias, n (%)	
Ensino Básico	13 (13%)
Ensino Secundário	17 (17%)
Licenciatura	42 (42%)
Mestrado	25 (25%)
Doutoramento	3 (3%)
Situação Laboral, n (%)	
Estudante	1 (1%)
Trab. conta de outrem	69 (69%)
Trab. conta própria	12 (12%)
Desempregada	15 (15%)
Outra	3 (3%)
Estado Civil, n (%)	
Solteira	27 (27%)
Casada / União de facto	68 (68%)
Divorciada	4 (4%)
Outra	1 (1%)
Membros do Agregado Familiar, n (%)	
Menos de 3	9 (9%)
3	37 (37%)
4	39 (39%)
≥5	15 (15%)
Crianças no Agregado Familiar, n (%)	
1	49 (49%)
2	36 (36%)
3	11 (11%)
4	3 (3%)
5	1 (1%)
A aplicação do questionário diz respeito ao, n (%)	
1º Filho	52 (52%)

2º Filho	35 (35%)
3º Filho	10 (10%)
4º Filho	3 (3%)

Tabela 3- Dados Sociodemográficos

Das 100 mães entrevistadas, 54 são mães de rapazes e 46 de raparigas.

Do total da amostra, 21 tem um bebé com idade compreendida entre os 4-6 meses, 23 com idade entre os 6-8 meses, 17 entre os 8-10 meses e 39 com idade entre os 10-12 meses.

A mãe é o principal cuidador da criança, contudo o pai e os avós também assumem um papel relevante.

O acompanhamento do processo da diversificação alimentar é feito maioritariamente pelo pediatra, seguido do médico de família e por fim pelo enfermeiro.

Os profissionais de saúde são considerados a fonte de informação mais fidedigna no que diz respeito ao processo de diversificação alimentar, seguindo-se os media/internet e em terceira opção surgem os familiares mais velhos. De acordo com os valores dos resíduos ajustados da tabela de cruzamento com a idade da mãe verificamos que existem diferenças significativas no peso que os familiares mais velhos têm nas mães mais novas e que os amigos apenas são referidos na classe etária dos 20-29 anos (Anexo II). Não existem diferenças significativas relativamente às habilitações literárias maternas. Verificou-se ainda que as mães desempregadas utilizam mais os media/internet em comparação com as mães empregadas (66,7% vs 19,8%) e que as mulheres que tiveram o primeiro filho referem mais os familiares mais velhos como referência (25,0% vs 5,7% vs 7,7%) e menos os media/internet (5,8% vs 17,1% vs 15,4%).

Género da criança, n (%)	
Masculino	54 (54%)
Feminino	46 (46%)
Idade da criança, n (%)	
4-6 meses	21 (21%)
6-8 meses	23 (23%)
8-10 meses	17 (17%)
10-12 meses	39 (39%)
Prestador de cuidados principal da criança (escolha múltipla), n (%)	
Mãe	99 (99%)
Pai	65 (65%)
Avós	27 (27%)
Baby-sitter	2 (2%)
Educadores e auxiliares	14 (14%)
Outros	1 (1%)
Que profissional de saúde orienta a diversificação alimentar do seu filho (escolha múltipla), n (%)	
Pediatra	69 (69%)
Médico de família	32 (32%)
Enfermeiro	14 (14%)
Segue estritamente as recomendações do profissional de saúde, n (%)	
Sim	87 (87%)
Não	11 (11%)
Talvez	2 (2%)

Fonte de informação mais fidedigna sobre diversificação alimentar (escolha múltipla), n (%)	
Profissionais de saúde	93 (93%)
Manuais materno-infantis	11 (11%)
Websites do M. Saúde	11 (11%)
Media/Internet	27 (27%)
Revistas materno-infantil	5 (5%)
Familiares mais velhos	16 (16%)
Amigos	7 (7%)
Outros	3 (3%)

Tabela 4 - Análise descritiva relativamente ao género e faixa etária da criança, cuidador principal, profissional de saúde e fonte de informação preferencial relativamente à diversificação alimentar

2) Conhecimentos Maternos

C1: Considera que a alimentação em exclusivo até aos 6 meses garante todos os nutrientes para o adequado crescimento do seu filho, n (%)

Sim	88 (88%)
Não	5 (5%)
Talvez	7 (7%)

C2: Com que idade considera que deva começar a ser feita a diversificação alimentar, n (%)

Antes dos 4 meses	0 (0%)
4- antes dos 6 meses	61 (61%)
6 meses	26 (26%)
Depois dos 6 meses	13 (13%)

C3: Qual das seguintes opções considera que deva ser a primeira escolha para introduzir a diversificação alimentar, n (%)

Puré de legumes	70 (70%)
Papa não láctea	10 (10%)
Papa láctea	16 (16%)
Fruta	3 (3%)
Outra	1 (1%)

C4: Com que idade considera que deve ser introduzida a fruta, n (%)

<4 Meses	1 (1%)
Entre os 4-6 meses	57 (57%)
Entre os 6-8 meses	42 (42%)
>8 Meses	0 (0%)

C5: Com que idade considera que deve ser introduzido o glúten, n (%)

<4 Meses	0 (0%)
Entre os 4-6 meses	9 (9%)
> 6 Meses	91 (91%)

C6: Considera que o leite de vaca em natureza possa ser introduzido antes dos 12 meses, n (%)

Sim	9 (9%)
Não	91 (91%)

C7: Considera que o mel possa ser introduzido antes dos 12 meses, n (%)

Sim	34 (34%)
Não	65 (65%)
NR	1 (1%)

C8: Considera que o sal possa ser introduzido antes dos 12 meses, n (%)

Sim	32 (32%)
Não	68 (68%)

C9: Já ouviu falar no conceito do *Baby Led Weaning*, n (%)

Sim	32 (32%)
Não	68 (68%)

C9.1: Em caso afirmativo onde teve conhecimento, n (%) (escolha múltipla)

Profissional de saúde	6 (18,8%)
Familiar	3 (9,4%)
Amigo	9 (28,1%)
Pesquisa individual	19 (59,4%)
Outra	6 (18,8%)

C10: Qual o seu nível de confiança para alimentar o seu filho corretamente? Média ± DP

4,29 ± 0,59

Tabela 5 - Conhecimentos maternos relativamente à amamentação exclusiva e ao processo de diversificação alimentar, incluindo o BLW

A maioria das mães (88%) consideram que a amamentação em exclusivo até aos 6 meses garante todos os nutrientes para o adequado crescimento do seu filho e tal facto é independente de todas as variáveis sociodemográficas estudadas.

Quanto ao início do processo de diversificação alimentar a idade mais referida é entre os 4-6 meses, no entanto esta opção varia com as habilitações literárias maternas ($\chi^2(1) = 3,701$, $p=0,04$), conforme se pode ver na tabela abaixo. A maioria das mães com o ensino básico e/ ou secundário referem que a introdução alimentar deva ser feita depois dos 6 meses, enquanto a maioria das mães com o ensino superior refere que a introdução alimentar deva ser feita entre os 4-6 meses de idade.

Habilitações Literárias	Início da diversificação alimentar		Total
	4-6 meses	Depois dos 6 meses	
Até 12º ano	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30 (100,0%)
Ensino Superior	47 (67,1%)	23 (32,9%)	70 (100,0%)
Total	61 (61%)	39 (39%)	100 (100,0%)

Tabela 6 - Habilitações literárias maternas e início da diversificação alimentar

O puré de legumes (70%) foi apontado maioritariamente como a primeira escolha para iniciar a diversificação alimentar, seguido da papa láctea (16%), papa não láctea (10%) e por fim a fruta (3%). Existem apenas diferenças significativas na introdução da fruta. A idade de introdução da fruta diferiu consoante as habilitações literárias da mãe ($\chi^2(1) = 3,785$, $p=0,04$). A maioria das mães com habilitações literárias até ao 12º ano consideram que a fruta deve ser introduzida depois dos 6 meses enquanto as mães com grau de licenciatura, mestrado ou doutoramento afirmam que a melhor opção é até aos 6 meses, estando de acordo com o resultado anterior.

Habilitações Literárias	Introdução da fruta		Total
	Até aos 6 meses	Depois dos 6 meses	
Até 12º Ano	13 (43,3%)	17 (56,7%)	30 (100,0%)
Ensino Superior	45 (64,3%)	25 (35,7%)	70 (100,0%)
Total	58 (58%)	42 (42,0%)	100 (100,0%)

Tabela 7- Habilitações literárias maternas e idade de introdução da fruta

Quanto à introdução do glúten na alimentação quase todas as mães (91%) consideram que só deverá ser introduzido após os 6 meses, independentemente das diferenças das características sociodemográficas.

Relativamente à introdução do leite de vaca em natureza durante o primeiro ano de vida, 91% das mães referem que não deverá ser introduzido nesta faixa etária, independentemente das habilitações literárias.

No que diz respeito ao mel e ao sal, embora a maioria das mães considerem que estes alimentos não deverão ser introduzidos durante o primeiro ano de vida, existe ainda uma percentagem de mães considerável que mencionam que estes alimentos podem ser introduzidos durante a primeira infância, 34% e 32% respetivamente. A proporção de mães que considera que o mel e o sal possam ser introduzidos antes dos 12 meses diminui à medida que o seu nível de instrução aumenta sendo as diferenças significativas. ($\chi^2_{\text{Mel}}(2) = 7,522, p=0,023$; $\chi^2_{\text{Sal}}(2) = 6,024, p=0,04$).

Habilitações Literárias	Alimento deve ser introduzido antes dos 12 meses			Total
	Leite de Vaca	Mel	Sal	
Ensino Básico (até 9ºano)	4 (30,8%)	8 (66,7%)	8 (61,5%)	13 (100,0%)
Ensino Secundário (até 12ºano)	3 (17,6%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)	17 (100,0%)
Ensino Superior	2 (2,9%)	19 (27,1%)	19 (27,1%)	70 (100,0%)
Total	9 (9,0%)	34 (34,0%)	32 (32,0%)	100 (100,0%)

Tabela 8 - Habilitações literárias maternas e conhecimentos sobre a introdução do leite de vaca, mel e sal antes dos 12 meses

Na amostra estudada, apenas 32% das mães conhecem o conceito do *Baby-Led Weaning* e a principal fonte de conhecimento foi a pesquisa individual (59,4%), seguida de amigos (28,1%), profissionais de saúde (18,8%) e familiares (9,4%).

Quanto à definição deste conceito, a maioria das mães referem que é a “oferta dos alimentos ao bebé na forma de *finger food* sem alterar a consistência do mesmo em substituição da alimentação convencional, sendo simultaneamente privilegiada a alimentação em família”. Verifica-se que o nível de instrução está relacionado com o conhecimento do conceito do BLW ($\chi^2(2) = 8,737, p = 0,013$).

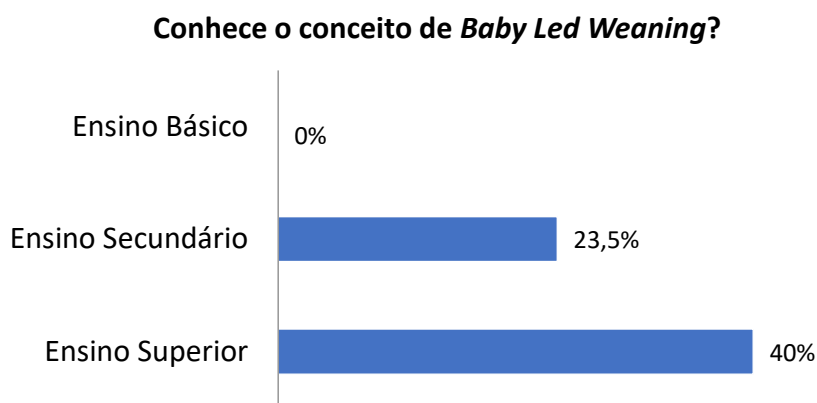


Gráfico 1- Habilitações literárias maternas e conhecimento do conceito do *Baby-Led Weaning*

O valor médio do nível de confiança das mães para alimentar o seu filho foi de 4,29, numa escala de 1 a 5, sendo 1 muito baixo e 5 muito alto.

Relativamente à relação entre o nível de confiança e a análise de dados sociodemográficos é possível constatar que este valor aumenta de 3,97 em mães com a escolaridade até ao ensino secundário para 4,28 em mães com ensino superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(97) = -2,034, p = 0,04$). Embora o nível de confiança aumente consoante o número de filhos, (1º Filho: 4,12, 2º Filho: 4,20, 3º ou superior: 4,38), estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(2,96) = 0,757, p = 0,472$). Este valor médio não depende de mais nenhuma das variáveis sociodemográficas analisadas.

Quanto às associações entre o nível de confiança e os conhecimentos maternos, verificou-se que o nível médio de confiança para alimentar os filhos corretamente é independente da opinião que as mães têm sobre se a amamentação em exclusivo até aos 6 meses garante todos os nutrientes para o adequado crescimento do bebé.

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios do nível de confiança das mães relativamente à idade com que acham que deve ser iniciada a diversificação alimentar. As mães que consideram que a introdução alimentar deva ser feita antes dos 6 meses

apresentam níveis médios de confiança inferiores aos das mães que acham que deve ser iniciada após os 6 meses ($F(2, 98) = 7,762, p = 0,001$).

Início da Diversificação Alimentar	Nível de confiança (Média±DP)
4 – antes dos 6 meses	4,18 ± 0,59
6 meses	3,88 ± 0,86
Depois dos 6 meses	4,77 ± 0,44

Tabela 9 - Relação entre o início da diversificação alimentar e o nível de confiança materno

O nível de confiança é independente da opinião materna sobre a primeira escolha da diversificação alimentar ($F(4, 94) = 0,548, p = 0,701$) bem como da idade em que deva ser introduzida a fruta ($F(2,98) = 1,632, p = 0,201$) e o glúten ($t(97) = 0,674, p = 0,502$).

A opinião das mães sobre a introdução antes dos 12 meses do leite de vaca, mel em substituição do açúcar e do sal é independente do nível de confiança materna para alimentar os filhos (Leite: $t(97) = -0,674, p = 0,502$; mel ($t(96) = 1,895, p = 0,061$) e sal ($t(97) = -0,663, p = 0,509$).

Embora as mães que já ouviram falar do *Baby-Led Weaning* apresentem valores médios de confiança superiores aos das mães que não ouviram falar (4,29 vs 4,13) esta diferença não é estatisticamente significativa ($t(97) = -1,132, p = 0,261$).

3) Práticas Maternas

P1: Qual o tipo de leite atual, n (%)	
Amamentação exclusiva	33 (33%)
Amamentação em combinação com fórmula	19 (19%)
Fórmula	45 (45%)
Leite de vaca	3 (3%)
P2: Faz uma combinação da amamentação com a diversificação alimentar, n (%)	
Sim	56 (56%)
Não	44 (44%)
P3: Quando iniciou a diversificação alimentar, n (%)	
Antes dos 4 meses	3 (3%)
4-antes dos 6 meses	66 (66%)
6 meses	20 (20%)
Depois dos 6 meses	3 (3%)
NR	8 (8%)
P4: Como iniciou a diversificação alimentar, n (%) (escolha múltipla)	
Puré de legumes	58 (63,0%)
Papa não láctea	13 (14,1%)
Papa láctea	17 (18,5%)
Fruta	11 (12,0%)
P5: Quantas refeições principais oferece por dia, n (%)	
1	3 (3%)
2	26 (26%)
3	31 (31%)
≥ 4	33 (33%)
NR	7 (7%)

P6: O seu filho usa utensílios como o copo e a colher, n (%)	
Sim	42 (42%)
Não, costuma comer com as mãos	44 (44%)
Algumas vezes	14 (14%)

Tabela 10 - Práticas maternas relativamente ao processo de diversificação alimentar

Aproximadamente metade dos bebés (45%) tomam fórmula, 33% é alimentado em amamentação exclusiva e 19% combinam a amamentação com a fórmula. O leite de vaca é utilizado em 3% dos bebés na faixa etária entre os 10-12 meses; não havendo uma associação entre o tipo de leite e a idade do bebé. ($\chi^2(9) = 11,666$, $p = 0,233$) (Anexo III).

Analisou-se por classe etária se a situação laboral da mãe influencia o tipo de leite atual e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas classes dos 6-8 meses e 8-10 meses (resíduos ajustados superiores a 1,96). Nestas classes etárias, todas as mães desempregadas amamentam em exclusivo, enquanto que as mães empregadas apenas amamentam em exclusivo em 20% e 13,3% dos casos.

A combinação da amamentação com a diversificação alimentar depende da idade da criança ($\chi^2(3) = 9,072$, $p = 0,028$). Apenas 33,3% dos bebés com 4-6 meses são amamentados e já iniciaram a diversificação alimentar enquanto nos bebés com faixas etárias entre os 6-8 meses a percentagem aumenta para 78,3%. Nas classes dos 8-10 meses e 10-12 meses as percentagens são de 52,9% e 56,4%, respetivamente.

Idade da Criança	Combinação da Amamentação com a DA		Total
	Não	Sim	
4-6 Meses	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100,0%)
6-8 Meses	5 (21,7%)	18 (78,3%)	23 (100,0%)
8-10 Meses	8 (47,1%)	9 (52,9%)	17 (100,0%)
10-12 Meses	17 (43,6%)	22 (56,4%)	39 (100,0%)
Total	44 (44,0%)	56 (56,0%)	100 (100,0%)

Tabela 11- Tabela cruzada entre a idade da criança e a combinação da amamentação com a diversificação alimentar

Cerca de dois terços dos bebés iniciaram a sua diversificação alimentar aos 4-6 meses. Embora não existam diferenças estatisticamente significativas quanto à situação laboral das mães ($\chi^2(3) = 7,572$, $p = 0,056$), constate-se que 74% das mães empregadas iniciam a

diversificação entre os 4-6 meses enquanto as mães desempregadas mais de metade (54,5%) apenas o fazem aos 6 meses.

O puré de legumes (63%) foi a primeira escolha, seguido da papa láctea (18,5%), papa não láctea (14,1%) e apenas 12% iniciaram com fruta.

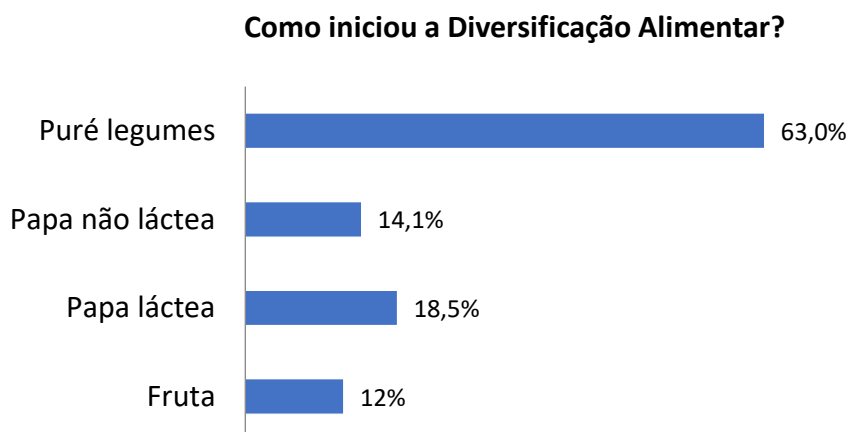


Gráfico 2 - Forma de Introdução Alimentar

O número de refeições principais oferecidas diariamente variou de uma a quatro, sendo o valor médio de 3,01 com um desvio padrão de 0,88. 1 refeição diária corresponde a uma das refeições principais, almoço ou jantar, 2 refeições correspondem às duas refeições principais, 3 incluía para além das refeições principais o pequeno-almoço e ≥ 4 acrescentava os lanches intermédios (meio da manhã e meio da tarde).

O número de refeições que a mãe oferece por dia depende da idade da criança ($F(3,89)=7,820$, $p=0,000$), sendo as diferenças significativas entre os 4-6 meses, entre os 6-8 meses e os 10-12 meses. Não existiram diferenças por habilitações literárias da mãe mesmo quando analisadas em cada classe etária (resíduos ajustados inferiores a 1,96).

Idade criança	Número refeições dia (Média, DP)
4-6 meses	2,36 \pm 1,08
6-8 meses	2,74 \pm 0,69
8-10 meses	2,94 \pm 0,75
10-12 meses	3,44 \pm 0,75

Tabela 12- Nº de refeições diárias consoante a faixa etária da criança

A utilização de utensílios no decurso da refeição está presente em 56% dos casos, sendo que 14% é só algumas vezes (Tabela 13).

A percentagem dos bebés que comem com as mãos e não usam utensílios decresce significativamente com a sua idade ($\chi^2(6) = 26,168$, $p=0,000$), conforme se pode ver na tabela abaixo.

Idade bebé	Utilização de Utensílios			Total
	Sim	Algumas vezes	Não, come com as mãos	
4-6 meses	5 (23,8%)	0 (0,0%)	16 (76,2%)	21 (100,0%)
6-8 meses	11 (47,8%)	1 (4,3%)	11 (47,8%)	23 (100,0%)
8-10 meses	4 (23,5%)	7 (41,2%)	6 (35,3%)	17 (100,0%)
10-12 meses	22 (56,4%)	6 (15,4%)	11 (28,2%)	39 (100,0%)
Total	42 (42,0%)	14 (14,0%)	44 (44,0%)	100 (100,0%)

Tabela 13 - Utilização de utensílios consoante a faixa etária da criança

4) Relação entre os Conhecimentos e as Práticas

4.1) Conhecimentos sobre o início da Diversificação Alimentar e a Fonte Láctea

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis C2: Idade da diversificação alimentar ($\beta=-0,278$, $t(95)=-2,890$, $p=0,005$) e C5: Idade da introdução do glúten ($\beta=-0,201$, $t(95)=-2,075$, $p=0,041$) como preditores significativos do tipo de fonte láctea.

O modelo final ajustado é $\text{leite atual} = 5,09 - 0,362C2 \pm 0,680C5$. O modelo é significativo e explica 10,6% da proporção da variabilidade do leite atual ($F(2,95) = 6,746$; $p=0,002$; $R_a^2=0,106$).

As mães que consideram que a diversificação alimentar deve ser feita aos 4-6 meses amamentam em 41% dos casos, sendo que em 21,3% amamentam em exclusivo. Por outro lado, as mães que consideram que a diversificação alimentar deve ser iniciada após os 6 meses amamentam em 69,3% dos casos sendo que 61,5% o faz em exclusivo ($\chi^2(6) = 14,960$, $p=0,021$, $|Rajustados| > 3$).

Início da Diversificação	Tipo de Fonte Láctea				TOTAL
	Amamentação exclusiva	Amamentação com fórmula	Fórmula	Leite de vaca	
4-6 meses	13 (21,3%)	12 (19,7%)	35 (57,4%)	1 (1,6%)	61 (100%)
6 meses	12 (46,2%)	6 (23,1%)	7 (26,9%)	1 (3,8%)	26 (100%)
Depois dos 6 meses	8 (61,5%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	13 (100%)
TOTAL	33 (33%)	19 (19%)	45 (45%)	3 (3%)	100 (100%)

Tabela 14 - Tabela cruzada entre as práticas maternas relativamente ao tipo de fonte láctea e aos conhecimentos maternos relativamente ao início da diversificação alimentar

Por outro lado, as mães que mencionam que o glúten deve ser introduzido aos 4-6 meses amamentam em 33,3%, mas nenhuma o faz em exclusivo; enquanto que as mães que acreditam que o glúten apenas deve ser introduzido após os 6 meses amamentam em 53,9% das quais 36,3% em exclusivo ($|Resíduos\ ajustados| > 2,2$).

4.2) Conhecimentos e Práticas Maternas relativamente ao início da Diversificação Alimentar

A regressão linear múltipla apenas permitiu identificar a variável C2: idade diversificação alimentar ($\beta=0,653$, $t(88) = 8,084$, $p < 0,001$) como preditor significativo da idade de início da diversificação alimentar (P3). O modelo final ajustado é $P3 = 0,93 + 0,528C2$. Este modelo é significativo e explica 42,0% da proporção da variabilidade de P3 ($F(1,88) = 63,347$; $p < 0,001$; $R_a^2=0,420$).

Práticas Maternas	Conhecimentos Maternos			TOTAL
	4-6 meses	6 meses	Depois dos 6 meses	
Antes dos 4 meses	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)
4-6 meses	52 (78,8%)	12 (18,2%)	2 (3,0%)	66 (100%)
6 meses	3 (15,0%)	11 (55,0%)	6 (30,0%)	20 (100%)
Depois dos 6 meses	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100%)
TOTAL	58 (63,0%)	23 (25,0%)	11 (12,0%)	92 (100%)

Tabela 15 - Tabela cruzada entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente ao início da diversificação alimentar

As práticas maternas coincidem com os conhecimentos no que diz respeito ao início da diversificação alimentar ($\chi^2(6) = 52,038$, $p < 0,001$, |Resíduos ajustados| > 2).

4.3) Conhecimentos e Práticas Maternas relativamente ao 1º Alimento da Diversificação Alimentar

Com base na tabela de cruzamento entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente à forma de iniciar a diversificação alimentar verificamos que as práticas coincidem com os conhecimentos ($\chi^2(9) = 144,696$, $p < 0,001$, |Resíduos ajustados| > 1,96).

Práticas Maternas	Conhecimentos Maternos				TOTAL
	Puré de Legumes	Papa não Láctea	Papa Láctea	Fruta	
Puré de Legumes	55 (94,8%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	58 (100%)
Papa não Láctea	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (100%)
Papa Láctea	1 (5,9%)	0 (0,0%)	16 (94,1%)	0 (0,0%)	17 (100%)
Fruta	8 (72,7%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)	11 (100%)
TOTAL	68 (68,7%)	11 (11,1%)	17 (17,2%)	3 (3,0%)	99 (100%)

Tabela 16 - Tabela cruzada entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente ao primeiro alimento da diversificação alimentar

5) Questionário IFSQ

5.1) Crenças

PARTE I - CRENÇAS	
1. Por norma, quando um bebé chora, significa que necessita de ser alimentado, n (%)	
Discordo	51 (51%)
Discordo ligeiramente	20 (20%)
Nem discordo nem concordo	17 (17%)
Concordo ligeiramente	8 (8%)
Concordo	4 (4%)
2. Um bebé com menos de 6 meses precisa mais do que leite materno ou leite de fórmula para ficar saciado, n (%)	
Discordo	53 (53%)
Discordo ligeiramente	7 (7%)
Nem discordo nem concordo	9 (9%)
Concordo ligeiramente	12 (12%)
Concordo	18 (18%)
Não sei	1 (1%)
3. Considera que é apropriado alimentar o bebé com o biberão, n (%)	
Discordo	6 (6%)
Discordo ligeiramente	3 (3%)
Nem discordo nem concordo	21 (21%)
Concordo ligeiramente	15 (15%)
Concordo	54 (54%)
Não sei	1 (1%)
4. Colocar cereais no biberão é uma boa opção uma vez que ajuda o bebé a sentir-se saciado, n (%)	
Discordo	56 (56%)
Discordo ligeiramente	7 (7%)
Nem discordo nem concordo	11 (11%)
Concordo ligeiramente	3 (3%)
Concordo	3 (3%)
Não sei	20 (20%)
5. A melhor forma de fazer com que um bebé pare de chorar é alimentá-lo, n (%)	
Discordo	70 (70%)
Discordo ligeiramente	10 (10%)
Nem discordo nem concordo	14 (14%)
Concordo ligeiramente	4 (4%)
Concordo	2 (2%)
6. É importante que os pais decidam qual a quantidade que o bebé deve comer, n (%)	
Discordo	31 (31%)
Discordo ligeiramente	13 (13%)
Nem discordo nem concordo	10 (10%)
Concordo ligeiramente	19 (19%)
Concordo	25 (25%)
Não sei	2 (2%)
7. É importante que o bebé termine todo o leite do seu biberão, n (%)	
Discordo	37 (37%)
Discordo ligeiramente	15 (15%)
Nem discordo nem concordo	8 (8%)
Concordo ligeiramente	23 (23%)
Concordo	17 (17%)
8. Os bebés com menos de 6 meses necessitam mais do que o leite materno ou o leite de fórmula para poderem dormir a noite toda, n (%)	
Discordo	71 (71%)
Discordo ligeiramente	8 (8%)
Nem discordo nem concordo	4 (4%)
Concordo ligeiramente	8 (8%)
Concordo	7 (7%)
Não sei	2 (2%)
9. Os cereais no biberão ajudam o bebé a dormir a noite toda, n (%)	
Discordo	58 (58%)
Discordo ligeiramente	1 (1%)
Nem discordo nem concordo	13 (13%)
Concordo ligeiramente	0 (0%)
Concordo	3 (3%)
Não sei	25 (25%)

10. Um bebê nunca deve comer <i>fast food</i>, n (%)	
Discordo	2 (2%)
Discordo ligeiramente	0 (0%)
Nem discordo nem concordo	2 (2%)
Concordo ligeiramente	2 (2%)
Concordo	94 (94%)
11. O seu bebê sabe quando está cheio, n (%)	
Discordo	1 (1%)
Discordo ligeiramente	3 (3%)
Nem discordo nem concordo	4 (4%)
Concordo ligeiramente	22 (22%)
Concordo	67 (67%)
Não sei	3 (3%)
12. O seu bebê sabe quando está com fome e necessita de comer, n (%)	
Discordo	0 (0%)
Discordo ligeiramente	2 (2%)
Nem discordo nem concordo	1 (1%)
Concordo ligeiramente	18 (18%)
Concordo	78 (78%)
NR	1 (1%)

Tabela 17- Crenças maternas com base no questionário IFSQ

Apenas 12% das mães concordam que por norma quando um bebê chora necessita de ser alimentado e somente 6% das mães consideram que a melhor forma de fazer com que um bebê pare de chorar é alimentá-lo.

A maioria das mães referenciam que um bebê com menos de 6 meses não precisa mais do que leite materno ou leite de fórmula para ficar saciado (60%), bem como para dormir a noite toda (79%). As mães primíparas têm uma proporção de concordo apenas de 2% enquanto nas mães com 3 filhos a proporção de concordo já é de 23,1% ($\chi^2(8) = 25,090$, $p=0,002$) sendo a diferença significativa (resíduos ajustados superiores a 1,96).

Crença Materna	Nº de Filhos			Total
	1º Filho	2º Filho	3º ou posterior	
Discordo	38 (76,0%)	27 (77,1%)	6 (46,2%)	71 (72,4%)
Discordo ligeiramente	4 (8,0%)	4 (11,4%)	0 (0,0%)	8 (8,2%)
Nem concordo nem discordo	1 (2,0%)	0 (0,0%)	3 (23,1%)	4 (4,1%)
Concordo ligeiramente	6 (12,0%)	1 (2,9%)	1 (7,7%)	8 (8,2%)
Concordo	1 (2,0%)	3 (8,6%)	3 (23,1%)	7 (7,1%)
Total	50 (100,0%)	35 (100,0%)	13 (100,0%)	98 (100,0%)

Tabela 18 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “os bebês com menos de 6 meses necessitam mais do leite materno ou leite de fórmula para poderem dormir a noite toda” e o número de filhos

Das 100 mães, 44 mães consideram que é importante que os pais decidam qual a quantidade que o bebé deve comer. Esta opinião depende da idade da mãe. À medida que a idade da mãe aumenta a proporção de mães que discordam com esta crença também aumenta ($\chi^2(12) = 21,736$, $p=0,041$).

Crença Materna	Idade Materna				Total
	<20	20-29	30-39	40-49	
Discordo	0 (0,0%)	5 (20,8%)	24 (39,3%)	2 (25,0%)	31 (31,6%)
Discordo ligeiramente	0 (0,0%)	1 (4,2%)	9 (14,8%)	3 (37,5%)	13 (13,3%)
Nem concordo nem discordo	2 (40,0%)	4 (16,7%)	4 (6,6%)	0 (0,0%)	10 (10,2%)
Concordo ligeiramente	1 (20,0%)	8 (33,3%)	10 (16,4%)	0 (0,0%)	19 (19,4%)
Concordo	2 (40,0%)	6 (25,0%)	14 (23,0%)	3 (37,5%)	25 (25,5%)
Total	5 (100,0%)	24 (100,0%)	61 (100,0%)	8 (100,0%)	98 (100,0%)

Tabela 19 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “é importante que os pais decidam qual a quantidade que o bebé deve comer” e a idade materna

São também as mães mais novas (<20 anos) que concordam na totalidade que é importante que o bebé termine todo o leite do biberão, distinguindo-se das restantes. À medida que a idade materna aumenta a proporção tende a diminuir ($\chi^2(12) = 24,753$, $p=0,016$).

Crença Materna	Idade Materna				Total
	<20	20-29	30-39	40-49	
Discordo	0 (0,0%)	4 (17,7%)	30 (47,6%)	3 (37,5%)	37 (37,0%)
Discordo ligeiramente	0 (0,0%)	3 (12,5%)	11 (17,5%)	1 (12,5%)	15 (15,0%)
Nem concordo nem discordo	0 (0,0%)	2 (8,3%)	5 (7,9%)	1 (12,5%)	8 (8,0%)
Concordo ligeiramente	3 (60,0%)	11 (45,8%)	9 (14,3%)	0 (0,0%)	23 (23,0%)
Concordo	2 (40,0%)	4 (16,7%)	8 (12,7%)	3 (37,5%)	17 (17,0%)
Total	5 (100,0%)	24 (100,0%)	63 (100,0%)	8 (100,0%)	100 (100,0%)

Tabela 20 - Tabela de cruzamento de dados entre a crença “é importante que o bebé termine todo o leite do seu biberão” e a idade materna

Apenas 4% das mães mencionam que o seu filho não sabe quando está cheio. A proporção das mães que concordam com a crença que um bebé sabe quando está cheio tende a aumentar com a idade da mãe ($\chi^2(12) = 21,849$, $p=0,039$).

Quase a totalidade das mães (96%) referem que o seu bebé sabe quando está com fome e necessita de comer.

5.1.1) Questões adicionais relativamente às Crenças Maternas

PARTE I – QUESTÕES ADICIONAIS	
1. É importante que seja a criança a definir o seu próprio horário de alimentação, n (%)	
Discordo	28 (28%)
Discordo ligeiramente	10 (10%)
Nem discordo nem concordo	13 (13%)
Concordo ligeiramente	28 (28%)
Concordo	21 (21%)
2. É importante que a criança coma no mesmo horário todos os dias, n (%)	
Discordo	7 (7%)
Discordo ligeiramente	5 (5%)
Nem discordo nem concordo	6 (6%)
Concordo ligeiramente	34 (34%)
Concordo	48 (48%)
3. É importante que a criança se sente na cadeira enquanto come, n (%)	
Discordo	3 (3%)
Discordo ligeiramente	3 (3%)
Nem discordo nem concordo	7 (7%)
Concordo ligeiramente	13 (13%)
Concordo	74 (74%)
4. É importante para uma criança não ter horários regulares de refeição, a criança deve comer sempre que está com fome, n (%)	
Discordo	44 (44%)
Discordo ligeiramente	15 (15%)
Nem discordo nem concordo	17 (17%)
Concordo ligeiramente	16 (16%)
Concordo	8 (8%)
5. Não há problema que a criança coma sem qualquer tipo de incentivo ou ajuda, n (%)	
Discordo	8 (8%)
Discordo ligeiramente	8 (8%)
Nem discordo nem concordo	8 (8%)
Concordo ligeiramente	13 (13%)
Concordo	61 (61%)
Não sei	2 (2%)
6. É importante que os pais tenham regras, sobre quando é que a criança come a refeição ou snacks, n (%)	
Discordo	3 (3%)
Discordo ligeiramente	0 (0%)
Nem discordo nem concordo	19 (19%)
Concordo ligeiramente	14 (14%)
Concordo	64 (64%)
7. Não há problema em oferecer comida a uma criança como recompensa de um comportamento positivo, n (%)	
Discordo	59 (59%)
Discordo ligeiramente	13 (13%)
Nem discordo nem concordo	15 (15%)
Concordo ligeiramente	9 (9%)
Concordo	4 (4%)
8. A comida de uma criança deve estar ao seu alcance enquanto está a ser alimentado, n (%)	
Discordo	11 (11%)
Discordo ligeiramente	9 (9%)
Nem discordo nem concordo	16 (16%)
Concordo ligeiramente	21 (21%)
Concordo	41 (41%)
Não sei	2 (2%)
9. Uma criança que come todos os vegetais da refeição pode ter um gelado, bolo ou bolacha como doce, n (%)	
Discordo	64 (64%)
Discordo ligeiramente	16 (16%)
Nem discordo nem concordo	8 (8%)
Concordo ligeiramente	7 (7%)
Concordo	5 (5%)
10. Não há problema que a criança brinque com a comida, n (%)	
Discordo	28 (28%)
Discordo ligeiramente	9 (9%)
Nem discordo nem concordo	12 (12%)
Concordo ligeiramente	19 (19%)

Concordo	31 (31%)
Não sei	1 (1%)
11. É importante que toda a família se sente e comam juntos na hora da refeição, n (%)	
Discordo	1 (1%)
Discordo ligeiramente	1 (1%)
Nem discordo nem concordo	14 (14%)
Concordo ligeiramente	16 (16%)
Concordo	67 (%)
Não sei	1 (1%)

Tabela 21- Questões adicionais relativamente às crenças maternas com base no questionário IFSQ

Cerca de metade das mães (n=49) acham que é importante que seja a criança a definir o seu próprio horário de alimentação e 82 das 100 mães consideram que a criança deve comer no mesmo horário diariamente. A segunda afirmação está associada com a idade da criança. De facto, a importância do mesmo horário é apontada maioritariamente pelas mães das crianças mais novas, onde 28,6% das mães de crianças com 4-6 meses consideraram relevante o horário das refeições ($\chi^2(12) = 22,517, p=0,032$).

Relativamente à crença de oferecer comida como recompensa de um comportamento positivo, só 13 mães reportam que não existe problema nesta associação. Salienta-se que existe uma diferença significativa na proporção de mães com opinião positiva quando se relaciona com o estado civil materno, as mães solteiras concordam mais com esta associação quando comparadas com as mães casadas ou divorciadas ($\chi^2(12) = 32,813, p=0,001$). Por outro lado, as mães primíparas são as que mais discordam em oferecer comida como recompensa de um comportamento positivo ($\chi^2(8) = 19,705, p=0,012$). A proporção de mães que discordam com a crença de que “as crianças que comem todos os vegetais da refeição podem comer um gelado, bolo ou bolacha como doce” é de 80%. Verifica-se que à medida que as habilitações literárias da mãe aumentam a proporção de mães que concordam vai diminuindo, variando de 38,5% em mães com o ensino básico, para 23,5% em mães com o ensino secundário, para 4,3% em mães com licenciatura ou grau superior ($\chi^2(8) = 36,585, p=0,000$).

Por outro lado, as mães casadas são as que menos concordam com esta crença quando comparadas com as mães solteiras ou divorciadas ($\chi^2(12) = 39,036, p=0,000$) como podemos ver na tabela abaixo.

Crença Materna	Estado civil			Total
	Solteira	Casada/União de facto	Divorciada	
Discordo	11 (40,7%)	51 (75,0%)	2 (50,0%)	64 (64,0%)
Discordo ligeiramente	4 (14,8%)	11 (16,2%)	1 (25,0%)	15 (15,0%)
Nem concordo nem discordo	4 (14,8%)	4 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Concordo ligeiramente	5 (18,5%)	1 (1,5%)	1 (25,0%)	7 (7,0%)
Concordo	3 (11,1%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	4 (4,0%)
Total	27 (100,0%)	68 (100,0%)	4 (100,0%)	100 (100,0%)

Tabela 22- Relação entre a crença “uma criança que come todos os vegetais da refeição pode ter um gelado, bolo ou bolacha como doce” e o estado civil materno

Do total da amostra, 62 mães salientam que na hora da refeição a comida da criança deve estar ao seu alcance, sendo que metade das mães (n=50) consideram que não há problema que a criança brinque com a comida. Contudo, esta proporção depende do facto de ser o primeiro filho ou não. As mães primíparas são as que mais discordam (41,5%) e as mães de três ou mais filhos deixam de ter uma opinião definida em 38,5% dos casos ($\chi^2(10) = 18,722$, $p=0,044$).

Das 100 mães, 87 consideram que é importante que na hora da refeição a criança se sente na cadeira e 83 das 100 mães referem que a hora da refeição deve ser feita em família. Esta proporção tende a aumentar de acordo com o nível de instrução da mãe ($\chi^2(10) = 18,816$, $p=0,043$). As mães com o ensino básico são as que menos acham importante (61,6%) seguidas das mães com o ensino secundário (82,3%) e finalmente as mães com ensino superior (87,2%).

5.2) Comportamentos

PARTE II – COMPORTAMENTOS	
1. Deixa o seu filho decidir qual a quantidade que come, n (%)	
Nunca	8 (8%)
Raramente	17 (17%)
Metade do tempo	10 (10%)
Maioritariamente	47 (47%)
Sempre	17 (17%)
NR	1 (1%)
2. Apoiou/apoia o uso do biberão, n (%)	
Nunca	6 (6%)
Raramente	6 (6%)
Metade do tempo	9 (9%)
Maioritariamente	40 (40%)
Sempre	35 (35%)
Não sabe	1 (1%)
NR	1 (1%)
NA	2 (2%)
3. Permite que o seu filho coma <i>fast-food</i> caso ele queira fazê-lo, n (%)	
Nunca	88 (88%)
Raramente	12 (12%)
4. Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para parar de chorar ou fazer birra, n (%)	
Nunca	95 (95%)
Raramente	3 (3%)
NS	2 (2%)
5. Permite que o seu filho veja televisão enquanto come, n (%)	
Nunca	39 (39%)
Raramente	29 (29%)
Metade do tempo	17 (17%)
Maioritariamente	15 (15%)
6. Controla a quantidade que o seu filho come, n (%)	
Nunca	2 (2%)
Raramente	4 (4%)
Metade do tempo	3 (3%)
Maioritariamente	41 (41%)
Sempre	48 (48%)
NR	2 (2%)
7. Deu/dá cereais no biberão, n (%)	
Nunca	88 (88%)
Raramente	4 (4%)
Metade do tempo	1 (1%)
Não sabe	1 (1%)
Não aplicável	6 (6%)
8. Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces caso queira fazê-lo, n (%)	
Nunca	81 (81%)
Raramente	17 (17%)
Maioritariamente	1 (1%)
NA	1 (1%)
9. Controla de forma cuidadosa a quantidade de comida que o seu filho come, n (%)	
Raramente	9 (9%)
Metade do tempo	9 (9%)
Maioritariamente	48 (48%)
Sempre	33 (33%)
NA	1 (1%)
10. Costuma ver televisão enquanto está a alimentar o seu filho, n(%)	
Nunca	63 (63%)
Raramente	22 (22%)
Metade do tempo	8 (8%)
Maioritariamente	7 (7%)
11. Permite que o seu filho coma <i>fast food</i> para ter a certeza que come o suficiente, n (%)	
Nunca	99 (99%)
Raramente	1 (1%)
12. Faz questão de dar comida ao seu filho mesmo que pareça que não tem fome, n (%)	
Nunca	16 (16%)

Raramente	37 (37%)
Metade do tempo	19 (19%)
Maioritariamente	23 (23%)
Sempre	5 (5%)
13. Se o seu filho não quiser experimentar um alimento que tentou introduzir irá força-lo durante a refeição, n (%)	
Nunca	25 (25%)
Raramente	23 (23%)
Metade do tempo	16 (16%)
Maioritariamente	15 (15%)
Sempre	19 (19%)
NS	1 (1%)
NR	1 (1%)
14. Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para ter a certeza que ele come o suficiente, n (%)	
Nunca	95 (95%)
Raramente	3 (3%)
Não sabe	2 (2%)
15. Permite que o seu filho coma em frente à televisão caso ele queira fazê-lo, n (%)	
Nunca	63 (63%)
Raramente	16 (16%)
Metade do tempo	8 (8%)
Maioritariamente	6 (6%)
Sempre	4 (4%)
Não sabe	3 (3%)
16. Costuma ter cuidado para não alimentar demasiado o seu filho, n (%)	
Nunca	2 (2%)
Raramente	12 (12%)
Metade do tempo	12 (12%)
Maioritariamente	36 (36%)
Sempre	37 (37%)
NS	1 (1%)
17. Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para mantê-lo feliz, n (%)	
Nunca	87 (87%)
Raramente	11 (11%)
Metade do tempo	2 (2%)
18. Costuma dar louvores ao seu filho em cada dentada para encorajá-lo a terminar a sua refeição, n (%)	
Nunca	35 (35%)
Raramente	26 (26%)
Metade do tempo	10 (10%)
Maioritariamente	13 (13%)
Sempre	10 (10%)
Não aplicável	6 (6%)
19. Permite que o seu filho coma em frente à televisão ou utilize outros dispositivos para que ele coma, n (%)	
Nunca	55 (55%)
Raramente	18 (18%)
Metade do tempo	12 (12%)
Maioritariamente	9 (9%)
Sempre	2 (2%)
NS	1 (1%)
NA	3 (3%)
20. Faz questão que o seu filho acabe de comer a refeição, n (%)	
Nunca	4 (4%)
Raramente	16 (16%)
Metade do tempo	21 (21%)
Maioritariamente	27 (27%)
Sempre	31 (31%)
NA	1 (1%)
21. Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para mantê-lo feliz, n (%)	
Nunca	97 (97%)
Raramente	3 (3%)
22. Quando o seu filho chora costuma dar-lhe comida imediatamente, n (%)	
Nunca	65 (65%)
Raramente	22 (22%)
Metade do tempo	12 (12%)
Maioritariamente	1 (1%)
23. Caso o seu filho pareça cheio costuma encorajá-lo a terminar a refeição de qualquer maneira, n (%)	
Nunca	40 (40%)
Raramente	26 (26%)
Metade do tempo	10 (10%)

Maioritariamente	11 (11%)
Sempre	12 (12%)
NA	1 (1%)
24. Permite que o seu filho coma <i>fast food</i> para parar de chorar ou fazer birra, n (%)	
Nunca	99 (99%)
Raramente	1 (1%)
25. Permite que o seu filho coma em frente à televisão para mantê-lo feliz, n (%)	
Nunca	61 (61%)
Raramente	14 (14%)
Metade do tempo	11 (11%)
Maioritariamente	7 (7%)
Sempre	2 (2%)
NS	5 (5%)
26. O seu filho sabe quando está cheio, n (%)	
Nunca	2 (2%)
Raramente	5 (5%)
Metade do tempo	10 (10%)
Maioritariamente	39 (39%)
Sempre	41 (41%)
NS	2 (2%)
NA	1 (1%)
27. Faz questão que o seu filho termine o leite materno ou o leite de fórmula, n (%)	
Nunca	13 (13%)
Raramente	17 (17%)
Metade do tempo	11 (11%)
Maioritariamente	38 (38%)
Sempre	18 (18%)
NS	1 (1%)
NA	1 (1%)
NR	1 (1%)
28. Permite que o seu filho coma em frente à televisão para parar de chorar ou fazer birra, n (%)	
Nunca	66 (66%)
Raramente	12 (12%)
Metade do tempo	9 (9%)
Maioritariamente	9 (9%)
NS	1 (1%)
NA	3 (3%)
29. Permite que o seu filho coma <i>fast food</i> para mantê-lo feliz, n (%)	
Nunca	99 (99%)
Raramente	1 (1%)
30. Costuma ter atenção quando o seu filho lhe diz que está cheio ou com fome, n (%)	
Nunca	1 (1%)
Raramente	1 (1%)
Metade do tempo	1 (1%)
Maioritariamente	34 (34%)
Sempre	52 (52%)
NR	1 (1%)
NA	10 (10%)
31. Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas caso queira fazê-lo, n (%)	
Nunca	94 (94%)
Raramente	6 (6%)
32. Costuma falar com o seu filho para encorajá-lo a comer, n (%)	
Nunca	28 (28%)
Raramente	15 (15%)
Metade do tempo	12 (12%)
Maioritariamente	25 (25%)
Sempre	20 (20%)
33. Permite que o seu filho coma quando está com fome, n (%)	
Nunca	1 (1%)
Raramente	1 (1%)
Metade do tempo	2 (2%)
Maioritariamente	24 (24%)
Sempre	72 (72%)
34. Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para parar de chorar ou fazer birra, n (%)	
Nunca	90 (90%)
Raramente	6 (6%)
Metade do tempo	3 (3%)
Sempre	1 (1%)

35. O seu filho sabe quando está com fome, n (%)	
Nunca	1 (1%)
Raramente	0 (0%)
Metade do tempo	3 (3%)
Maioritariamente	31 (31%)
Sempre	60 (60%)
NS	1 (1%)
NR	2 (2%)
NA	2 (2%)
36. Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para ter a certeza que ele bebe o suficiente, n (%)	
Nunca	97 (97%)
Raramente	2 (2%)
Metade do tempo	0 (0%)
Maioritariamente	1 (1%)
Sempre	0 (0%)
37. Deixa o seu filho comer <i>junk food</i> como batatas fritas, doritos ou cheetos, n (%)	
Nunca	93 (93%)
Raramente	6 (6%)
Metade do tempo	0 (0%)
Maioritariamente	1 (1%)
Sempre	0 (0%)
38. Costuma falar com o seu filho para incentivar a beber o leite materno ou o leite de fórmula, n (%)	
Nunca	26 (26%)
Raramente	20 (20%)
Metade do tempo	12 (12%)
Maioritariamente	24 (24%)
Sempre	16 (16%)
NS	1 (1%)
NA	1 (1%)
39. Costuma certificar-se que o seu filho não come <i>junk food</i>. n (%)	
Nunca	18 (18%)
Raramente	0 (0%)
Metade do tempo	1 (1%)
Maioritariamente	17 (17%)
Sempre	63 (63%)
NS	1 (1%)
40. Caso o seu filho não queira experimentar um alimento que lhe deu, volta a tentar novamente mais tarde, n (%)	
Nunca	1 (1%)
Raramente	0 (0%)
Metade do tempo	1 (1%)
Maioritariamente	30 (30%)
Sempre	65 (65%)
NS	1 (1%)
NS	1 (1%)
NR	1 (1%)
41. Deixa o seu filho comer <i>fast-food</i>, n(%)	
Nunca	92 (92%)
Raramente	8 (8%)
42. Costuma mostrar como se come um alimento dando uma mordidela ou fingindo dar uma mordidela, n (%)	
Nunca	39 (39%)
Raramente	15 (15%)
Metade do tempo	10 (10%)
Maioritariamente	12 (12%)
Sempre	19 (19%)
NS	1 (1%)
NA	3 (3%)
NR	1 (3%)
43. Garante que o seu filho não come alimentos açucarados, como doces, gelados, bolos ou bolachas, n (%)	
Nunca	13 (13%)
Raramente	4 (4%)
Metade do tempo	11 (11%)
Maioritariamente	25 (25%)
Sempre	46 (46%)
NS	1 (1%)
44. Acompanha a comida que o seu filho come, n (%)	
Metade do tempo	2 (2%)
Maioritariamente	15 (15%)
Sempre	78 (78%)

NS	2 (2%)
NA	3 (3%)

Tabela 23- Comportamentos das mães com base no questionário IFSQ

A maioria das mães (n=64) deixam o seu filho decidir qual a quantidade que ingere e destas 17 fazem-no sempre, o que sugere um comportamento responsivo. Esta proporção é independente da idade do filho ($\chi^2(12) = 8,902$, $p=0,711$) mas depende do facto de ser o primeiro filho ou não ($\chi^2(8) = 25,146$, $p=0,001$), à medida que o número de filhos aumenta, a permissividade da mãe tende a diminuir.

Do total da amostra, 89 controlam a quantidade que os filhos ingerem, das quais 41 maioritariamente e 48 sempre, sendo que 81 das 100 mães o fazem de forma cuidadosa, sendo esta variável dependente do número de membros do agregado familiar, à medida que aumenta o agregado familiar aumenta também o controlo ($\chi^2(9) = 23,390$, $p=0,005$).

Mais de metade das mães (n=53) não fazem questão de dar comida ao seu filho, caso a criança aparente não ter fome, sendo esta proporção dependente da situação laboral da mãe. Enquanto mães empregadas afirmam nunca/raramente o fazem em 64,3% dos casos, as mães desempregadas referem maioritariamente/sempre em 53,3% dos casos ($\chi^2(4) = 18,455$, $p=0,001$). A idade da criança também influencia a resposta da mãe, à medida que a idade da criança aumenta, as mães fazem mais questão de dar comida aos filhos mesmo que aparentem não terem fome ($\chi^2(12) = 22,218$, $p=0,035$).

Cerca de dois terços das mães (n=73) referem ainda que, na maioria ou sempre, têm cuidado para não alimentarem demasiado o seu filho, sendo esta proporção independente das variáveis sociodemográficas analisadas.

Quase nunca ou raramente as mães (n=66), costumam encorajar os filhos a terminar a refeição caso eles pareçam cheios. Este facto depende da idade das mães ($\chi^2(12) = 28,091$, $p=0,005$). Mães com menos de 20 anos insistem para que a criança coma (maioritariamente ou sempre) em 60% dos casos, enquanto mães com idades entre os 20-29 apenas o fazem em 33,3% e mães com idade entre os 30-39 em 12,7%. As mães mais velhas, com idade superior a 40 anos fazem-no em 40% das vezes. A situação laboral está também relacionada com a proporção de mães que tendem a encorajar os filhos a terminar a refeição ($\chi^2(16) = 41,649$, $p=0,000$). A proporção de mães empregadas que encorajam o filho maioritariamente ou sempre é de 13,8% enquanto nas mulheres desempregadas é de 66,7%.

Relativamente à introdução de novos alimentos, 48 mães referem que nunca ou raramente irão forçar a criança durante a refeição a experimentar determinado alimento, caso ela não queira.

O comportamento que as mães assumem perante forçar ou não durante a refeição um determinado alimento que a criança não quis experimentar, difere significativamente com a idade materna. As mães com menos de 20 anos apresentam uma proporção de maioritariamente/sempre muito superior à das mães com faixas etárias acima dos 20 anos ($\chi^2(12) = 23,086$, $p=0,027$). Outra variável que influencia é a situação laboral da mãe, uma vez que as mães empregadas forçam sempre em 8,9% dos casos e as mães desempregadas fazem-no em 66,7% dos casos ($\chi^2(4) = 29,584$, $p=0,000$).

No entanto, 95 das 100 mães referem que maioritariamente ($n=30$) ou sempre ($n= 65$), irão voltar a tentar a introdução desse mesmo alimento mais tarde (tabela 20).

Relativamente ao *fast-food*, refrigerantes ou bebidas açucaradas e sobremesas ou doces a maioria das mães não permitem a inclusão destes alimentos e bebidas na alimentação dos filhos. 92 das 100 mães não permitem que os filhos comam *fast-food* e apenas 8% dos casos o permitem raramente. Nota-se um aumento da proporção raramente nas crianças mais velhas (resíduos ajustados superiores a 1,96). As mães também não permitem que as crianças bebam refrigerantes ou bebidas açucaradas ($n=95$) ou comam sobremesas ou doces ($n=90$) como forma de pararem de chorar ou fazerem birra. Quase a totalidade das mães reportam ainda que não permitem a ingestão de *fast-food* ($n=99$), refrigerantes ou bebidas açucaradas ($n= 97$) e sobremesas ou doces ($n=87$), com o intuito de manterem a criança feliz. Contudo, existe uma relação entre o consumo de refrigerantes e as habilitações literárias maternas. As mães com o ensino básico são as que referem que o permitem raramente. ($\chi^2(2) = 7,972$, $p=0,019$).

O presente questionário avalia ainda a permissividade das mães no que diz respeito ao ver televisão na hora da refeição. Aproximadamente 40% das mães não permitem que os filhos vejam televisão enquanto comem e 29% apenas o permitem raramente. Esta variável depende do nível de instrução da mãe, quanto maior a instrução materna menos permissiva é ao facto do filho ver televisão enquanto come ($\chi^2(3) = 11,492$, $p=0,009$). Embora a permissividade aumente com a idade da criança, a subida não é estatisticamente significativa.

5.3) Estilos Parentais

Torna-se essencial conhecer as estratégias que os pais utilizam para controlar o “que”, “quanto” e “quando” a criança consome determinado alimento.

Os estilos parentais são classificados em:

- a) **Laissez-Faire** - Os pais não estabelecem limites para a qualidade e quantidade dos alimentos fornecidos e existe pouca interação com a criança;
- b) **Restritivo** - Os pais limitam a qualidade e a quantidade de alimentos oferecidos à criança;
- c) **Pressão para comer** - Os pais persuadem a criança a terminar uma certa quantidade de comida;
- d) **Responsivo** - Os pais monitorizam a qualidade e a quantidade dos alimentos fornecidos e estão atentos aos sinais de fome e saciedade manifestados pela criança;
- e) **Indulgente** - Os pais não estabelecem limites para a qualidade e quantidade dos alimentos fornecidos.

A partir do cálculo da média é possível constatar que no presente estudo, o estilo restritivo apresenta a média mais alta (4,19), seguido do estilo responsivo (3,96), o que indica que as mães já referem alguma sensibilidade relativamente aos sinais de fome e saciedade manifestados pelo bebé. Segue-se então o estilo *laissez-faire* com uma média de 2,33; seguido do estilo de pressão para comer e por fim surge o estilo indulgente com uma média de 1,22.

A estimativa da consistência interna dada pelo coeficiente de *Alpha de Cronbach*, foi de 0,40 para o estilo restritivo (consistência razoável) e 0,51 para o estilo responsivo (consistência moderada) (Landis, 1977).

Estilo Parental	Média	DP	α
Laissez-Faire	2,33	0,49	0,43
Pressão para comer	2,23	0,50	0,66
Restritivo	4,19	0,55	0,40
Responsivo	3,96	0,46	0,51
Indulgente	1,22	0,29	0,77
LF + I	1,59	0,30	0,71

Tabela 24 - Estilos Maternos com base no questionário IFSQ

5.3.1) Relação entre Estilos Parentais, Variáveis Sociodemográficas, Conhecimentos e Práticas

a) Estilo *Laissez- Faire*

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável profissional médico de família ($\beta=0,468$, $t(97)=5,211$, $p<0,001$) como preditor significativo do estilo LF. O modelo final ajustado é $LF= 2,695+ 0,688MF$. Este modelo é altamente significativo e explica 21,1% proporção da variabilidade da LF ($F(1,97)=27,155$; $p<0,001$; $R_a^2=0,211$).

b) Estilo Restritivo

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis pai como prestador principal ($\beta=-0,290$, $t(97)=-2,990$, $p=0,004$) e membros do agregado familiar ($\beta=0,201$, $t(97)=2,071$, $p=0,041$), como preditores significativos do estilo Restritivo. O modelo final ajustado é Restritivo = $3,998-0,332$ Prestador principal pai + $0,168$ membros do agregado familiar. Este modelo é significativo e explica 9% da variabilidade do estilo Restritivo ($F(2,97)=5,804$; $p=0,004$; $R_a^2=0,09$).

Variável			Restrição
Pai prestador principal de cuidados	Não	4,39±0,45	T(98)=2.662; p=0,009
	Sim	4,09±0,57	
Membros do agregado familiar	<3	3,83±0,27	F(2,97)=2,152, p=0,122
	3	4,21±0,81	
	≥4	4,24±0,07	

Tabela 25 - Condicionantes do Estilo Restritivo

Verifica-se assim que em famílias, em que o pai é cuidador principal, os valores de restrição são menores e esta diferença é estatisticamente significativa.

Por outro lado, à medida que aumenta o número de membros no agregado familiar, aumenta também o nível de restrição; contudo as diferenças encontradas apenas são significativas quando comparamos famílias até 3 membros e famílias com 4 ou mais membros no agregado familiar.

c) Estilo Pressão para Comer

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável situação laboral ($\beta=0,387$, $t(94)=10,438$, $p<0,001$) como o principal preditor significativo do estilo Pressão para Comer. O modelo final ajustado é Pressão para comer = $1,612 + 0,512$ situação laboral. Este modelo é altamente significativo e explica 14% da variabilidade do estilo Pressão para Comer ($F(1,91)=16,601$; $p<0,001$; $R^2=0,141$).

O estilo Pressão para Comer apresenta valores mais elevados em famílias com mães desempregadas.

Variável			Pressão para Comer
Situação Laboral	Empregada	2,13±0,45	T(94)=-4,074; p<0,001
	Desempregada	2,65±0,48	

Tabela 26 - Situação Laboral Materna e relação com o estilo de Pressão para comer

d) Estilo Responsivo

A regressão linear múltipla permitiu identificar a variável confiança materna: ($\beta=0,203$, $t(87)=-2,990$, $p=0,004$) e início da diversificação alimentar ($\beta=0,227$, $t(87)=2,204$, $p=0,03$), como preditores significativos do estilo Responsivo.

O modelo final ajustado é responsivo = $3,271 + 0,240$ início da diversificação alimentar. Este modelo é significativo e explica 13,4% da variabilidade do modelo Responsivo ($F(3,84)=5,490$; $p=0,002$; $R^2=0,134$).

Variável			Responsivo
Início da Diversificação Alimentar	Antes dos 6 meses	4,25±0,66	p=0,003
	Depois dos 6 meses	4,56±0,29	

Tabela 27- Práticas Maternas e relação com o estilo Responsivo

As mães com um padrão de comportamentos mais responsivo apresentam valores mais elevados no que diz respeito ao nível de confiança para alimentar o filho corretamente. Os valores médios da escala responsiva são também mais elevados nas mães que iniciaram a diversificação alimentar após os 6 meses de idade.

e) Estilo Indulgente

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis habilitações literárias maternas ($\beta=-0,356$, $t(96)=-4,010$, $p<0,001$), género ($\beta=-0,337$, $t(96)=-3,800$, $p<0,001$) e idade da criança ($\beta=0,199$, $t(96)=2,246$, $p=0,027$) como preditores significativos do estilo Indulgente. O modelo final ajustado é Indulgente = $1,742 - 0,143$ habilitações literárias – $0,194$ género + $0,048$ idade da criança. Este modelo é altamente significativo e explica 23,2% da variabilidade do estilo indulgente.

O estilo Indulgente é assim mais elevado nas mães com menos habilitações literárias, mães de rapazes e sobretudo nas crianças mais velhas.

Variáveis			Indulgente
Habilitações Literárias	Ensino Básico	1,46±0,36	F(2,97)=5,668; p=0,005
	Ensino Secundário	1,24±0,30	
	Ensino Superior	1,18±0,25	
Género	Masculino	1,31±0,32	T(91)=3,321, p=0,001
	Feminino	1,12±0,22	
Idade da criança	4-8 meses	1,16±0,25	T(98)=-1.956, p=0.04
	8-12 meses	1,27±0,31	

Tabela 28- Condicionantes do estilo Indulgente

Parte IV- Discussão de Resultados

A evolução do conhecimento relativamente à diversificação alimentar no primeiro ano de vida tem condicionado importantes modificações de práticas e padrões alimentares, com grande ênfase no método como os alimentos são disponibilizados à criança. No entanto, a evidência atual no que diz respeito a esta temática é relativamente recente e ainda insuficiente (Brown A, 2017).

Neste contexto, estudos com o intuito de compreender os conhecimentos e práticas maternas sobretudo em contexto urbano, revestem-se de grande importância, uma vez que os hábitos e padrões alimentares estabelecidos na primeira infância são fulcrais para um adequado crescimento e desenvolvimento da criança (Carletti 2017).

Segundo a OMS, a amamentação é considerada o *gold standard* e deverá ser adotada em exclusivo durante o primeiro semestre de vida (OMS, 2002). No presente estudo, a maioria das mães (88%) consideram que a amamentação em exclusivo até aos 6 meses garante todos os nutrientes para o adequado crescimento do seu filho e tal facto é independente de todas as variáveis sociodemográficas estudadas.

Segundo o estudo de Zielińska (Zielińska MA., 2017), o conhecimento materno inerente aos benefícios da amamentação é um fator crucial para que as mães amamentem em exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. Zielińska concluiu no seu estudo, que a maioria das mães que não amamentavam em exclusivo durante o primeiro semestre de vida do bebé tinham menos conhecimentos relativamente aos benefícios da amamentação, tinham menos habilitações literárias e provinham de zonas rurais (Zielińska MA., 2017). A nível nacional, segundo o estudo COSI 2015/2017, a taxa de amamentação foi de 87,1%, contudo apenas 21% das mães amamentaram em exclusivo durante os 6 ou mais meses (Rito, Al., et al., 2019).

Contudo, na prática nem sempre é possível amamentar em exclusivo e/ou em complementaridade durante o primeiro ano de vida da criança. De acordo, com os resultados do presente estudo relativamente à fonte láctea no período entre os 4 e 12 meses de idade, aproximadamente metade dos bebés (45%) tomam fórmula, 33% são amamentados em exclusivo e 19% combinam a amamentação com fórmula. O leite de vaca é utilizado em 3% dos bebés na faixa etária entre os 10-12 meses, não havendo uma associação entre o tipo de fonte láctea e a idade do bebé. Contudo, a situação laboral materna está associada com a taxa de amamentação exclusiva nos grupos etários dos 6-8 meses e dos 8-10 meses. Todas as mães desempregadas amamentam em exclusivo nestas faixas etárias, enquanto que as mães que regressaram à atividade laboral apenas amamentam em exclusivo em 20% e 13,3% dos casos, respetivamente.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com as conclusões reconhecidas noutros estudos, designadamente no estudo de Chuang, que referem que o retorno precoce ao trabalho, especialmente antes dos 6 meses é considerado uma barreira para a continuação da amamentação, seja ela em exclusivo ou em complementaridade com a diversificação alimentar (Chuang,2010).

Por outro lado, reconhece-se que o início da diversificação alimentar também está dependente de algumas condicionantes inerentes à mãe (idade materna, estado civil, habilitações literárias, apoio da família) e à própria criança (idade, género, temperamento) (Doub A., 2015).

No presente trabalho, relativamente aos conhecimentos, embora a maioria das mães (61%) refiram que a idade mais indicada para iniciar o processo da diversificação alimentar é entre o 4º e 6º mês de idade, contudo quando incluímos as variáveis sociodemográficas, verificamos que as habilitações literárias maternas condicionam esta resposta. Assim, as mães que referem que a diversificação alimentar deve ser iniciada entre os 4-6 têm como habilitação literária o ensino superior, enquanto que as mães que referem que deve ser apenas iniciada após os 6 meses tem o ensino básico e/ ou secundário. Este resultado pode dever-se ao facto de as mães terem que regressar à sua atividade laboral, ao facto de o leite materno ou fórmula não saciarem o bebé e ao interesse manifestado pela criança na comida dos pais. A nível prático, 66% das mães iniciaram a diversificação alimentar na faixa etária dos 4-6 meses de idade, o que demonstra que as mães são coerentes relativamente aos conhecimentos e respetivas práticas. Os resultados do presente estudo estão de acordo com os resultados do estudo de Sirina, que numa amostra de 164 mães, evidenciou que a maioria (85%) iniciou a diversificação alimentar entre os 4-6 meses de idade, sendo a média os 5 meses de idade (Sirina I, 2018).

Segundo o estudo de Tromp, a introdução da diversificação alimentar precoce (< 4 meses), está associada a mães mais novas, solteiras, múltiparas e com baixo nível de escolaridade. Por outro lado, o facto do leite materno por si só não saciar o bebé também está associado a uma introdução precoce (Tromp, 2013). As conclusões de um estudo realizado na Noruega a 715 mães, apoiam as conclusões do estudo de Tromp. As mães mais novas, solteiras e com menos habilitações literárias iniciaram a diversificação alimentar antes dos 4 meses de idade (Helle, 2018). As mães de rapazes iniciam também a DA mais precocemente quando comparadas com as mães das raparigas (Helle, 2018).

Segundo as conclusões do estudo de Walsh, a maioria das mães que não seguem as recomendações da OMS quanto ao início da diversificação alimentar, acreditam que a introdução da diversificação alimentar antes dos 6 meses de idade poderá melhorar o padrão de sono e a felicidade da criança na hora das refeições. Os sinais de fome que as crianças

manifestam e a influência dos pares, são outros fatores que contribuem para a introdução da diversificação alimentar antes dos 6 meses de idade (Walsh, 2015). As conclusões do estudo de Klingberg realizado na Suécia e que pretende avaliar o impacto da educação materna nas práticas alimentares, vão ao encontro do estudo de Tromp e de Helle, uma vez que referem que a introdução alimentar antes das 16 semanas está associada a mães com um nível de escolaridade mais baixo (Klingberg, 2017).

O estudo de Yeheyis, refere a situação laboral materna como condicionante do início da diversificação alimentar, destacando que as mães empregadas iniciam a diversificação alimentar mais cedo face as mães desempregadas que tem mais tempo para amamentar (Yeheyis, 2016).

De acordo com a evidência disponível, não existe uma sequência específica de alimentos que os pais devem seguir para introduzir a diversificação alimentar, acabando por refletir aspetos sociodemográficos e culturais de cada país (Fewtrell M., 2017; DGS, 2019).

De acordo com os resultados do presente estudo, que pretendeu também verificar a associação entre os conhecimentos e práticas maternas no que diz respeito ao primeiro alimento da diversificação alimentar, verificou-se que a nível teórico (conhecimentos), a maioria das mães referem o puré de legumes (70%), seguido da papa láctea (16%), papa não láctea (10%) e por fim a fruta (3%). A nível de práticas, o puré de legumes (63%) foi também apontado como a primeira escolha, seguido da papa láctea (18,5%), papa não láctea (14,1%) e apenas 12% das mães iniciaram a diversificação alimentar com fruta. Embora existam algumas diferenças em termos percentuais, mais uma vez é possível constatar que as mães são coerentes nos seus conhecimentos e práticas.

No entanto, curiosamente os resultados do presente estudo são distintos dos resultados do estudo de Helle (Noruega), que conclui que a papa é a primeira opção para iniciar a diversificação alimentar, seguido do puré de legumes e por fim o puré de fruta (Helle, 2018). Um outro estudo realizado por Sirina, apoia as conclusões do estudo de Helle, uma vez que a papa é novamente referida pelas mães como a primeira opção, seguindo-se então o puré de legumes e como terceira opção a fruta (Sirina I, 2018).

O momento oportuno para a introdução do glúten tem sido objeto de interesse e investigação ao longo dos últimos anos. No presente estudo, 91% das mães consideram que o glúten só deverá ser introduzido após os 6 meses de idade, independentemente das variáveis sociodemográficas.

Verificou-se ainda uma relação entre a introdução do glúten e a amamentação. As mães que mencionaram que o glúten deve ser introduzido aos 4-6 meses amamentam em 33,3%, mas

nenhuma o faz em exclusivo; enquanto que as mães que acreditam que o glúten apenas deve ser introduzido após os 6 meses amamentam em 53,9% das quais 36,3% em exclusivo. Este resultado pode estar associado com a crença materna que a introdução do glúten aliada com a amamentação poderá ser fator protetor para o desenvolvimento da doença celíaca, aliás em consonância com as recomendações anteriores de sociedades científicas adotadas pelos grupos profissionais (Agostoni C., 2008).

Segundo a revisão sistemática realizada por Chmielewska, não existe evidência clara de que a amamentação em exclusivo ou em complementaridade no momento da introdução do glúten, seja fator de modificação de risco (Chmielewska, 2017).

Relativamente à introdução do leite de vaca em natureza durante o primeiro ano de vida, 91% das mães referem que não deverá ser introduzido neste grupo etário, independentemente das habilitações literárias.

No que diz respeito ao mel e ao sal, embora a maioria das mães considerem que estes alimentos não deverão ser introduzidos durante o primeiro ano de vida, existe ainda uma percentagem de mães que mencionam que estes alimentos podem ser introduzidos durante a primeira infância, 34% e 32% respetivamente. A proporção de mães que consideram que o mel e o sal possam ser introduzidos antes dos 12 meses diminui à medida que o nível de instrução aumenta. É necessário identificar os grupos de risco e aumentar a literacia das mães relativamente a esta temática. Segundo os resultados do estudo de Carletti, verificou-se numa amostra de 148 mães, que a maioria cumpria com as recomendações das sociedades científicas relativamente à introdução do leite de vaca em natureza (n=94) e do mel (n=118) após os 12 meses de idade. Contudo existe ainda um número de mães que não seguem as recomendações das sociedades científicas referentes a estes alimentos (54/94 e 30/118 respetivamente) (Carletti, 2017).

Na amostra estudada, apenas 32% das mães conhecem o conceito do *Baby-Led Weaning* e a principal fonte de conhecimento foi a pesquisa individual (59,4%), seguida de informação de amigos (28,1%), profissionais de saúde (18,8%) e familiares (9,4%). Verifica-se que o nível de instrução e confiança materna para alimentar a criança corretamente está relacionado com o conhecimento do conceito do BLW.

O estudo de Cameron, um dos raros estudos a abordar esta temática e que pretende avaliar os conhecimentos e atitudes maternas relativamente ao conceito do BLW, concluiu que a maioria das mães tiveram conhecimento deste conceito através de pesquisa *online*, grupos de mães ou blogues.

A maioria das mães (n=18/20) iniciou a prática do BLW entre os 5,5- 6 meses, tendo amamentado em exclusivo até iniciar a diversificação alimentar. Os vegetais, entre os quais os brócolos ou a cenoura e a fruta, nomeadamente a banana e o abacate foram os primeiros alimentos oferecidos à criança. Segundo Cameron, as mães defendem que o BLW permite que a criança controle de forma mais eficiente os sinais de fome e saciedade, coma uma maior variedade de alimentos e partilhe as refeições com a família sendo um dos pilares de aprendizagem. Relativamente às desvantagens desta metodologia, a maior preocupação das mães é o risco de engasgamento (Cameron, 2012).

No contexto da alimentação infantil, as mães têm por norma crenças pré-existentes relativamente à forma como irão alimentar os filhos, que se irão refletir em comportamentos que poderão estar associados ao comprometimento de a criança autorregular de forma eficaz a sua própria ingestão alimentar ou até mesmo contribuir para o desenvolvimento de obesidade infantil (Khalsa A, 2019).

Contudo, as relações entre os pais e os filhos são bidirecionais, sendo por vezes necessário ajustar essas mesmas crenças e/ ou comportamentos às características intrínsecas das crianças (Doub A, 2015). Alguns estudos sugerem que mães de crianças mais reativas quer do ponto de vista físico ou emocional, têm maior dificuldade em identificar os sinais de fome e saciedade manifestados pelas crianças (Doub A, 2015).

De acordo com os resultados do presente estudo do ponto de vista da frequência global, o estilo restritivo apresenta a média mais alta (4,19), seguido do estilo responsivo (3,96). Os resultados relativamente ao estilo restritivo poderão ser explicados pelo facto de o presente questionário ter inúmeras questões referentes ao *fast-food*, refrigerantes e doces, não sendo considerado um aspeto cultural da realidade Portuguesa.

Quanto ao estilo responsivo, a maioria das mães já referem alguma sensibilidade relativamente aos sinais de fome e saciedade manifestados pela criança, sobretudo as mães mais velhas.

No presente estudo, o estilo *laissez-faire* apresenta uma média de 2,33; seguido do estilo de pressão para comer, com um valor médio de 2,23; sendo o estilo indulgente o que apresenta a média mais baixa (1,22). O facto do estilo LF surgir em terceiro lugar no presente estudo, associa-se ao facto de algumas mães permitirem que a criança veja televisão enquanto come.

De acordo com as descrições recentemente publicadas no estudo de Khalsa, no qual foi aplicado o questionário IFSQ a 201 pais (182 mães), numa população dos Estados Unidos, com filhos

saudáveis com idades compreendidas entre os 5,5 e 12,5, o estilo responsivo apresenta a média mais alta com um valor de 4,33. Segue-se o estilo restritivo com um valor médio de 3,91. O estilo pressão para comer assume o terceiro lugar com um valor médio de 2,41. O estilo LF apresenta uma média de 1,82 e por fim surge o estilo indulgente com uma média de 1,25 (Khalsa, 2019). Ainda de acordo com o estudo de Khalsa, os pais que confiam nos seus próprios sinais de fome e saciedade são mais propensos a alimentarem as crianças com base num estilo responsivo. Por outro lado, os pais que não dão atenção à quantidade nem têm alimentos proibidos, são mais propensos a alimentar a criança com base num estilo *laissez-faire* e indulgente (Khalsa, 2019).

Segundo a literatura, um estilo responsivo, no qual os pais estão atentos aos sinais de fome e saciedade da criança é aquele que está associado a padrões alimentares mais saudáveis, incluindo um maior consumo de frutas e vegetais (Hohman EE, 2017).

No presente estudo, ao nível do estilo Restritivo verificou-se que em famílias, em que o pai é cuidador principal da criança, os valores de restrição são menores, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Este resultado está de acordo com a evidência disponível. Os pais por norma, são menos propensos a monitorizar a ingestão dos alimentos, bem como a limitar o acesso às crianças de determinado tipo de alimentos nomeadamente alimentos com maior densidade energética em comparação com as mães (Khandpur N, 2014).

Relativamente ao estilo Responsivo constatou-se que no presente trabalho, as mães que apresentam um padrão de comportamento alimentar mais responsivo, iniciam a diversificação alimentar após os 6 meses de idade e apresentam valores de confiança para alimentar o filho de forma correta mais elevados, sendo os resultados consistentes com a literatura (Doub A, 2015).

Segundo a evidência atual, as mães que amamentam durante mais tempo, apresentam um comportamento mais responsivo face às que introduzem o biberão ou iniciam a diversificação alimentar mais cedo. A amamentação permite que a mãe desenvolva uma maior sensibilidade aos sinais de fome e saciedade manifestados pela criança, uma vez que a mãe durante a amamentação desempenha um papel passivo, dado que a criança é que controla a quantidade de leite que ingere (Ventura, 2017).

Segundo os resultados do estudo de DiSantis, no qual foi aplicado o questionário IFSQ a 154 mães, com crianças com idades compreendidas entre os 7-24 meses de idade, constatou-se que mães que amamentam por períodos mais longos manifestam maior sensibilidade aos sinais de

sociedade da criança e expressam menos comportamentos de pressão durante a diversificação alimentar, sobretudo com o recurso a cereais no biberão (DiSantis, 2013).

Quanto ao estilo *Laissez-Faire*, os resultados do presente trabalho demonstraram que a variável médico de família está interligada com este estilo. Este resultado, pode eventualmente ser explicado pelo facto das mães que recorrem aos cuidados de saúde primários terem menor capacidade económica, entre outros fatores.

Segundo o estudo de Dancel, relativamente à população migrante que pretendeu verificar a relação entre a aculturação e o estilo alimentar, constatou que níveis mais baixos de aculturação estão associados a um estilo *Laissez-Faire* na qual não existe uma preocupação relativamente à qualidade e quantidade dos alimentos disponibilizados à criança (Dancel, 2015).

No que diz respeito ao estilo Pressão para Comer, as mães mais novas são as que exercem maior pressão para que a criança coma. No entanto, a regressão linear múltipla permitiu identificar a variável situação laboral como o principal preditor significativo do estilo pressão para comer.

O estilo Pressão para Comer apresenta valores mais elevados em famílias com mães desempregadas. Este resultado pode ser explicado pelo facto de as mães terem mais tempo para alimentarem os filhos e coagi-los a terminar a refeição.

Segundo os resultados do estudo de Khalsa, o estilo pressão para comer é manifestado maioritariamente pelas mães com menos habilitações literárias, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo, uma vez que as variáveis habilitações literárias e situação laboral são dependentes (Khalsa, 2019). Por outro lado, Khalsa verificou ainda que o género influencia o estilo alimentar. As mães dos rapazes como eventualmente tem sido sugerido exercem maior pressão para comer em comparação com as mães das raparigas (Khalsa, 2019).

Tendo em consideração o estilo Indulgente, são maioritariamente as mães solteiras que oferecem comida à criança como recompensa de um comportamento positivo.

Relativamente a este estilo, a regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis habilitações literárias maternas, género e idade criança como preditores significativos do estilo Indulgente. O estilo Indulgente é mais elevado nas mães com menos habilitações literárias, mães de rapazes e sobretudo os mais velhos.

Os resultados de Khalsa apoiam os resultados do presente estudo relativamente às habilitações literárias maternas. Mães com menores níveis de escolaridade estão associadas

maioritariamente a um estilo indulgente face aquelas que apresentam maior nível de escolaridade (Khalsa, 2019).

O presente estudo trouxe como contribuição para o conhecimento atual, a relação entre os conhecimentos e práticas maternas relativamente à diversificação alimentar no primeiro ano de vida, em contexto urbano Nacional. Tanto quanto é do nosso conhecimento, face à evolução das recomendações das sociedades científicas não existem estudos em âmbito nacional que abordem esta temática e caracterizem o panorama nacional nesta vertente. Por outro lado, destacam-se como pontos fortes do presente trabalho a aplicação do questionário a uma amostra de 100 mães, recolhido em diferentes locais com um intuito de ter uma amostra mais heterogénea, representativa de diferentes contextos socioeconómicos e culturais. Destaca-se ainda o facto de a autora estar envolvida em todas as etapas do estudo, nomeadamente na realização das entrevistas.

Como limitações do presente trabalho, destaca-se o facto do questionário não ser validado de acordo com o contexto sociodemográfico e cultural e população alvo. Salienta-se ainda, o facto do presente questionário avaliar apenas os conhecimentos maternos referentes a temáticas como a introdução do glúten, leite de vaca em natureza, mel, sal e BLW. Por outro lado, destaca-se o facto de maioria das mães do presente estudo terem como habilitação literária o ensino superior, o que pode condicionar os resultados.

Salienta-se a importância de estudos futuros nesta área, com amostras de maior dimensão incluindo designadamente:

- A análise de conhecimentos e práticas relativamente a alimentos potencialmente alergénicos;
- A análise de conhecimentos e também práticas relativamente ao *Baby-Led Weaning*, uma vez que é uma metodologia que tem cada vez mais mães a utilizá-la;
- O desenvolvimento e validação de questionários que avaliem de forma detalhada e rigorosa os conhecimentos e práticas das mães, tendo em consideração a realidade da população portuguesa;
- Aplicação do questionário em diferentes contextos urbanos e rurais, uma vez que as diferenças entre ambos podem ser relevantes para futuras intervenções do ponto de vista nutricional.

Parte V- Conclusão

Em suma, o presente estudo pretende proporcionar informações relevantes no que diz respeito aos conhecimentos, nomeadamente sobre a amamentação e o BLW e práticas maternas, relativamente à diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

De acordo com os resultados do presente estudo, os conhecimentos e as práticas maternas são coerentes no que diz respeito ao início da diversificação alimentar e ao primeiro alimento a introduzir. A introdução da diversificação alimentar é feita maioritariamente dentro da janela de oportunidade e de acordo com os resultados de outros estudos e o preconizado pelas sociedades científicas.

Contudo, destaca-se a importância de aumentar a literacia das mães relativamente a algumas lacunas, nomeadamente no que diz respeito à amamentação, à introdução do glúten, do leite de vaca em natureza, do mel e do sal durante o primeiro ano de vida.

Relativamente ao estilo alimentar, a maioria das mães referem um estilo restritivo seguido de um estilo responsivo, o que sugere que as mães já têm sensibilidade para os sinais de fome e ou saciedade manifestados pelas crianças.

Sendo uma fase do ciclo de vida de extrema relevância, os dados do presente trabalho poderão ser usados pelos profissionais de saúde, com o intuito de orientarem as mães, sobretudo grupos de risco durante este período de aprendizagem e estabelecimento de comportamentos que irão acompanhar a criança ao longo da sua vida.

Destaca-se a importância de estudos nesta área que contemplem características inerentes à própria criança (género, temperamento), que considerem os fatores socioculturais e tenham em conta o pai como peça fundamental no desenvolvimento da criança, uma vez que a maioria dos estudos são direcionados para a mãe. Por outro lado, é essencial incluir também variáveis exógenas, entre as quais o papel dos pares e/ ou media nesta temática.

Parte VI- Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- 1- Agostoni C., Decsi T., Fewtrell M., et al. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2008; 46(1): 99-110.
- 2- Agostoni C, Braegger C, Decsi T, et al. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49(1):112-125.
- 3- Alvisi P., Brusa S., Amarri S., et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr.* 2015; 28;41-36.
- 4- Arantes ALAE, Neves FS, Campos AAL, et al. The Baby-Led Weaning Method (BLW) in the context of Complementary Feeding: A Review. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(3):353-363.
- 5- Bouhlal S, Issanchou S, Chabanet C, Nicklaus S. 'Just a pinch of salt'. An experimental comparison of the effect of repeated exposure and flavour-flavour learning with salt or spice on vegetable acceptance in toddlers. *Appetite.* 2014;83:209-17.
- 6- Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 201;104(467):85-95.
- 7- Brown A., Jones S., Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep.* 2017;6(2):148-156.
- 8- Brow A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* 2011; 7:34-47.
- 9- Brown A, Lee M. Breastfeeding is associated with a maternal feeding style low in control from birth. *PLoS One.* 2013;8(1) e54229.
- 10- Brow A, Lee M. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes.*2015;10(1) 57-66.
- 11- Cameron SL, Heath A, Taylor R. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012; 4(11): 1575-1609.
- 12- Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of baby-led introduction to SolidS—a version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015; 15-99.
- 13- Carletti C., Pani P., Monasta L., et al. Introduction of Complementary Foods in a Cohort of Infants in Northeast Italy: ¿Do Parents Comply with WHO Recommendations? *Nutrients* 2017, 9(1), 34.
- 14- Chmielewska A, Pieścik-Lech M, Shamir R, Szajewska H. Systematic review: Early infant feeding practices and the risk of wheat allergy. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(9):889-896.

- 15- Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, Chen PC. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(4):461-74.
- 16- Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Mat Child Nutr* 2009; 5(1):75-85.
- 17- D`Auria E., Bergamini M., Staiano A., et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018; 44-49.
- 18- Dancel LD, Perrin E, Yin SH, Sanders L, Delamater A, Perreira KM, Bronaugh AB, Eden S, Shintani A, Rothman RL. The relationship between acculturation and infant feeding styles in a Latino population. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(4):840-846.
- 19- Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron S, Fleming E, Taylor B et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015; 15:179.
- 20- Direção Geral da Saúde. Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores, 2019; 46-58.
- 21- DiSantis KI, Hodges EA, Fisher JO. The association of breastfeeding duration with later maternal feeding styles in infancy and toddlerhood: a cross-sectional analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013; 10:53.
- 22- Doub A., Moding K., Stifter C. Infant and maternal predictors of early life feeding decisions: The timing of solid food introduction. *Appetite.* 2015; 92: 261-268.
- 23- Du Toit G, Katz Y, Sasieni P, et al. Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122(5):984-91.
- 24- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domello M, Embleton N, Mis NF et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *JPGN.* 2017; 64(1):119-132.
- 25- Fleischer DM, Sicherer S, Greenhawt M, et al. Consensus communication on early peanut introduction and the prevention of peanut allergy in high-risk infants. *Allergy* 2015; 70:1193-5.
- 26- Helle C, Hillesund ER, Øverby NC. Timing of complementary feeding and associations with maternal and infant characteristics: A Norwegian cross-sectional study. *PLoS One.* 2018; 13(6): e0199455.
- 27- Hetherington MM. Understanding infant eating behaviour: lessons learned from observation. *Physiol Behav.* 2017;176:117-124.

- 28- Hohman EE, Paul IM, Birch LL, Savage JS. Insight responsive parenting intervention is associated with healthier patterns of dietary exposures in infants. *Obesity (Silver Spring)*. 2017;25(1):185-191.
- 29- Horst K., Sleddens E. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLoS ONE*. 2017; 12(5) e0178149.
- 30- Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316:1181-92.
- 31- Khalsa AS, Woo JG, Kharofa RY, et al. Parental intuitive eating behaviours and their association with infant feeding styles among low-income families. *Eat Behav*. 2019; 32:78-84.
- 32- Khandpur N, Blaine RE, Fisher JO, Davison KK. Fathers' child feeding practices: a review of the evidence. *Appetite*. 2014;78:110-21.
- 33- Klingberg S, Ludvigsson J, Brekke HK. Introduction of complementary foods in Sweden and impact of maternal education on feeding practices. *Public Health Nutr*. 2017;20(6):1054-1062.
- 34- Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004; 554:63-77.
- 35- Landis JR., Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159.
- 36- Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *NEJM* 2014; 371(14):1295-303.
- 37- Maier-Noth A, Schaal B, Leathwood P, et al. The lasting influences of early food-related variety experience: a longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations. *PLoS One* 2016;11(3): e0151356.
- 38- Mennella JA. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. *Am Clin Nutr* 2014; 99(3):704-711.
- 39- Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 2016; 6(5):e010665.
- 40- Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al., EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy* 2014;69(5): 590-601.

- 41- Nehring I, Kostka T, Von Kries R, et al. Impacts of in utero and early infant taste experiences on later taste acceptance: a systematic review. *J Nutr* 2015; 145:1271-1279.
- 42- Netting MJ, Makrides M. Complementary Foods: Guidelines and Practices. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* 2017; 87:1-12.
- 43- Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* 2001; 14(1):43-54.
- 44- Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics* 2010; 125(1):50-9.
- 45- Parizkova P, Dankova N, Frühauf P, et al. Associations between breastfeeding rates and infant disease: A survey of 2338 Czech children. *Nutr Diet*. 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31012243>. Accessed June 2019
- 46- Pimentel D, Tomada I, Rego C. Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutricao*.2018; 14:10-17.
- 47- Remy E, Issanchou S, Chabanet C, et al. Repeated exposure of infants at complementary feeding to a vegetable puree increases acceptance as effectively as flavor-flavor learning and more effectively than flavor-nutrient learning. *J Nutr* 2013; 143(7):1194-200.
- 48- Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, et al. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts* 2019; 12:226-243.
- 49- Ross ES. Flavour and Taste Development in the First Years of Life. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2017; 87:49-58.
- 50- Russell CG., Taki S., Campbell KJ., et al. A qualitative study of the infant feeding beliefs and behaviors of mothers with low educational attainment. *BMC Pediatric* 2016; 16-69.
- 51- Silva AI, Aguiar HG. Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida. *Acta Med Port* 2011; 24(S4): 1035-1040.
- 52- Sirina I, Strele I, Sikсна I, Gardovska D. Eating Patterns and Food Choices of Latvian Infants during Their First Year of Life. *Medicina (Kaunas)*. 2018; 54(1): 7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037245/> Accessed June 2019
- 53- Szajewska H, Shamir R, Chmielewska A, et al., PREVENTCD Study Group. Systematic review with meta-analysis: early infant feeding and coeliac disease—update 2015. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41(11):1038-54.
- 54- Szajewska H, Shamir R, Mearin L, et al. Gluten introduction and the risk of coeliac disease: a position paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62:507-13.

- 55- Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(3):400- 407.
- 56- Thomson AL., Mendez MA., Borja JB., et al. Development and validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. *Appetite.* 2009 Oct;53(2):210 -21.
- 57- Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open.* 2012 6;2(1) e000298.
- 58- Tromp II, Briedé S, Kiefte-de Jong JC, Renders CM, Jaddoe VW, Franco OH, Hofman A, Raat H, Moll HA. Factors associated with the timing of introduction of complementary feeding: The Generation R Study. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(6):625- 30.
- 59- Ventura AK. Associations between Breastfeeding and Maternal Responsiveness: A Systematic Review of the Literature. *Adv Nutr.* 2017 15;8(3):495-510.
- 60- Ventura AK, Sheeper S, Levy J. Exploring correlates of infant clarity of cues during early feeding interactions. *J Acad Nutr Diet.* 2019; 119(9):1452-1461.
- 61- Victora CG, Bahl R, Barros AJ. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387(10017):475-90.
- 62- Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med* 2014; 371:1304-15.
- 63- Walsh A, Kearney L, Dennis N. Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration *BMC Public Health.* 2015; 15: 939.
- 64- Wang J, Ramette A, Jurca M, et al. Breastfeeding and respiratory tract infections during the first 2 years of life. *ERJ Open Res* 2017; 3(2): 00143-2016.
- 65- Warren J. An update on complementary feeding. *Nurs Child Young People.* 2018; 30(6):38-47.
- 66- WHO (World Health Organization) 2002. Complementary Feeding. Report of the Global Consultation. Geneva, 10–13 December 2001. Summary of Guiding Principles. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/Complementary_Feeding.pdf. Accessed May 2019.
- 67- Yeheyis T., Berhanie E., Yihun M., Workineh Y. Timely Initiation of Complementary Feeding and Associated Factors among Children Aged 6 to 12 Months in Addis Ababa Ethiopia, 2015. *Epidemiology (Sunnyvale)* 2016, 6:5.
- 68- Zielińska MA, Sobczark A, Hamulka J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2017;68(1):51-59.

Parte VII- Anexos

Anexo I- Questionário

O presente questionário enquadra-se no âmbito da tese de Mestrado de Nutrição Clínica, lecionado na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Peço que responda de forma sincera a cada uma das questões, considerando que não existem respostas certas ou erradas.

Idade:

- <20 anos
- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- >50 anos

Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra: Qual? _____

Habilitações Literárias:

- Ensino básico (Até ao 9º ano)
- Ensino secundário (Até ao 12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outras: Quais? _____

Situação Laboral:

- Estudante
- Trabalhadora por conta de outrem
- Trabalhadora por conta própria
- Desempregada
- Outra: Qual? _____

Estado Civil:

- Solteira
- Casada ou em união de facto
- Divorciada
- Viúva
- Outra: Qual? _____

Membros do Agregado Familiar:

- Menos de 3
- 3
- 4
- ≥ 5

Crianças no Agregado Familiar

1
 2
 3
 Outros: Quantas? _____

A aplicação do questionário diz respeito ao:

1º filho
 2º filho
 3º filho
 Outro: Qual? _____

Género da criança:

Masculino
 Feminino

Idade da criança:

4-6 Meses
 6-8 Meses
 8-10 Meses
 10-12 Meses

Prestador de cuidados principal da criança:

(Pode selecionar mais do que uma opção)

Mãe
 Pai
 Avós
 Baby-sitter
 Educadores e auxiliares
 Outros: Quem? _____

Que profissional de saúde orienta a diversificação alimentar do seu filho?

(Pode selecionar mais do que uma opção)

Pediatra
 Médico de família
 Enfermeiro
 Nutricionista
 Outro: Qual? _____
 Nenhum

Segue estritamente as recomendações do profissional de saúde?

Sim
 Não
 Não sei

Fonte de informação mais fidedigna sobre diversificação alimentar

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Profissionais de saúde
- Manuais materno-infantil
- Websites oficiais do ministério da saúde
- Media/Internet
- Revistas materno-infantil
- Familiares mais velhos
- Amigos
- Outros: Qual? _____

Conhecimentos:

1. **Considera que a amamentação em exclusivo até aos 6 meses garante todos os nutrientes para o adequado crescimento do seu filho?**

- Sim
- Não
- Talvez

2. **Com que idade considera que deva começar a ser feita a diversificação alimentar (ou seja, a transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, para além do leite, outros alimentos de consistência maior até atingir a alimentação sólida propriamente dita)?**

- Antes dos 4 meses
- 4- antes dos 6 meses
- 6 meses
- Depois dos 6 meses

3. **Qual das seguintes opções considera que deva ser a primeira escolha para introduzir a diversificação alimentar?**

- Puré de Legumes
- Papa não láctea
- Papa láctea
- Fruta
- Outra: Qual? _____

4. **Com que idade considera que deva ser introduzida a fruta?**

- <4 meses
- Entre os 4 e 6 meses
- Entre os 6 e 8 meses
- > 8 meses

5. **Com que idade considera que possa ser introduzido o glúten?**

- <4 meses
- Entre os 4 e 6 meses
- >6 meses

6. **Considera que o leite de vaca em natureza possa ser introduzido antes dos 12 meses?**

- Sim
- Não

7. Considera que o mel possa ser introduzido antes dos 12 meses como alternativa ao açúcar?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

8. Considera que o sal possa ser introduzido antes dos 12 meses?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

9. Já ouviu falar no conceito do *Baby Led Weaning*?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

9.1 Em caso afirmativo onde teve conhecimento?

<input type="checkbox"/>	Através do profissional de saúde
<input type="checkbox"/>	Através de um familiar
<input type="checkbox"/>	Através de um amigo
<input type="checkbox"/>	Através de pesquisa individual
<input type="checkbox"/>	Outra: Qual? _____

9.2 Como define o conceito de *Baby Led Weaning*?

10. Qual o seu nível de confiança para alimentar o seu filho corretamente?

<input type="checkbox"/>	1 (Muito baixo)
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5 (Muito alto)

Práticas:

1. Qual o tipo de leite atual

<input type="checkbox"/>	Amamentação exclusiva
<input type="checkbox"/>	Amamentação em combinação com fórmula
<input type="checkbox"/>	Fórmula
<input type="checkbox"/>	Leite de vaca

2. Faz uma combinação da amamentação com a diversificação alimentar?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

3. Quando iniciou a diversificação alimentar?

- Antes dos 4 meses
 4- antes dos 6 meses
 6 meses
 Depois dos 6 meses

4. Como iniciou a diversificação alimentar?

- Puré de Legumes
 Papa não láctea
 Papa láctea
 Fruta
 Outra: Qual? _____

5. Quantas refeições principais oferece por dia?

- 1
 2
 3
 ≥ 4

6. O seu filho usa utensílios como o copo e a colher?

- Sim
 Não, costuma comer com as mãos
 Algumas vezes
 Outra: Qual: _____

Questionário de Alimentação Infantil

(Adaptado do IFSQ)

Parte I- Crenças

Peço que responda a todas as questões, embora algumas afirmações possam parecer semelhantes.

- 1- Discordo;
- 2- Discordo ligeiramente;
- 3- Nem discordo nem concordo;
- 4- Concordo ligeiramente;
- 5- Concordo;
- 6- Não sei;
- 7- Recuso-me a responder.

Afirmação	1	2	3	4	5	6	7
Considere para as seguintes afirmações a fase entre o nascimento e os 12 meses.							
1- Por norma, quando um bebé chora, significa que necessita de ser alimentado.							
2- Um bebé com menos de 6 meses precisa mais do que leite materno ou o leite de fórmula para ficar saciado.							
3- Considera que é apropriado alimentar o bebé com o biberão.							
4- Colocar cereais no biberão é uma boa opção uma vez que ajuda o bebé a sentir-se saciado.							
5- A melhor forma de fazer com que um bebé pare de chorar é alimentá-lo.							
6-É importante que os pais decidam qual a quantidade que o bebé deve comer.							
7-É importante que o bebé termine todo o leite do seu biberão.							
8-Os bebés com menos de 6 meses necessitam mais do que o leite materno ou o leite de fórmula para poderem dormir a noite toda.							
9- Os cereais no biberão ajudam o bebé a dormir a noite toda.							
10- Um bebé nunca deve comer fast-food.							
As próximas afirmações dizem respeito a si e ao seu bebé							
O seu bebé sabe quando está cheio							
O seu bebé sabe quando está com fome e necessita de comer.							

Questões Adicionais

Afirmação	1	2	3	4	5	6	7
É importante que seja a criança a definir o seu próprio horário de alimentação.							
É importante que a criança coma no mesmo horário todos os dias.							
É importante que a criança se sente na cadeira enquanto come.							
É importante para uma criança não ter horários regulares de refeição - a criança deve comer sempre que estiver com fome.							
Não há problema em que a criança coma sem qualquer tipo de incentivo ou ajuda.							
É importante que os pais tenham regras, sobre quando é que a criança come a refeição ou snacks (entre os intervalos das refeições).							

Não há problema em oferecer comida a uma criança como recompensa de um comportamento positivo.								
A comida de uma criança deve estar ao seu alcance enquanto está a ser alimentado.								
Uma criança que come todos os vegetais da refeição pode ter um gelado, bolo ou bolachas como doce.								
Não há problema de que a criança brinque com a comida.								
É importante que toda a família se sente e comam juntos na hora da refeição.								

Parte II- Comportamentos

As seguintes afirmações dizem respeito à alimentação do seu filho.
Peço que responda a todas as questões, embora algumas afirmações possam parecer semelhantes.

Para cada afirmação indique qual a opção que reflete melhor a sua opinião:

- 1- Nunca;
- 2- Raramente;
- 3- Metade do tempo;
- 4- Maioritariamente;
- 5- Sempre;
- 6- Não sabe;
- 7- Recusa-se a responder;
- 8- Não aplicável (i.e o alimento ainda não foi introduzido na alimentação da criança)

Afirmação	1	2	3	4	5	6	7	8
1- Deixa o seu filho decidir qual a quantidade que come								
2- Apoiou/ apoia o uso do biberão.								
3- Permite que o seu filho coma fast-food caso ele queira fazê-lo.								
4- Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para parar de chorar ou fazer birra.								
5- Permite que o seu filho veja televisão enquanto come.								
6- Controla a quantidade que o seu filho come.								
7- Deu/dá cereais no biberão.								
8- Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces caso queira fazê-lo.								
9- Controla de forma cuidadosa a quantidade de comida que o seu filho come.								
10- Costuma ver televisão enquanto está a alimentar o seu filho.								
11- Permite que o seu filho coma fast-food para ter a certeza que ele come o suficiente.								
12- Faz questão de dar comida ao seu filho mesmo que pareça que não tem fome.								
13- Se o seu filho não quiser experimentar um alimento que tentou introduzir, irá forçá-lo durante a refeição.								
14- Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para ter a certeza que ele come o suficiente.								
15- Permite que o seu filho coma em frente à televisão caso ele queira fazê-lo.								
16- Costuma ter cuidado para não alimentar demasiado o seu filho.								
17- Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para mantê-lo feliz.								

18- Costuma dar louvores ao seu filho em cada dentada para encorajá-lo a terminar a sua refeição.									
19- Permite que o seu filho coma em frente à televisão ou utilize outros dispositivos (iPad) para que ele coma.									
20- Faz questão que o seu filho acabe de comer a refeição.									
21- Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para mantê-lo feliz.									
22- Quando o seu filho chora, costuma dar-lhe comida imediatamente.									
23- Caso o seu filho pareça cheio costuma encorajá-lo a terminar a refeição de qualquer maneira.									
24- Permite que o seu filho coma fast food para parar de chorar ou fazer birra.									
25- Permite que o seu filho coma em frente à televisão para mantê-lo feliz.									
26- O seu filho sabe quando está cheio									
27- Faz questão que o seu filho termine o leite materno ou o leite de fórmula.									
28- Permite que o seu filho coma em frente à televisão para parar de chorar ou fazer birra.									
29- Permite que o seu filho coma fast food para mantê-lo feliz.									
30- Costuma ter atenção quando o seu filho lhe diz que está cheio ou com fome.									
31- Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas caso queira fazê-lo.									
32- Costuma falar com o seu filho para encorajá-lo a comer.									
33- Permite que o seu filho coma quanto está com fome.									
34- Permite que o seu filho coma sobremesas ou doces para parar de chorar ou fazer birra.									
35- O seu filho sabe quando está com fome									
36- Permite que o seu filho beba refrigerantes ou bebidas açucaradas para ter a certeza que ele bebe o suficiente.									
37- Deixa o seu filho comer <i>junk-food</i> como batatas fritas, doritos ou cheetos.									
38- Costuma falar com o seu filho para incentivá-lo a beber o leite materno ou o leite de fórmula.									
39- Costuma certificar-se que o seu filho não come junk food como batatas fritas, doritos ou cheetos.									
40- Caso o seu filho não queira experimentar um alimento que lhe deu, volta a tentar novamente mais tarde.									
41- Deixa o seu filho comer fast- food.									
42- Costuma mostrar como se come um alimento, dando uma mordidela ou fingindo dar uma mordidela.									
43- Garante que o seu filho não come alimentos açucarados, como doces, gelados, bolos ou bolachas.									
44- Acompanha a comida que o seu filho come.									

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo II- Fonte de Informação preferencial de acordo com a idade materna

Fonte de Informação	Idade da Mãe				Total
	<20	20-29	30-39	40-49	
Profissionais de saúde	4 (80,0%)	22 (91,7%)	60 (95,2%)	7 (87,5%)	93 (93,0%)
Manuais materno-infantis	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (14,3%)	2 (25,0%)	11 (11,0%)
Websites Ministério Saúde	1 (20,0%)	1 (4,2%)	8 (12,7%)	1 (12,5%)	11 (11,0%)
Media/Internet	0 (0,0%)	9 (37,5%)	15 (23,8%)	3 (37,5%)	27 (27,0%)
Revistas materno-infantil	0 (0,0%)	1 (4,2%)	4 (6,3%)	0 (0,0%)	5 (5,0%)
Familiares mais velhos	3 (60,0%)	5 (20,8%)	7 (11,1%)	1 (12,5%)	16 (16,0%)
Amigos	0 (0,0%)	2 (8,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (7,0%)
Total	5 (100,0%)	24 (100,0%)	63 (100,0%)	8 (100,0%)	100 (100,0%)

Anexo III- Idade do bebê e tipo de fonte láctea

Idade bebê	Fonte Láctea				Total
	Amamentação	Amamentação + Fórmula	Fórmula	Leite de vaca	
4-6 meses	9 (42,9%)	3 (14,3%)	9 (42,9%)	0 (0,0%)	21 (100,0%)
6-8 meses	6 (26,1%)	8 (34,8%)	9 (39,1%)	0 (0,0%)	23 (100,0%)
8-10 meses	4 (23,5%)	4 (23,5%)	9 (52,9%)	0 (0,0%)	17 (100,0%)
10-12 meses	14 (35,9%)	4 (10,3%)	18 (46,2%)	3 (7,7%)	39 (100,0%)
Total	33 (33,0%)	19 (19,0%)	45 (45,0%)	3 (3,0%)	100 (100,0%)

Anexo IV- Consistência Interna do *Alpha de Cronbach*

Valor de Alpha	Consistência Interna
Maior do que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor do que 0,21	Pequeno

Fonte: Landis, 1977

Anexo V- Aprovação do questionário IFSQ



Thompson, Amanda Logan <althomps@email.unc.edu>

Qua, 06/03/2019 21:17

Você ☺



2 anexos (141 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive

Hi Ana,

I apologize for the delayed response. The IFSQ and scoring guide are attached. We are asking groups interested in the IFSQ not to take individual items out of the constructs as these constructs have been validated and, more importantly, to remember that this questionnaire was developed with a particular population. It may require some pretesting in your sample.

There is no need to include me as a co-author, but I would be interested in hearing your results. You would just need to cite the Appetite paper where we valid the scale.

Regards,
Amanda

Anexo VI- Aprovação das Comissões de Ética

Presidente Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares (CHULN e CAML)	Exma. Senhora Nutricionista Ana Filipa Colação Pereira Rua Adelaide Cabete, Nº 3- 4º D 1500-023 LISBOA
Vice-Presidente Prof.ª Doutora Maria Lúcia Figueira (CAML)	
Membros Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHULN) Prof.ª Doutora Ana Isabel Lopes (CHULN) Prof.ª Doutora Maria do Céu Ruoff (CAML) Pedro Fernando Sarmento (CHULN) Mestre Eng.ª Graça Rodado (CHULN) Prof. Doutor João Fajaz Lucena (CAML) Prof. Doutor João Lavinho (CAML) Prof.ª Doutora Mafalda Viderra (CAML) Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHULN) Dra. Fátima Trindade Gonçalves (CHULN)	

Liboa, 14 de Junho de 2019

Nossa Ref.º Nº 228/19

Assunto: Projeto "A transição da diversificação alimentar no 1º ano devida conhecimentos práticos e atitudes das mães"

Relator - Prof. Doutor Mário Miguel Rosa

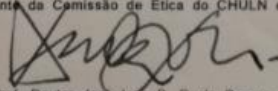
Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 4 de Junho de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do CHULN, dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o estudo, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHULN e CAML


Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares

COMISSÃO DE
ÉTICA DO CHULN E DO CAML

Figura 1- Aprovação Comissão de Ética da FMUL

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Filipa Pereira

afcp1992@hotmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7103/CES/2019

Assunto: A Transição da Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida - Conhecimentos, Práticas e Atitudes das Mães.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Figura 2- Aprovação Comissão de Ética da ARSLVT

Anexo VII- Modelos de Consentimento Informado

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE para Investigação Clínica

Parte Informativa

1. Título do projeto:

Transição da diversificação alimentar no 1º ano de vida- conhecimentos, práticas e atitudes das mães.

2. Descrição do projeto, sua natureza e objetivo

A introdução da diversificação alimentar durante o primeiro ano de vida, é reconhecida como uma etapa de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento global, designadamente físico e psicomotor.

Ao longo dos últimos anos, com base na evidência mais recente tem-se assistido a uma adaptação das recomendações emanadas pelas sociedades científicas. Atualmente existem algumas controvérsias, nomeadamente no que diz respeito ao timing adequado para o início da diversificação alimentar, à sequência e ao método originando diferentes formas de atuação pelos pais.

O presente estudo tem como objetivos:

- I) Caracterizar o grau de conhecimento, práticas e atitudes das mães Portuguesas em meio urbano relativamente à diversificação alimentar no 1º ano de vida;
- II) Caracterizar o grau de conhecimento das mães Portuguesas em meio urbano relativamente às mais recentes recomendações das sociedades científicas (inclusive relativamente *ao baby led weaning*).

3. Benefícios

Uma vez que o estudo se trata da aplicação de um questionário isolado não existe um benefício direto para o participante; contudo na aplicação do questionário, será fomentada a literacia materna em saúde e em particular no plano nutricional do lactente.

Por outro lado, é possível aferir quais os conhecimentos, práticas e atitudes das mães quanto à diversificação alimentar em contexto urbano e assim contribuir para um conhecimento mais real das práticas no nosso contexto, podendo este ser subjacente a novas políticas/ medidas a nível nacional, nomeadamente a criação de documentação de apoio à diversificação alimentar.

1



4. Riscos graves e riscos frequentes

Tendo em conta tratar-se da aplicação de um questionário, a participação no presente estudo não envolve riscos associados.

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me forem colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica. Informei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos.

Nome legível do profissional de saúde: Ana Filipa Colaço Pereira, Nutricionista, 3335N

Data ... /... /... Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)

Unidade de Saúde

Contacto institucional do profissional de saúde 910399905/afcp1992@hotmail.com

2

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente



Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

Nome: | _____ |

.../.../... (data) Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE .../.../...

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

3

Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

Figura 3- Modelo de Consentimento Informado FMUL

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Transição da diversificação alimentar no 1º ano de vida- conhecimentos, práticas e atitudes das mães.

Enquadramento: O presente estudo, enquadra-se no âmbito da conclusão do Mestrado de Nutrição Clínica, leccionado na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, tendo como orientador a Profª Doutora Ana Isabel Lopes.

A introdução da diversificação alimentar durante o primeiro ano de vida, é reconhecida como uma etapa de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento global, designadamente físico e psicomotor.

Ao longo dos últimos anos, com base na evidência mais recente tem-se assistido a uma adaptação das recomendações emanadas pelas sociedades científicas. Atualmente existem algumas controvérsias, nomeadamente no que diz respeito ao timing adequado para o início da diversificação alimentar, à sequência e ao método originando diferentes formas de atuação pelos pais.

O presente estudo tem como objetivos:

- I) Caracterizar o grau de conhecimento, práticas e atitudes das mães Portuguesas em meio urbano relativamente à diversificação alimentar no 1º ano de vida;
- II) Caracterizar o grau de conhecimento das mães Portuguesas em meio urbano relativamente às mais recentes recomendações das sociedades científicas (inclusive relativamente ao baby led weaning).

Explicação do estudo: O presente estudo será feito através da aplicação de um questionário, sendo este realizado no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente, aquando das consultas programadas de Saúde Infantil e/ou para cumprimento do plano de imunização.

Os dados recolhidos dizem apenas respeito aos conhecimentos, práticas e atitudes das mães relativamente ao processo de diversificação alimentar.

A aplicação do questionário será feita de forma individual, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados (acesso com chave própria restrito ao investigador principal).

Todas as informações pessoais serão salvaguardadas através do código atribuído (base de dados anonimizada).

Condições e financiamento: O presente estudo não envolve qualquer tipo de pagamento, sendo a participação no mesmo de carácter voluntário, e sem qualquer tipo de prejuízo inerentes caso não queira participar.

Pode interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica.

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ARSN, tendo o mesmo tido um parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: ...

A aplicação do questionário será feita de forma individual, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados. (acesso com chave própria restrito ao investigador principal). Todos os dados obtidos serão anónimos, sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Obrigada pela sua colaboração.

Ana Filipa Pereira, Nutricionista, FMUL, 910399905, afc1992@hotmail.com

¹ http://portal.enorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dce.ufd1.edin/2001/01/002800/00340036.pdf>

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Figura 4- Modelo de Consentimento Informado da ARSLVT