

## Prática e percepções maternas sobre aleitamento materno e alimentação complementar

ARTIGO ORIGINAL

**Fernanda Marassi Jorge Pereira**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

[fernandamarassi4@gmail.com](mailto:fernandamarassi4@gmail.com)

**Ana Paula Fernandes Gomes**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Recebido: \_10/09/2025\_ / Aceito: \_08/10/2025\_ / Publicado: \_31/10/2025\_.

**Abstract: Aim:** Knowledge about breastfeeding, complementary feeding and factors influencing these practices is essential, due to the recognized role they play in child health and development. Therefore, considering the importance of this period, the aim was to evaluate the influence of education, perceptions and practices on approaches to complementary feeding and breastfeeding.

**Materials and Methods:** This is a quantitative and qualitative cross-sectional analysis of an electronic questionnaire answered by 25 mothers with children up to 3 years old, published on social media. Bivariate analysis was performed for independent samples, using Fisher's Exact Test. **Results and Conclusions:** The practice of exclusive breastfeeding and the start of complementary feeding after 6 months were predominant; and higher education was associated with the adequate initiation of complementary feeding and the choice of the participatory approach, mainly due to the lower risk of choking.

**Keywords:** Infant Nutrition, Breast Feeding, Infant Nutritional Physiological Phenomena, Public Health.

**Resumo: Objetivo:** O conhecimento sobre aleitamento materno, alimentação complementar e fatores interferentes nessas práticas é primordial, devido ao reconhecido papel que exercem na saúde e no desenvolvimento infantil. Dessa forma, considerando a importância desse período, objetivou-se avaliar a influência da escolaridade, percepções e práticas em abordagens de alimentação complementar e aleitamento materno. **Material e Métodos:** Trata-se da análise transversal quanti-qualitativa de um questionário eletrônico respondido por 25 mães com filhos de até 3 anos, a partir da divulgação em rede social. Realizou-se análise bivariada para amostras independentes, utilizando-se o Teste Exato de Fisher. **Resultados e Conclusões:** A prática do aleitamento materno exclusivo e o início da alimentação complementar após 6 meses foram predominantes; e a maior escolaridade esteve associada ao adequado início da alimentação complementar e à escolha pela abordagem participativa, principalmente pelo menor risco de engasgo.

**Palavras-chave:** Nutrição do Lactente, Aleitamento Materno, Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente, Saúde Pública.





## 1. Introdução

O aleitamento materno (AM) é a opção mais saudável e segura para o bebê, uma vez que garante um alimento completo, seguro, acessível e adaptado às suas necessidades [1]. À vista disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que os bebês sejam amamentados de forma exclusiva, desde o nascimento até os seis meses, e continuada até os dois anos ou mais [1,2].

Nesse contexto, na vigência de seis meses completos e do aparecimento dos sinais de prontidão, deve-se iniciar a alimentação complementar (AC) e manter o AM continuado. Durante esse período, deve-se oportunizar novos e variados sabores, texturas, cores e aromas, através de uma alimentação saudável e diversificada, de consistência e quantidade adequadas à idade do bebê [2].

No entanto, apesar da importância desse momento, é comum a ocorrência de erros como: suspensão precoce do AM, associada a introdução de uma AC pouco variada; uso de consistências inapropriadas; exposição precoce a alimentos, especialmente ultraprocessados; entre outros [2-4].

Em relação ao AM, fatores sociodemográficos como renda, escolaridade, inserção da mulher no mercado de trabalho, número de consultas no pré-natal, idade materna, primiparidade, entre outros, podem influenciar sua duração [5,6], favorecendo não somente o desmame precoce (antes dos seis meses), mas também a oferta de uma AC de baixa qualidade que pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento infantil [2].

No que se refere à consistência da AC, pode-se optar por diferentes formas de praticá-la. Atualmente, são comumente nomeados quatro tipos principais de abordagens de AC: 1) Tradicional, na qual inicialmente alimentos amassados com um garfo são oferecidos ao bebê na colher [2]; 2) *Baby-Led Weaning* (BLW) que se baseia na autoalimentação a partir da oferta de alimentos em pedaços, tiras e bastões [7]; 3) *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), uma abordagem que segue os mesmos princípios do BLW, porém fornece orientações específicas quanto ao engasgo e à ingestão insuficiente de energia e ferro [8]; 4) Participativa, um tipo que une os conceitos da abordagem Tradicional e do BLW através do oferecimento de alimentos amassados na colher e também os que propiciam a autoalimentação [9].

Considerando a importância desse período para o bebê e os possíveis erros e riscos associados à falta de conhecimento sobre a importância do AM e de práticas de AC, este estudo objetivou avaliar a influência da escolaridade, percepções e práticas em abordagens de AC e AM.

## 2. Material e métodos

Trata-se de uma análise transversal quantitativa e qualitativa da base de informações do projeto Práticas de Alimentação Complementar.

### População de estudo

Os participantes foram 25 mães com filhos de até três anos que responderam espontaneamente um questionário eletrônico semiestruturado e de autopreenchimento, com perguntas sociodemográficas e de opinião sobre AC e AM. A pesquisa foi divulgada em um grupo do *Facebook*® relacionado à AC, com aproximadamente 23,8 mil membros.

A amostra não probabilística do presente estudo foi obtida entre junho e julho de 2022. O critério de elegibilidade foi ter filhos de até três anos. Foram excluídas da análise as participantes que enviaram



questionários incompletos que invalidaram o uso de suas informações e/ou não atenderam aos critérios de elegibilidade.

### **Características sociodemográficas e de opinião**

A idade das mães foi coletada em anos completos e a dos bebês em meses completos, no momento do preenchimento do questionário. Utilizou-se a recomendação do MS e da OMS de início da AC a partir dos seis meses ( $\geq 6m$ ) no agrupamento [1,2].

A escolaridade referiu-se à última série ou ano cursados, completos ou não, e foi classificada em: baixa escolaridade - quando respondiam escolaridade até o ensino médio completo ou incompleto; e alta escolaridade – quando respondiam ensino superior completo ou incompleto.

O número de filhos nascidos e vivos, a situação de emprego e o estado marital também se referiram à situação no momento do preenchimento do questionário. As mães foram consideradas trabalhando quando responderam trabalhar em tempo integral, em meio período ou como autônomas.

As perguntas de opinião foram do tipo fechadas (respondidas com a marcação de opção) ou abertas (com opinião ou explicação).

### **Análise dos dados**

Para a análise descritiva dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science*<sup>®</sup>, versão 22.0. Foram construídas: mediana e suas medidas de dispersão, e frequências, representadas em tabelas. Realizou-se também a análise bivariada para amostras independentes, utilizando-se o Teste Exato de Fisher. O valor de significância adotado foi de 95%.

Quanto às perguntas abertas, as respostas foram transcritas no programa *Microsoft Word*<sup>®</sup> com a finalidade de facilitar a leitura das respostas, agrupar as semelhantes e compará-las. Para expor melhor os resultados, os apontamentos das mães foram utilizados na elaboração do trabalho.

### **Questões éticas**

O estudo foi conduzido conforme as normas vigentes na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde do MS, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer n° 5.440.340, e cadastrado na Diretoria de Pesquisa da Universidade.

Foi solicitado a todos os respondentes a concordância em participar da pesquisa, através do consentimento com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e suas participações foram anônimas, havendo compromisso com a confidencialidade e a privacidade dos dados dos participantes da pesquisa.

## **3. Resultados**

Das 25 mães que responderam ao questionário, duas foram excluídas do estudo: uma por não cumprir o critério de elegibilidade e outra por não ter concordado com o TCLE. Dessa forma, a amostra do presente estudo foi composta por 23 mães, com idade entre 21 e 62 anos (mediana de 32 anos). A maioria com ensino superior, casada ou em união estável, sem trabalhar (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas das mães participantes\*; Brasil, 2022 (n = 23).

| Características              | n (%) ou Mediana (mín-máx) |
|------------------------------|----------------------------|
| Idade (anos)                 | 32,0 (21-62)               |
| Escolaridade                 |                            |
| Baixa                        | 13 (56,5)                  |
| Alta                         | 10 (43,5)                  |
| Situação atual de emprego    |                            |
| Trabalha                     | 8 (34,8)                   |
| Não trabalha                 | 15 (65,2)                  |
| Estado Marital               |                            |
| Casada/União Estável         | 19 (82,6)                  |
| Divorciada/Separada/Solteira | 4 (17,4)                   |
| Número de filhos             |                            |
| Um                           | 19 (82,6)                  |
| Dois                         | 4 (17,4)                   |
| Idade do bebê                |                            |
| Até 6 meses                  | 5 (21,7)                   |
| Entre 7 e 11 meses           | 3 (13,0)                   |
| ≥ 12m                        | 3 (13,0)                   |

\*Provenientes de pesquisa de internet (localização desconhecida). Fonte: elaborada pelas autoras.

Em relação à prole, a maior parte relatou um filho(a), com idade a partir de 12 meses (Tabela 1), prática de AM exclusivo, e início da AC a partir de seis meses (Tabela 2).

**Tabela 2** – Práticas alimentares referidas pelas mães\* de bebês até 3 anos; Brasil, 2022 (n=23).

| Características                         | n (%)     |
|-----------------------------------------|-----------|
| Bebê está/esteve em AM exclusivo        |           |
| Sim                                     | 20 (87,0) |
| Não                                     | 3 (13,0)  |
| Idade início da AC                      |           |
| <6m                                     | 5 (21,7)  |
| ≥ 6m                                    | 18 (78,3) |
| Conhecia abordagens de AC               |           |
| Sim                                     | 13 (56,5) |
| Não/Parcialmente                        | 10 (43,5) |
| AC desconhecida/conhecida parcialmente  |           |
| BLW/BLISS                               | 4 (57,1)  |
| Todas/maioria                           | 3 (42,9)  |
| Abordagem de AC que mais simpatiza      |           |
| Tradicional                             | 7 (30,4)  |
| BLW                                     | 3 (13,0)  |
| BLISS                                   | -         |
| Participativa                           | 13 (56,5) |
| Abordagem de AC praticada ou pretendida |           |
| Tradicional                             | 6 (26,1)  |
| BLW                                     | 2 (8,7)   |
| BLISS                                   | -         |
| Participativa                           | 14 (60,9) |
| Outras                                  | 1 (4,3)   |

AM = Aleitamento Materno; AC = Alimentação Complementar; BLW = *Baby-Led Weaning*; BLISS = *Baby-Led Introduction to Solids*. \*Provenientes de pesquisa de internet (localização desconhecida). Fonte: elaborada pelas autoras.



Quanto ao conhecimento das abordagens de AC, cerca de 40% das mães desconhecia ou conhecia parcialmente as abordagens existentes, entre elas destacaram-se as abordagens BLW e a BLISS. Como preferida e mais praticada prevaleceu a abordagem Participativa. Nenhuma mãe simpatizou ou elegeu a abordagem BLISS para prática (Tabela 2).

No que tange às justificativas apresentadas pelas mães para a prática das abordagens, elas foram agrupadas nos seguintes temas: facilidade; praticidade; adequação ao bebê; oportunidade de oferta de diferentes texturas; risco de engasgo; outras.

Entre as mães que apontaram o uso da Tradicional, três justificaram seu uso pela maior facilidade, menor risco de engasgo e adequação ao bebê. As falas estão destacadas abaixo:

“Achei mais fácil”

“Fiquei com medo do BLW por conta do engasgo”

“Porque achei mais adequada”

Quanto à abordagem BLW, a única mãe praticante referiu:

“Indicação de Profissionais”

Os argumentos apontados pelas 14 mães que relataram a prática da abordagem Participativa foram diversos. Entre eles, citou-se a praticidade:

“Devido a necessidade de rapidez para alimentar a criança e praticidade da casa”

A oportunidade de oferecer diferentes texturas de alimentos foi outra alegação que se destacou entre as mães praticantes da abordagem Participativa, a saber:

“Gosto que a minha filha experimente os alimentos de diferentes formas”

“Utilizei em maior parte o BLW, mas acho importante ela ter contato com diversidade de texturas e dependendo do momento em que estivesse passando (crescimento de dentes, etc) ajudar para que ela de fato conseguisse se alimentar com coisas mais amassadas por ex”

E, assim como nas colocações correspondentes à abordagem Tradicional, tais mães mencionaram justificativas relativas a: engasgo, adequação à necessidade do bebê e outras. Destacamos a seguir alguns desses relatos:

“Utilizei pouco a abordagem blw por insegurança com relação ao risco do engasgo”

“Eu prefiro a tradicional, mais fácil, mas a bebê gosta de comer sozinha com a mão”

“Foi o que achei ideal para a minha filha”

“Porque traz uma situação mais híbrida. Com autonomia para criança, mas também permitindo os pais auxiliarem de vez em quando”.

Na Tabela 3 é possível notar que mães de alta escolaridade iniciaram a AC a partir dos seis meses. E em relação à prática ou pretensão por uma abordagem de AC, a escolha pela abordagem Participativa foi significativamente maior nesse grupo.

**Tabela 3** – Práticas alimentares segundo a escolaridade das mães participantes\*; Brasil, 2022 (n=23).

| Práticas                                | Escolaridade |            | p     |
|-----------------------------------------|--------------|------------|-------|
|                                         | Baixa        | Alta       |       |
| Esteve em AM exclusivo                  |              |            |       |
| Sim                                     | 3 (60,0%)    | 17 (94,4%) | 0,107 |
| Não                                     | 2 (40,0%)    | 1 (5,6%)   |       |
| Idade início da AC                      |              |            |       |
| <6m                                     | 3 (60,0%)    | 2 (11,1%)  | 0,048 |
| ≥ 6m                                    | 2 (40,0%)    | 16 (88,9%) |       |
| Conhecia abordagens de AC               |              |            |       |
| Sim                                     | 3 (60,0%)    | 10 (55,6%) | 1,000 |
| Não/parcialmente                        | 2 (40,0%)    | 8 (44,4%)  |       |
| Abordagem de AC praticada ou pretendida |              |            |       |
| Participativa                           | 1 (20,0%)    | 14 (82,4%) | 0,021 |
| Outras/não sei                          | 4 (80,0%)    | 3 (17,6%)  |       |

AM = Aleitamento Materno; AC = Alimentação Complementar.

\*Provenientes de pesquisa de internet (localização desconhecida). Fonte: elaborada pelas autoras.

Entre as 14 mães de maior escolaridade que optaram pela abordagem Participativa, 12 citaram argumentos concernentes a: praticidade (n=3); oportunidade de oferta de diferentes texturas (n=4); adequação ao bebê (n=3); engasgo (n=1); outros (n=1). Abaixo destacamos alguns comentários:

“Incentivei autonomia e praticidade”

“Acredito que é de extrema importância que a criança conheça e explore as texturas, gosto e cheiro dos alimentos, por isso ... utilizo o método participativo”

“Não gosto de bagunça, porém sei dos benefícios do bebê ter interesse pela comida partindo dele”

“Porque alguns alimentos são difíceis para ela segurar, então ofereço amassado. Tenho medo de engasgos mesmo com cortes seguros”

“Por trabalhar fora ficou muito difícil a aplicação da BLW, além de na creche não utilizarem essa abordagem”.

#### 4. Discussão

O conhecimento sobre AM, AC e fatores interferentes é importante, devido ao reconhecido papel que essas práticas exercem na saúde e no desenvolvimento infantil [1,10]. No Brasil (2019), a prevalência de AM exclusivo nos primeiros seis meses de vida foi 45,8% [10]. No presente estudo 13,3% das mães relataram ausência de AM exclusivo. Esse percentual é semelhante [11] ou inferior [12-14] ao encontrado em outros estudos nacionais e estrangeiros, e não esteve associado ao grau de escolaridade materna (Tabela 3).

Em relação a possíveis fatores interferentes do AM exclusivo, no Estudo de Nacional de Alimentação e Nutrição (ENANI) não foram encontradas diferenças nas prevalências, segundo situação do domicílio, quintos do Indicador Econômico Nacional, cor ou raça [10]. No que tange especialmente a escolaridade, um estudo realizado durante a campanha de vacinação em um município de São Paulo



também não encontrou associação entre AM exclusivo e escolaridade [15], estando de acordo com o resultado aqui apresentado. Todavia, tais resultados diferem de outros onde a maior escolaridade mostrou-se importante para a prática do AM exclusivo [14,16] e prevenção de sua interrupção [17].

Em contrapartida, verificamos que mães de alta escolaridade atenderam a diretriz do MS e da OMS de aguardar até os seis meses para iniciar a introdução alimentar. Como parte do crescimento e desenvolvimento infantil, após seis meses completos deve ser iniciada a AC e mantido o AM até dois anos ou mais [1]. A despeito disso, apesar da maioria das mães ter seguido tais recomendações, 21,7% delas ofereceram alimentos de maneira precoce (antes dos seis meses). Esse percentual foi inferior ao encontrado em uma Unidade Básica de Saúde de Minas Gerais (35%) [18] e também de dados do *Centers for Disease Control and Prevention*, entre 2016 e 2018, indicativos de que 31,9% das mães americanas iniciaram precocemente a AC [19]. Todavia, foi superior ao encontrado no Brasil, onde a prevalência de introdução de alimentos complementares entre crianças menores de seis meses foi de 13,7% [10].

Ao iniciar a AC, o MS e a OMS recomendam que sejam oferecidos alimentos na consistência pastosa, semissólida ou sólida, mas não na consistência líquida [2,20], visto que há prejuízo na densidade energética e de nutrientes, na mastigação e na aceitação de novos alimentos [10]. Dessa forma, tanto o MS quanto a OMS estimulam a oferta de alimentos em consistências que variam de pastosa a sólida, com progressão da consistência ao longo do tempo [2, 20].

Não obstante, na literatura são citadas diferentes formas de iniciar a AC [21], sendo possível optar por uma abordagem Tradicional, guiada pelos adultos e que está de acordo com as recomendações do MS e da OMS [2, 20]; ou por abordagens diferenciadas, com maior participação do bebê [7-9]. Entre as últimas, são citadas as abordagens BLW [7], BLISS [8] e Participativa [9].

A maioria das participantes conhecia essas diferentes formas de iniciar a AC, sendo predominante o desconhecimento das abordagens BLW e BLISS que propõem somente a autoalimentação. Por outro lado, a abordagem citada como a que mais simpatizavam e/ou praticavam ou pretendiam praticar foi a Participativa, um tipo de abordagem que preconiza a oferta, pelos adultos, de alimentos amassados com o garfo na colher e também alimentos que propiciam a autoalimentação pelo bebê. De modo geral, as alegações apresentadas para as escolhas estiveram relacionadas a inseguranças na autoalimentação total (BLW); e maior segurança, praticidade ou variedade no uso de abordagens com participação do adulto (Tradicional e Participativa).

Sob a perspectiva da escolaridade, a escolha pela abordagem Participativa foi significativamente maior no grupo de mães com maior escolaridade e as alegações foram concernentes a maior praticidade e adequação ao bebê, oferta de diferentes texturas, além do menor risco de engasgo. De fato, ao unir os conceitos da abordagem Tradicional e da BLW, uma vantagem da abordagem Participativa reside no fato dela não seguir estritamente um modelo e ser possível, através dela, estimular a independência e o desenvolvimento das funções orais do bebê, de acordo com a evolução de suas habilidades na exploração dos alimentos [9]. Quanto ao risco de engasgo, apesar de estudos não terem encontrado diferenças significativas entre a autoalimentação total (abordagens BLW e BLISS) e a abordagem Tradicional [22,23], pais, cuidadores e profissionais da saúde ainda expressam preocupação em relação à adoção de abordagens nas quais o bebê guia totalmente seu processo de alimentação através do uso de seus instintos e habilidades [8,22].

Desde o ano 2000, quando surgiu o termo BLW na Inglaterra [24], essa abordagem vem ganhando crescente popularidade no Brasil e no mundo [7,8,24,25]. No entanto, assim como no presente estudo, a oferta de alimentos sem nenhum tipo de alteração de consistência parece preocupar cuidadores e profissionais não só quanto ao risco de engasgo [26,27], mas também quanto ao aporte nutricional



insuficiente, escassez de evidências científicas e falta de conhecimento satisfatório [28,29,30]. A abordagem BLISS, por sua vez, proposta em 2015 por pesquisadoras na Universidade de Otago, Nova Zelândia [8], como visto, não foi reconhecida ou eleita para prática por nenhuma das mães participantes deste estudo, demonstrando o insipiente conhecimento dessa abordagem. Esses resultados corroboram os achados de Moreira et al. [31], onde a adesão ao BLISS foi a menor entre as abordagens verificadas no estudo, reforçando a incerteza e receio ainda existentes em relação às que oferecem ao bebê um pouco mais de autonomia.

De forma semelhante ao Brasil, muitos países não incluem diferentes abordagens de AC em suas recomendações oficiais. De modo geral, eles determinam a oferta de alimentos amassados, semissólidos e na forma de purê, a partir dos seis meses, e a gradação da consistência e da quantidade dos alimentos à medida que a criança cresce [32-36]. Entretanto, concomitantemente, eles também orientam que os cuidadores higienizem as mãos do bebê e o incentivem a usá-las para: pegar a colher e se alimentar, oportunizando o desenvolvimento da sua coordenação motora; tocar nos alimentos para perceber diferentes texturas; levar os alimentos à boca, para perceber gostos, e ao nariz, para sentir os cheiros [2,35,36], aproximando-se do que é proposto na abordagem Participativa. Dessa forma, pode-se considerar que as escolhas maternas na presente amostra não se distanciaram do que também propõe o MS e a OMS.

Considerando que políticas públicas na área de segurança alimentar são medidas e programas criados pelos governos para garantir o bem estar da população, entende-se que orientações governamentais sobre AM e AC contribuem para a qualidade de vida da sociedade como um todo, especialmente quando concentradas nos primeiros mil dias de vida da criança, por este período estar relacionado com a prevenção da morbimortalidade infantil e garantia do crescimento adequado [37,38].

Nesse sentido, os resultados do presente estudo são auspiciosos no que diz respeito à prevalência de AM exclusivo e ao conhecimento sobre abordagens de AC. Contudo, o percentual de mães que referiu ter iniciado a AC antes dos seis meses foi superior ao encontrado em crianças brasileiras e esteve associado a baixa escolaridade materna. Por sua vez, a alta escolaridade exerceu efeito positivo para uma AC adequada, em relação à idade de início e, indiretamente, a compreensão dos diferentes tipos de abordagens de AC culminou na preferência pela abordagem Participativa, um método de introdução de alimentos que concorda com as recomendações oficiais.

Por fim, algumas limitações do presente estudo devem ser levadas em consideração. Primeiro, como as participantes não formaram uma amostra representativa, as associações encontradas não podem ser extrapoladas. Além disso, a amostra de mães foi obtida em um grupo do Facebook® relacionado à AC. Dessa forma, os resultados podem ter sido influenciados pelo fato do grupo, muito provavelmente, reunir pessoas com especial interesse em AC. Não obstante, tais limitações não invalidam os resultados aqui apresentados, especialmente porque trata-se de um estudo quali-quantitativo. Assim, espera-se que estudos futuros possam ampliar o número amostral e/ou aprofundar o grau de conhecimento sobre AM e AC, assim como ampliar a compreensão de possíveis fatores interferentes.

## 5. Conclusão

A prática do AM exclusivo e o início da AC após seis meses foi predominante. A maior escolaridade esteve associada ao adequado início da AC e à escolha pela abordagem Participativa, mas não ao AM exclusivo. Entre as abordagens menos conhecidas/preferidas/praticadas figuraram as que se baseiam totalmente na autoalimentação (BLW e BLISS) e o menor risco de engasgo foi a razão comum



para justificar a preferência por abordagens que proporcionam o oferecimento de alimentos amassados na colher e também a autoalimentação (Tradicional ou Participativa).

## Referências

- [1] World Health Organization. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373358/9789240081864-eng.pdf?sequence=1>
- [2] Brasil, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianca\\_brasileira-versao\\_resumida.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira-versao_resumida.pdf)
- [3] Silva FK, Silva NC. Aleitamento materno e alimentação complementar: fatores de risco relacionados com a saúde infantil. Revista Saúde e Meio Ambiente. [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Jun 27]; 14(1):101-104. Disponível em: <https://trilhasdahistoria.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/15538>
- [4] Murari CP, Arciprete AP, Gomes-Sponholz F, Monteiro JC. Introdução precoce da alimentação complementar infantil: comparando mães adolescentes e adultas. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em 27 jun 2023]; 34:eAPE01011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/kGJCvD3bcmDXp6JvFqWZr7w/>
- [5] Martins BS, Horewicz VC, Moraes GGW, Toso BRGO, Machineski GG, Viera CS. Autoeficácia da gestante para o Aleitamento Materno: estudo transversal. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2019 [acesso em 27 jun 2023]; 18(3):e44967. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/44967>
- [6] Moccelin JM, Schuster RV. Fatores que influenciam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: uma revisão integrativa. Revista Destaques Acadêmicos. [Internet]. 2020 [acesso em 27 jun 2023]; 12(3):243-257. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2658/1717>
- [7] Rapley G, Murkett T. Baby-Led Weaning: O desmame guiado pelo bebê. São Paulo: Timo, 2017.
- [8] Cameron S, Heath A, Taylor R. 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 pediatrics, 2015;15(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
- [9] Padovani AR. Introdução Alimentar ParticipATIVA. 2015. E-book. 61 p.
- [10] Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. [Documento eletrônico]. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
- [11] Uusimäki K, Schneider L, Lubeka C, Kimiwy J, Mutanen M. Mothers' knowledge and practices on breastfeeding and complementary feeding in an urban slum area and rural area in Kenya: A cross-sectional interview study. J Child Health Care. [Internet]. 2022 [acesso em 27 jun 2023]. DOI: 10.1177/13674935221083451



- [12] Braga IR, Silva LL, Monteiro LS, Sperandio N, Lima FF, Pereira S, Capelli JCS. Práticas alimentares de crianças menores de 12 meses de idade usuárias da Atenção Básica de Saúde. *Revista Saúde em Redes*. [Internet]. 2021 [acesso em 27 jun 2023]; 7(3). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p201-217>
- [13] Martín ISM, Vilar EG, Guerra GP, Martín MAC. Knowledge and attitudes towards baby-led-weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. *Enfermería Clínica (English Edition)*. [Internet]. 2022 [acesso em 27 jun 2023]; 32(1):S64-S72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.04.005>
- [14] Santos FS, Souza RC, Candido PGG, Dos Santos LH, Pascoal LM, Neto MS. Autoeficácia do aleitamento materno em puérperas de uma maternidade pública do nordeste brasileiro. *Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro*. [Internet]. 2020 [acesso em 27 jun 2023]; 10:e3910. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3910>
- [15] Queluz MC, Pereira MJB, Dos Santos BC, Leite AM, Ricco G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 [acesso em 27 jun 2023]; 46(3):537-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HJhDsqq3h5gSMJDjhfx8Cjb/?format=pdf&lang=pt>
- [16] Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, Bezze EN, Mauri PA, Zanotta L, Roggero P et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients* [Internet]. 2018 [acesso em 27 jun 2023]; 10(1):48. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu10010048>
- [17] Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Filho RAN, Lisboa CS, Almeida LMR et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [Internet]. 2017 [acesso em 27 jun 2023]; 17(1): 69-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>
- [18] Corrêa JME, Manna MLV, Soares MN, Amâncio N de FG. Unique breastfeeding knowledge, attitudes and practices. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2019 [acesso em 27 jun 2023]; 2(6):5280-5294. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv2n6-031>
- [19] Chiang KV, Hamner HC, Li R, Perrine CG. Timing of Introduction of Complementary Foods. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* [Internet]. 2020 [acesso em 27 jun 2023]; 69:1787–1791. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6947a4external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6947a4external%20icon)
- [20] World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
- [21] Pereira, FMJ.; Gomes, APF. ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS ENTRE ABORDAGENS DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR. *SEMEAR*. 2024 jul-dez; 6(3): 1-19.
- [22] Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.* [Internet]. 2018 [acesso em 06 jul 2023]; 31:496– 504. DOI: <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
- [23] Kahraman A, Gümüş M, Yaz SB, et al. Baby-led weaning versus traditional weaning: The assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. *Early Child Dev Care.* [Internet]. 2020 [acesso em 06 jul 2023]; 190(5):615-624.



- [24] Bocquet, A.; Brancato, S.; Turck, D. et al. “Baby-led weaning” –progress in infant feeding or risky trend? Arch. Pediatr. [Internet]. 2022 [acesso em 06 jul 2023]; 29: 516–525. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.08.012>
- [25] Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ Open. [Internet]. 2016 [acesso em 06 jul 2023]; 6:e010665. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
- [26] D’andrea E et al. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. [Internet]. 2016 [acesso em 06 jul 2023]; 77(2):72-77. DOI: <https://doi.org/10.3148/cjdp-2015-045>
- [27] Cameron S, Heath A, Taylor R. Healthcare professionals’ and mothers’ knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. BMJ Open. [Internet]. 2012 [acesso em 06 jul 2023]; 2:e.001542. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
- [28] Pereira, FMJ.; Gomes, APF. Desenvolvimento e avaliação de material educativo sobre abordagens de alimentação complementar. Revista Saúde (Sta. Maria). 2024; 50. DOI: 10.5902/2236583474711
- [29] Neves F et al. Brazilian health professionals’ perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study. Revista Paulista de Pediatria. [Internet]. 2021 [acesso em 06 jul 2023]; 40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020321>
- [30] Rubio AM, Vallejo MD, Jaime BE. How do primary care paediatricians guide complementary feeding in Spain?. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet]. 2018 [acesso em 06 jul 2023]; 20:35-44. Disponível em: <https://pap.es/articulo.php?lang=en&id=12613&term1=>
- [31] Moreira PR, Nunes LM, Neves RO, Belin CHS, Fuhr J, Gomes E, Mariath A, Bernardi JR. Adherence to different methods for introducing complementary food to 7-month-old babies: a randomized clinical trial. Rev Paul Pediatr. 2023;41:e2021235. [acesso em 03 ago 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021235>
- [32] Ministry of Health. Healthy Eating Guidelines for New Zealand Babies and Toddlers (0–2 years old). Wellington: Ministry of Health. 2021. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/healthy-eating-guidelines-for-new-zealand-babies-and-toddlers-nov21-v2.pdf>
- [33] Escobedo CTV; Serrano MLL; Córdova AGM. Guías Alimentarias para niños y niñas menores a 2 años de edad. Peru: Ministerio de Salud. 2021. 84p. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1811895/Gu%C3%ADas%20Alimentarias%20para%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%A7as%20menores%20a%202%20a%C3%B1os%20de%20edad.pdf>
- [34] Costa Rica. Ministerio de Salud. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica. Costa Rica: Comisión Intersectorial de las Guías Alimentarias y FAO. 2021. Disponível em: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/guiasalimentarias/gabas/index.html>
- [35] Ministerio de Salud de Chile. División de Prevención y Control de Enfermedades. Dpto. Nutrición y Ciclo Vital. Guía de alimentación del niño (a) menor de 2 años. Guías de alimentación hasta la adolescencia. Santiago: Ministerio de Salud, 2005. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Guia\\_Alimentacion.pdf&sa=D&source=docs&ust=1675887714517915&usq=AOvVaw2HZL36ulsx\\_iQTBp\\_e7Mq5](https://www.google.com/url?q=https://nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Guia_Alimentacion.pdf&sa=D&source=docs&ust=1675887714517915&usq=AOvVaw2HZL36ulsx_iQTBp_e7Mq5)



[36] Gobierno de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO. Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de Colombia. Octubre 2020. Acesso em: fev 2022. Disponível em: [https://www.icbf.gov.co/system/files/guias\\_alimentarias\\_basadas\\_en\\_alimentos\\_para\\_mujeres\\_gestantes\\_madres\\_en\\_periodo\\_de\\_lactancia\\_y\\_ninos\\_y\\_ninas\\_menores\\_de\\_2\\_anos\\_para\\_colombia\\_3\\_0.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/guias_alimentarias_basadas_en_alimentos_para_mujeres_gestantes_madres_en_periodo_de_lactancia_y_ninos_y_ninas_menores_de_2_anos_para_colombia_3_0.pdf)

[37] Macedo S. Políticas Públicas: o que são e para que existem [Internet]. Assembleia Legislativa de Sergipe. 2018. Disponível em: <https://al.se.leg.br/politicas-publicas-o-que-sao-e-para-que-existem/>

[38] Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), (Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Programa Mundial de Alimentos (PMA) e United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. Versão resumida de Panorama da segurança alimentar e nutricional na América Latina e no Caribe 2020 – Segurança alimentar e nutricional para os territórios mais atrasados. Santiago. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53264/faopahoregionaloverviewfood\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53264/faopahoregionaloverviewfood_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)