

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAUDE

AS REDES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DE COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM
SOBRE A NUTRIÇÃO INFANTIL COM ÊNFASE NO MÉTODO BLW

CURITIBA
2017

RENATA BRAGATO FUTAGAMI

AS REDES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DE COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM
SOBRE A NUTRIÇÃO INFANTIL COM ÊNFASE NO MÉTODO BLW

Dissertação de Mestrado apresentado como requisito parcial para conclusão no Curso de pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gabriela Eyng Possolli.

CURITIBA
2017

F996 FUTAGAMI, Renata Bragato

As redes sociais na formação de comunidades de aprendizagem sobre a nutrição infantil com ênfase no método BLW./ Renata Bragato Futagami. – Curitiba: Faculdades Pequeno Príncipe, 2017. 135f. : il.

**Orientador: Profª Drª Gabriela Eyng Possolli
Dissertação (mestrado) – Faculdades Pequeno Príncipe.
Mestrado Acadêmico em Ensino nas Ciências da Saúde.
2017.**

**1. BLW. 2. Nutrição. 3. Educação. Redes sociais.
I. Possolli, Gabriela Eyng. II. Título.**

372.21

TERMO DE APROVAÇÃO

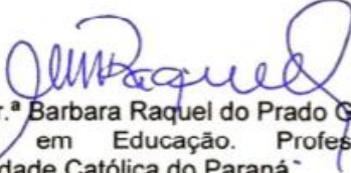
RENATA BRAGATO FUTAGAMI

**“A CONTRIBUIÇÃO DAS REDES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DE
COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL COM
FOCO NO MÉTODO BLW”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: 
Prof.ª Dr.ª Gabriela Eyang Possolli
Doutora em Educação. Professora Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe.


Prof. Dr. Rogério Saad Vaz
Doutor em Bioprocessos e Biotecnologia. Professor Orientador do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde na Faculdades Pequeno Príncipe.


Prof.ª Dr.ª Barbara Raquel do Prado Gimenez Corrêa
Doutora em Educação. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba, 25 de agosto de 2017.



AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Gabriela Eyng Possolli, minha orientadora, incentivadora e a razão para eu ter conseguido chegar até aqui. Meu mais sincero agradecimento, sem você nada disso teria sido realizado.

Aos meus queridos pais, pelo apoio, encorajamento, carinho, paciência e incentivo. Sempre priorizando suas filhas acima de tudo e de todos.

À minha amada irmã, meu exemplo de ser humano e profissional. Sua ajuda foi fundamental.

Ao meu marido, por não me deixar desistir e por acreditar em mim durante esse processo.

Ao meu amigo e colega de mestrado Takashi Onuka, pelo apoio, risadas e incentivo para concluir o mestrado.

Aos meus pacientes, por terem compreendido minhas ausências e por me estimularem a sempre buscar mais. Com vocês, divido a alegria desta experiência.

A principal função do educador é cuidar para que ele não confunda o bem com a passividade e o mal com a atividade.

(Maria Montessori)

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo compreender a percepção de pais sobre as redes sociais atuando na aprendizagem sobre o assunto nutrição infantil e BLW. A problematização desta pesquisa busca saber se comunidades de aprendizagem em redes sociais favorecem a construção de conhecimentos de familiares e profissionais de saúde sobre nutrição infantil e BLW. Teve o intuito de identificar as principais comunidades de aprendizagem em redes sociais, analisar o conteúdo com foco na construção coletiva de conhecimentos, entender a interferência na relação entre os familiares e seus pediatras e buscar entender se essas comunidades eram facilitadoras na aquisição de informações e conhecimentos. A metodologia utilizada foi do tipo explicativa e a abordagem do tipo mista. A coleta de dados da pesquisa de campo foi realizada online, avaliando perfis e comunidades em redes sociais. Foram escolhidas 6 comunidades do Facebook e 4 perfis do Instagram. O estudo foi realizado em três etapas. A primeira etapa consistiu em um mapeamento das redes sociais nos meses de novembro e dezembro com base em um roteiro de análise. A segunda etapa foi uma aplicação de questionário com perguntas objetivas e dissertativas sobre nutrição infantil e BLW, disparado online com 404 respostas. Na terceira etapa, de maneira complementar ao mapeamento das comunidades, foram realizadas 6 postagens nessas páginas fomentando o debate, com o intuito de analisar as percepções e opiniões dentro da temática. Conclusão: conclui-se que os pais percebem que as redes sociais e as comunidades de aprendizagem facilitam de forma benéfica e favorável na aquisição de conhecimento sobre a nutrição infantil e BLW.

Palavras-chave: BLW, nutrição infantil, educação, redes sociais.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand the perception of parents about social networks acting in the learning about the subject of child nutrition and BLW. The problematization of this research seeks to know if learning communities in social networks favor the construction of knowledge of family and health professionals about child nutrition and BLW. It aimed to identify the main learning communities in social networks, to analyze content with a focus on the collective construction of knowledge, to understand the interference in the relationship between family members and their pediatricians and to try to understand if these communities were facilitators in the acquisition of information and knowledge. The methodology used was of the explanatory type and the mixed type approach. Field survey data collection was conducted online, assessing profiles and communities on social networks. Six Facebook communities and four Instagram profiles were chosen. The study was carried out in three stages. The first step consisted of a mapping of social networks in the months of November and December based on an analysis roadmap. The second step was a questionnaire application with objective and dissertative questions about infant nutrition and BLW, triggered online with 404 responses. In the third stage, in a way complementary to the mapping of the communities, 6 posts were carried out in these pages fomenting the debate, in order to analyze the perceptions and opinions within the theme. Conclusion: it is concluded that parents perceive that social networks and learning communities facilitate in a beneficial and favorable way the acquisition of knowledge about child nutrition and BLW.

Keywords: BLW, child nutrition, education, social mídia.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantitativo de postagens por mídia	46
Gráfico 2 – Quantitativo de postagens por autoria	47
Gráfico 3 – Quantitativo de postagens por autoria	50
Gráfico 4 – Postagens da comunidade Baby Led Weaning	54
Gráfico 5 – Faixa etária dos participantes de comunidades de aprendizagem	69
Gráfico 6 – Formação dos participantes de comunidades de aprendizagem	70
Gráfico 7 – Nº e idade de filhos dos participantes de comunidades de aprendizagem	71
Gráfico 8 – Tipo de participante de comunidades de aprendizagem	72
Gráfico 9 – Uso de redes sociais e a relação com a construção de conhecimento sobre nutrição infantil	90
Gráfico 10 – Perfil de utilização das redes sociais	91
Gráfico 11 – Tipos de postagens/ usos nas comunidades de aprendizagem	92
Gráfico 12 – Tipos de postagens/ usos nas comunidades de aprendizagem	93

QUADROS

Quadro 1 – Comunidade de Aprendizagem analisadas na pesquisa	44
Quadro 2 – Postagens selecionadas no grupo BLW Brasil	48
Quadro 3 – Postagens selecionadas no grupo Baby Led Weaning Brasil	51
Quadro 4 – Postagens selecionadas no grupo Baby Led Weaning	54
Quadro 5 – Postagens selecionadas no grupo Falando de introdução alimentar	56
Quadro 6 – Postagens selecionadas na página Tá na hora do papá	58
Quadro 7 – Postagens selecionadas na comunidade Alimentação consciente	60
Quadro 8 – Postagens selecionadas no perfil Mundo BLW	61
Quadro 9 – Postagens selecionadas no perfil Nutri_Infantil	63
Quadro 10 – Postagens selecionadas no perfil Maternutri	64
Quadro 11 – Postagens selecionadas no perfil Tá na hora do papá	67
Quadro 12 – Opinião e/ou experiência sobre aleitamento materno e fórmulas infantis	72
Quadro 13 – Conhecimento sobre a introdução alimentar	77
Quadro 14 – Alimentos industrializados – Opinião e exemplos	80
Quadro 15 – Uso de alimentos como petit suisse, iogurte, achocolatado, espessantes de leite, sucos de caixinha e refrigerante	83

Quadro 16 – Aquisição e compartilhamento de conhecimentos sobre nutrição infantil	94
Quadro 17 – Grupos ou Perfis no Facebook ou Instagram sobre nutrição infantil	96
Quadro 18 – Práticas de introdução alimentar como profissional de saúde	97
Quadro 20 – Princípios e experiências do método BLW	101
Quadro 21 – Resistências ou dúvidas relacionadas ao método BLW	103
Quadro 22 - Comentários da primeira postagem	105
Quadro 23 - Comentários da segunda postagem	107
Quadro 24 - Comentários da terceira postagem	109
Quadro 25 - Comentários da quarta postagem	111

LISTA DE SIGLAS

BBS	BulletinBoard
CDC	Centers for Disease ControlandPrevention
CV	ComunidadesVirtuais
CVI	Comunidades Virtuais deInteresse
FB	Facebook
GVA	Grupo Virtual de amamentação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LM	Leite Materno
LD	Livre Demanda
IA	Introdução Alimentar
ONGs	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
RS	Redes Sociais
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TIC	Tecnologia da informação e Comunicação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 CIBERESPAÇO, EVOLUÇÃO DA INTERNET E IMPLICAÇÕES SOCIAIS	17
2.1.1 Internet no Brasil	18
2.1.2 Ciberespaço e suas implicações sociais: acibercultura	21
2.2 A INTERNET NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E A ÁREA DE SAÚDE	23
2.2.1 Dispositivos móveis, redes sociais e aplicativos a partir de 2010	26
2.2.2 Redes Sociais Móveis, Educação em Saúde e Pediatria	30
2.3 REDES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS EM SAÚDE E NUTRIÇÃO INFANTIL	34
2.4 REDES SOCIAIS E NUTRIÇÃO INFANTIL	35
2.4.1 Aleitamento	36
2.4.2 Contexto da Alimentação Complementar	38
2.4.3 BLW	39
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	42
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	40
3.2 MAPEAMENTO DAS REDES SOCIAIS EM COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL E BLW	43
3.3 ANÁLISE DAS POSTAGENS EM COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM	48
3.3.1 BLW Brasil	48
3.3.2 Baby led weaning Brasil	50
3.3.3 Baby led weaning	53
3.3.4 Falando de introdução alimentar	55
3.3.5 Tá na hora do papá	57
3.3.6 Alimentação consciente	59
3.3.7 Mundo BLW	61
3.3.8 Nutri_infantil	62
3.3.9 Maternutri	64
3.3.10 Tá na hora do papá	67
3.4 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PARTICIPANTES DAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL	68
3.4.1 Perfil dos Participantes	69
3.4.2 Conhecimento sobre nutrição infantil	72
3.4.3 Redes Sociais e Nutrição Infantil	89

3.4.4 Nutrição infantil e BLW na perspectiva dos profissionais de saúde	97
3.4.5 A nutrição infantil e o BLW na perspectiva dos participantes das comunidades de aprendizagem/familiares	101
3.5 ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM	104
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	121
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	126
ANEXO – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO CEP	128

1 INTRODUÇÃO

A disseminação da cibercultura com o estrondoso avanço do desenvolvimento tecnológico nos últimos dez anos, gerou um impacto de extrema significância nas comunidades, nas percepções das pessoas sobre o mundo e sobre a busca de conhecimentos. Os ambientes virtuais de aprendizagem são locais ideais para que ocorra a integração de conteúdos e de pessoas com os mesmos objetivos de interesse.

Grupos sociais com interesses em comum surgem por meio da internet e das redes sociais, possibilitando aos usuários uma interação cada vez mais ativa e criando fortes laços comunitários. Atualmente nota-se o aumento exponencial das comunidades virtuais. O ciberespaço possibilita que a informação produzida, seja armazenada e disseminada globalmente a usuários, facilitando o processo de circulação e incorporação de informações, além de colaborar com a organização de ações em rede. Esses espaços interativos da internet e das comunidades virtuais tem se tornado essenciais para a educação e para a promoção de saúde.

Com a evolução da medicina notou-se conseqüentemente um aumento da expectativa de vida dos seres humanos. Isso tem mudado o caráter da medicina de curativa para preventiva, ou seja, os profissionais de saúde têm se preocupado cada vez mais com a qualidade de vida desses pacientes. O atual estilo de vida, a alimentação e o sedentarismo tem aumentado a incidência de doenças crônicas, como a obesidade, diabetes e hipertensão. Em relação a pediatria essa afirmação não é discordante. Muitos pediatras atualmente estão observando a maior prevalência de crianças obesas do que desnutridas em seus consultórios.

A possibilidade de acesso igualitário às informações muda a dinâmica da relação médico-paciente. A forma de introdução alimentar chamada *Baby Led Weaning* (BLW) teve uma ordem inversa de propagação do que até então vinha ocorrendo. O BLW estimula a introdução alimentar conduzida pelo próprio bebê. Foi criado pela britânica Gill Ripley e vem ganhando admiradores em todo o mundo, principalmente pelos seus possíveis efeitos benéficos no desenvolvimento da criança, como uma maior oportunidade de compartilhar refeições com seus familiares, hábitos alimentares mais saudáveis e seu maior estímulo e suas vantagens no desenvolvimento motor (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012). Teve uma rápida

disseminação através das redes sociais e os familiares acabaram trazendo essa forma de alimentação complementar para os consultórios. Prova disso, é a escassa quantidade de livros impressos sobre esse assunto e a extensa quantidade de informações encontradas online.

As redes sociais influenciando na formação de comunidades de aprendizagem, principalmente sobre alimentação infantil, é um assunto extremamente atual e pouco estudado cientificamente, sendo que artigos e pesquisas na literatura brasileira e internacional ainda são escassos (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012). Nesse contexto, a pesquisa intitulada: “A contribuição das redes sociais na formação de Comunidades de aprendizagem sobre a nutrição infantil com ênfase no método BLW” propõe uma reflexão sobre os avanços pedagógicos da utilização das redes sociais com conteúdos relacionados à saúde na nutrição infantil. A problematização desta pesquisa busca saber: Comunidades de aprendizagem em redes sociais favorecem a construção de conhecimentos de familiares e profissionais de saúde sobre nutrição infantil e BLW?

O objetivo geral foi: compreender a percepção de pais e familiares sobre a influência das redes sociais atuando na aprendizagem sobre nutrição infantil. Já os específicos foram: Identificar as principais comunidades em redes sociais que abordam sobre o tema nutrição infantil; Mapear conteúdos postados nas redes sociais Facebook e Instagram considerados importantes para a nutrição infantil; Analisar o conteúdo com foco na construção coletiva de conhecimentos em nutrição para a saúde infantil com enfoque no método BLW; Entender as interferências das redes sociais na relação entre familiares e pediatras.

Em relação a metodologia, a pesquisa foi explicativa, com abordagem mista. Os objetivos foram classificados como pesquisa exploratória e o tipo de observação foi participante. Minayo (2007) descreve a abordagem como àquela que trabalha com o universo de crenças, atitudes e valores para descrever, compreender ou explicar certos fenômenos. O tipo de observação escolhida foi a participante, onde o investigador participa como membro da comunidade ou da população pesquisada (GIL, 2007). Para o tratamento das informações dos dados coletados baseou-se em Minayo.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada online e os participantes da pesquisa consistiram em usuários inseridos nas comunidades do Facebook e seguidores dos perfis do Instagram. Para mapear as comunidades de aprendizagem e perfis mais

relevantes optou-se por escolher os que continham um maior número de participantes e comunidades que a pesquisadora já participava antes da pesquisa por serem relevantes na temática da pediatria, da nutrição infantil e do BLW. Já para selecionar as postagens mais significativas considerou-se as que obtinham um maior número de curtidas no período pré-estabelecido. Foram definidos como critérios de inclusão para o questionário: aceitar participar da pesquisa mediante a leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de exclusão todos os casos que não aceitaram o mesmo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP com número do parecer: 1.732.631 em setembro de 2016.

Pediatria é minha paixão e sempre meu maior foco de interesse. É de extrema relevância esse assunto para minha formação como médica pediatra, pois me mantém atualizada em relação à nutrição dos meus próprios pacientes, inserida nas redes sociais, aproximando-me dos familiares e entendendo a forma como esses pais vem buscando e encontrando informações que trazem ao consultório na minha rotina. Além disso, as TICs (Tecnologias da Informação e Comunicação) sempre me despertaram atenção e associar os dois temas foi extremamente construtivo para minha evolução como mestrande e profissional. A relevância do tema nutrição infantil é tão significativa que não somente profissionais da saúde como também educadores, pedagogos, psicólogos, gestores e administradores devem ter conhecimento sobre esse assunto para que possam agir de forma multidisciplinar para que o objetivo de prevenção e promoção de saúde seja atingido na infância.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: Introdução, Fundamentação teórica que contempla Ciberespaço, evolução da Internet e implicações sociais, Internet no Brasil, Ciberespaço e suas implicações sociais: a cibercultura, Internet na sociedade contemporânea e a área de saúde, Dispositivos móveis, redes sociais e aplicativos a partir de 2010, Redes sociais móveis, educação em saúde e pediatria, Redes sociais e a construção de conhecimentos em saúde e nutrição infantil, Comunidades de aprendizagem nas redes sociais, Redes sociais e nutrição infantil, Aleitamento, Contexto da alimentação complementar e BLW. Em seguida, a apresentação e análise de dados, e por fim, as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CIBERESPAÇO, EVOLUÇÃO DA INTERNET E IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Os novos meios de comunicação, por meio das tecnologias digitais tentam oferecer aos membros de uma comunidade os meios de coordenar suas interações em um mesmo universo virtual de busca, trocas e conhecimento. Essas tecnologias permitem que membros de coletivos geograficamente isolados ou distantes interajam e se situem em mapas dinâmicos de um contexto comum: universo virtual ou ciberespaço. Com isso, o ciberespaço torna-se o espaço móvel das interações entre conhecimentos e conhecedores de coletivos inteligentes desterritorializados.

Partindo da ideia de que todos sabem alguma coisa, ninguém sabe tudo e que o compartilhar em grupos gera conhecimentos mais amplos que uma simples soma das partes, surge o contexto da inteligência coletiva. Ela está distribuída por toda parte, incessantemente valorizada, coordenada em tempo real, e segundo Lévy (1998), resulta em uma mobilização efetiva das competências, cujo objetivo é o enriquecimento mútuo das pessoas. Essas pessoas em interação são singulares, nômades e em busca de aprendizado permanente, se agrupando em ambientes virtuais de aprendizagem.

Já dizia Lévy (1998, p.103) que as redes de comunicação e as memórias digitais “englobarão em breve a maioria das representações e mensagens em circulação no planeta”. Com a evolução e democratização das TICs, a cibercultura se propagou e se instaurou com velocidade a partir dos anos 2000. A disseminação da cibercultura vinda do desenvolvimento tecnológico nos últimos dez anos, tem gerado um impacto de extrema significância nas comunidades, percepções de mundo e construção de conhecimentos. Grupos sociais com interesses em comum surgem por meio da Internet e interagem cada vez mais de forma ativa, criando laços comunitários e nesse contexto aumentam exponencialmente as comunidades virtuais (BARCELOS; PASSERINO; BEHAR, 2010).

De acordo com Briggs e Burke (2006) o início da Internet está relacionado a uma reação do governo americano, durante a guerra fria, ao Projeto Sputnik da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas em meados de 1957. Surgiu para ser uma rede de troca de informações que pudesse ser segura e sobreviver à retirada ou até mesmo destruição de qualquer computador ligado a ela.

Abreu (2009) relata que em 1969 o primeiro computador chegou a Universidade da Califórnia quando Leonard Kleinrock os instalou e usou em seu laboratório e em dois anos a Arpanet era totalmente operacional. A Arpanet tratava-se de uma rede limitada que compartilhava informações entre universidades “*hi-tec*” e demais institutos de pesquisa.

Logo surge o primeiro sistema de dados empacotados da história, onde qualquer computador poderia se ligar à rede de qualquer lugar, e a informação era trocada, em “fatias” dentro de “pacotes”. Esse sistema de envio quebrava a informação em peças codificadas, e o sistema receptor as juntava; essa técnica de transmissão de dados por comutação de pacotes (*packet switching*) permite que diversos usuários compartilhem um mesmo canal de comunicação (CARVALHO, 2006). Com isso, surgem os provedores, que visando o lucro e uma oportunidade de negócio no ciberespaço, ampliou o uso da internet.

Briggs e Burke (2006) detalham que William Winston “em sua obra *Twilight of Sovereignty* (1995, p. 302), argumentava, com mais confiança, que, com a convergência tecnológica, alcançaríamos maior liberdade humana, mais poder para o povo e mais cooperação internacional”. O que realmente se confirmou e impulsionou a globalização em curso que tomou novas proporções que a explosão da Internet no final da década de 1990.

Nesse período os e-mails ganhavam cada vez mais importância para as famílias, que logo viam as vantagens em relação aos correios por aproximá-las de forma rápida e imediata. Na década de 90 a Internet para o mundo dos negócios se torna uma promissora forma de expansão. A grande maioria das empresas, coloca a sua presença na *Web* e com isso começa a implantação do comércio eletrônico.

2.1.1 Internet no Brasil

Em 1964, com o poder nas mãos dos militares, houve um empenho para que o Brasil, melhorasse sua infra-estrutura de telecomunicações para o avanço da integração nacional. Com esse objetivo, o governo em 1965 constituiu a Empresa Brasileira de Telecomunicações (Embratel), com o intuito de implantar a rede nacional, assumindo serviços nacionais que até então eram prestados pelas multinacionais. Na década de 1970, houve um aumento significativo do uso de equipamentos de informática no Brasil, e com isso a questão da transmissão

eletrônica de dados tornou-se prioridade crescendo a área que na época convencionou-se chamar de teleinformática. Isso vinha em encontro com a convergência que estava ocorrendo internacionalmente, as quais redes de telefonia estavam sendo utilizadas para transmitir dados (CARVALHO, 2003).

A expansão dessa nova forma de conexão iniciou na área acadêmica em meados da década de 1970 com o objetivo de compartilhar os recursos das instituições com computadores e permitir o acesso remoto das instituições sem computadores. O interesse nas pesquisas em redes de dados se torna cada vez maior nas universidades do país, com o incentivo do governo e também de empresas privadas. Por volta de 1986, já existiam mais de cinquenta redes acadêmicas em mais de trinta países (CARVALHO, 2003).

Com o aumento da comunicação entre os usuários de microcomputadores, surgiram diversas comunidades virtuais em que os participantes podiam trocar informações em um “*bulletin board*”, denominando assim os *Computer Bulletin Board Systems* (CBBS ou BBS). Os modems com capacidade de discagem substituíram progressivamente as ligações entre os computadores que antes precisavam ser discadas manualmente, facilitando então a disseminação dos BBS entre os usuários de várias partes do mundo (CARVALHO, 2003).

No início dos anos de 1990 havia mais de uma centena de BBS ativos em várias cidades do Brasil (GALLO, 1992) apesar do alto custo e da dificuldade de se adquirir e manter linhas telefônicas. Assim, entusiastas da informática se transformam em empresas e passam a oferecer serviços pagos a usuários assinantes. No Brasil, o ano de 1995 foi considerado o marco zero da Internet comercial no país (VIEIRA, 2003). Neves define o conceito de Internet como:

conjunto de redes interligadas, de abrangência mundial. Através da Internet estão disponíveis serviços como correio eletrônico, transferência de arquivos, acesso remoto a computadores, acesso a bases de dados e diversos tipos de serviços de informação, cobrindo praticamente todas as áreas de interesse da Sociedade (NEVES, 2015, p. 36).

Com a disseminação do acesso à Internet no Brasil a partir de 1995, inicia uma nova ferramenta denominada *World Wide Web* (WWW), apelidada de *Web* que transformou e universalizou os anos noventa, que se tornou a década da Internet. Novas opções de browsers e novos servidores *Web* surgiam frequentemente e explodia uma grande competição pelo desenvolvimento de novas tecnologias para a *Web*. Em agosto de 1995 a Microsoft lança o Internet Explorer,

que começou a ser incluído no sistema operacional Windows 95. As empresas privadas que eram servidores de rede, reposicionam-se como provedores de acesso à Internet, disponibilizando o conteúdo da *Web* aos assinantes. Começa uma nova fase de navegação na rede, a que agora muitos denominam de *Web 1.0* (SIMOES, 2009). Observa-se nesse período a crescente inserção de páginas na *Web*, gerando um número de informações praticamente incontrolável. Cuenca (2005) retrata um crescimento exponencial nessa época pontuando que em 1997 havia 100 milhões de páginas na Internet, enquanto em 1999 esse número passou para 2 bilhões.

Organizações públicas e privadas, em todo o mundo, passaram, a buscar seu espaço na *Web*, dando início a uma verdadeira corrida pelo uso de nomes de domínio. Com a disseminação da *Web* no Brasil, cresce o número de usuários, lojas virtuais, portais de conteúdo e máquinas de busca no país e os pertencentes da população chamados “incluídos digitais” (VIERA, 2003).

A geração de crianças dos anos 90, cresceu rodeada de tecnologia de comunicação como a Internet ou os telemóveis e foi denominada *Geração Nintendo*. A partir da virada do século, essa geração constitui a população universitária e alguns autores os denominam como *Geração Net* ou *Geração Y*. Essa geração foi exposta às tecnologias digitais em todas as fases de vida, modificando a forma como estabelecem relações interpessoais e como perspectivam o mundo (SIMOES, 2009).

A partir da virada do século a rede passa a ser um espaço mais democrático, com a navegação mais acessível e intuitiva, e também com a criação fácil de conteúdos. Com esse contexto, surge as interfaces da *web 2.0*, que é caracterizada pela interação entre os usuários, que viabiliza a troca de informações e ideias. Os usuários têm um papel ativo de construção de conhecimento, podendo formar comunidades ou redes sociais (PESTANA, 2012). Soares (2004) relata que em 2002, um levantamento realizado pelo Ibope e Ratings mostrou que o número de internautas brasileiros cresceu mais de 50% entre setembro de 2000 e setembro de 2002, e era estimado um total de pessoas com acesso à Internet em 14 milhões de usuários. Moretti et al. (2012), mostram a partir de dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que 67,9 milhões de pessoas em 2009 declararam ter usado a Internet e representou um aumento de 21,5% em relação ao ano de 2008. Atualmente já tem-se pouco mais de 60% da população brasileira com acesso a

grande rede sendo que dentre os internautas 78% está nas redes sociais (MORETTI et al., 2012).

Com essa segunda geração, surgem os blogues e as redes sociais como Orkut, Facebook, Twitter, Instagram e LinkedIn, como meios de contato, comunicação *online* e promoção de debates e discussões relacionados a diversas temáticas sociais, econômicas e políticas. Ocorre um incremento das redes *wi-fi*, redes banda larga, a presença de *smartphones* e *tablets*, que tornam cada vez mais fácil o acesso à Internet e sua portabilidade. “Esta nova realidade trouxe-nos à ubiquidade tecnológica digital onde a utilização e acesso à internet é feita em todos os lugares desde que haja rede.” (GIL, 2014, p.2).

Com grande popularidade nos sites de relacionamento os usuários podem manter contato com seus amigos e familiares, compartilhamento instantâneo de diferentes tipos de conteúdo e a possibilidade de se criar comunidades com indivíduos com interesses em comum. Dessa forma, a Internet se torna universalmente globalizada, as relações sócio-afetivas são maximizadas e a humanização das relações via dispositivo digitais legitimaram o conceito de *web 3.0* (ISOTANI, 2008).

2.1.2 Ciberespaço e suas implicações sociais: a cibercultura

A partir da Terceira Revolução Industrial e no transcorrer do século XXI, com o desenvolvimento gigantesco das redes de telecomunicações um novo estilo de vida foi gerado. Criam-se novos espaços, novos modos de viver e as próprias cidades se modificaram com o *boom* tecnológico das últimas décadas. As cidades agora, possibilitam que as pessoas estejam conectadas nas redes continuamente. Tudo passa a ser “próximo”, a estar disponível e interligado de modo permanente. Nota-se que as sociedades incorporaram a revolução tecnológica e passam a viver cada vez mais atreladas a ela. Surge a partir daí o conceito de ciberespaço. Costa (2009) conceituou o ciberespaço como espaço predominantemente característico do período técnico-científico-informacional que cria redes técnicas de computadores (concreto) os quais através de seus fluxos geram o ciberespaço (abstrato).

O ciberespaço se caracteriza pela desterritorialização geográfica, o não estar presente fisicamente em um local ou tempo determinado. Exemplo disso, são

as comunidades virtuais, criadas a partir de um interesse ou afinidade em comum e que agrega membros, estabelecendo relações que muitas vezes se tornam presenciais. Estas comunidades são dinâmicas e onipresentes, elas existem onde os seus participantes estiverem se comunicando (ALCÂNTARA, 2009).

Para Lévy (1998) as comunidades no ciberespaço são movidas por coletivos inteligentes e representam um estágio avançado de auto-organização social. O ciberespaço funciona como um espaço do saber. Já o termo cibercultura, segundo Lévy, seria o conjunto de práticas, atitudes, pensamentos e valores que se desenvolvem neste local caracterizado como ciberespaço.

A cibercultura é uma forma de cultura surgida junto com o desenvolvimento das tecnologias digitais, que por sua vez ganha cada vez mais espaço entre a sociedade moderna o que leva consequentemente, a sua maior presença em todo o mundo, essa forma de cultura não é, em resumo, nada mais que uma grande ligação, disseminação e interação entre, praticamente, todas as formas de cultura existentes em todo o mundo (SOUSA,2017, p.2).

Com a *web 2.0*, a cibercultura e seu público vasto e heterogêneo, surge o fenômeno chamado de “convergência das mídias”. Essa cultura do universal gera uma rede totalmente descentralizada, onde as informações são manipuladas, armazenadas e reproduzidas digitalmente. Barros cita que no Brasil, o acesso ao ciberespaço é cada vez maior: “segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2005 a 2008, o percentual de pessoas que acessaram, pelo menos uma vez, a Internet pelo computador aumentou em 70,3%” (BARROS, 2012, p.23).

Na presente era digital a tecnologia muda as formas de pensamento, os costumes e hábitos da sociedade. A interação amplia-se e permite que todos se relacionem com desconhecidos, por meio da ciberexistência, e gera novas formas de relações sociais adaptadas ao espaço e tempo virtual e à possibilidade de construção de novas identidades. É a comunicação mediada por computador que dá a identidade da cibercultura (SILVA, 2004). A rede surge, então, como um espaço democrático, em que todos têm igualdade de oportunidades, independentemente de questões de gênero, sexo, classe social ou etnia.

Esses meios interferem na vida social e acabam modificando a percepção que as pessoas têm do espaço-tempo, vindo a constituir novas tendências na vida social que, por sua vez, convivem ou transformam hábitos, por exemplo educação à distância, *home-office*, *e-commerce*, comunidades virtuais, possibilidade de

armazenamento de filmes ou músicas, serviços públicos *online*, entre outros (MONTARDO, 2005).

A cibercultura é a origem das comunidades virtuais que, assim como nas comunidades sociais não virtuais, necessitam de regras de conduta que deverão ser respeitadas. Assim surge o termo "netiqueta" que se refere a ética na Internet. Funcionam como um conjunto de regras, virtualmente disseminadas que tentam estabelecer um padrão de comportamento aos participantes (SILVA, 2004).

2.2A INTERNET NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E A ÁREA DE SAÚDE

O desenvolvimento e a globalização da Internet, fizeram com que ocorresse uma reestruturação das relações sociais em âmbito mundial. Com a comunicação científica não foi diferente. Castro (2006) descreve três processos básicos na ciência, que são: pesquisa, circulação e incorporação do conhecimento. O ciberespaço possibilita que a informação produzida, seja armazenada e disseminada globalmente facilitando o processo de circulação e incorporação de informações, além de colaborar com a organização de ações conjuntas em rede. De tal forma que rompem-se barreiras de tempo e espaço e ocorre uma integração, nunca antes vista, entre questões locais e globais. O fluxo científico tradicional (impresso, etapas sucessivas e dependentes entre si, com longos períodos de tempo entre cada) passa a se difundir com velocidade no espaço virtual (sem imposições temporais e de espaço físico). Na área de saúde a utilização de novas tecnologias para a disseminação do conhecimento científico tem um crescimento vertiginoso. Na atualidade, se atribui aos artigos na Internet a maior visibilidade da ciência, incluindo a brasileira. A acessibilidade à bibliografias, bases de dados e periódicos permitem uma atualização inimaginável em termos de rapidez e obtenção de conhecimento.

A publicação eletrônica científica apresenta uma série de vantagens em relação à publicação impressa convencional, tanto para o editor científico como para o usuário final da informação. Como vantagens para o editor, as publicações eletrônicas podem atingir uma grande audiência potencial, devido à disponibilidade universal da informação, oferecem disponibilidade para todas as plataformas de *hardware/software*, baixo custo de investimento e de produção, eliminação dos custos de reprodução e transporte, permitem novas formas de apresentação (áudio, vídeo, interação com o usuário final da informação), integração com outros *sites* e documentos da WWW e indexação eletrônica, diminuem os atrasos de publicação, e possibilitam a submissão eletrônica de manuscritos. Já como vantagens para o usuário, podemos citar o baixo custo de acesso, a disponibilidade

instantânea e global de uma informação mais rica em conteúdo do que outras mídias, a facilidade de cópia e impressão, informação mais atualizada e fácil de achar, através de mecanismos de busca, e a possibilidade de diálogo interativo com autores e editores (SABBATINI,1999,p.1).

Esse fluxo da produção também é favorecido pela possibilidade de melhor comunicação entre os cientistas e pesquisadores, por meios das comunidades virtuais e fóruns de discussão (CASTRO, 2006). Este autor sugere que os países em desenvolvimento são os maiores beneficiados com a publicação eletrônica, por melhorar o acesso ao cenário internacional e melhorar a convergência entre os diversos autores, bibliotecas e centros de informação.

Santos (2007) afirma que espaços interativos da Internet e as comunidades virtuais podem ser essenciais para a educação informal e para a promoção da saúde. Bruno (2014) afirma que os processos educativos devem ser compreendidos de uma forma aberta e flexível. A educação participativa compreende um fenômeno adaptado às necessidades de um grupo, sem estabelecer um plano prévio onde os participantes se organizam e controlam todo o processo de aprendizagem.

Com essa revolução surge então o conceito de *e-health* ou e-saúde, que se refere ao amplo espectro de atividades que usam tecnologias em saúde, cuidados de saúde e saúde pública. A Internet se torna um veículo tanto de ações do governo, como de ONGs - Organizações não governamentais, profissionais de saúde e de empresas (SOARES, 2004). Canavilhas (2005) defende que no âmbito da saúde, a comunicação desenvolve-se em duas linhas: profissionais/profissionais e profissionais/usuários dos serviços e é fundamental nesse relacionamento a troca de conhecimentos. Dinamicamente, os blogues podem funcionar como uma ferramenta de ensino e um importante auxiliar de formação.

A possibilidade de aceder de imediato a bases de dados, a facilidade com que se consultam documentos ou a comodidade de trocar opiniões com o outro lado do planeta sem sair de casa, representam um salto qualitativo sem paralelo no campo da investigação (CANAVILHAS, 2005).

A busca de informação em saúde na rede, a participação em bate papos virtuais ou grupos de apoio, envio *e-mails* para serviços de saúde são formas de comunicação interativa em saúde (CIS), que segundo Soares (2004, p.5), é o termo para se referir à "interação de um indivíduo com ou por meio de um dispositivo

eletrônico ou tecnologia de comunicação para acessar ou transmitir informação de saúde ou receber ou prover orientação e apoio sobre um assunto relativo à saúde".

Nesse contexto, um estudo descritivo realizado com 237 docentes em programas de mestrado e doutorado em saúde pública em 2001 no Brasil, demonstra que faziam uso da internet 94,9% (225) dos participantes, sendo o correio eletrônico (92,0%) e a *web* (55,6%) os recursos mais utilizados diariamente. E estes já afirmavam em 2001 que a atualização sobre novos conhecimentos era condição obrigatória para a comunidade científica desenvolver pesquisas. Mais da metade deles (61,6%) já utilizavam a Internet há mais de cinco anos (CUENCA, 2005).

Além de pesquisadores da área científica, nota-se que muitos usuários da Internet, mesmo sem serem da área da saúde, consideram a Internet uma de suas principais fontes de informação em saúde (86%), como demonstrou Moretti (2012). Estes (62%), passam de 5 a 35 horas na web por semana, são de predomínio do gênero feminino e possuem alta confiança às informações vindas de especialistas (76%). Na área da saúde, a interação online foi apontada como uma importante estratégia para oferecer melhorias na qualidade de vida dos usuários, promover maior autonomia e autoconfiança entre os participantes. Outros pontos positivos foram a melhora do convívio social e aprendizado, redução da desesperança, maiores conhecimentos sobre a doença e alívio emocional (MORETTI, 2012).

O uso foi sendo refinado e novas ferramentas *web* foram incorporadas ao dia a dia pessoal e profissional. Segundo dados levantados pela Associação Brasileira de Telecomunicações (TELEBRASIL) em março de 2016 foram 218 milhões de acessos em banda larga no país. O balanço de abril/2017 da Telebrasil revela que 5.016 municípios, onde moram 98,3% da população brasileira, já contam com redes móveis 3G e 77% 4G. Existem atualmente no Brasil "227 milhões de acessos de internet em alta velocidades, sendo 199,8 milhões móveis e 27,2 milhões fixos. Do total de acessos móveis, 74 milhões são de 4G, que apresentou crescimento de 112% em relação a abril do ano passado" (TELEBRASIL, 2007). No último ano foram ativadas 39 milhões conexões 4G e 1,3 milhão de novas conexões fixas, representando um crescimento de 5%, com relação a 2016.

Nessa nova era de busca ativa do conhecimento, enfatiza-se muito o gerenciamento de auto-cuidado pessoal, gerando assim uma crescente onda de pacientes que obtém informações de saúde online. Porém, alguns fatores preocupam diversos profissionais de saúde pois estes usuários pacientes podem

interpretar mal ou buscar informações em locais de baixa qualidade, precisão e segurança. Além disso, essas informações podem ter linguagens e termos altamente técnicos, de difícil interpretação, gerando maior ansiedade ao paciente (SILVER, 2015). Moretti et al. (2012), afirma que é necessário um uso cauteloso desse instrumento de obtenção de informação, pois tanto para os profissionais de saúde como para os consumidores pode haver um desconhecimento da identificação de padrões de qualidade. Sites de saúde crescem em quantidade rápida e a facilidade de inserção de diversas fontes informativas faz da internet um instrumento de grande divulgação.

Exemplificando o que foi citado anteriormente, Moretti et al. (2012) demonstra que os mecanismos de busca simples são apresentados como a fonte mais útil sobre questões de saúde (42% de preferência), seguido por profissionais de saúde (14% de preferência). Esses dados podem ser preocupantes quando se verifica que muitas informações na rede são de má qualidade, equivocadas ou com grande conflito de interesses (MORETTI et al., 2012). Já Naftel (2013), em estudo realizado com cuidadores de crianças com doenças neurológicas, mostra que apenas 21,7% dos participantes sempre confia nas informações pesquisadas online, e a maioria dos pais (89,8%) prefeririam visitar sites recomendados pelo neurocirurgião.

Silva (2006) mostra que a maioria dos entrevistados utiliza a internet para consultar informações sobre saúde e doenças, informações relacionadas a casos vivenciados por eles ou por familiares e, após alguma consulta médica, para verificar, entender ou complementar as informações oferecidas por seus médicos. Para o autor isso gera uma mudança de atitude e uma postura mais participativa no processo de decisão sobre sua saúde. O acesso livre pela Internet contribui para a democratização e o acesso igualitário à informação científica.

2.2.1 Dispositivos móveis, redes sociais e aplicativos a partir de 2010

Até a inserção da Internet móvel em dispositivos eletrônicos, a interação virtual era limitada. Como cita Pellanda (2005, p.2), essa interação “se resumia a estar na frente de um computador e quando a conexão findava-se, ia-se para fora do ambiente da casa ou escritório para a vida real em festas, cinemas ou escolas”. Atualmente com as mídias digitais móveis as pessoas permanecem conectadas em

um “ambiente de mídias *always on*”, que não apresentam barreiras físicas e desconstróem a fronteira do real e do virtual, permitindo que todos estejam constantemente onipresentes. Esse modo de “*always on*” consolida o desejo do ser humano de estar constantemente conectado aos demais membros de uma comunidade, que agora extrapola o local e passa a ser virtual e mais abrangente. Pellanda (2005) reforça essa ideia dizendo que atualmente não estar conectado pode significar estar excluído, fora do círculo de conversa ou de um estilo de vida e evidencia a curiosidade humana de estar sempre em contato, sempre estar na rede.

As mídias móveis fazem emergir novas formas de acesso e interações. Santaella (2008) conceitua essa mídia como “mídias locativas”, definidas como um conjunto de tecnologias que emite informações digitais a partir de objetos, processados por artefatos em redes *wi-fi*. Esses objetos podem ser *smartphones*, *palm*s e *laptops*. Soma-se a isso o envio de fotos, vídeos, mensagens e obtém-se uma atmosfera das mídias que envolve o mundo. Barros (2012, p.25) as descreve como:

Um conjunto de tecnologias e serviços baseados na localização, isto é, de artefatos móveis que possibilitam processos de emissão e recepção de informações, necessariamente, associados a uma localidade, o que implica em outras relações com o lugar – socioculturais, imaginárias, simbólicas- marcadas pelo fluxo invisível de informações.

Um exemplo desse processamento de informações seriam os vídeos de bolso, que são vídeos curtos, produzidos em tempo real para serem compartilhados na *web*, para gerar reflexões, interações ou troca de informações. Essas mídias locativas, formam zonas de intersecção entre o espaço urbano e o ciberespaço e estão reconfigurando as cidades e a sociedade.

Com essa cultura de acesso ao conteúdo constantemente *online*, surge o fenômeno de convergência das mídias, onde os campos midiáticos em conexão com um público vasto e heterogêneo fazendo da cibercultura uma rede descentralizada, integrada e interconectada. A convergência digital assumiu uma nova perspectiva, popularizando-se, a partir do momento em que os aparelhos telefônicos celulares começaram a ganhar diversas funcionalidades, oferecendo a disponibilidade para trafegar com segurança, eficiência e garantia, com recursos de voz, imagem e vídeo, sobre uma rede sem fio, permitindo que seus usuários usufruam de serviços rápidos e eficientes. Com a diversificação dessas funcionalidades vieram as mensagens instantâneas, as câmaras fotográficas incorporadas ao celular, e com isso o aparelho que antes era utilizado principalmente para ligações incorporou os mais variados

serviços. “Seus usuários podem receber seus e-mails onde estiverem, tirar e enviar fotos, localizar carros e até mesmo pessoas e suas respectivas localizações geográficas” (DANTAS, 2008, p.5).

As redes ou mídias sociais tornam-se totalmente integradas com as mídias locativas, e tiveram sua explosão após o desenvolvimento da *Web 2.0* McLawhorn, divide as mídias sociais em duas grandes categorias, redes sociais *online* de propósito geral (Facebook, Twitter, YouTube, etc) e comunidades de saúde virtuais. As redes sociais de propósito geral são as plataformas mais comumente usadas para informações de saúde e as comunidades de saúde virtuais são plataformas mais colaborativas, geralmente construídas em torno de tópicos específicos de saúde, atraindo usuários com um interesse ou conhecimento específico (MCLAWHORN, 2016). Na área da saúde, também fornecem ferramentas médicas para melhorar a capacidade de oferecer uma atenção centrada no paciente.

O Facebook é a rede social mais significativa e popular atualmente. De acordo com a estatística, mostra que os principais países classificados de acordo com seu número de usuários do Facebook a partir de maio de 2016, são Índia, seguido pelos Estados Unidos e em terceiro lugar o Brasil, que durante o período medido teve 90,11 milhões de usuários brasileiros registrados no site de redes sociais. A Índia ultrapassou os Estados Unidos com mais de 195 milhões de usuários para os Estados Unidos com 191,3 milhões (STATISTA,2017).

O Facebook, fundado em 2004, em maio de 2016 constou com aproximadamente 58% de toda a população adulta dos EUA participando desta rede sendo que 70% de seus usuários acessam o site pelo menos uma vez por dia. Aproximadamente 15% dos médicos utilizam o Facebook para fins profissionais. Em geral, sua utilidade dentro dos cuidados de saúde é reunir comunidades de pacientes com preocupações semelhantes e facilitar a disseminação de informações de médicos para grandes públicos-alvo. Os grupos de Facebook permitem a construção de comunidades *online*, enquanto as páginas são um mecanismo útil para promover compartilhamento de informações (MCLAWHORN, 2016).

Lançado em 2010, o Instagram rapidamente se tornou popular e uma das plataformas de redes sociais mais amplamente utilizadas no mundo. No início de 2015, foi relatado que mais de 200 milhões de usuários em todo o mundo usavam o serviço para compartilhar 70 milhões de fotos por dia. Como um meio visual-

locativo, seus usuários produzem dados enquanto dividem suas rotinas diárias com seus *smartphones* na mão. Como tal, ele se presta como uma fonte de dados sem precedentes para pesquisadores sociais (BOY,2016).

Já o Twitter é um site de microblog usado para transmitir mensagens curtas de 140 caracteres para públicos-alvo. A interface do Twitter incentiva os usuários a seguir pessoas com quem eles podem ou não ter um relacionamento interpessoal e essas relações não são necessariamente recíprocas (BUCKNER, 2016). Através de um processo denominado *Bretweeting*, os usuários podem retransmitir os *tweets* dos outros usuários, espalhando-os rapidamente para públicos mais amplos. Em 2017, a previsão é de que haverá 60,9 milhões de usuários ativos nos EUA, com 36% dos usuários acessando o site pelo menos uma vez por dia. O objetivo do Twitter é principalmente compartilhar informações entre os usuários, e torna-se uma plataforma de comunicação eficiente pois seus *Tweets* são divulgados em tempo real. Na medicina, o Twitter pode ser usado para conscientizar o público de eventos de prática, prêmios e eventos comunitários. Estima-se que 3% dos médicos usam o Twitter para fins profissionais (MCLAWHORN,2016).

A rede social YouTube possui acesso de 167,4 milhões de usuários nos EUA por mês e é o segundo maior local de busca da Internet após o Google. No entanto, apenas 8% dos médicos usam o YouTube para qualquer propósito profissional. Já os blogs são usados para compartilhar informações publicamente, sendo que aproximadamente 8% dos usuários de Internet dos EUA mantém um blog, enquanto 39% acessam informações em um ou mais blogs. Blogs relacionados à saúde são fontes de busca constante para os pacientes, principalmente àqueles com doenças crônicas. No entanto, poucos médicos contribuem ou possuem blogs. A vantagem dos blogs para os profissionais de saúde é que os blogs permitem a publicação mais frequente de novos pensamentos e conselhos podendo ser mais interativos em relação aos sites que tem a tendência de serem mais estáticos (MCLAWHORN, 2016).

Alotaibi (2015) afirma que na área da saúde, as redes sociais podem fornecer uma sociedade on-line onde médicos, hospitais, pesquisadores e pacientes, interajam através dessas plataformas de comunicação. As revistas médicas principais estão usando Facebook e Twitter para disseminar suas publicações e o número de seus usuários está em ascensão constante. O número de seguidores de The Lancet e Journal of the American Medical Association

(JAMA) nas contas do Twitter triplicou entre maio de 2012 e 6 Outubro de 2014: The Lancet, 36.730 para 142.000, JAMA, 18.422 para 95.600 (ALOTAIBI, 2015).

A gratificação advinda das curtidas é somente um entre os inúmeros prazeres que as RS (redes sociais) proporcionam. Existem diversos outros possíveis prazeres que são veiculados através das redes sociais. São eles: o prazer em mostrar que se faz parte de um grupo específico, em compartilhar as atividades sociais que se está participando em tempo real, além do prazer em mostrar os gostos e estilo de vida como confirmação da identidade de uma determinada pessoa. Quando tais prazeres geram uma trama cognitiva na qual se espera de forma muito intensa por recompensas após se ter compartilhado uma foto ou um pensamento

2.2.2 Redes Sociais Móveis, Educação em Saúde e Pediatria

Em muitos aspectos, as mídias sociais podem auxiliar os pacientes e a sociedade doente, pois permite que estes se tornem consumidores mais ativos de informação médica, participando de sua produção, compartilhamento e discussão, em um ambiente online.

McLawn (2016) afirma que para que uma tecnologia da Internet satisfaça e beneficie a e-saúde ela deve ser centrada no paciente, com sua participação ativa e deve poder capacitar os pacientes. As mídias sociais existentes podem alcançar essas características e permitir que pacientes e médicos criem sistemas de cuidados de saúde centrados no paciente *online* e aumentem assim o conhecimento sobre suas doenças e tratamentos para que se tornem mais ativos em relação aos seus próprios cuidados. Além disso, as mídias sociais podem melhorar a comunicação com pacientes e familiares. As plataformas de mídia social permitem aos médicos usarem várias formas de comunicação para educar pacientes, incluindo textos, imagens, vídeos, bem como blogs e sites de redes sociais permitem que indivíduos com condições semelhantes formem comunidades virtuais *online*.

Para médicos a mídia social representa uma fonte de novos pacientes e também uma ferramenta de marketing eficaz e barata, pois 65% dos adultos americanos utilizam mídias sociais, e a usam também para acessar informações sobre saúde. Nesse contexto, 25% dos usuários da Internet acessam vídeos

relacionados a questões médicas ou de saúde e no entanto, apenas 5% estão interagindo com um profissional de saúde on-line (MCLAWHORN, 2016).

Silva (2006) mostra em seu estudo, que a maioria dos entrevistados acessa a Internet para consultar informações sobre saúde e doenças e, após alguma consulta médica, para verificar, entender ou complementar as informações oferecidas por seus médicos. Também utilizam as informações encontradas para conversar com seus médicos em consultas posteriores, tornando-se mais participativos no processo de decisão sobre sua própria saúde.

Serrano (2016) destaca diversos pontos positivos do uso dessas mídias para o profissional de saúde, nesse caso especificamente para o profissional pediatra. Afirma que o pediatra inserido nas redes sociais pode obter melhora da relação médico-paciente, possibilitando um aumento da troca de informações privadas com seus próprios pacientes. Pode também melhorar a relação paciente-paciente, em redes que familiares trocam informações e experiências através de um profissional em comum e pode aumentar a chance do profissional ter seu trabalho conhecido e divulgado. Além disso, por meio das redes sociais, os usuários do serviço de saúde prestados pelo pediatra, podem orientar, criticar ou elogiar publicamente o profissional, o que pode gerar um fluxo de novos pacientes (SERRANO,2016).

Park (2015) examinou como as principais organizações de saúde usam o Twitter para disseminar informações, construir relacionamentos e incentivar ações para melhoria pública. Essas organizações de saúde podem se destacar como fontes confiáveis, fornecendo ao público-alvo informações de saúde atualizadas e precisas através de seus sites de mídia social, além de poder criar diálogo com eles e conectá-los a outros que compartilham interesses semelhantes. Park concluiu que sites de mídias sociais tornaram-se locais populares para procurar e trocar informações de saúde e permitir uma comunicação em tempo real e bidirecional. A comunidade de cuidados de saúde tem reconhecido este potencial para a comunicação interativa e tem aumentado o uso de mídias sociais para esses fins.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e o CDC (Centers for disease control and prevention) mantêm contas no Twitter e as utilizam para emitir tweets sobre potenciais crises de saúde pública. Buckner (2016, p.302) relata que na época de circulação do vírus H7N9, a OMS *twittou* regularmente para “789 mil

seguidores sobre o vírus, enviando mensagens informativas e eficazes sobre o número de casos e mortes. Um estudo realizado relacionado ao vírus H7N9 analisou na rede social Twitter 25.598 *tweets* em abril de 2013”.

Este estudo descobriu que uma grande proporção de mensagens continha informações válidas e reais. Buckner (2016) afirma que o uso de mídias sociais aumenta durante eventos de crise, com usuários buscando informações sobre o conteúdo e verificando seus familiares e amigos. Ao se comunicar via Twitter, as organizações de saúde podem rapidamente espalhar informações para um grande número de seguidores e se as pessoas reconhecem uma crise emergente e respondem adequadamente, a crise pode ser contida ou, pelo menos, reduzida.

Naftel (2013, p.26) no *Jornal de Neurocirurgia Pediátrica* afirma que "a Internet está dividindo os profissionais médicos, criando dois tipos de pessoas: aqueles que aproveitam os benefícios que a era da informação oferece e aqueles que vivem na ignorância desses benefícios". Em sua pesquisa com familiares de crianças com hidrocefalia, procurou avaliar as preferências dos cuidadores/pais dos pacientes ao utilizar as mídias sociais e os recursos da *web 2.0* e afirma que a Internet é um poderoso recurso disseminador de informações médicas, reconhecido pelos neurocirurgiões como um importante complemento à sua prática. Apresentou como resultado que os cuidadores recorrem à Internet para obter as primeiras respostas, especialmente para doenças raras e crônicas e observou que:

86.7% dos cuidadores possuía computadores e smartphones. A maioria dos e-cuidadores (62,8%) usava a Internet 7 dias por semana e 83,0% usava a Internet na maioria dos dias (4 ou mais). Esses pais (e-cuidadores) indicaram que acessam a Internet com mais frequência no computador de casa, seguido por seu smartphone. O Facebook (76,5%) e o YouTube (75,2%) foram as plataformas preferidas de mídia social para uso pessoal e para pesquisa sobre hidrocefalia. Dos cuidadores que utilizam a Internet, 28,6% usam a Internet ou as mídias sociais para buscar grupos de apoio à hidrocefalia e 34,8% usam a Internet para se comunicar com outros cuidadores. (NAFTEL,2013,p.29).

Naftel (2013, p.30) correlaciona também níveis mais elevados de desempenho educacional com níveis mais elevados de computadores, smartphones e utilização da Internet. Por exemplo, “79,2% dos cuidadores que concluíram um bacharelado possuíam um smartphone, em comparação com apenas 30,0% dos que não tinham completado o ensino médio”, e todos os cuidadores que concluíram um bacharelado usaram a Internet em comparação com apenas 73,3% que não tinham completado o ensino médio ou um programa de equivalência. Naftel (2013) conclui o estudo afirmando que médicos e sistemas

hospitalares devem ajudar o paciente a buscar fontes confiáveis na Internet, discutindo as informações trazidas pelos cuidadores e até mesmo considerar a colaboração para produzir conteúdo de alta qualidade na rede social para a educação dos pacientes e apoio aos cuidadores. O resultado disso seria uma poderosa inteligência coletiva, com potencial para melhorar os resultados em crianças com doença neurocirúrgica.

Como benefícios para os pacientes que buscam informações nas redes sociais sobre saúde, Soares (2004) destaca que as comunidades virtuais podem oferecer um tipo de comunicação íntima e apoiadora que os provedores de serviços de saúde podem às vezes não conseguir oferecer e ao mesmo tempo, a internet pode oferecer anonimato ao paciente. Outras vantagens da rede mencionadas por usuários foram: “não precisar incomodar seu médico, desejo de uma resposta rápida e o fato de as pessoas não compreenderem as respostas dos médicos ou ficarem muito constrangidas de perguntar pessoalmente a um médico” (SOARES,2004, p.13).

Ao longo dos anos as mídias sociais têm aumentado sua audiência (Snapchat, Instagram) e outros diminuíram (Orkut foi instinto em 2015, MySpace cada vez mais com contas inativas ou desatualizadas). Algumas características regionais influenciam o uso, como por exemplo: o Facebook ou YouTube na Espanha têm uma alta taxa de prevalência, enquanto que na Rússia não. O que não muda é o desejo de comunicação dos seres humanos e o uso das mídias sociais para esse fim é um caminho sem volta.

Com as mídias sociais surge um novo papel para o profissional de saúde: o de médico *online*. Algumas limitações e barreiras especiais das redes sociais para os pediatras, como Cobos (2016) relata em seu estudo, seriam a falta da privacidade das mensagens médico- paciente em redes públicas, a falta da percepção de que a Internet não pode deixar o médico auscultar, tocar seu paciente, e o fato de que não é fácil substituir um estetoscópio através de uma aplicação via web. Portanto, o uso de mensagens eletrônicas ou chat seriam úteis para uma emergência, dúvida ou conversas regulares quando há necessidade de seguimento de um tratamento que não requer ausculta ou presença física e também responder a perguntas (possivelmente urgente) dos pais através de ferramentas *online* como o Facebook, Messenger ou WhatsApp.

Cobos (2016) afirma ainda que as redes sociais podem ajudar o pediatra a

umentar o relacionamento com seus pacientes atuais e potencializar seu marketing para novos pacientes. Por exemplo, ao usar sua página no Facebook para dar boas vindas aos pais que curtem sua página ou tornam-se seus amigos no perfil, dar parabéns aos filhos dos usuários em seus aniversários. Por sua vez, os pais podem se tornar produtores de conteúdo para os pediatras que estão no Facebook (conteúdo gerado pelo usuário) ao fazer comentários, recomendações, ou compartilhar fotografias e casos com sintomas que mostrem seus filhos. Cobos (2016, p. 233) conclui que as mídias sociais possuem:

“um grande potencial de compartilhamento de idéias, informações, críticas construtivas ou destrutivas, referências, indicações e que uma indicação positiva ou elogio do paciente online fazem com diversos usuários possam descobrir o serviço do profissional e o procurarem”.

Se o pediatra não está envolvido nesse meio perde uma oportunidade e fica defasado ao que está acontecendo na sociedade ao redor.

2.3 REDES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS EM SAÚDE E NUTRIÇÃO INFANTIL

As tecnologias de informação e comunicação introduziram novas possibilidades de interações humanas e estão gerando mudanças na vida profissional, social e educacional das pessoas. Na saúde, segundo Albuquerque (2013), as TICs podem promover redes cooperativas à distância, auxiliar nas pesquisas, aperfeiçoar treinamentos, proporcionar bibliotecas virtuais e revistas eletrônicas, incluir vídeos e fazer conferências, entre outros. Podem também, trazer contribuições à implementação de novos modelos pedagógicos, a partir do acesso facilitado a conteúdos de ensino em formatos variados. Esse novo aspecto de aprendizagem pode potencializar o desenvolvimento do pensamento cognitivo e criativo do participante.

Barcelos (2010) define as redes sociais como conjunto de elementos como pessoas, grupos e suas conexões e que apresentam estruturas dinâmicas complexas e que geram um conteúdo imaterial e até mesmo material. Grupos sociais com características em comum vêm surgindo por meio da Internet e interagindo cada vez mais de forma ativa e criando elos comunitários e nesse contexto aumenta-se cada vez mais as comunidades virtuais.

Em relação às comunidades de aprendizagem inseridas nas redes sociais, Alvarce e Pierin (2011) as definem como um ambiente tecnológico no espaço

virtual que permite a troca de informações e auxilia no processo de ensino-aprendizagem. Estas informações podem ser apresentadas de várias formas, como: portais, banco de dados, bibliotecas virtuais, cursos a distância ou outros.

Comunidades de aprendizagem podem ser definidas como espaços onde pessoas com interesses em comum relacionados a aprendizagem trocam conhecimentos, experiências num processo funcional e colaborativo. Comunidades virtuais de aprendizagem (CV) tem os mesmos objetivos, porém ocorrem via recursos da Internet. Barcelos (2010) define que CV são agregações virtuais que emergem na rede quando indivíduos se engajam em discussões públicas por certo período de tempo e com emoções para formar teias de relações pessoais na Internet, com ênfase na participação dos membros.

Comunidades virtuais de interesse (CVI) surgem com o objetivo em um específico interesse por um tema, acontecimento ou fenômeno. Nesta, permite que se obtenha informação atualizada sobre o objeto de interesse a qualquer hora e em qualquer lugar. Seus membros filiam-se voluntariamente e podem ou não compartilhar seus pontos de vistas ou experiências, sendo um participante ativo ou apenas observador. As CVI têm o objetivo de participar, envolver-se, com sentimento de responsabilidade coletiva na busca de melhorias práticas, solução de problemas ou análise de situações.

O ambiente virtual permite e explora a interação e troca entre os participantes e quando mediado com estratégias didáticas pode ser um facilitador para a aprendizagem. A integração de diversas mídias, linguagens e recursos abre perspectivas para o desenvolvimento de um processo educacional motivador e interativo.

2.4 REDES SOCIAIS E NUTRIÇÃO INFANTIL

Logo após a descoberta da gestação ou até mesmo durante seu planejamento, os familiares já possuem o hábito de participar de grupos virtuais em busca de orientação, apoio e disponibilidade de troca de conteúdos nas redes sociais (CARVALHO, 2016). Nesses grupos, as mães compartilham trocas de informações sobre o que foram orientadas por seus pediatras, tiram dúvidas e acrescentam conhecimentos adquiridos nas mais diversas fontes de informações. O surgimento das redes sociais possibilitou às mães avaliarem as informações

adquiridas no consultório médico ou com seus familiares, aprenderem a buscar em sites confiáveis e avaliarem se a informação adquirida é segura e se tornarem cada vez mais críticas quanto a isso. Segundo Bartlett (2011), o empoderamento materno em rede é um instrumento facilitador da promoção da saúde materno-infantil.

A Internet, por meio de seu intenso potencial de diálogo se torna o veículo mais utilizado pelas pessoas a fim de expressarem suas percepções e experiências, inclusive as relacionadas a marca de alimentos, produtos e introdução alimentar (SCROFERNEKER, 2005). Com o objetivo de incentivar o consumo e estreitar relações com os clientes, as empresas do ramo alimentício têm aproveitado o ambiente virtual para dialogar e responder a críticas dos consumidores.

2.4.1 Aleitamento

A amamentação é uma condição biologicamente determinada. Um processo natural, carregado de emoção e afeto. Na perspectiva do Ministério da Saúde e do Manual de orientação departamento de nutrologia, as crianças são um grupo de grande vulnerabilidade devido à sua imaturidade fisiológica e imunológica. O leite humano atende todas as necessidades do lactente e contém substâncias protetoras e imunomoduladoras, proporcionando proteção contra infecções e alergias e também estimulando o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema gastrintestinal e neurológico (WEFFORT, 2012).

Os efeitos protetores do aleitamento materno são notáveis e mais imediatos nos primeiros seis meses de vida, e secundariamente nos primeiros dois anos de vida, quando representa um diferencial em relação à ocorrência de doenças, duração e gravidade de sua evolução e complicações, inclusive diminuindo os internamentos hospitalares por pneumonias (BOCCOLINI et al., 2011).

A sociedade atual freqüentemente não estimula a amamentação e até mesmo cria elementos desfavoráveis à sua prática, repleta de mitos e crendices. Observa-se profissionais de saúde inaptos e sem conhecimento para apoiar a mãe que amamenta. Almeida (2004) aponta como um fator para declínio do aleitamento está nas mudanças da estrutura familiar na sociedade moderna urbana, mostrando que a jovem mãe não tem mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos, elementos

facilitadores do aleitamento materno, além do alto interesse mercadológico das fórmulas artificiais no desmame precoce.

Araujo et al. (2008) também mostram que alguns fatores podem influenciar negativamente o sucesso da amamentação exclusiva, favorecendo o desmame precoce. Entre eles destacam-se: uso de chupeta pelos lactentes, presença de fissura mamilar nas lactantes, práticas hospitalares inadequadas, mudança da estrutura social acarretando o trabalho materno fora do lar, ausência da mulher ao pré-natal, depressão pós-parto, além do nível de escolaridade da mãe, o qual influi na obtenção de esclarecimentos sobre a amamentação. Já o apoio do profissional de saúde, com manejo adequado e boa comunicação aumenta o tempo de aleitamento materno exclusivo.

No Brasil, observa-se uma tendência de melhoria nas práticas de estimulação do aleitamento materno, porém os índices de aleitamento materno exclusivo no país ainda se encontram abaixo dos considerados ideais pela Organização Mundial da Saúde, em torno de 41% como demonstrado em estudo publicado no *Jornal de Pediatria Brasileiro* (VENANCIO et al., 2016). Destacam-se ações positivas no país que vem aumentando os seus índices como a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, composta em 2010 por 270 unidades, a qual registrou aumento de 56% na coleta de leite entre 2003 e 2008; a expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, entre 1999 e 2008, com o credenciamento de 52 hospitais em 2002 e 43 em 2003; os avanços relacionados à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), decorrentes das mudanças nessa legislação que ocorreram em 2002 e da criação da Lei 11.625, publicada em 2006, visando à regulamentação da promoção comercial e das orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até 3 anos (VENANCIO et al., 2016).

Conforme demonstra Escobar (2002) 75,9% das mães, mesmo em acompanhamento regular pela unidade de saúde e participando de campanhas sociais sobre aleitamento, suspenderam o aleitamento materno sem orientações médicas e quando questionadas sobre aspectos do aleitamento, demonstraram pouco conhecimento sobre o assunto, ainda que afirmem que foram previamente informadas sobre o tema por profissionais de saúde ou em grupos de gestantes. As ações educativas devem preconizar a importância do aleitamento materno em

todos os níveis de atendimento, aumentando os conhecimentos das mães e familiares sobre esse ato, aumentando mais a prevalência do aleitamento materno no Brasil.

Oferecer outros leites para crianças desnecessariamente deve ser inibido. O leite de vaca apresenta elevada quantidade de proteínas de difícil digestão para o lactente menor de um ano de idade, inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, alto teor de sódio, cloreto, potássio e fósforo e falta de vitaminas e minerais necessários para a faixa etária. Além disso, aumenta a incidência de anemias ferroprivas e chance de problemas intestinais (BORTOLINI et al., 2013).

2.4.2 Contexto da Alimentação Complementar

A Sociedade Brasileira de Pediatria adota a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) para que se mantenha o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. A partir desse período indica-se a introdução de alimentação complementar, com a manutenção do leite materno até os dois anos de idade ou mais (WEFFORT, 2012).

O primeiro ano de vida é um período crucial para garantir a nutrição e o desenvolvimento saudáveis, os cuidados fundamentais nessa fase trarão efeitos positivos por toda a vida da criança. A criança com seis meses de idade, em sua grande maioria, atinge estágio de desenvolvimento com maturidade fisiológica e neurológica, facilitando a ingestão de alimentos (WEFFORT, 2012)

A composição da dieta deve ser equilibrada e variada, fornecendo todos os tipos de nutrientes, desde a primeira etapa. A preocupação não deve ser com a quantidade ofertada e sim com a qualidade dos alimentos. As frutas *in natura* devem ser oferecidas nesta idade. O tipo de fruta ofertada deve respeitar as características sazonais e a presença de fibras. Sucos naturais devem ser evitados, sendo importante oferecer água potável (WEFFORT, 2012). Conforme Corrêa et al (2009), a quantidade oferecida deverá ser conforme a aceitação da criança, pois esta apresenta a capacidade de auto-regular sua ingestão alimentar.

A alimentação complementar deve compreender uma composição equilibrada de alimentos com quantidade adequada de macro e micronutrientes (ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico), livres de contaminação (biológica, química ou física). A introdução precoce de alimentos inadequados como,

por exemplo, leite de vaca integral; consistência inapropriada e baixa densidade de micronutrientes (sopas diluídas); oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes; contaminação no preparo e armazenamento; acréscimo de carboidratos simples às mamadeiras; oferta de alimentos industrializados ricos em carboidratos simples, lipídeos e sal aumentam o risco de patologias (CAETANO et al., 2012).

As práticas alimentares na infância devem ser capazes de fornecer quantidade de alimentos suficiente e com qualidade nutricional, para atender às necessidades nutricionais das crianças e garantir o desenvolvimento do seu máximo potencial. A alimentação adequada na infância contribui para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, que se refletirão na vida adulta. A introdução precoce de alimentos inadequados como: leite de vaca; consistência inapropriada e baixa densidade; contaminação no preparo e armazenamento; oferta de alimentos industrializados; são práticas que aumentam muito o risco de futuras patologias (CAETANO et al., 2012; CARVALHO et al., 2015).

A sociedade tem se preocupado com um consumo cada vez mais saudável e sustentável, incluindo a rede industrial alimentícia, que vem valorizando o alimento natural, nutritivo, associando e estimulando práticas ambientais adequadas e qualidade de vida (PEREIRA, 2014).

2.4.3 BLW

Baby-led-weaning (BLW) é uma forma de introduzir alimentos complementares, na qual os bebês servem-se com as próprias mãos em vez de serem alimentados através de talheres por seus pais (CAMERON, HEATH, TAYLOR, 2012). A sigla BLW significa desmame guiado pelo bebê. Neste contexto, o "desmame" é utilizado para descrever a adição de alimentos sólidos enquanto a criança continua a mamar leite materno ou a fórmula. O termo BLW foi introduzido por Gill Rapley, autora de *Baby-Led Weaning: O guia essencial para introdução de alimentos sólidos*, originalmente publicado no Reino Unido em 2008 e na América do Norte em 2010 (ANDREA, 2016). Sua incidência vem aumentando em comparação à forma convencional, onde são oferecidos alimentos na consistência de purês e papas. O BLW é muito popular no Reino Unido e Nova Zelândia, onde o número crescente de sites, blogs e fóruns de entrevistas sobre o assunto comprovam isso. (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012)

Geralmente, são oferecidos pedaços de comida do tamanho e da forma que os bebês consigam pegar e se auto-alimentar. Os pais decidem o que irão oferecer e o lactente decide o que vai preferir e ingerir da dieta ofertada, e qual a quantidade e velocidade dessa refeição. Sugere-se ofertar primeiramente comidas tais como: frutas, vegetais, carnes, ovos bem cozidos, macarrão e peixes (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

Estudos afirmam que o bebê que está em aleitamento materno tem melhor capacidade de auto-regular sua ingestão em relação ao bebê que usa mamadeira. Como o leite materno apresenta diferentes constituições variando conforme a dieta materna, o bebê em aleitamento materno é mais acostumado e mais exposto a diferentes sabores e conseqüentemente uma melhor aceitação da dieta sólida (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012a).

Conforme pesquisas no Reino Unido, observa-se que os pais que seguem o método BLW tem um perfil diferente dos que utilizam o método clássico. Essas mães têm maior tendência ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, tem mais anos de estudos, seguem recomendação da OMS em iniciar a introdução alimentar quando o bebê completa seis meses e tem licença-maternidade até os doze meses após parto em média (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

Um levantamento realizado em 2010 na Nova Zelândia, indica que são diversos os benefícios do BLW. Estes comprovam que o método diminui o nível de ansiedade da mãe, aumenta a frequência das refeições realizadas junto com a família, aumenta a ingestão de comidas mais saudáveis, como vegetais e comidas não industrializadas, além do seu provável efeito protetor contra a obesidade na vida após a fase escolar (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013).

Alguns profissionais de saúde apresentam algumas questões que ainda não foram totalmente elucidadas sobre o método. As preocupações sobre o BLW seria o risco aumentado de ingerir quantidade de ferro e calorias inadequados, e o risco de sufocamentos por engasgos. O que tem se observado é uma dificuldade de precisão de dados sobre os sufocamentos, pois os pais não diferem sufocamento e *gagging*. *Gagging* é reflexo protetor de vias aéreas, que devolve um alimento mal deglutido para a frente da boca, esse alimento é devolvido, por meio

de uma náusea, vai ser cuspidado ou novamente mastigado e deglutido. Já o sufocamento é muito mais raro e mais grave de acontecer (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2015).

Em um estudo realizado através de coleta online com 65 mães praticantes de BLW e 33 profissionais de saúde no Canadá, demonstrou-se que as mães preferiam buscar informações e apoio sobre introdução alimentar em páginas do Facebook do que com profissionais de saúde. Notou-se que somente 10% das mães buscavam informações nos profissionais de saúde, sendo que 50% delas buscavam nas páginas do Facebook. Este estudo demonstrou também que os profissionais de saúde apresentam muito receio em relação aos possíveis riscos de engasgos e afogamentos no método BLW, mesmo com a baixa porcentagem de engasgos ocorrerem no método se ofertados os alimentos da forma correta (ANDREA, 2016). Com o aumento significativo de familiares utilizando este método alternativo de introdução alimentar fica evidente e cada vez mais urgente a necessidade de pesquisas com estudos randomizados e mais aprofundadas sobre o BLW.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi explicativa, com abordagem mista. Os objetivos foram classificados como pesquisa exploratória e o tipo de observação foi participante. Minayo (2007) descreve a abordagem como àquela que trabalha com o universo de crenças, atitudes e valores para descrever, compreender ou explicar certos fenômenos. O tipo de observação escolhida foi a participante, onde o investigador participa como membro da comunidade ou da população pesquisada (GIL, 2007). Para o tratamento das informações dos dados coletados baseou-se em Minayo. Para mapear as comunidades de aprendizagem e perfis mais relevantes optou-se por escolher os que continham um maior número de participantes e comunidades que a pesquisadora já participava antes da pesquisa por serem relevantes na temática da pediatria, da nutrição infantil e do BLW. Já para selecionar as postagens mais significativas considerou-se as que obtinham um maior número de curtidas no período pré-estabelecido. Foram definidos como critérios de inclusão para o questionário: aceitar participar da pesquisa mediante a leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de exclusão todos os casos que não aceitaram o mesmo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP com número do parecer: 1.732.631 em setembro de 2016.

A coleta de dados da pesquisa de campo foi realizada *online*, considerando perfis e comunidades em redes sociais. Por serem mais interativas e com maior número de participantes, foram escolhidas 6 comunidades do grupo Facebook que a pesquisadora já participava e que familiares relatavam que eram os locais onde mais buscavam informações. No Instagram, que é mais baseado em imagens e vídeos com descrições, foram selecionados 4 perfis com contingente considerável de seguidores. Com base nessas comunidades e perfil a pesquisa contemplou três fases:

- 1- Mapeamento de Redes sociais Facebook e Instagram por meio da análise de 10 perfis com grande representatividade para famílias e profissionais de saúde na temática de nutrição infantil e BLW com base do roteiro de análise de observação (APÊNDICE B). O mapeamento das redes sociais foi realizado nos meses de novembro e dezembro considerando o período de 6 meses de postagens (junho a novembro de 2016), sendo nove comunidades virtuais nacionais e uma internacional.

2- Aplicação de questionário sobre nutrição infantil e BLW com familiares e profissionais da saúde, disparado via redes sociais Facebook, em páginas e perfis que abordam nutrição infantil (APÊNDICE A). A aplicação dos questionários utilizou a plataforma Google Forms para registro das respostas, garantindo o anonimato. Nessa fase, obteve-se 404 respostas, 403 aceitaram responder o questionário e 1 não aceitou, sendo 363 (90%) familiares ou responsáveis de crianças e 40 (9,9%) profissionais de saúde/outros que abordam a nutrição infantil em suas práticas profissionais. A coleta das respostas ocorreu entre novembro/2016 e fevereiro/2017.

3- De maneira complementar e concomitante ao mapeamento de postagens, foram realizadas postagens nessas páginas e perfis com questões sobre a temática, fomentando o debate, a fim de analisar as percepções e opiniões dentro da temática e objetivos da dissertação. Nessa fase foram realizadas 05 postagens sobre BLW.

3.2 MAPEAMENTO DAS REDES SOCIAIS EM COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL E BLW

O mapeamento realizado para as 10 comunidades, conforme referido no item anterior, realizou um levantamento quantitativo das postagens ao longo de um semestre e a análise de três postagens por comunidade (totalizando 30 para as 10 comunidades), consideradas relevantes para o objeto em estudo na dissertação. Foram levantados os seguintes dados para cada uma das comunidades:

- **Rede sociais em que se insere**
- **Nome da Comunidade**
- **Tipo (se é perfil de usuário e um grupo)**
- **URL de acesso**
- **Quantitativo de postagens nas categorias mídia (texto, imagem, vídeo) e autoria (própria, membro ou compartilhamento).**
- **Análise de 3 postagens para cada Comunidade contemplando: título, data, hora, conteúdo, número de curtidas, comentários e compartilhamento.**

As redes sociais escolhidas foram Facebook (FB) e Instagram por serem mais utilizadas no Brasil, tendo grande influência como formadoras de opinião em grupos e perfis que funcionam como comunidades de aprendizagem. O quadro a seguir apresenta os dados básicos das 10 Comunidades participantes da pesquisa:

Quadro 1– Comunidade de Aprendizagem analisadas na pesquisa

Nome	Rede Social*	Tipo	Nº partic.	URL	Texto	Imagem	Vídeo	Total
BLW Brasil-Baby ledweaning	F	Grupo	9075	https://www.facebook.com/groups/IABlw	670	251	77	998
Baby led weaning Brasil	F	Grupo	807	https://www.facebook.com/groups/998385166885570/	12	9	4	25
Baby led weaning	F	Grupo	51582	https://www.facebook.com/groups/2855840155	5016	2297	385	7698
Falando de introdução alimentar	F	Grupo	7607	https://www.facebook.com/groups/falandodeintroducaoalimentar/	205	41	7	253
Tá na hora do papá	F	Página	69.707	https://www.facebook.com/tanahoradopapa/?fref=ts	94	251	72	417
Alimentação consciente	F	Grupo	39071	https://www.facebook.com/groups/alimentacaoconsciente/	423	265	20	708
Mundo BLW	I	Perfil	31.500	https://www.instagram.com/mundoblw/	0	11	18	29
Nutri_infantil	I	Perfil	115.000	https://www.instagram.com/nutri_infantil/	66	72	5	143
Maternutri	I	Perfil	46.100	https://www.instagram.com/maternutri/	48	84	17	149
Tá na hora do papá	I	Perfil	46.000	https://www.instagram.com/tanahoradopapa	9	239	42	290

Fonte: elaboração própria, 2017. Nota: * F = Facebook; I =Instagram

As comunidades sintetizadas no quadro 1 foram selecionadas por serem relevantes no cenário por apresentarem número expressivo de participantes e por serem produtoras de conteúdo de qualidade. A pesquisadora já participava de algumas dessas redes, e observou que as postagens eram realizadas com frequência e exerciam influência na formação de opinião dos familiares sobre a nutrição infantil. Importante ressaltar que apesar do perfil Tá na hora do papá apresentar tanto um perfil do Instagram como uma página do Facebook e ser a mesma autora, as postagens não são necessariamente iguais e os conteúdos não são repetidos.

Para a análise das postagens é preciso esclarecer o que foi considerado postagem do tipo texto, imagem ou vídeo. Postagens do tipo texto foram consideradas publicações que continham narrativas, textos descritivos, argumentativos ou expositivos com finalidade de troca de informações, independente da linguagem utilizada, sendo ela coloquial ou formal. Postagens que continham imagens em que o conteúdo principal era o texto, sendo a imagem ilustrativa foram consideradas textos. Essa compreensão é importante especialmente para a rede social Instagram. Por ser uma rede social de compartilhamento de fotos para os usuários, todos os compartilhamentos precisam

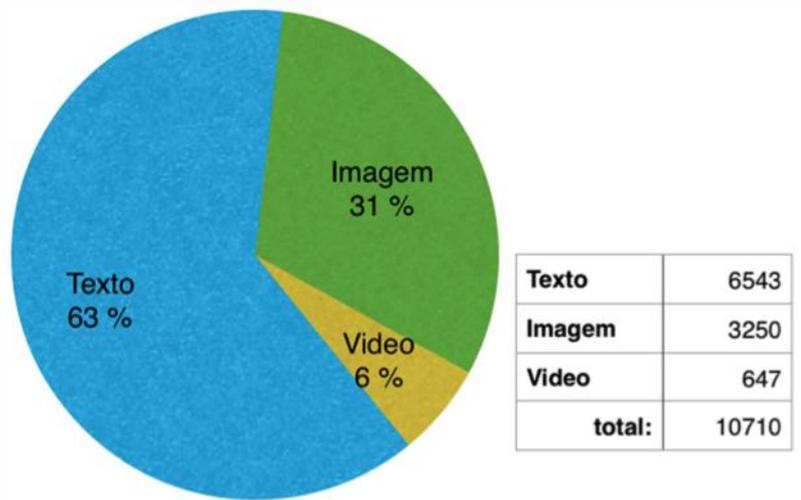
conter imagens, assim para mapeamento dessa rede todas as fotos seguidas de um texto significativo que tinha mais relevância que a imagem foram consideradas publicações do tipo texto.

Publicações do tipo imagem foram classificadas como aquelas que não continham textos significativos atrelados à postagem, contendo no máximo legendas. Já postagens do tipo vídeo foram caracterizadas por vídeos acompanhados ou não de textos de chamada em que o vídeo era mais relevante que o texto.

Analisando as comunidades selecionadas nota-se que os perfis do Instagram possuem número maior de seguidores em relação aos grupos do Facebook, porém a quantidade de postagens, é bem menor, o que condiz com o estilo de utilização dessas redes sociais. O Facebook por formar grupos apresenta maior interatividade com os usuários, ao contrário do Instagram que apresenta uma rede social mais passiva baseada em perfis e seguidores e com a maior parte dos usuários observando e curtindo postagens.

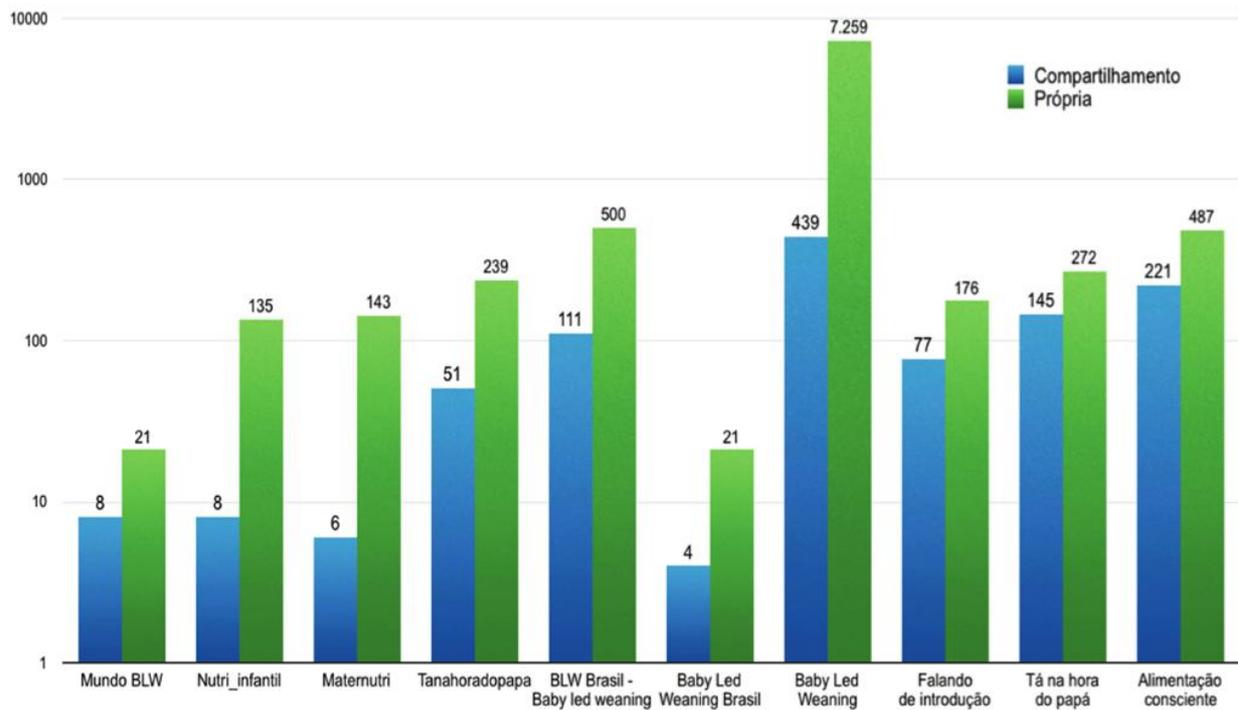
O Instagram destina-se a mídias do tipo fotos e vídeos, sendo que os vídeos têm até um minuto (mudança em 2017, já que era de no máximo 15 segundos). Disponibiliza opções de conversas diretas, o que ajuda a construir uma base de comunicação direta com o perfil em um usuário segue. Por outro lado, o FB acaba sendo uma rede de múltiplas opções, pode-se escolher e usar grupos, eventos, páginas em assuntos específicos, fotos, vídeos, textos etc., conforme a necessidade do conteúdo de cada post em si. Por outro lado, o Insta é mais limpo já que o usuário pode receber todo o conteúdo daqueles a quem segue a todo momento, estabelecendo uma audiência menor porém com mais visibilidade.

O gráfico¹ apresenta o quantitativo de postagens por mídia nas 10 comunidades e por autoria.

Gráfico 1–Quantitativo de postagens por mídia

Fonte: Elaboração própria, 2017.

O Instagram apresentou mais postagens de imagens do que textos ao contrário das comunidades de aprendizagem do Facebook, que produzem maior quantidade de conhecimento por meio de textos narrativos, o que reafirma as características de cada rede. Em uma visão generalizada das duas redes sociais avaliadas, foram 10.710 postagens neste período, sendo que os textos representaram 63% do total. Comparando o uso realizado nessas comunidades com o uso em perfis pessoais de estudantes de medicina (POSSOLLI; NASCIMENTO, 2016) percebe-se que a hierarquia do uso das mídias apresenta uma relação semelhante, o que se atribui as características de usabilidade das ferramentas dessas redes sociais. Na referida pesquisa, realizada em 2016 com 195 estudantes de medicina a postagem de textos obteve prevalência de 53%, imagens 26% e vídeo 21%. Nessa pesquisa foram incluídas outras redes sociais como WhatsApp, Snapchat e LinkedIn, o que reduziu o número de postagem de imagem. Na presente pesquisa, que focou Facebook e Instagram, o número de imagens foi mais representativo uma vez que o Instagram é uma rede social pensada para o compartilhamento de fotos de seus usuários. O gráfico 2 refere-se ao quantitativo de postagens por autoria:

Gráfico 2– Quantitativo de postagens por autoria

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Observa-se um predomínio de postagens de autoria própria. Isso demonstra que nestas comunidades de aprendizagem o conhecimento é produzido normalmente pelos usuários e moderadores dos grupos, que geram conteúdo online ou selecionam artigos e materiais atuando de uma forma mais ativa. Muitos desses conteúdos são vídeos explicativos ou fotos demonstrativas relacionadas ao BLW.

Ainda com referência a pesquisa de Possolli e Nascimento (2016), os dados obtidos são divergentes com aqueles coletados onde tem-se que 86% dos usuários se dizem passivos frente à rede social, isto é, compartilham e curtem conteúdo muito mais do que realizam postagens de autoria própria (14%). O que corrobora com a ideia de que esses usuários, enquanto interessados e estudantes da área de saúde, publicam, por meio de compartilhamentos, os conteúdos que comunidades de aprendizagem produzem. Já nessa pesquisa, como o foco não foi nos usuários e sim nas comunidades, nota-se assim que essas produzem o conteúdo para que este possa ser compartilhado pelos seus usuários.

3.3ANÁLISE DAS POSTAGENS EM COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM

3.3.1 BLWBrasil

A comunidade de aprendizagem BLW Brasil é um grupo fechado do Facebook, que possui (no momento da coleta da pesquisa) 9075 participantes e 4 administradores, sendo uma delas nutricionista. Como objetivos deste grupo de aprendizagem destacam-se o apoio ao aleitamento materno exclusivo em livre demanda até os 6 meses, o aleitamento prolongado até 2 anos ou mais, estímulo de uma introdução alimentar saudável e participativa. Seguem protocolos da Organização Mundial de Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde. O grupo proíbe propagandas de produtos, fórmulas lácteas ou remédios, assim como desestimulam o uso de bicos artificiais em amadeiras.

As postagens são todas moderadas pelos administradores que filtram o conteúdo seguindo os protocolos acima citados, e estas postagens são em sua grande maioria realizada pelos próprios usuários. No período analisado de junho a novembro apresentaram um número de 998 postagens, sendo em sua maioria sob a forma de textos. Observou-se que as postagens geram grandes debates com muitos comentários e trocas de informações e relatos. Observa-se também que as administradoras normalmente respondem as dúvidas geradas através dos comentários onde se embasam em artigos e protocolos científicos.

Quadro 2– Postagens selecionadas no grupo BLW Brasil

Data	Assunto	Conteúdo
26/07/2016	Regras do Grupo	S.B (Moderadora do grupo) Como eu sempre repito. Nenhum método de introdução é errado. Mas vamos falar de blw? Confiança Gente! Principalmente se você quer, leia, procure um profissional atualizado para te dar suporte e orientação! É importante confiar no bebê e em si mesmo! Anexo: texto explicativo do blog “Tá Na hora do Papá” relacionado a abordagem alimentar
09/06/2016	Engasgo	Postagem inicial de D.V.M: Mamães, esse mês começo a introdução alimentar do meu bebê, e desejo BLW... Porém essa semana surgiu uma insegurança, pois uma mamãe praticante da IA BLW me disse da importância de saber realizar a MANOBRA DE HEIMLICH em caso de engasgo. Qual a opinião das que realizam BLW?? Respostas: S.B: Eu acredito que todos os cuidadores devem saber, independente da forma da IA, a criança pode engasgar com qualquer coisa, e temos que estar preparados. S.B: Bom dia!!! Saber a Manobra de Heimlich é muito importante, não só no caso de engasgo com alimentos, os engasgos podem acontecer com líquidos, ou objetos. http://womanslounge.com.br/como-desengasgar-o-bebe

28/09/2016	Criança sem apetite	<p>Postagem inicial de A.M.: Olá</p> <p>Minha filha está com 9 meses e 12 dias. LM em LD. Nasceu prematura, tomou fórmula, usou chupeta, mamadeira, mas fui tirando tudo, convicta que a amamentação era o melhor para ela. Muito Tetê. Chegamos aos 6 meses e comecei a IA. Não fluiu... Esperei mais um pouco para a idade corrigida chegar. Nada! São praticamente 3 meses tentando. Ela simplesmente não come. Às vezes demonstra interesse em pegar, amassar, espremer, mas comer não. Poucas vezes, pouquíssimas mesmo ela levou a boca. Já sai do BLW, ofereci a IA "tradicional" e nada. Pelo contrário, ela nem colher aceita, nenhum tipo de suco, chá, nada! Tomar um remédio é um parto de quadrigêmeos. Alguém com história parecida? Alguma luz?</p> <p>Acham que devo procurar algum especialista? Pode ser algo fisiológico?</p> <p>Tenho uma filha de 10 anos e não passei por isso com ela. Comia de tudo, de qualquer forma que fosse. Rs. Me deem uma luz!</p> <p>Respostas: S.L: Olá Ana 😊 então vamos lá... Primeiro sei do desespero mas agora não é o momento de dar sucos.... Não adianta seu bebê só vai comer quando e o quanto quiser o dia que quiser... Passei um tempo me sentindo frustrada buscando explicação E não, não existe Tem dias que como ontem passou o dia com uma rodela de banana,... Quando vou na pediatra ela diz: olha sua bebê ela está saudável! Não tem anemia, tudo ok relaxa.... Bia é gordinha de Tetê LM. Nas minhas buscas li algo super bacana que dizia que eles possuem reservas e que essa falta de interesse pode ir até os 24 meses e o pouco que comer seja um grão de arroz é o que estava precisando no momento.... Esses dias li outro texto ótimo... Vou colocar o link aqui!!!</p> <p>Sabe eu faço o meu papel todos os dias... Faço todas as refeições pratos coloridos, variados e coloco à disposição dela e ela decide!!! Nunca cedi a (não está comendo oferecer algum substituto não saudável) Aprendi que sim ela não é um padrão ela é única e deixo rolar no tempo dela sem crise, sem drama, e ficou tudo tão mais leve para nós duas... Gosto de cozinhar para ela e sim ficaria muito feliz se ela devorasse, mas ela é a autora dessa história toda... Confie de tempo... Não desista, mesmo que o bebê não toque em nada Se ele está bem, saudável se desenvolvendo, tranquiliza seu coração de mãe.</p> <p>K.C: Um texto que me ajudou muito. http://grupovirtualdeamamentacao.blogspot.com.br/.../tras... (Transcrição e tradução do vídeo do Dr. González sobre introdução de alimentos)</p>
------------	---------------------	--

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Fangupo et al. (2016), afirma que não houve diferença significativa no aumento de engasgos quando utilizado o BLW, porém afirma que ainda são poucos os estudos a respeito da abordagem. Independente do tipo de introdução complementar utilizada, o risco de engasgo em lactentes é existente e saber realizar a manobra de Heimlich é importante para todos os cuidadores de bebês e crianças. Ferreira e Garcia (2001, p.222) descrevem a manobra como: “A manobra de Heimlich por meio de pressão abdominal eleva o diafragma, aumentando a pressão do ar, forçando-o para fora dos pulmões, que pode ser suficiente para criar tosse artificial, e expelir o corpo estranho das vias aéreas”. Já em relação a postagem da criança que não apresenta apetite, segundo sua mãe, é uma das queixas mais frequentes no cotidiano do médico pediatra. Fisberg (2014, p.3) afirma:

Quase sempre, uma queixa de que a criança não come, exprime um grito de angústia para todos os pais, por atentar especialmente para a

incapacidade de alimentar seus filhos , num inconsciente coletivo silencioso de não atendimento a so brevidade das espécies . Esta situação, na maior parte das vezes , determina um quadro de pouco apetite , apetite muito seletivo ou uma enorme incapacidade de entender as necessidades nutricionais das crianças pequenas . O próprio profissional de saúde e pode ser pressionado pela família a interceder de alguma forma , caindo no círculo vicioso da pressão para que a criança coma mais , sem haver um verdadeiro entendimento de por que a criança apresenta alguma dificuldade .

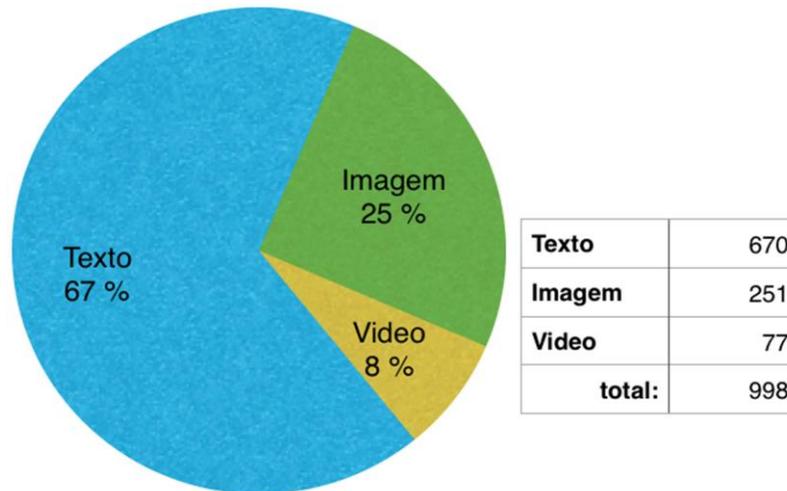
Esse autor ainda afirma que menos de 10% dos casos de recusa alimentar se devem a causas orgânicas, e é necessário evitar de que a ansiedade de que a criança fique alimentada gere práticas alimentares inadequadas.

As moderadoras da comunidade de aprendizagem avaliada publicaram diversos artigos, vídeos e textos explicativos reafirmando a importância do conhecimento e prática da manobra do desengasgo. Concluiu-se após avaliação dos conteúdos das postagens que essa comunidade virtual de aprendizagem produz e compartilha conteúdo com evidências científicas, de forma atualizada e sempre buscando literatura adequada para justificar idéias e debater controvérsias.

3.3.2 Baby led weaningBrasil

Comunidade do Facebook constituída de 807 membros (até o momento da coleta) e 3 administradores que não especificam se são profissionais da área da saúde, com o objetivo definido mais específico de educar sobre o método BLW, manter o foco e as discussões voltadas para o mesmo, e discutir tudo o que for relacionado ao BLW. A comunidade orienta que as informações não substituem as orientações dos profissionais de saúde, porém fazem o possível para gerar conhecimento com o intuito claro de que os usuários possam discutir suas decisões e as decisões dos profissionais da saúde com base científica com o objetivo de qualidade alimentar na nutrição seus filhos. As postagens não necessitam de aprovação dos administradores, porém se apresentam conteúdo inadequado são excluídas. A comunidade não apresenta grande número de postagens e suas postagens são exclusivamente relacionadas ao método BLW, apresentaram no período analisado um total de 25 postagens sendo o predomínio novamente do tipo texto.

Gráfico 3– Quantitativo de postagens por autoria



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A maior parte das postagens, 670 foi em formato textual, com ou sem imagem ilustrativa, reafirmando a prevalência desse tipo de mídia no Facebook. Postagens em que fotos ou imagens que obtiveram maior número de curtidas representaram 251 no período rastreado e 77 em formato de vídeo. A seguir o quadro apresenta três postagens selecionadas do grupo Baby led weaning Brasil em que os assuntos foram: Regras do Grupo, Introdução Alimentar e Como usar arroz e feijão noBLW:

Quadro 3– Postagens selecionadas no grupo Baby Led Weaning Brasil

Data	Assunto	Conteúdo
26/07 2016	Regras do Grupo	O grupo Baby Led Weaning Brasil foi criado com o intuito de nos educarmos sobre o método; nos auxiliarmos a manter o foco no mesmo; e discutir tudo que for relacionado ao BLW. Para mantermos a organização e foco do grupo, é importante seguirmos algumas regras: - Seja cortês. Não julguemos ninguém, mas para criar uma comunidade em que possamos esclarecer dúvidas e nos guiar no método BLW. - O foco do grupo é o método Baby Led Weaning e pedimos que todos os membros colaborem para mantermos este foco. Nós entendemos que nem todos praticam o método e temos a intenção de acolher a todos, no entanto, discussões sobre alimentação passiva serão redirecionadas para que ocorra fora do grupo. - Nós não estamos aqui para substituir as orientações dos profissionais de saúde. Faremos tudo o possível para gerar conhecimento para que você possa discutir suas decisões e as decisões dos profissionais da saúde com base, mas nós não somos a substituição dos mesmos e as informações que eles produzem devem sim ser levadas em consideração.
18/10/	Pergunta	Postagem inicial de B.S.: Minha BB completou 6 meses dia 23/06 o que ofereço p

2016	sobre introdução alimentar	<p>almoço? As vezes fico perdida.. Frutas ela aceitou super bem, só ignora um pouco mamão e maçã Respostas:</p> <p>C.J.: Não precisa se preocupar mto com isso agora, tipo: se é almoço nao posso dar fruta! Leva com tranquilidade pq eles ainda estão conhecendo e provando tudo...</p> <p>Resp. B.S.: Então, não necessito fazer almoço pra ela na hora de almoço? Pq ela acorda às vezes as 8h da manhã aí mama e umas 10h eu dou frutas e ela dorme umas 11:30 e quando acorda não sabia o que oferecer.. Fico meia perdida com essa fase de introdução alimentar</p> <p>T.M.: Pula o almoço Bruna.. Se ela acorda e vc já tiver almoçado, deixa passar, se ela acorda e vc ainda vai almoçar, leva ela pra mesa junto mas não precisa oferecer necessariamente o almoço, pode ser outra fruta.. Vc vai oferecendo de acordo com a procura dela.. Quando ela estiver interessada vc introduz o almoço (que pode começar pelos legumes e ir introduzindo as outras coisas as poucos). Quando comecei a introdução alimentar do Ian eu oferecia o café da manhã e o almoço, mais isso Pq desde os 5m ele já sentava a mesa com a gente em todas refeições e percebi que essas duas foram as que ele mais mostrou interesse pela comida. Depois eu introduzi o café da tarde e com 7 meses e meio eu introduzi a janta. O Ian mostrou interesse até bem rápido, ma cada bebê tem seu ritmo. Como tempo vc vai aprendendo. Nao se preocupe se pular as refeições e nem apresse o interesse dela. Até 1 ano o seu leite é o principal alimento da Analú.</p> <p>A.P.: Faz umas verduras e legumes cozidos no vapor, ou oferece algo do almoço de vocês (desde que apropriado pra ela, sem sal, etc), é somente uma introdução agora, como o próprio nome diz, experimentar de tudo e se familiarizar com os alimentos, manipular, sentir as texturas, cheiros, diferentes sabores. Não se preocupa muito com a "estrutura" das refeições por enquanto.</p> <p>Resp. B.S: Era o que importava!! E agora? Analú dormindo e que horas ela almoça?? Lanche?? O que dar?? Mais que bom que agora vcs estão me situando..</p> <p>Então, com o passar que eles mesmos vão me mostrando os horários né??</p> <p>Replica A.P.: Depois os horários vão se alinhando com os da casa. Blw é isso no fim das contas, o bebê come junto a comida da família. A socialização na mesa, o ritual e o prazer que envolve sentar-se, alimentar-se, tudo é um aprendizado, juntamente com comer de fato. Pense no geral, de forma ampla, e a longo prazo.</p>
28/05/2016	Arroz e Feijão com BLW	<p>Postagem inicial de M.C.M.: Gente desculpa a ignorância mas como usar o BLW pra oferecer o arroz e feijão?</p> <p>Respostas:</p> <p>C.J.: Melhor oferecer quando ja tem o movimento de pinça dos dedos, bem desenvolvido. Antes disso melhor em bolinhos. É o que faço. E esmago o arroz pra fazer.</p> <p>R.A.: Faz bolinho de feijão. Só deixar o feijão al dente, quando esmagar ele fica mais firme, acrescenta farinha de aveia para dá o ponto.</p> <p>Resp. R.A.: Bolinho de arroz, feijão e farinha de aveia.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Na primeira postagem selecionada, uma das administradoras do grupo, inseriu orientações para uso adequado do grupo por todos os participantes, buscando manter o foco, a cordialidade e uma interação produtiva. Essas orientações são importantes e deixam claro as motivações do grupo em seguir os princípios do Baby Led Weaning, deixando explícito que a comunidade tem um intuito educativo e de aprendizagem coletiva ao dizer que “o intuito de nos educarmos sobre o método BLW”. Estabelecendo como regra a cordialidade para esclarecer dúvidas, manter o foco no BLW, proibição de falar sobre alimentação passiva.

Destaca-se o fato de que os administradores dos grupos deixam claro que as discussões e orientações no grupo não substituem “as orientações dos profissionais de saúde”. Essa consideração está em consonância com uma grande preocupação

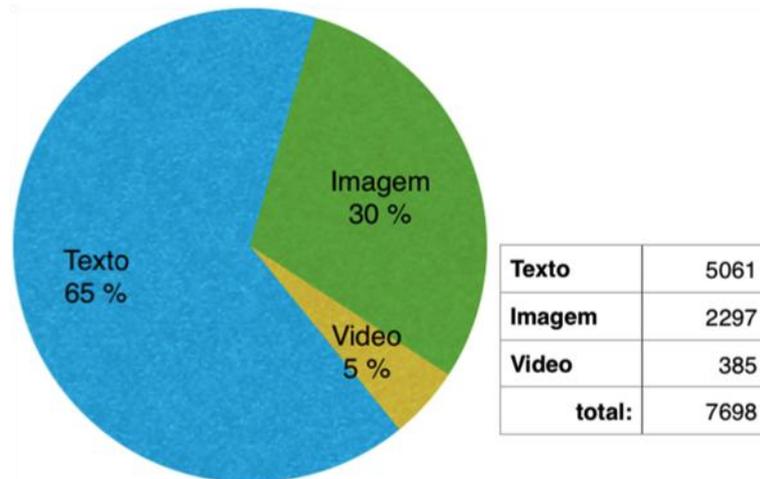
dos profissionais da saúde sobre a qualidade das informações veiculadas na web e o fato de os pacientes buscarem orientações na Internet que são levadas ao consultório ou ainda que são seguidas sem o consentimento desses profissionais. Nesse sentido UNIMED (2014) sintetiza essa preocupação e como encaminhar essas situações:

A revolução comportamental causada pela internet e o acesso ao conhecimento modificou a tradicional relação médico-paciente e expôs a população a uma série de riscos. Não adianta jogar os sintomas na rede, sem saber avaliá-los. Uma vez que um único sintoma pode ser comum a milhares de doenças, somente uma avaliação criteriosa, feita em consultório, e acompanhada de exames pode comprovar um diagnóstico e indicar um tratamento. As informações que estão na internet devem ser utilizadas a título de orientação. Dar informações genéricas sobre saúde e bem-estar está dentro da legalidade, mas, prestar assistência médica à distância através de qualquer meio que não seja o presencial, é considerado antiético pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em suma, a ordem é orientar-se com fontes seguras fornecidas pelo 'Doutor Google' e em seguida agendar uma consulta médica com o seu médico de confiança.

3.3.3 Baby ledweaning

Comunidade internacional do Facebook, com 51.582 participantes de países diversos. Difere das comunidades de aprendizagem já citadas por ser um grupo aberto, com 5 administradores. Apresentam como objetivos aguardar até os 6 meses de idade do bebê para introduzir qualquer tipo de comida sólida ou líquida (exceto leite materno ou artificial), orienta que os pais deixem a criança explorar e experimentar toda a dieta da família, desestimula a consistência de purês ou papas amassadas e o uso de colheres. Orienta que participantes que já utilizam a maneira tradicional e querem iniciar o BLW procurem grupos de aprendizagem sobre introdução alimentar tradicional pois afirmam que quem está participando desse grupo não utiliza e nem nunca utilizou colheres ou consistências pastosas de alimentos. Postagens desestimuladoras do BLW, ou de conteúdo inadequado são excluídas pelos moderadores. Nesta comunidade nota-se que as postagens são mais focadas para o método da oferta do alimento do que da qualidade nutricional do mesmo, além de uma variedade de alimentos ofertados diferentes das comunidades nacionais, justamente por ser um grupo que possui participantes de países distintos.

Gráfico 4– Postagens da comunidade Baby Led Weaning



Fonte: Elaboração própria, 2017.

No quadro 4, transcrevem-se três postagens significativas do grupo:

Quadro 4– Postagens selecionadas no grupo Baby Led Weaning

Data	Assunto	Conteúdo
20/10/2016	Alimentos a serem oferecidos	<p>First food for a 6 month old? She'll be 6 months old on November 3rd and we've been exclusively breastfeeding this whole time.</p> <p>Respostas:</p> <p>C.S: Abacate, batata doce, brócolis cozidos no vapor, cenoura cozida são todos ótimos! Cortá-los para cerca do tamanho do ponteiro e dedo médio e deixar o bebê agarrá-los e se auto "alimentar". No início, eles não vão realmente comer muito, mas eles estão recebendo a experiência de alimentos e suas texturas. É uma abordagem de desmame guiado pelo bebê. Para fazer BLW a criança tem que mostrar sinais de prontidão de desenvolvimento para começar sólidos, incluindo ter pelo menos 6 meses, sentar sozinho, ter primeiro dente, e demonstrar interesse em alimentos, mastigação, etc! A principal fonte primária de nutrição é ainda leite materno ou fórmula. Você pode encontrar informações on-line ou há um livro na maioria das bibliotecas públicas explicando.</p>
24/09/2016	Literatura a respeito	<p>Olá a todos! Eu sou nova para o grupo e terei uma menina no início de novembro. Eu ouvi grandes coisas sobre BLW e queria saber se alguém poderia compartilhar alguns bons artigos, livros, ou mesmo apenas dicas para alguém como eu que não sabe muito sobre o BLW (Além disso, também quero tentar convencer o marido a fazer isso porque ele é duvidoso quanto a abordagem). Eusei que alguns amigos meus fizeram e falaram muito bem, então estou muito intrigada para aprender. Obrigada!</p> <p>Respostas: Comecei a ler este livro. Eu sou novo também. Meu bebê tem 4 meses. Eu quero fazer BLW. Indicação do livro: Baby-led Weaning: Helping Your Baby To Love Good Food - Gill Rapley, Tracey Murkett</p>
27/06/2016	Creche	<p>Alguém faz BLW e leva seu bebê para a creche? Eu tenho uma creche em casa que meus filhos vão, com o meu primeiro eu fiz desmame tradicional, mas gostaria de tentar BLW com o meu segundo. Ele será de 6 meses em setembro. Tentando descobrir se isso seria factível com ele na creche.</p> <p>Respostas:</p> <p>K.W: Minha filha frequenta uma creche Montessori e eles a ajudam a jornada BLW. Eu acho que é bom para a equipe também e eles usualmente tem que alimentar todos os bebês então minha filha senta e fica comendo sozinha. Eles comentaram que desejariam que todos os bebês praticassem BLW também.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota-se nas postagens e nas respostas, informações concordantes com o preconizado, como cita a usuária que respondeu a pergunta e que orientou os sinais de prontidão e aptidão que o bebê demonstra indicando estar preparado para o início da introdução alimentar. A Sociedade Brasileira de Pediatria divulgou uma atualização em maio de 2017 sobre a alimentação complementar e o método BLW que cita: “Entender os sinais de maturidade do lactente para introdução de alimentos sólidos é fundamental para uma alimentação complementar com sucesso”. (GUIA PRÁTICO DE ATUALIZAÇÃO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA, 2017, p.1)

Observa-se também, na segunda postagem, a preocupação dos usuários em buscar conhecimento científico e informação sobre o BLW, até mesmo para levar essa informação ao companheiro e pai do bebê em destaque. Isso confirma que o fluxo da comunicação científica só tem se favorecido através das comunidades virtuais e fóruns de discussões. Castro (2006), afirma que o movimento de acesso aberto dos últimos anos, garante a publicação livre de documentos em meio eletrônico, desde que com a devida citação e preservação de direitos autorais, facilitando o desenvolvimento de pesquisas e a preparação de trabalhos em redes. O livro citado pela usuária que respondeu a postagem é o livro referência da abordagem BLW escrito pela pioneira GillRapley (2008).

3.3.4 Falando de introdução alimentar

Conta com 17.607 participantes no Facebook com o interesse em comum em alimentação rica, saudável e balanceada, promove o aleitamento materno e comida com qualidade de nutrientes. Dentre as comunidades analisadas, é a que mais possui informação científica sobre o assunto, com um arquivo de dúvidas para auxiliar os participantes. A maior comunidade dentre as analisadas (Baby Led Weaning) dispõe de 15 arquivos online, já a comunidade Falando de introdução alimentar apresenta 65 arquivos disponíveis para download, que incluem manuais de nutrologia, manual da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre alimentação, roteiros de como iniciar a introdução alimentar, compilações de artigos científicos sobre diversos assuntos. De forma didática, disponibilizam também vídeos e artigos do pediatra Dr. Carlos Gonzalez que é referência na pediatria humanizada, aleitamento materno e nutrição infantil. Apresenta também um artigo de como pesquisar na ferramenta de busca

Google. As postagens não são exclusivas sobre o método BLW, e os assuntos mais postados são sobre quais alimentos oferecer, qual a quantidade ideal ofertada e dúvidas habituais, que são respondidas pelos próprios participantes e pelas administradoras do grupo que frequentemente orientam a literatura científica.

Quadro 5– Postagens selecionadas no grupo Falando de introdução alimentar

Data	Assunto	Conteúdo
28/11/2016	Redução do apetite	<p>Oi pessoal, estou sempre lendo e aprendendo muito com as informações trocadas aqui na página e como o meu bebê comia muito e muito bem, não imaginava que fosse ter que pedir ajuda pra vocês tão cedo. Acontece que meu filho acabou de fazer um ano e desde uns dias antes do aniversário dele ele começou a comer cada vez menos, eu pensei que fosse por causa dos dentinhos que estão nascendo, mas ele nunca tinha perdido o apetite assim e nem ficado sem dormir durante a noite o que também começou a acontecer nesses dias. Eu pesquisei em alguns sites e vi que seria normal nessa fase ele diminuir a quantidade de comida, só que de 1/4 do que ele comia antes e das frutas e leite, agora ele mal come uma colherada e até as frutas ele está começando a recusar. Estou tentando não surtar mas está difícil. O peso dele é bom tem 10,600, mas pra melhorar hoje depois de uma noite em claro ele está bem gripado, como nunca esteve antes. Apesar de tudo ele continua super ativo e elétrico como sempre. Alguém passou por isso, que hora devo ir ao médico, posso continuar a oferecer as coisas que ele gosta depois de tentar oferecer a comida??? (Só para avisar ele só come comida caseira, nada industrializado, frutas, pão e leite materno em livre demanda). Obrigada!</p> <p>Respostas: J.L: Oi, Laura! Se te tranqüiliza, a maioria passa por essa fase. http://www.maternidadecolorida.com.br/1-ano-e-a-crianca/*link_deartigo_relacionado_ao_assunto_embasado_em_literatura_do_pediatra_Carlos_González</p>
25/11/2016	sucos e postagem informativa	<p>G.B.R.P: Suco - mesmo o natural - deve ser tomado somente em ocasiões especiais, como em uma festa de aniversário, ou seja, não deve fazer parte da rotina http://www.maesdepeito.com.br/assim-como-refrigerantes-sucos-nao-devem-ser-tomados-diariamente/</p> <p>*link com artigo embasado em orientações da Academia Americana de Pediatria e autor Carlos González P.R:Frescura.. Nunca pode nada H.S.L:Acho nada a ver....rs C.O: grupo de introdução alimentar consciente e os comentários vão p o lado do "eu acho", sim podemos achar muitas coisas, mas não negar o q estudos indicam... faz mal sim, muita açúcar mesmo que natural e priva a criança das fibras da fruta, tendo alto índice glicêmico e sendo um dos causadores de diabetes tipo II na infância</p>
29/10/2016	Pediatra	<p>S.L: Boa tarde!! Alguma mamãe de SP que conheça um bom pediatra no convênio Santa Helena? A pediatra do meu bebê quer eu desmame ele com 11 meses...</p> <p>Respostas:D.L: E é ela que amamenta? (Cada coisa né !) isso quem deve decidir é você não ela, lógico que é motivo pra trocar de pediatra mesmo, pois ela seria uma pessoa em que você pudesse confiar, te passar informações corretas rs, percebe- de q isso ela não faz, eu também troquei de pediatra quando meu bebe estava pra completar 1 ano, aos 8 meses ela me deu um papel de propaganda do Danoninho</p> <p>eseus"benefícios"pramimaquilofoiofirms,meubebêhojepassacomumaótima pediatra mas não sei se atende o seu plano.</p>
		<p>não ela, lógico que é motivo pra trocar de pediatra mesmo, pois ela seria uma pessoa em que você pudesse confiar, te passar informações corretas rs, percebe- de q isso ela não faz, eu também troquei de pediatra quando meu bebe estava pra completar 1 ano, aos 8 meses ela me deu um papel de propaganda do Danoninho e seus"benefícios"pra mim aquilo foi o fim rs, meu bebê hoje passa com uma ótima pediatra mas não sei se atende o seu plano.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2017.

A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria, já recomendam há mais de três anos, o consumo de suco apenas a partir do primeiro ano de vida de forma moderada. Conforme citado no Manual de Nutrologia (2012, p.28):

Os sucos naturais devem ser evitados, mas se forem administrados que sejam dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas, em dose máxima de 100 mL/dia, com a finalidade de melhorar a absorção do ferro não heme presente nos alimentos como feijão e folhas verde-escuras.

As frutas ofertadas na forma de suco, perdem grande parte de suas fibras, além de hiper sollicitar o pâncreas da criança (aumentando a chance de desenvolver diabetes tipo 2), ter uma quantidade muito grande de frutose e aumentar o consumo de calorias vazias da dieta. Infelizmente, a oferta do suco para bebês é prática recorrente em nosso meio, difundido principalmente pelos avós e mesmo em um grupo de introdução alimentar percebe-se que ainda alguns familiares julgam essa informação como exageros. De grande importância torna-se esse tipo de postagem educativa em comunidades de aprendizagem pois elas estão espalhando conteúdo mais atualizado e debatendo informações de forma científica, citando links, manuais e artigos recentes de Sociedades de Pediatria e Nutrição.

3.3.5 Tá na hora do papá

Página do facebook, com 69.707 seguidores, que tem como objetivo promover e disseminar conhecimento sobre alimentação infantil e também divulga o método BLW. A administradora da página promove debates e gera discussões (questiona como usuárias praticam o BLW se o bebê frequenta creche ou fica com avós/cuidadores), promove comparações das orientações da OMS e da prática dos usuários (exemplo: quando iniciaram a oferta de carnes X orientação da OMS), costuma colocar fonte das postagens, divulga vídeos e textos de profissionais de saúde, dispõe de aulas online e cursos sobre IA Participativa e BLW além de E-books gratuitos sobre o BLW. Diverge das comunidades por apresentar mais vídeos explicativos e demonstrativos, e ao contrário das demais comunidades analisadas, no período de junho a novembro postou mais imagens do que textos (251 imagens, 72 vídeos e 94 textos).

Quadro 6– Postagens selecionadas na página Tá na hora do papá

Data	Assunto	Conteúdo
28/11/2016	BLW	<p>Sim, é extremamente frustrante - e te digo isso como alguém que sentiu isso na pele e que talvez esteja escrevendo esse post pra se lembrar, quando sentir isso novamente em alguns meses, com a introdução alimentar do segundinho.</p> <p>Mas apesar de ter estudado muito sobre COMO se faz o BLW, talvez você tenha deixado adormecido uma das coisas mais importantes, que é o PORQUE resolveu fazer o BLW...link: https://tanahoradopapa.com/2016/11/28/o-blw-nao-deu-certo-comigo/</p> <p>Mayara Marinheiro Martinelli O blw não deu certo pra mim é eu infelizmente insisti, não deveria, na segunda fui de papinha e tudo ocorreu maravilhosamente, claro q ela tem oportunidade de comer sozinho e hoje já come comida da casa, desde os 10 meses já, e não me arrependo, me arrependo sim de não ter prestado atenção no meu mais velho e ver que método não era para ele, hoje ele é uma criança extremamente seletiva com a comida</p> <p>Roberta Marques Ótimo texto. Sigo firme e tentando. Ele tem 9 meses e pouco se interessa pela comida. Já fiquei achando sim que tava fazendo tudo errado. Já escutei sim do pediatra que ele precisava comer... Já duvidei se realmente isso funcionaria aqui, com ele. Já me questioneei: será que esto dando oportunidade suficiente? Será que não criei expectativas? Será que não era pra eu ter feito como todo mundo?Aí lembro o quanto demorei pra gostar de fruta. O quanto sou viciada em chocolate... Dai quero fazer o melhor pra ele e pra mim... Esse texto me ajudou a me manter sã...Obrigada Aline</p>
25/10/	GAG	<p>Vídeo sobre GAG... Comentários:</p> <p>J.L.M Meu filho engasgou de fato (no terceiro tapa ele cuspiu o pedaço) dei batata doce. Estou com medo de continuar blw.</p> <p>F.A: O difícil é convencer o marido que não é engasgo, quando vejo já pegou o bebê e ta fazendo a manobra de heimlich</p> <p>R.S: Até que idade o bebê ainda tem esse reflexo?</p> <p>Tá na hora do papá: A grande maioria das pessoas tem esse reflexo (atévc)! Conforme amastigação melhora, o reflexo não é mais ativado com frequência;).</p> <p>Mesmo assim pode acontecer, quando a criança coloca muita comida na boca</p>
15/07/2016	Apetite	<p>Olhando blogs e bebês das amigas, parece que todos os bebês comem, menos o seu? Fique tranquila, que isso é só impressão. A GRANDE MAIORIA dos bebês não se sentem magicamente atraídos por comer aos exatos seis meses.</p> <p>O Nini, meu primeiro, foi comer com vontade mesmo de 7 para 8 meses.</p> <p>E por aí, como foi/ está sendo? Vamos dar apoio pra quem acha que está sozinha, aqui nesse post?</p> <p>Comentários:</p> <p>S.M.O:Mas o seu bebê (que vejo aqui nos vídeos) come muito bem!!</p> <p>Tá na hora do papá: ele é meu segundo filho! E você só vê um pedacinho da refeição toda... Eu me satisfaço com o que ele está disposto a comer, mas acredito que muita gente acharia pouquinho e tentaria disfarçar p ele comer mais! Eu paro no exato ponto em que ele perde o interesse... e muitas vezes são 4 ou 5 colherinhas também!</p> <p>T.G.D:Pedro só entendeu que comida alimentava na virada dos 9 para os 10 meses... E dai passou a comer pra valer mesmo!!</p> <p>Até então comia igual passarinho... na verdade engolia sem querer as coisas que colocava na boca e era somente isso o que ele comia em cada refeição: o que "acidentalmente" engolia...</p> <p>Isso frustra muuuuito e lembro de pensar se realmente deveria levar o blw em diante porque embora ele se interessava em pegar e explorar a comida, ele "não comia!"</p> <p>Mas segui firme e forte, sempre lembrando de que na introdução alimentar o bebê aprende a comer e que o leite continua sendo o principal alimento até 1 ano, então não tinha porque me desesperar...</p> <p>E nos momentos de maior desespero, entoava o mantra: Paciência e Persistência!</p>

Fonte:Elaboração própria, 2017.

O gag é constantemente citado quando falamos em BLW, apesar de ser um

mecanismo de defesa fisiológico das vias aéreas do bebê, quando essa defesa ocorre costuma assustar os familiares, principalmente se esses nunca viram ou leram a respeito desse reflexo. Esse reflexo é muito similar a uma náusea/ânsia de vômito, para que qualquer objeto estranho ou muito grande não seja deglutido e sim trazido de volta para a frente da boca da criança. A criadora da página Tá na hora do papá freqüentemente posta vídeos explicativos sobre esse assunto. Isso é de extrema relevância para os familiares se informarem e saberem como agir durante esse reflexo. Padovani (2015, p.20) afirma:

Essa primeira fase é fundamental na aprendizagem da mastigação e o bebê tem seus reflexos protetores em nível máximo de funcionamento – laringe e traquéia elevadas, dorso de língua elevado, reflexo de gag anteriorizado. Até que o corpo se acostume, e até que o bebê aprenda a manejar os alimentos em cavidade oral e toda sua anatomofisiologia comece a se modificar para ir ficando mais próxima do que temos quando adultos. Seria a melhor hora para investir em alimentos macios, fáceis do bebê manipular por conta própria. Tirinhas de cenoura, batata e outros legumes bem cozidos, raminhos macios de brócolis e couve flor, tiras de frutas macias como banana, mamão, abacate. Frutas macias como caqui, abacate, pêssego, ameixa, pêra. Confie no seu bebê. Suas habilidades motoras globais estão em perfeita sintonia com suas habilidades motoras orais.

É interessante destacar também postagens estimulando e apoiando os familiares a não se sentirem diferentes ou desanimados, exemplo disso é a postagem do quadro acima analisado que a autora busca esclarecer que nem todos os bebês comem como seus pais gostaria e isso não é anormal. Isso vai de acordo com estudos que demonstraram que muitos usuários buscam as comunidades virtuais de aprendizagem justamente para encontrarem apoio que podem não ter recebido do pediatra, avós ou colegas (ANDREA,2016).

3.3.6 Alimentação consciente

Com número expressivo de participantes (39.071), essa comunidade de aprendizagem do Facebook tem o foco na alimentação saudável para todas as crianças, principalmente na primeira infância. Apesar das postagens serem moderadas, nota-se que os perfis dos administradores são mais passivos e as postagens são em sua grande maioria publicadas pelos próprios participantes. O assunto principal são dúvidas, compartilhamento de receitas saudáveis e com alimentos orgânicos e sem industrializados. Conta com arquivos de apoio, mas que

são em sua maioria não científicos/ acadêmicos.

Quadro 7– Postagens selecionadas na comunidade Alimentação consciente

Data	Assunto	Conteúdo
29/11/2016	Divulgação de informação	<p>M.S.S: O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente dois documentos norteadores da boa alimentação para os brasileiros: o Guia Alimentar e o Guia Alimentos Regionais Brasileiros.</p> <p>Obs: A venda é proibida.</p> <p>Os links para download dos documentos estão a seguir: Guia Alimentar:http://portalsaude.saude.gov.br/.../Guia-Alimentar-para-a-pop Guia Alimentos Regionais Brasileiros: http://189.28.128.100/.../livro_alimentos_regionais_brasileir... Aproveitem!</p>
11/09/2016	Receitas	<p>Meninas, preciso de ajuda. O niver de 2 anos da minha pequena será em novembro, e queria a ajuda de vocês para montar o cardápio, me ajudem com dicas, idéias e receitas por favor.</p> <p>Respostas: Melissa Priel fiz pra minha filha que completou agora 3 anos algo muito simples - convidei amiguinhos da escolinha - 7 amigos - fiz tudo simples - bexigas+ faixas+ toalha de bolinhas - fiz tortas de liquidificador, macarrão, pepinos e tomates cortadinhos (tomate cereja), pão e pates como tehinha e atum, suco de maçã integral, picolé caseiro, bolinhas de tâmaras e bolo mousse feito com purê de maçã.</p> <p>C.D.B: Espetinhos de frutas bem coloridas, sanduiche de carne louca, quindim caseiro, canudinhos com frango, cenoura e maionese caseira</p>
24/11/2016	Alergias alimentares	<p>D.A: Gurias... minha filha vai completar 1 ano daqui 4 dias. Ela tem baixo peso (7400g e 71 cm).</p> <p>Estou tentando fazer com que ela ganhe peso saudavelmente (não que fique gorda, só ganhe peso mais adequado ok?).</p> <p>Ela é APLV, e alérgica também a soja, ovo e amendoim. Tenho dado após a fruta, um (falso) pão de queijo de batata ou aipim e queria dar pão caseiro tb.</p> <p>Minha dúvida: Na única receita que consegui sem leite, soja e ovos, vai 3 colheres de açúcar mascavo orgânico... algum problema usar açúcar no pão? Ela nunca comeu nada que tenha açúcar e mama LM em livre demanda. Thais Ventura e Karine Nunes Costa Durães um help?</p> <p>Resposta: R.C: Nem todo açúcar do pão é consumido durante a fermentação. Parte dele compõe o sabor sim.</p> <p>Você faz parte de grupos de apoio? Recomendo que entre no MFAL e no Receitas APLV e demais alergias. Lá você vai encontrar muitas receitas sem os alérgenos para ajudar na alimentação dela.</p> <p>A página Menu Bacana também tem muita dica legal para alergias múltiplas</p> <p>D.H: Capricha no abacate (banana c abacate) manga com abacate e coco ralado fresco, se você dar coisas pra ela roer da pedaços de coco pra ficar roendo! Purê de inhame batido com fruta! Rodelas de batata doce cozida! Usa gordura boa na comida dela! Óleo de coco, óleo de abacate. Coloca painço descascado na sopa, pode fazer frutinha cozida com painço também. Mingau de aveia c banana, canela, água ou maçã ralada, pera ralada!</p>

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Conforme Ferreira (2007), vem aumentando consideravelmente as incidências de alergias alimentares, principalmente na faixa etária pediátrica. Isso gera um impacto negativo financeiro, médico e na qualidade de vida das crianças e de seus pais, principalmente em mães que estão em aleitamento materno. Acredita-se que o consumo exagerado de alimentos cada vez mais ultraprocessados e industrializados vem piorando

esse quadro globalmente. Segundo Sicherer (2011) *apud* Silva (2016, p.12):

As alergias alimentares são condições que afetam cerca de 2% a 10% da população mundial (SICHERER, 2011). No Brasil não há pesquisas ou inquéritos nacionais, nem registros nos sistemas de informação do Ministério da Saúde sobre o número de crianças com alergias alimentares e sua prevalência.

O tratamento das alergias alimentares consiste em eliminar e excluir alérgenos específicos, sendo essa a única forma de manejo eficaz atualmente. No caso das alergias à proteína do leite de vaca isso se torna extremamente limitante e observa-se que as mães buscam grupos de apoio nas redes sociais para trocar informações, experiências e atualidades relacionadas ao tema. As redes sociais e o apoio social gerado pelas mesmas permite que a condição da criança seja mais facilmente enfrentada pela família, gerando um equilíbrio familiar mais estável e com maior capacidade de superar as adversidades que podem ocorrer durante a doença.

3.3.7 MundoBLW

Perfil do Instagram com 31.500 seguidores, com o objetivo de dar dicas, informações e experiências sobre o método de introdução alimentar BLW. Postagens de vídeos demonstrativos em sua grande maioria, compartilha também muitas imagens, relatos e uma quantidade menor de textos narrativos. Como é um perfil, gera pouca interatividade entre os participantes e pouca comunicação do autor com os usuários, conseqüentemente não gera discussões ou levanta debates. Os usuários adquirem conhecimento de uma forma mais passiva, principalmente através de vídeos da prática do método que são altamente demonstrativos.

Quadro 8– Postagens selecionadas no perfil Mundo BLW

Data	Assunto	Conteúdo
21/11/2016	Oferta de alimentos de forma segura	Vídeo da autora cortando milho seguido de texto: E é assim que ofereço milho até hoje pra Olivia (que está com 2 anos e 5 meses)! Cortando os grãos dessa forma, eles saem até com a gengiva! Já ficam cortados ao meio e diminuem MUITO a chance de engasgo! 41 comentários e 6.432 visualizações G: Qual o tempo de cozimento dos legumes e milho? As vezes cozinho demais os legumes.. Resposta da autora: cozinho o milho por 40 minutos na panela de pressão elétrica!
27/09/2016	BLW	Vídeo de um bebê se alimentando BLW seguido de texto: Primeira vez com um alimento! Iniciando o BLW... Sarah está com 6 meses! Reparem como ela senta, como ela se mantém equilibrada e não tomba para os lados! Como ela tem o interesse pelo alimento e ela vai em direção a ele! Como já segura o alimento e leva na boca! Bebês nessa fase não tem o controle de abrir e fechar das mãozinhas muito coordenados! Eles pegam o alimento e ficam com o punho fechado! Por isso é importante que nesse começo os alimentos sejam oferecidos em forma de palitos! Para que sobre

		<p>fora da mãozinha e eles possam comer!</p> <p>É importante não cozinhar demais porque eles ainda não tem controle da força! O BLW vai ajudar muito com isso! Eles aprenderão dia a dia qual força usar para cada alimento! É incrível ver um bebê comer pela primeira vez! É incrível ver essa relação sendo construída! Em breve mais novidades! Boa sorte e conte com a gente nessa jornada @diaadiademamae .Sarah, divirta-se! "122 comentários e 8.447 visualizações</p>
11/09/2016	Açúcar	<p>Vídeo de uma criança recusando bolo de chocolate seguido do texto: Por que é tão importante adiar a introdução de açúcar e sabores muito doces na vida dos filhos?</p> <p>Muitas pessoas não entendem ou não sabem o normal, porque a maioria de foi criado com açúcar, temos os "sabores da infância" e estamos aí vivos e cheio de saúde né? Na verdade a importância de adiar é pra formar o paladar, um paladar com mais abrangência de sabores, menos rejeição e pessoas menos exigentes, porque é importante pra nossa saúde comer bem e variado!</p> <p>O açúcar e sabores doces viciam o paladar... Por isso é difícil os adultos criados com açúcar deixar de comer, também vivemos numa cultura onde açúcar é confundido com amor, então privar seu filho de açúcar é privar de amor e felicidade, o que não é verdade! É 1 ano e meio de "trabalho" oferecendo ao seu filho comida variada e saudável, sem a interferência de açúcar pra que depois se torne uma criança menos exigente de doces, saudável, com um paladar formado a poder comer coisas doces de forma balanceada! A maioria das crianças que não tiveram açúcar na primeira infância rejeitam coisas muito doces... E elas não estão perdendo nada! Apenas ganhando em saúde!</p> <p>Esse vídeo é da Olivia, de 2 anos e 3 meses! Ela come açúcar? Come de vez em quando desde os 18 meses... Ela prefere uma maçã a chocolate! Preferiu um pepino a esse bolo! Acho que não preciso entrar em detalhes sobre os malefícios da ingestão de açúcar no organismo, você encontra em qualquer pesquisa no Google.</p> <p>Esse texto é pra dar forca família que escolheu deixar o açúcar pra depois e sofre com críticas! Saiba que você tá no caminho certa! A gente planta uma sementinha pra colher na frente! Assim é com os filhos!66 comentários e 6662 visualizações</p>

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Ao analisar as postagens, nota-se que os vídeos e textos apresentam conteúdo de qualidade e atuais. A autora estimula o consumo consciente e traz ideais concordantes com a literatura. Rinaldi (2008) destaca a importância do consumo equilibrado de alimentos açucarados e hipercalóricos, pois estes tipos de alimentos estão comprovadamente relacionados ao aumento da obesidade e comorbidades. Nota-se que as crianças que se alimentam de quantidade exagerada desses alimentos tem a tendência de consumir de forma insuficiente frutas, hortaliças e leguminosas e apresentam ainda a tendência de trocar refeições por bebidas lácteas com alta concentração de açúcar e menor concentração de cálcio, além de uma ingestão exagerada de alimentos prontos (industrializados e congelados) e refrigerantes. Rinaldi (2008, p.274) ainda conclui que: “Estes hábitos sinalizam para a necessidade de trabalho de educação alimentar envolvendo o núcleo familiar, os órgãos governamentais e os meios de comunicação”.

3.3.8 Nutri_infantil

O perfil do Instagram da autora que é uma nutricionista pediátrica apresenta

115.000 seguidores. Posta diversas imagens, seguidas de orientações de quando, como e quais alimentos oferecer, indicações, explicações e contraindicações relacionados a nutrição infantil, na maioria das vezes colocando a fonte de onde a orientação (Academia Americana de Pediatria, Guia Alimentar do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Nutrologia) foi buscada. Também esclarece dúvidas e responde os participantes através dos comentários do perfil, porém também não costuma gerar discussões entre os participantes. Novamente nota-se um perfil de participantes mais passivos em relação a aquisição do conhecimento.

Quadro 9– Postagens selecionadas no perfil Nutri_Infantil

Data	Assunto	Conteúdo
13/10/2016	Colesterol	<p>É necessário preocupar-se com colesterol na infância? A resposta correta é SIM. Estudos de necrópsia após morte inesperada em crianças e adultos jovens demonstraram que a presença e a gravidade de lesões ateroscleróticas correlacionam-se positivamente e significativamente com os fatores de risco cardiovascular. O período de maior progressão das estrias gordurosas para placas fibrosas ocorre a partir dos 15 anos de idade. Portanto, a partir dos 2 anos, crianças com alterações nutricionais, dificuldades alimentares, sedentárias, com história familiar positiva para doença cardiovascular, obesidade e síndrome metabólica, que têm algum adoecimento crônico associada, ou que fazem uso de determinados medicamentos, todos esses devem ter o perfil lipídico e triglicérides avaliados. Após comprovada alteração, o tratamento dietético e início de atividade física são necessários para a prevenção de eventos cardíacos futuros.</p> <p>Para os maiores de 8 anos, independente de fatores de risco, a avaliação deve ser de rotina, devendo-se atentar para o colesterol não-HDL (ruim) e HDL (bom), que fazem a triagem para dislipidemia. Se alterados, confirmar com perfil completo + triglicérides, com 12h de jejum, instituindo tratamento.</p> <p>CONCLUSÃO: vamos manter o nosso hábito alimentar saudável! O coração das nossas crianças agradece! Boa tarde, queridos!</p> <p>142 curtidas e 9 comentários</p>
28/09/2016	Açúcar	<p>O paladar do bebê começa a ser formado na barriga da mãe. Por isso cuidado com o que as grávidas estão ingerindo por aí! A necessidade do açúcar é de nós adultos e não do bebê! Pensem bem antes de saírem consumindo uma quantidade absurda de açúcar.</p> <p>O açúcar branco é considerado caloria vazia, isso quer dizer que ele não agrega nenhum nutriente para nosso organismo. E essa caloria vazia pode ser transformada em excesso de peso, câncer e diabetes futuramente.</p> <p>oo. O açúcar "tira" o sabor real dos alimentos e ele tem o poder de "viciar" o bebê ou a criança com aquele saborzinho doce. E quando outro alimento for oferecido na forma natural sem adoçar, o bebê irá rejeitar imediatamente.</p> <p>oo. Por volta de 1 ano e meio e 3 anos a criança se torna mais seletiva. E para as que estão acostumadas a comer maior parte das refeições com açúcar, os pais irão passar por grandes dificuldades. Pois será mais difícil a introdução de outros alimentos.</p> <p>oo. Até os dois anos de idade, o recomendável é não dar açúcar nenhum para o bebê, o ideal é que este hábito se prolongue o maior tempo possível. O melhor é optar por alimento in natura, sempre ter em casa frutas e verduras e excluir das compras refrigerantes, balas, gelatinas, achocolatados, sucos em pó e de caixinha, chocolates, sucrilhos, pirulitos, bolinhos industrializados, entre outros.</p> <p>1213 curtidas e 135 comentários</p>

17/08/2016	Ovo	<p>O ovo é considerado um alimento com potencial alergênico. O ovo (clara) era excluído do plano alimentar do bebê (6 meses até 1 ano). Porém hoje a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é que bebês a partir de 6 meses já estão liberados para consumir clara e gema.</p> <p>Segundo estudo, observaram que quando introduzido o ovo a partir dos 6 meses, o risco de alergia diminuiu e se introduzido depois de 1 ano o risco aumenta.</p> <p>O ovo é uma excelente fonte de colina. A colina é um nutriente que ajuda no desenvolvimento cerebral, memória e concentração.</p> <p>O ovo caipira é mais saudável do que o convencional, pois possui maior quantidade de carotenoides que tem uma importante ação antioxidante e evita a degeneração macular. Ele não deve ser consumido cru ou com a gema mole, pois há o risco de infecções intestinais.</p> <p>616 curtidas e 122 comentários</p>
------------	-----	---

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Apesar de ainda hoje existirem bastante mitos em relação ao ovo, sabe-se hoje que suas proteínas possuem alto valor biológico e apresentam também boa digestibilidade. Alimentos potencialmente alergênicos devem já ser introduzidos a partir do sexto mês de vida, pois nesse período a criança está na janela imunológica e possui maior aquisição de tolerância e redução no risco de alergenicidade. Segundo o Manual de Orientação Departamento de Nutrologia (2012,p.30):

O ovo além de excelente fonte proteica e de co-fatores de alta eficiência nutricional,tem baixo custo e sua adoção deve ser incentivada na alimentação complementar. Para garantir a não contaminação por bactérias enteropatogênicas próprias de sua casca, o ovo deve sempre ser consumido com a clara e a gema cozidas. Sempre que possível, diversificar o tipo de proteína animal consumido ao longo da semana, proporcionando maior variedade de nutrientes e micronutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento nesta fase, como ferro e zinco.

3.3.9 Maternutri

Também é um perfil de uma nutricionista na rede social Instagram,com46.100 seguidores. As postagens são em sua maioria na forma de imagens, e o conteúdo predominante é sobre o que oferecer e cardápios alimentares. O foco do perfil não é o método BLW e sim a alimentação de qualidade. A autora nem sempre especifica da onde são as informações apresentadas, e novamente como nos demais perfis, as postagens não geram trocas de conteúdos.

Quadro 10– Postagens selecionadas no perfil Maternutri

Data	Assunto	Conteúdo
30/10/2016	Água de côco	água de côco # é uma das bebidas \$ preferidas pelas pessoas o. Entretanto quando pensamos em bebês %o isso é factível oo.

		<p>&oPosso oferecer água de côco # para meu bebê %o de 6 meses Sim " o,MAStemosquetercuidadocomaquantidadedesaismineraisdesse alimento ◀.Como pode ver na foto o, ele é fonte de:) magnésio) potássio) fósforo) e sódio Referência: Taco, 2011</p> <p>Todos eles estão em pouca quantidade mas para um 🖱 bebê % de 6 meses precisa de muito pouco desses minerais e combinado a alimentação sólida pode acabar ultrapassando as necessidades diárias da criança sobrecarregando os rins Desse serzinho*. Portanto, deve-se restringir a quantidade e a frequência a ser oferecido para os bebês % até 1 ano de idade, pelo menos!! &. Quanto posso oferecer ? 50 ml de 1 a 2 X por semana ◀ E ainda tem outro problema de água de côco #. Ela é DOCE, assim as crianças começampreferirocôcoemdetrimentodeÁGUA + PURA(filtradaefervida ◡) 305 curtidas e 45 comentários</p>
17/10/ 2016	Frutas	<p>O calor ☀está chegando e com elas um monte de frutas deliciosas É por isso mesmo que temos ficar de olho – na safra.. Você sabia que as #frutas da estação tem algumas vantagens ? Elas são mais baratas _ .Então você consegue economizar. Elas são mais ricas nutricionalmente / . E, no geral, contém menos agrotóxicos 0. . prefira sempre comprar vegetais e frutas em feiras, costuma ser mais barato Então se não dar para comprar _ o orgânico, pelo menos prefira as #frutasdaepoca1234567. No mês de #outubro, além dessas que estão na foto . , ainda temos: 8abiu 8amora 8maracujá8maçã9 8nêsporas 8nozes Na hora das compras, prefira sempre produtos agroecológicos e da agricultura familiar Fonte: Ministério do Desenvolvimento 406 curtidas e 14 comentários</p>
11/10/ 2016	Alimenta- ção e escola	<p>Fotodeumcardápioescolarseguidodetexto:Aquelemomentoqueanutripira = ao ver um # cardápio desses E tem a certeza que devemos mudar urgentemente essa associação de #guloseimas, #doces e "porcarias" alimentares no geral com o paladar infantil ; O #paladar infantil é puro e em construção e acho que tanto a família <quanto à escola são responsáveis por esse processo de construção =. O que me deixa abismada como uma escola para crianças de 4 Meses %o a 5 anos >o?o pode oferecer alimentos processados e</p>

	<p>ultraprocessados cheios de: corantes; açúcares; sódio; nitrato e nitrito (altamente cancerígeno); gordura hidrogenada</p> <p>Para crianças nessa idade</p> <p>Na verdade nem para essa e nem para qualquer outra idade, vamos combinar!?</p> <p>Esse assunto é mais preocupante porque isso é recorrente em escolas e creches de vários municípios. E quando pensamos que a última publicação da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008/2009) mostrou um dado alarmante: ataxa de sobrepeso e obesidade mais que quadruplicou para crianças de 5 a 9 anos ".# .nos anos 2000.</p> <p>Acho que já passou da hora das escolas contribuírem positivamente na #alimentação do escolar ou no mínimo não atrapalhar aqueles que primam por #alimentação saudável.</p> <p>Devemos lembrar que a alimentação na escola acontece 5X na semana, então tudo que se faz dentro do ambiente escolar não é uma exceção e sim uma regra. O que vocês acham ? 259 curtidas e 51 comentários</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Mesmo com todas as campanhas e conscientização sobre nutrição infantil, a situação dos hábitos alimentares infantis dos brasileiros ainda é preocupante, como alerta a autora da postagem. Estudo descritivo de prevalência realizado na Paraíba, demonstrou que as maiores prevalências de desvios antropométricos foram de sobrepeso e baixa estatura (PEDRAZA, 2016). Nas últimas décadas tem se observado uma ingestão muito elevada de gordura, sódio e açúcar e diminuição da ingestão de alimentos ricos em nutrientes, como fibras, verduras e frutas, gerando um grande impacto no sobrepeso infantil.

Vieira (2017), em estudo multicêntrico transversal, avaliou crianças que frequentam creches públicas e privadas e pré-escolas no Brasil, e identificou que principalmente as crianças matriculadas em creches privadas tinham um padrão alimentar caracterizado como "lanches", que é basicamente composto de alimentos rápidos de preparo e de baixa qualidade nutricional como doces, tortas, sanduíches e refrigerantes, ricos em açúcar e com alta carga calórica e glicêmica. Já as crianças que frequentam creches públicas tiveram menor ingestão desse tipo de alimento, e isso pode ser atribuído ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que preconiza a redução de alimentos processados, ricos em gordura, sal e açúcar em refeições infantis. Vieira (2017, p.53) afirma que:

Dessa forma, a creche desempenha um papel fundamental na ingestão alimentar de crianças, cria oportunidades para que elas ampliem o repertório de alimentos consumidos e construam uma referência de alimentação saudável, pelo modo como estão expostas a uma grande variedade de alimentos ricos em nutrientes em refeições escolares. Além disso, as creches apóiam a importância da educação nutricional e políticas públicas para garantir a qualidade das refeições escolares.

3.3.10 Tá na hora do papá

No período analisado, foi o perfil do Instagram que apresentou um maior número de postagens (290), com predomínio de postagens do tipo imagem. A autora é fonoaudióloga e posta suas experiências com IA participativa e BLW e o conteúdo é semelhante ao da página no Facebook. O perfil interage com os usuários e responde as dúvidas através dos comentários em cada postagem. O conteúdo se baseia principalmente na experiência e prática da autora.

Quadro 11– Postagens selecionadas no perfil Tá na hora do papá

Data	Assunto	Conteúdo
24/11/2016	Aleitamento materno	<p>Tetê power! www.conalco.com.br/#Repost@pediatriadescomplicada Palestra do Dr. Cesar Victora, sobre a importância do leite materno e o seu impacto na saúde da criança, da mãe, impacto social e também econômico! .</p> <p>O que sabemos em termos de ciência do leite materno é apenas a ponta do iceberg. Os benefícios do aleitamento materno são enormes, inúmeros e ainda pouco conhecidos. Ainda há muito para se descobrir. .</p> <p>Se o aleitamento materno fosse inventado hoje, essa pessoa mereceria receber 2 prêmios Nobel, o de medicina e o de economia. .</p> <p>Engana-se quem acredita que amamentação é coisa de "país não desenvolvido" ou ainda "países em desenvolvimento".</p> <p>O impacto do aleitamento materno na economia de um país é marcante.</p> <p>O aleitamento materno promove um ganho no PIB de 300 bilhões de dólares, o que corresponde a 0,5% do PIB mundial!!</p> <p>Em suma, a culpa NÃO é das mães, mas de toda uma sociedade que precisa se mobilizar em prol da amamentação! Isso em todos os níveis! Profissionais da saúde, políticos, governantes, família e toda a Sociedade!!!</p> <p>Quem vem com a gente nessa luta?</p> <p>Sobre asérie de amamentação do Lancet' bit.ly/28WZiRJU Bjo. Dra Kelly Marques Oliveira www.pediatriadescomplicada.com Pediatra e Consultora Internacional de Amamentação (IBCLC) 229 curtidas e 6 comentários</p>
15/10/2016	Choro	<p>Foto dos dois filhos dormindo juntos seguido de texto: Uma hora depois. Não sei se eu como, durmo ou tomo um banho, porque estou azeda. "Não pode deixar chorar"</p> <p>Ecoou na minha cabeça nessa 1 hora em que eu tentava a aparentemente simples tarefa de dar banho no Nini, dar mama pro Quim e colocar os dois pra dormir sozinha. Não, não aparentava ser simples, estou mentindo. Estava cagando de medo dessa hora. "Não pode deixar chorar"</p> <p>Ecoou na minha cabeça nessa mais longa 1 hora da minha vida, em que duas crianças choravam ao mesmo tempo.</p> <p>Deixei o Quim chorando. Fui dar banho a jato no Ni, chorando tb. "Expande os pulmões", sei lá, vai que é verdade. Não, não é.</p> <p>Dou uns berros, peço pelamor de deus, tenho vontade de chorar junto. Tudo sem raciocinar, porque quem raciocina com 2 crianças chorando ao mesmo tempo?</p> <p>Nini sai do banho chorando, pego Quim chorando no colo. O Ni tb quer colo, mas eu finalmente consegui parar o choro do Joaquim no peito. "Vem junto, tem colinho pros dois". Não, ele quer a exclusividade que eradele.</p> <p>Choraminga e aponta o berço, que é onde quer que coloque o irmão. "Ele tá mamando, filho..." Contrariado, ele vai pra outra cama, choraminga, parte meu coração em mil pedaços e dorme sem o colo. #MãeDeDois#UmaHoraEuPegoJeito</p>
		<p>PS: Acho que essa história de "expande os pulmões" de antigamente era pra deixar a consciência menos pesada, porque se eu tô assim com dois, imagina com 3, 4, 5... 10filhos!! 533 curtidas e 81 comentários</p>

20/10/ 2016	Sono	Eeeeeee!! Vamos fazer de novo, Joaquim? #DizQueSim Agora, falando sério, não foi a noite toda, foram umas 5 horas seguidas, o que pra mim foi rejuvenescedor... Mas... eles mudam TANTOOOO nesses primeiros dois anos de vida que, como mãe de dois eu te falo, nem crio muita expectativa rrsrs Eu lembro que quando o Ni completou 3 meses ele dormiu a primeira noite inteira! Nuu que alegria! Pensei: agora vai! Ahãaamm rrsrs Agora vai acordar de hora em hora até dois Anos de idade kkk 695 curtidas e 66comentários
----------------	------	---

Fonte: A autora, 2017.

É de conhecimento geral que o contexto familiar se modifica após o nascimento dos filhos e exige que a família se reestruture para lidar com as circunstâncias que surgem nesse período. O nascimento de um bebê pode ser extremamente desgastante em decorrência de novos hábitos e rotinas que surgem na família. Privação de sono, aleitamento materno, atenção praticamente exclusiva à esse novo integrante pode ser um evento estressante principalmente para as mães.

Em decorrência disso, Rapoport (2006) cita que uma rede de apoio social bem solidificada é importante e facilitadora para uma maternagem responsável, melhorando a qualidade de vida tanto dos pais quanto do bebê. Exemplo disso é que todos sabem que bebês não costumam dormir a noite toda no início do primeiro ano, porém na prática poucos entendem o que é acordar várias vezes de madrugada e perder o ritmo cotidiano diário, com privação de várias coisas que eventualmente faziam.

Nota-se que as postagens mais curtidas no período analisado foram exatamente as quais a autora fazia um compartilhamento do seu dia a dia da maternidade, expondo que seu filho pequeno ainda dormia muito mal e que a autora estava cansada. Muitos usuários curtiram justamente por esse post aproximá-los da maternidade real, fazendo com que se sentissem pertencentes a um grupo e que não estavam sozinhos passando por situações por algumas vezes desgastantes. Novamente, nota-se a formação de uma rede, um elo social que ligam pessoas com interesses e dificuldades em comum, formando uma comunidade.

3.4 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PARTICIPANTES DAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM SOBRE NUTRIÇÃO INFANTIL

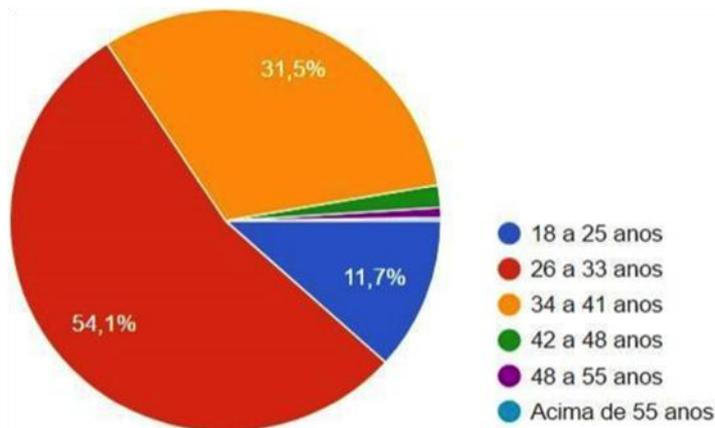
Em relação a análise do questionário, que foi disponibilizado nas comunidades de aprendizagem do Facebook, o preenchimento das questões foi permitido somente após a aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que 403 pessoas aceitaram participar e somente uma não aceitou. A partir do

questionário aplicado foram estabelecidas categorias da análise para exposição das respostas obtidas e compreensão dos seus significados. As categorias foram: A) Perfil dos participantes; B) Conhecimento sobre Nutrição Infantil; C) Redes sociais e nutrição infantil; D) Perguntas específicas para profissionais de saúde e familiares.

3.4.11 Perfil dos Participantes

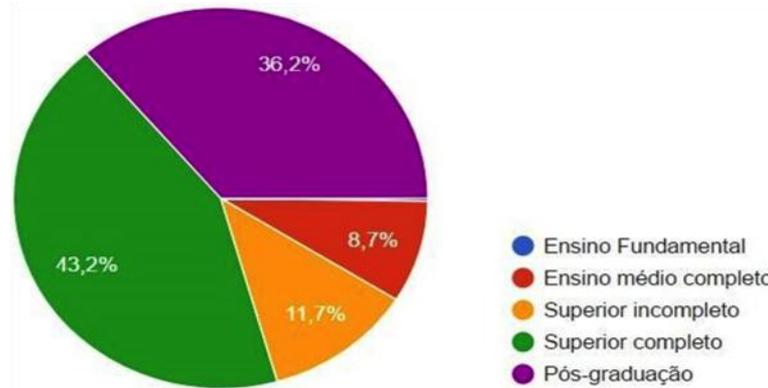
Antes de detalhar as respostas dos participantes é fundamental compreender o perfil para posicionamento sobre o ponto de vista a partir do qual eles constroem os conhecimentos e experiências sobre nutrição infantil. A maioria dos participantes (54,1%) estão na faixa etária entre 26 a 33 anos e 31,5% entre 34 e 41 anos (Gráfico 5), sendo 98% do sexo feminino.

Gráfico 5– Faixa etária dos participantes de comunidades de aprendizagem



Fonte: A autora, 2017.

O gráfico 6, sobre o grau de instrução, demonstra que o método BLW é procurado por famílias mais instruídas. 43% dos participantes tem graduação completa e 36% pós-graduação, sendo 79,4% com formação superior, representando um contingente maior que a média nacional ou que a média dentre os usuários de redes sociais. Segundo dados da ADNEWS (LIMA, 2015) sobre a escolaridade dos usuários de redes sociais “35% possuem o ensino médio (23% completo e 12% incompleto), 19% têm o ensino fundamental, e com ensino superior 17%”.

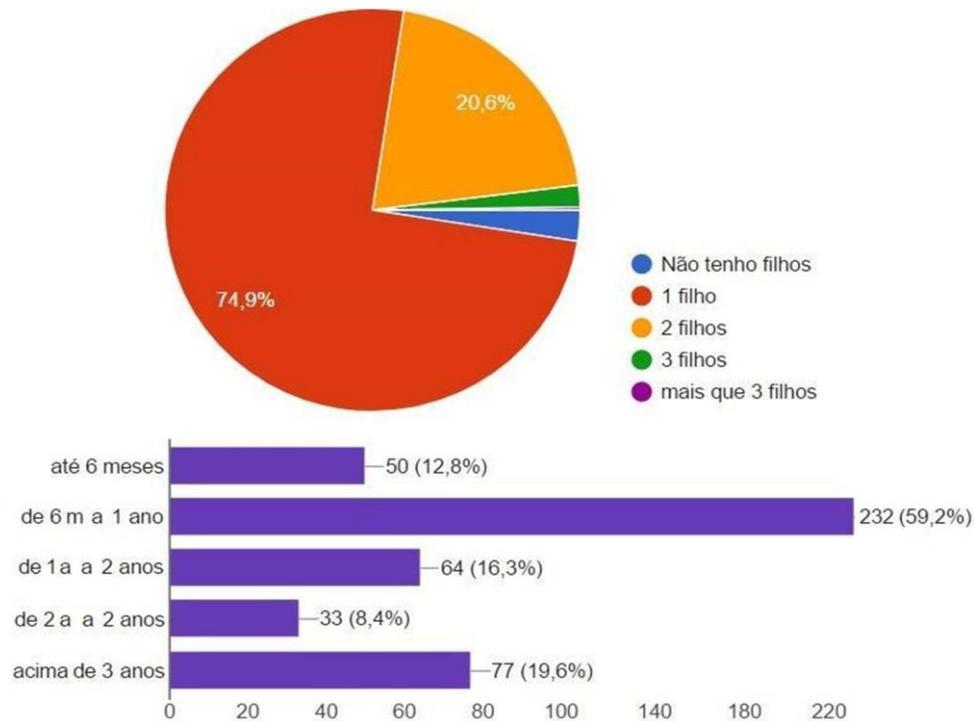
Gráfico 6– Formação dos participantes de comunidades de aprendizagem

Fonte:Elaboração própria, 2017.

O gráfico 7, demonstra os dados obtidos relacionados ao número e idade dos filhos dos participantes de comunidades de aprendizagem e observa-se que o resultado foi semelhante à média brasileira. Na última década os brasileiros tinham em média 2,14 filhos, já em 2014 esse número caiu para 1,74 diminuindo a taxa de fecundidade no Brasil (LISBOA– EBC, 2015).

Observou-se que 74,9% dos participantes tinham apenas um filho e que 59,2% tinham filhos na faixa etária de 6 meses até um ano que é condizente com a faixa etária em que ocorre a introdução alimentar. Pode-se concluir que os participantes buscam informações e conteúdo justamente por estarem iniciando uma fase nova na vida da família, com inseguranças e encontram apoio nas comunidades de aprendizagem.

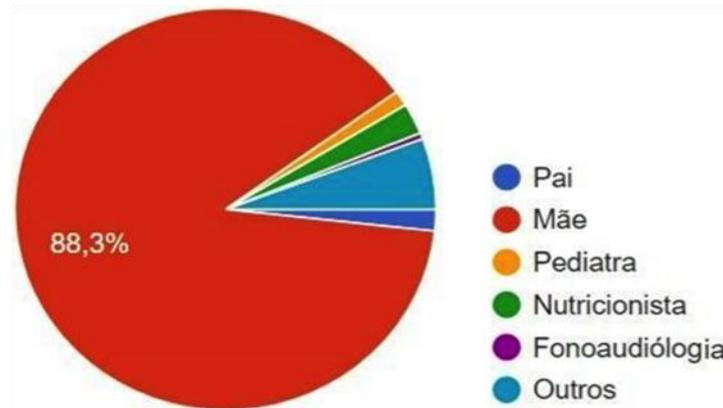
Gráfico 7– Nº e idade de filhos dos participantes de comunidades de aprendizagem



Fonte:Elaboração própria, 2017.

O gráfico 8 mostra que majoritariamente, 88,3% dos participantes dessas comunidades são mães. Apesar de um novo modelo sociocultural denominado como o “novo pai” ter crescido nas últimas décadas com a entrada da mulher no mercado de trabalho, ainda não desapareceram as marcas culturais e familiares em torno do pai como provedor, em especial de pais primários. Gonçalves (2014, p. 258) cita que: “O trabalho pago, as horas gastas fora de casa e os ideais de masculinidade dominantes continuam configurando as experiências dos pais hoje”.

Também essa discrepância de usuárias mães em relação aos pais, está relacionado ao fato de que 54% dos usuários de redes sociais são mulheres, que, por sua vez, postam e compartilham 40% a mais do que os homens (ADNEWS, 2015).

Gráfico 8– Tipo de participante de comunidades de aprendizagem

Fonte:Elaboração própria, 2017.

3.4.2 Conhecimento sobre nutrição infantil

Com relação ao conhecimento sobre nutrição infantil foram elaboradas questões dissertativas para os participantes expressarem suas opiniões ou experiências sobre o assunto. A questão 1 “Relate sua opinião e/ou experiência sobre aleitamento materno e fórmulas infantis”, com respostas que ressaltaram aspectos relevantes foram agrupadas em categorias, e selecionadas algumas respostas significativas detalhadas a seguir:

Quadro 12– Opinião e/ou experiência sobre aleitamento materno e fórmulas infantis

Categoria	Ocorrência	Exemplo de respostas
Leite Materno	121	<p>"O aleitamento materno é o melhor e mais completo alimento para os bebês. Mas não deveria ser tratado como algo romântico, pois não é nada fácil. A maioria dos profissionais de saúde não tem conhecimento técnico para ajudar. Até mesmo o banco de leite peca em conhecimento e um tratamento mais amoroso, segundo minha própria experiência."</p> <p>"Eu acredito que o alimento ideal para o bebê é somente o leite materno, a amamentação deve ser em livre demanda e exclusiva até os 6 meses, sem nenhum complemento alimentar e nem água."</p> <p>"Antes de ser mãe achava que amamentação era até os 6 meses, porém nunca tinha pesquisado sobre o assunto. Após o nascimento do meu filho comecei a ver a real importância da amamentação, que vai muito além de alimentá-lo. Pretendo continuar até o desmame natural."</p> <p>"Minha filha tem 8 meses, um bebê que nunca teve alguma virose ou gripe".</p>

Fórmula + Leite Materno	35	<p>"Tenho bebê de 3 meses e está no aleitamento misto, materno e fórmula. A fórmula só veio a nos auxiliar no ganho de peso já que somente com meu leite ela estava perdendo peso. Estes produtos vêm de anos de pesquisa nutricional por parte das indústrias alimentícias a fim de auxiliar, e caso a mãe precise lançar mão deste produto não deve ter preconceito. Sou a favor de utilizar menos industrializados possível, porém, existem casos que não existe outra opção."</p> <p>"No meu caso minha filha perdeu o interesse com o aleitamento materno logo após a introdução da mamadeira, após isso utilizei sempre a mesma fórmula que foi o leite em pó Aptamil. Fiz a introdução da mamadeira quando ela começou a frequentar o berçário. Nunca misturado chocolate em pó no leite."</p> <p>"Penso que o aleitamento materno deve ser incentivado sempre, pois além de ser o alimento mais completo fortalece o laço entre mãe e bebê, além de ser prático e de graça. Mas, na impossibilidade de amamentar acho ótimo que existam fórmulas que cheguem perto à composição do leite materno! Amamentei minha filha com leite materno exclusivamente até os 6 meses e parei de amamentar (não tinha mais leite) quando ela completou 9 meses".</p> <p>"Amamentação foi extremamente difícil com a minha primeira filha, apesar de me considerar preparada (sou médica). Ela era bastante impaciente e não conseguia esperar o leite sair. Várias vezes tive que tirar o leite e dar na mamadeira. Insisti e amamentei exclusivamente até os 4 meses, suplementando daí até os 7 meses. Com meu segundo foi mais fácil pois tem um temperamento diferente."</p>
Fórmula	18	<p>"Bom sei que o aleitamento materno é essencial para o bebê, mas não pude dar o peito pro meu filho e dei nestogeno e ele dá mesma forma é super saudável. Acho que vai de organismo pra organismo pois minha amiga dá peito pra sua filha e a criança é bem sensível e qualquer coisinha fica doente"</p> <p>"Nenhuma fórmula substitui a qualidade de vida do bebê amamentado, assim que parei de amamentar já começou a surgir as primeiras doenças imune"</p> <p>"Não pude amamentar por causa da minha mamoplastia e o Leite artificial foi necessário. Tive que mudar o leite umas 5 vezes entre idas e vindas e estou dando o AR por causa de refluxo.... Se eu pudesse escolher eu amamentaria sem problemas e se ficasse difícil nas madrugadas eu daria uma mamadeira noturna sem problema."</p> <p>"Aleitamento materno exclusivo em livre demanda até 6 meses, essa sempre será a melhor opção para os bebês. Acho que os profissionais de saúde devem cada vez mais trabalhar na prática para que isso seja uma realidade e não apenas uma frase pronta. Faltam profissionais especializados principalmente nos primeiros dias de vida do bebê para orientar e acalmar a mãe nesse momento".</p> <p>"Quando o leite materno não é possível por algum motivo, a fórmula infantil pode ser orientada e os laboratórios tem cada vez mais investido nessa linha - atualmente existem bons produtos no mercado, mas nada que possa ser igual ao leite materno. O leite materno tem questões nutricionais e imunológicas insubstituíveis " "Meu filho nasceu prematuro com baixo peso, e foi preciso utilizar fórmula como complemento para o ganho de peso. Acabou desmamando com 60 dias"</p>
Falta de apoio	18	<p>"Por desatualização da antiga pediatra dei fórmula, na época não tinha tanto conhecimento e precisei voltar a trabalhar, mas vi que não havia necessidade e tirei a fórmula"</p> <p>"O aleitamento materno exclusivo é fundamental, porém pouco incentivado pelos próprios profissionais da saúde, as mães chegam com muitas dúvidas e inseguranças. Na grande maioria começam por recomendação de pediatras a intercalar peito e fórmula, levando ao desmame precoce, onde a mãe poderia amamentar tranquilamente se tivesse apoio."</p> <p>"Com a primeira filha não tive orientação adequada para amamentar, usou fórmula NAN até 2 anos. Não tive problemas de alergia ou algo semelhante. Na 2ª amamentei até 2 anos, ao contrário da mais velha da pra contar "nos dedos" as vezes que usou remédio."</p> <p>"Amamentei minha filha até os 10 meses, visto que um dos pediatras me orientou a dar fórmula logo no primeiro mês, dizendo que meu leite era fraco e que minha filha não ganhava peso ideal. Visto que fui em apenas uma consulta. Não dei, e fui em outro pediatra que confiava e ele a avaliou, em dois meses e viu que seu ganho era contínuo e não reduzia seu peso. Parei de amamentar devido ao retorno ao trabalho que foi com 6 meses, apesar de ter conseguido ir até 10 meses na amamentação, mas a escola aparentemente não quis o "trabalho"descongelaromeupróprioleiteparadar.Entãocom8+ou- meses iniciamos as fórmulas apenas no período em que ficava na escola"</p> <p>"Meu primeiro filho tomou fórmula na maternidade porque chorou muito e eu achava que ele tinha fome. Então a pediatra autorizou dar fórmula. Com 9 meses resolvi desmamar porque queria que ele dormisse melhor. Teve várias infecções respiratórias. Com o segundo filho, tive mais informação e mamou apenas no peito até 6 meses. Após 8 meses começou a tomar formula na escola e mama até hoje no peito. Tem saúde ótima, raramente tem um resfriado."</p> <p>"Muitos pediatras não ajudam as mães a vencerem as batalhas do peito e já receitam os leites artificiais, mesmo sendo a das mães amamentar.Temos pouca informação e apoio na amamentação dificultando que a mãe consiga ultrapassar os problemas iniciais tão comuns, levando ao desmame precoce. "</p>

		<p>"Acredito que o LM é o ideal, mas LA ajuda muito tb. Na primeira filha precisei dar LA pela minha inexperiência e falta de rede de apoio, inclusive do pediatra. Tive depressão e precisei de medicamento, assim logo no segundo mês há suspendi o LM. O LA me ajudou a aceitar ajuda de outros para cuidar da minha filha."</p> <p>"Amamento até o momento com leite materno, desde seu nascimento. Acho primordial pra saúde da criança e da mãe o aleitamento materno até os 2 anos, porém a maioria dos pediatras influenciam grandemente as mães ao desmame precoce, substituindo por leite artificial ou mesmo de vaca, que sabemos não possuir a nutrição essencial para os bebês. Se não nos informar por aí sozinhas, caímos no erro do desmame precoce por influência dos próprios profissionais que deveriam incentivar o aleitamento materno."</p> <p>"Meu filho(8anos), alimentei com fórmula, tive dificuldades e falta de apoio na amamentação. Já com minha filha (6 meses), decidi que queria amamentar e busquei ajuda desde a gestação. Inclusive em redes sociais (GVA Grupo Virtual de Amamentação) e foi um sucesso."</p> <p>"Não consegui amamentar pelo fato do meu filho ter um refluxo agudo, mas acredito que se o pediatra fosse mais atencioso, poderíamos ter tentado outras maneiras de manter o aleitamento materno. Meu filho toma fórmula e hoje com 8 meses quase já deixou o leite"</p>
Rede de apoio	14	<p>"Desde o nascimento de minha filha tenho insistido no aleitamento exclusivo, recebi muita ajuda de uma consultora de amamentação e também de um grupo fechado do Facebook chamado GVA (grupo virtual de amamentação). Pediatras que consultamos insistiam no LA, mas hoje estamos só no peito. Aleitamento materno é a melhor escolha que uma mãe pode fazer pelos filhos."</p> <p>"Amamentei até os 8 meses e meio minha primeira filha, foi um processo difícil, não obtive apoio familiar e todos ao meu redor emitiam opiniões que minavam minha autoestima, porém nisso os grupos virtuais me ajudaram e encontrar profissionais lindos e comprometidos me auxiliaram a continuar. Sou satisfeita por ter seguido em frente e ter escolhido amamentar."</p> <p>"Amamento em livre demanda, exclusivamente. Nada de horários ou tempo de mamada. Minha filha mama quanto e quando quiser. Antes da minha bebê nascer, busquei ler o máximo possível sobre amamentação em páginas no Face e YouTube de pediatras e de mães sobre o assunto. Sempre observando o que era algo de comprovação científica e o que eram relatos de mães com suas próprias experiências."</p> <p>"Amamentei exclusivamente no peito até 6 meses... hoje minha filha tem 1 ano e 1 mês e ainda mama no peito, aceitando poucas vezes a fórmula indicada pela nossa pediatra (Aptamil). No começo (primeiros 2 meses de vida) foi muito difícil e muitas mulheres desistem (me ajudou muito o apoio incondicional do meu marido e minha mãe, sempre me ajudando)."</p>
		<p>"Nunca usamos fórmulas e o AME foi até os 6 meses dos dois filhos. Tudo isso a duras custas, enfrentando pitacos alheios. Sem as redes sociais não teríamos conseguido."</p> <p>"Não tive grande dificuldade quanto a amamentação. Porém, as informações prestadas no grupo GVA do Facebook me ajudaram a me sentir mais confiante quanto ao meu leite e evitar coisas q pudessem atrapalhar a amamentação, como chupeta e mamadeira. Acredito que as fórmulas devem ser usadas somente em casos muito específicos."</p> <p>"Foi graças ao Grupo Virtual de Amamentação que eu não tive depressão pós parto hoje busco toda leitura informação possível não aceito nada sem antes ter lido no SBP e OMS, a pediatra tentou que eu desse alimento ao meu bebê com apenas 4 meses disse não."</p> <p>"Tenho gêmeas de 1,4 ano e com a ajuda das redes sociais eu fui estimulada a amamentar exclusivamente as duas sem dar fórmulas. Amamento até hoje."</p> <p>"Primeira filha parou de mamar aos três anos. Nunca usou mamadeira, chupeta e formula. Fomos acompanhadas por pediatra que apoia a livre demanda."</p>

Fonte:Elaboração própria, 2017. Nota: *LM: leite materno *LD: livre demanda *IA: introdução alimentar

Analisando as respostas obtidas, a maioria dos participantes cita a importância do aleitamento materno e seus benefícios. A criança que recebe aleitamento materno apresenta um ganho de peso de forma mais adequada devido a quantidade equilibrada calórica e protéica e este leite possui uma grande quantidade de anticorpos aumentando a prevenção contra agentes infecciosos, inclusive protegendo contra infecções do trato respiratório. Segundo Santos (2015) crianças amamentadas no seio materno apresentam menores taxas de internação e mortalidade por doenças diarreicas, menos chance de desenvolver resistência insulínica e conseqüentemente menos chance de diabetes. Também é maior o nível cognitivo e motor em relação

àquelas amamentadas somente com leite artificial (WEFFORT, 2012).

É importante ressaltar, do ponto de vista do pediatra, que a sociedade vem enxergando os inúmeros benefícios do aleitamento materno, tanto que estes foram citados diversas vezes nas respostas. Isso decorre do esforço principalmente nas últimas décadas das campanhas do Ministério da Saúde, Sociedade de Pediatria e dos profissionais de saúde que vem apoiando cada vez mais essa prática. Um exemplo disso, é a taxa crescente de hospitais que se tornaram e estão aderindo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, desde 1992, luta para proteger e apoiar o aleitamento materno. Idealizada pela OMS e pela Unicef, com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que levam informação aos profissionais de saúde e sociedade, adoção de leis que o protejam o trabalho da mulher que está amamentando, desestimulam o uso de bicos, chupetas e mamadeiras e combatem a livre propaganda de leites artificiais para bebês.

Porém, mesmo tendo 121 respostas que citaram saber dos benefícios e importância do leite materno, a falta de apoio ao aleitamento materno exclusivo e em livre demanda foi citada em 18 respostas.

O profissional de saúde, seja ele o médico, enfermeiro ou nutricionista, precisa reconhecer que amamentar pode ser uma prática complexa, e para que haja um bom desfecho esse profissional deve valorizar os fatores psicológicos, socioculturais e experiências dessa mãe que está iniciando a amamentação. Sabe-se que o sucesso da amamentação está diretamente relacionado ao que a gestante já vivenciou ou ao que ela acredita ser o adequado. É primordial que a equipe de saúde faça o acolhimento dessas mães e seus bebês, estando disponíveis para escutá-las e encorajá-las, além de esclarecerem dúvidas e angústias e avaliando cada caso individualmente.

Rego (2002) afirma, que o motivo alegado por muitas famílias para o desmame precoce vem da recomendação da própria equipe de saúde em 31,4% dos casos, o que justifica a importância da capacitação dos profissionais de saúde para aumentar a prevalência do aleitamento materno.

Estudo descritivo realizado por Arantes (2008) que buscou descrever e analisar concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais de nível

superior, obteve várias respostas inadequadas principalmente em relação à amamentação em livre demanda e a complementação com leite artificial. O curioso é que a amamentação em livre demanda é uma conduta que vem sendo estipulada há vários anos, porém 18,8% dos profissionais de nível superior da área da saúde (médicos da família, ginecologistas e obstetras, pediatras e enfermeiros) ainda a desconhecem. Dentre todas as questões, esta foi a que os pediatras menos acertaram (73,7%) e 28,8% dos profissionais afirmaram que é preciso determinar horários regulares para as mamadas, o que novamente contraria a livre demanda.

É estabelecido que quem dita os horários e tempos das mamadas é sempre o bebê, e o insucesso da amamentação está relacionado à falta de livre demanda, pois o corpo da mãe produz o leite conforme a sucção dos bebês, conseqüentemente quanto mais o bebê sugar sem horários ou regras, mais leite será produzido.

No cotidiano da prática profissional pediátrica observa-se que as avós, que normalmente são as referências de modelos aos cuidados com os bebês, podem ocasionalmente também transmitir crenças, tabus e mitos atuando como um fator desestimulador para a amamentação. Algumas mães sentem insegurança e a falta de confiança em acreditar que seu próprio leite possa ser fonte ideal de alimentação para seu próprio bebê nos primeiros seis meses. Aliado a esses sentimentos, a falta de apoio dos profissionais, familiares mais próximos e até mesmo de outras mães culminam em um menor índice de aleitamento.

O desmame precoce sofre influência de variáveis que afetam o desmame precoce ou a extensão da amamentação podendo ser divididas em cinco categorias: a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação; b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação desejo de amamentar; d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais; e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos. (ARAÚJO, 2008, p. 489)

A importância de uma rede de apoio foi citada 14 vezes. Muitos participantes relataram que se não tivessem ido buscar conhecimentos ou experiências em comunidades de redes sociais, como por exemplo no grupo GVA (Grupo Virtual de Amamentação) citada algumas vezes, não teriam tido sucesso no aleitamento materno. Inclusive, algumas mães relataram que por falta de conhecimento no primeiro filho não amamentaram, porém na segunda gestação procuraram apoio e

informações e conseguiram manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Conforme pesquisa de revisão integrativa realizada por Monte, Leal e Pontes (2013, p.151) analisando mais de trezentas publicações de 2007 até 2012 os três fatores principais que apóiam a amamentação são:

Cultura popular/familiar como determinante das práticas do aleitamento materno em detrimento ao apoio dos profissionais de saúde; Redes sociais de apoio à mulher sendo favorecedora do processo do aleitamento materno; Práticas educativas exercidas pelos profissionais de saúde no pré e pós-natal como elemento favorecedor para o início e manutenção do aleitamento materno.

Ainda na categoria sobre nutrição infantil, a segunda questão solicitava que os participantes expusessem seus conhecimentos de forma discursiva sobre a introdução alimentar (como oferecer, o que oferecer, quando oferecer). A maioria das respostas foram de acordo com o preconizado pela OMS e SBP, seguindo a orientação de não liquidificar os alimentos, de somente iniciar após os 6 meses ou quando o bebê consegue sentar sem apoio, ofertar uma boa variedade de fibras e proteínas, e grande parte dos participantes relataram não usar sal até 1 ano e evitar açúcar até os 2 anos de idade. As principais respostas foram categorizadas no quadro a seguir:

Quadro 13– Conhecimento sobre a introdução alimentar

Categoria	Ocor- rência	Exemplo de respostas
Como oferecer o alimento	35	<p>"Deve ser iniciada a partir do 6 mês através de papas, nunca batidas ou trituradas, mas sim amassadas, evitando temperos artificiais. Dar preferência a alimentos orgânicos, a dieta deve ser balanceada. Evitar o uso de sucos dar preferência a frutas in natura. Manter aleitamento materno de preferência no mínimo até os 2 anos. Uma ótima opção para a introdução é o método blw o qual proporciona a criança conhecer melhor as características do alimento do que quando oferecido através de papas, além de outros benefícios"</p> <p>"Graças a o grupo do face sobre IA, eu sou bem rigorosa com a alimentação dela, sigo todas as recomendações da oms, não liquidifico, não uso sal, não dou industrializados, nem doces. "</p> <p>"Tenho pesquisado a oferta de alimentos para a introdução alimentar, a partir dos 6 meses, tudo vai depender dá aceitação do bebê, mas penso em algo misto entre BLW e a tradicional. Uma fonte de informação bem legal é a página no Facebook chamada Tá na hora do papá. "</p> <p>"Desde que engravidei sabia muito pouco. Apenas o que é ensinado entre familiares e vizinhas. Então busquei muitas informações na internet, principalmente YouTube, baby Center, e grupos páginas no Facebook. Aprendi sobre aleitamento exclusivo até seis meses e que tinha algumas formas de introdução de alimentos a tradicional, que seria através de papinhas e a BLW que dá ao bebê mais autonomia para comer o alimento como ele realmente é (cozido)"</p> <p>Desde a gravidez pesquisei sobre IA, logo sempre soube que se inicia aos 6 meses independente do tipo de aleitamento (LM, LA ou misto). Nunca gostei das papinhas, então fui pesquisar sobre outros tipos de IA e conheci a IA participativa e o BLW e optei por mesclar. Desde os 6 meses corrigidos minhas gêmeas se alimentam sozinhas sem produtos industrializados, preparo 100% da alimentação delas, não consomem doces, nada com açúcar adicionado nem sal e nem derivados do leite. Consomem macarrão e ovo desde o início e até o momento não apresentaram nenhum tipo de intolerância ou alergia. Quando o pediatra liberou o início da IA passamos com uma nutricionista pediátrica para ter uma direção e continuamos assim até o presente(11m3d)"</p>

		<p>"Acredito que a IA deva ser pensada para oferecer respeito à criança. Por isso escolhi o método BLW para a IA do meu filho. Oferecemos alimentos em formatos de palito, bolinhos e agora que ele já faz o movimento de pinça oferecemos pedaços menores também. Acredito que o processo deva ser gradual e tranquilo para todas as partes."</p> <p>"A partir de 6 meses começou a introdução com frutas (banana, mamão e maçã). Quando começou a dieta salgada eu cozinhava vários legumes, com ou sem carne e depois batia no liquidificador. Isso no início. Depois de uns 2 meses comecei a amassar a comida.... Depois comecei a deixar pedaços maiores. Somente com 1 ano e meio meu filho aceitava a comida normal da casa e eu somente amassava um pouquinho pra ele. Essas orientações me foram dadas pelos 2 pediatras que atenderam meu filho nesse período."</p> <p>"INICIEI ORIENTADO POR PEDIATRA - LÍQUIDOS PARA SOLIDOS GRADUALMENTE"</p>
Quando iniciar	58	<p>"A IA deve ser iniciada após os 6 meses, de acordo com o desenvolvimento do bebê. Ele deve sentar sem apoio e demonstrar interesse pelos alimentos que consumimos. Os alimentos oferecidos devem ser bem variados, desde que sejam naturais, de forma separada e mantendo as texturas. Nunca devem ser peneirados ou batidos. Até 1 ano, evitar sal, não oferecer leite e derivados e mel. Açúcar somente após 2 anos de idade. O leite materno é o principal alimento até 1 ano e após isso, torna-se um complemento. Amamentação até 2 anos ou mais. "</p> <p>"IA começa aos 6 meses. Pode se oferecer qualquer alimento: frutas, verduras, carnes. Como a família achar adequado. No BLW além do bebê ter 6 meses precisa estar sentando sem apoio e ter interesse pelo alimento. O legal é começar com um alimento por dia. Por 3 dias. Principalmente com bebês alérgicos, para observar possíveis reações. Aqui começamos com legumes. Brócolis, cenoura, couve flor, chuchu, abobrinha. Tudo cozido, mas não muito mole, em forma de palito e sem sal ou açúcar. Primeiro mês assim, depois comecei a refogar com cebola, alho, temperos naturais. O horário deve ser flexível, de acordo com a demanda do bebê. Não deixar o bebê com fome para oferecer comida. Eles não sabem que aquele brinquedo novo é alimento. Continuar com livro de demandas sempre."</p> <p>"Segui as recomendações da OMS e da SBP. Introdução alimentar após os 6 meses, com bebê capaz de sentar sozinho sem apoio. Li sobre alergias, segurança para evitar engasgos, modo de preparo dos alimentos, temperos, higienização. "</p> <p>"Busquei muita informação nas redes sociais. Só ofereci alimentos após os 6m, amassados com garfo ou cortados, nunca dei suco, tento deixar o bebê manusear os alimentos e nunca forço a comer"</p> <p>"Aprendizado de mãe para filha. Iniciamos a alimentação com frutas e sopa, a partir dos 4 meses, acompanhando com pediatra e amamentação. "</p> <p>"Comecei a oferecer frutas a partir dia 4 meses com orientação do pediatra. "</p> <p>"Segui criteriosamente as recomendações para a idade deles a partir dos 4 meses, onde aos poucos iniciei com papinhas de fruta (maça "cozida" e raspada, não industrializada)"</p>
Quais alimentos	51	<p>"Sempre segui a orientação do pediatra. Iniciei com suco de laranja, frutas e aos poucos sopa. "</p> <p>"Tenho pouco conhecimento e fui mal instruída pelo pediatra. Ele mandou eu dar farinha láctea com leite em vaca pra um bebê de seis meses.... Achei meio ultrapassado. Era um idoso. "</p> <p>"Estou nessa fase e sentindo muitas dúvidas. O pediatra não deu nenhuma orientação prática, totalmente desatualizado. Tudo que aprendi foi em canais de mães no face e nutris. Oferecer: alimentos frescos e sem adição de sal. Frutas e verduras são livres. Armazenar em potes próprios e no congelador. Para descongelar tirar do freezer e deixar na parte baixa da geladeira."</p> <p>"Primeiramente amamentar exclusivo até os seis meses, sem privação de qualquer alimento, pois o leite materno apresenta nuances do que foi ingerido pela mãe. A partir dos seis meses, introdução lenta e gradual de alimentos (legume, verduras, carnes e frutas) em papinha ou inteiro. Aqui fomos de BLW e fomos muito recompensados. Uma criança de três anos que adora fruta, verduras... Porém, faltou apoio e respeito de familiares, pois o que interessa é o número de colheradas, opão, bolacha. Nunca vi ninguém oferecer um bom prato ou frutas. A avó substituiu comida por pão, mesmo sabendo o quanto isto é um complicador. Precisamos chamar a atenção das famílias! A responsabilidade não pode ser apenas dos pais! Mais pesquisas precisam divulgadas. Poucos se preocupam com a alimentação infantil."</p>

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Durante a análise das respostas, observou-se que muitos respondentes citaram sobre buscarem informações ou quem os orientou sobre o início da introdução alimentar. Algumas informações obtidas divergem de literaturas científicas

atualizadas. Como exemplo disso, exemplifica-se o fato de que vários familiares introduziram os alimentos de forma precoce e batidos no liquidificador, segundo eles, conforme orientações de pediatras. Também conforme orientação da OMS e SBP alimentos derivados do leite de vaca só devem ser ofertados a partir de um ano de idade e sucos devem ser evitados. Os responsáveis devem sempre preferir a fruta em sua forma *in natura*, por desta forma preservar as fibras do alimento e estimular a mastigação, além de a fruta em forma de suco conter uma quantidade maior de frutose e deve ser desestimulada.

A introdução alimentar precoce (antes dos 6 meses) pode diminuir a duração do aleitamento materno, interferir na absorção de nutrientes importantes do leite materno e aumentar o risco de engasgos. A forma de preparo da alimentação de forma líquida ou sopa deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, pois o ideal é que ela seja pastosa/consistente, para que seja estimulada a mastigação do bebê e para que a refeição atinja a densidade energética mínima desejada. A criança após os 6 meses, normalmente já possui as gengivas suficientemente endurecidas e maturidade neurológica para a mastigação e deglutição (SALDIVA,2007).

Notou-se também que muitos participantes com informações adequadas (seguindo OMS, SBP e literatura científica) e atualizadas sobre introdução alimentar, citaram que adquiriram esse conteúdo em comunidades de aprendizagem nas redes sociais. Além disso, vários participantes também citaram o método BLW, mesmo isto não tendo sido questionado na pergunta título:

"Todos os alimentos podem ser oferecidos desde o princípio, com exceção do mel, açúcar e sal. A criança deve mostrar prontidão para iniciação da alimentação, ou seja, deve sentar, ter controle do pescoço, demonstrar interesse quando alguém come perto dela, pegar e levar a boca sozinha. O método que utilizo é Blw, então a criança tem autonomia na alimentação e os alimentos são oferecidos cozidos no vapor e em forma de palitos para facilitar a pega. "

"Ao meu filho, usei método tradicional, as papinhas. Com a felizarda, filha de uma mãe mais madura, tive dificuldades com as papinhas, ela vem rejeitando, aí comecei a oferecer alimentos em pedaços grandes e me lembrei de ter lido algo a respeito durante a gestação e descobri que essa técnica tinha nome, a BLW. Comecei a estudar e utilizar com sucesso por aqui. Respeito os horários, quantidades e curiosidades dela, sem muita rigidez para as refeições "

259 participantes optaram por não opinar sobre esse assunto e deixaram as respostas em branco. Em relação ao próximo questionamento foi solicitado que os participantes emitissem sua opinião sobre alimentação industrializada para as crianças e citassem exemplos do que consideram alimentos industrializados.

Quadro 14– Alimentos industrializados – Opinião e exemplos

Categoria	Ocor- rência	Exemplo de respostas
Evito oferecer	75	<p>"Nunca ofereci alimentos industrializados para as crianças (papinha)."</p> <p>"Alimentos industrializados não devem ser oferecidos a crianças, como biscoitos recheados, embutidos, macarrão instantâneo etc. "</p> <p>"Devem ser evitadas o máximo de tempo possível. Como exemplos essas papinhas prontas imaginem o tanto de conservantes que tem para durar tanto tempo. Após os 2 anos da criança fica cada vez mais difícil evitar doces"</p> <p>"Papas de potinho, sucos de caixinha e pacotinho, salgadinhos, bolos etc... são ricos em corantes, conservantes, açúcares, gorduras e etc.</p> <p>Sao extremamente ruins a curto prazo por nos proporcionar que a criança conheça os alimentos in natura, aumenta taxa calórica com gorduras trans, vicia o paladar da criança para alimentos açucarados, que gera excesso de energia, levando a dificuldade de concentração e irritabilidade. A longo prazo aumenta as chances da criança desenvolver obesidade, dislipidemia, diabetes tipo 2, esteatose hepática, e também a criança que não aprende a comer alimentos saudáveis, quando adulto tem maior dificuldade para se adequar a uma dieta balanceada."</p> <p>"Totalmente contra. Até os dois aninhos o bebê não precisa de nada de industrializados, cheios de açúcar, sódio e conservantes. Não existe nada mais prático que descascar uma banana e dar o peito, claro."</p> <p>"Os alimentos que nós apresentamos a nossas crianças nos primeiros anos de vida é muito importante pra vida deles. Então não dê a seu filho esses tipos de alimento com conservantes que são lotados de sódio e açúcar. Além de causar um pacto enorme a saúde de seu filho ainda pode estar afetando o ganho de peso da criança, obesidade infantil. "</p> <p>"Como profissional da saúde sou totalmente contra alimentos industrializados para crianças, quanto mais natural melhor. "</p> <p>"Sou contra alimentação industrializado, pois geralmente possui muita gordura e sódio, como por exemplo, miojo. Além de que possuem algum tipo de conservante, o que prejudica geralmente são alimentos de alto índice calórico e baixo índice nutritivo"</p> <p>"Sou contra alimentos industrializados tipo Danoninho, bolachinha recheada, salsicha, suco, etc. Um dia sei q minha filha vai comer, mas enquanto eu puder não oferecer nada dessas coisas, não vou oferecer, ela tem um ano e cinco meses. "</p> <p>"Com o primeiro filho por falta de informação "permiti" que oferecessem refrigerante quando tinha 1 ano enacasademeuspaiselecomiabalasdeiogurte. Na segunda experiência como mãe foi completamente diferente.... recebi muitas informações (da pediatra) em relação à alimentação do bebê. Como deveria preparar os alimentos e o que NÃO oferecer Ela também falou-me sobre o método blw. Busquei informações, li sobre as experiências das mães que já haviam experimentado (principalmente no Instagram)"</p> <p>"Acredito que essa deva ser evitada ao máximo.Pois estes produtos contém muitas substâncias que não são boas para o organismo. Um exemplo é o danoninho que algumas pessoas oferecem para bebês e o fabricante recomenda acima de 4 anos "</p> <p>"Sempre tive um pouco de reservas quanto a bebês consumirem muitos produtos industrializados e depois que engravidei e comecei a entender mais a IA e a importância dessa fase resolvi que as minhas filhas vão comer industrializados o mais tarde possível, enquanto eu conseguir adiar, assim vou fazer. O pediatra que as acompanha desde os 4 meses incentiva essa alimentação mais natural, então não cogitamos oferecer engrossantes no leite (mucilon, cremogema, etc) ou qualquer outro industrializado "</p> <p>"Considero irresponsabilidade oferecer industrializados para crianças, por exemplo: refrigerantes, enlatados, embutidos, biscoitos recheados, sorvetes"</p> <p>"Li uma frase num grupo que eu participo 'descasque mais e desembale menos os alimentos que você irá oferecer ao seu filho' e levo essa frase pra minha vida"</p>
Ocasionalmente ofereço	19	<p>"Acho que não deve ser um hábito diário e sim pra uma emergência! "</p> <p>"Assim como citei acima, minha preferência seria menos industrializados, porém, não tenho preconceitos caso exista a necessidade de utilizar. "</p> <p>"Nao costumo dar para as minhas filhas mas as vezes dou um miojo mas sem o tempero. "</p> <p>"Não gosto de dar nada industrializado, algumas vezes acabo dando um danoninho ou um yakult, mas as vezes quando saímos ela acaba comendo na casa dos outros. Como cachorro quente (salsicha), suco de caixinha, chips e entre outros. "</p> <p>"Ela nunca tomou refri, desde que engravidei parei de tomar então em casa não tem. Quando saímos ensinei para ela que faz mal e ela nunca quis experimentar. Na verdade não gosto de nada industrializado, mas as vezes na emergência eu dava papinha da Nestlé"</p>
Ofereço	7	<p>"Alimentação industrializada do tipo papinhas eu usava em emergências, pois meu sogro comprava, quando tinha que sair com o bebe. Em casa, sempre cozinhava legumes frescos</p>

	e carne para fazer a papinha ou refeição. Fiz uso de iogurtes de bandeja e raramente danoninho. Dava fruta com farinha láctea ou mucilon"
	"Novamente pequei.... Dei papinhas industrializadas p o primeiro filho.... Sei q errei, mas a falta de esclarecimentos e tempo (cômodo) era conveniente... Hoje nao dou mais devido aos conservantes, fora a falta das vitaminas...eram doces e salgadas da famosa marca Nestle" "Sempre fui a favor de fazer alimentação mais saudável, sempre fui oferecendo frutas, verduras e legumes. Não vou negar que não dou alimento industrializado tipo danoninho, bolacha, trabalhando fora nem sempre da tempo de fazer um lanchinho diferente. Mas quando estou em casa tento fazer algo mais saudável." "Não sou favorável, porém ela consome Danoninho. " "Devido a grande correria do dia a dia, procuramos sempre nos alimentar de forma rápida e pratica, e aí escolhemos os industrializados (biscoitos, Danoninho... entre outros) para oferecer aos pequenos ... isso pra poder chegar a tempo nas atividades... pra criança não fazer sujeira... etc etc ... Sabe-se que esses são os grandes vilões do excesso de peso nas crianças... somadas ao sedentarismo. Oferecer frutas, como citei anteriormente, é uma tarefa árdua. Exige muito tempo e paciência! "

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Os hábitos alimentares são adquiridos baseados no paladar da infância, que foi adquirido e transmitido pelas famílias e tradições culturais, crenças que são passadas de geração a geração. Com a modificação da sociedade e da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho o cenário familiar vem se adaptando a esse novo estilo de vida. Os genitores têm reduzido a disponibilidade de tempo para o cuidado da alimentação familiar, além de possuírem maior acesso a uma variedade de alimentos industrializados e pela comodidade do fácil preparo e rápido consumo dos alimentos. Essa substituição do padrão alimentar por alimentos processados e ultraprocessados vem contribuindo significativamente para o empobrecimento da nutrição infantil.

Polônio e Peres (2009), alertam que essa tendência do rápido e pronto consumo vem contribuindo para o aumento de doenças crônicas não-transmissíveis, como as doenças do aparelho circulatório, diabetes, obesidade, dislipidemias e neoplasias. Associado a isso, afirmam que as crianças não têm a capacidade e maturidade cognitiva para controlar e equilibrar o consumo desse tipo de alimento tal como um adulto, e por serem imaturas do ponto de vista fisiológico estão mais propensas a terem reações adversas provocadas pelos inúmeros aditivos e corantes presentes nos alimentos industrializados. Os corantes presentes principalmente no grupo dos doces (achocolatados, biscoitos, refrescos, gelatinas) pertencem ao grupo Azo que é reconhecido pelo seu potencial causador de reações alérgicas como asma e urticárias.

É de conhecimento geral que hoje o problema da obesidade infantil é alarmante. Esse desequilíbrio do estado nutricional está relacionado ao consumo inadequado, geralmente de industrializados, que possuem um alto teor de gordura, açúcares refinados, sódios e aditivos alimentares, e associado também ao sedentarismo (RABELO, 2014). Ainda sobre essa questão:

A obesidade vem se tornando um sério problema de saúde pública no Brasil

e no mundo, afetando crianças de todas as idades, classes sociais, raças e etnias. O resultado da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, revelou que situações de excesso de peso em relação à altura foram encontradas em 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos, variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul, o que indica uma exposição moderada e crescente à obesidade infantil em todas as regiões do país. (FECHINE, 2015, p.17).

Nota-se que a maioria dos entrevistados condena a utilização de industrializados e percebem esses alimentos como não saudáveis, porém utilizam em seus domicílios. Fechine et al. (2015) afirmam que essa utilização tão disseminada vem da comodidade desse tipo de alimento, mas tem também a mídia como um fator de propagação e disseminação inclusive com a participação da mídia televisionada.

Rabelo e Alves (2014) em estudo do tipo transversal descritivo com 148 crianças, entre quatro meses e cinco anos demonstraram que os pais são os responsáveis por mais de 40% na influência da introdução de *petit suisse*, seguido de 23% da participação familiar. Os alimentos que são mais freqüentemente apresentados às crianças foram: queijo *petit suisse*, sucos de caixa, chocolates e iogurtes. Este estudo não citou as papas industrializadas, que no nosso questionário foi citado pelos pais diversas vezes.

O leite de vaca e seus derivados apresentam elevada quantidade de proteínas de difícil digestão para o lactente, inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, alto teor de sódio, cloreto, potássio e fósforo e falta de vitaminas e minerais necessários para a faixa etária. Além disso, aumentam a incidência de anemias ferroprivas e a chance de sangramentos intestinais (BORTOLINI et al., 2013).

O macarrão instantâneo que foi citado em uma resposta de nossa pesquisa ultrapassa 459% o recomendado da ingestão diária de sódio. Como justificativa para a utilização desses produtos estão: rotinas aceleradas, não exigem longos preparos, são de fácil transporte, não exigem refrigeração e a praticidade de que qualquer pessoa pode oferecer à criança. Muito preocupante é o fato de que esses alimentos vêm substituindo alimentos naturais como frutas, vegetais e tubérculos (RABELO, 2014).

Outro fator alarmante é que o grupo familiar composto por avós, pai, tios tem uma grande participação na inserção de alimentos com açúcares refinados e calorias vazias, como pirulitos, balas e doces (RABELO, 2014). O Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola indica que a introdução de alimentos industrializados seja feita o mais tardiamente possível, nunca antes de um ano de idade sempre priorizando uma dieta natural, rica

em frutas, vegetais, cereais e leguminosas. Essa introdução precoce leva à formação de hábitos alimentares viciosos e não saudáveis.

A última questão dessa primeira parte do questionário buscava compreender a opinião sobre alguns alimentos como: *petit suisse*, iogurte, achocolatado, espessantes de leite, sucos de caixinha e refrigerante. O quadro 15 retrata as opiniões e hábitos com relação a esses alimentos:

Quadro 15– Uso de alimentos como petit suisse, iogurte, achocolatado, espessantes de leite, sucos de caixinha e refrigerante

Alimento	Opinião / Uso		
	Nunca	Uso eventual	Uso habitual
Petit suisse	282	86	35
Iogurte	173	40	190
Achocolatado	307	52	44
Espessantes de leite	333	34	36
Sucos de caixinha	324	59	20
Refrigerante	354	38	11

Fonte: A autora, 2017.

Analisando as respostas citadas observou-se que o produto mais utilizado majoritariamente é o iogurte seguido pelo achocolatado. Apenas 11 participantes relataram o consumo de refrigerante habitualmente e 354 disseram nunca ter dado refrigerante aos filhos. Abaixo algumas das respostas obtidas:

Petit Suisse

“Alimento que na própria embalagem já vem a indicação de 4 anos, não acreditei que minha pediatra ofereceu pro meu filho a partir dos 10 meses de idade dele (ela alegou que era pra ser uma sobremesa diferente de fruta e ela diz que ele não é APLV, sendo que o alergista disse que sim e ele tendo todos os sintomas). Açúcar, corantes, leite... nada saudável!”

“Através de pesquisas vi que não é recomendado para menores de 4 anos. Dou esporadicamente (uma vez por mês) quando não tem frutas em casa, como uma forma de não deixá-la sem comer.”

“Com limites e após 4 anos, não vejo problema em ser consumido. Se eu tiver oportunidade de eu mesma fazer o danone em casa, farei com certeza.”

“Muito bom! Meus filhos adoram!”

“Acompanhava o senso comum achando que se tratava de um alimento saudável. Hoje sei q não é e não ofereço aos meus filhos.”

“Meu bebê comeu depois de 8 meses, não gostou na primeira tentativa, mas as vezes ele aceita. Ofereço quando ele não aceita outra alternativa de café da manhã, como por exemplo um mingau de aveia ou omelete, uso como última alternativa.

Toloni et al. (2014, p.41) analisaram o Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches da cidade de São Paulo com 389 crianças para identificar a idade de introdução do queijo *petit suisse* (QPS) e do macarrão instantâneo (MI) na dieta de lactentes. Como citado anteriormente, a introdução alimentar só deve ser iniciada a partir dos 6 meses de idade, porém eles identificaram que erroneamente 48% das crianças em idade até os 6 meses de vida já haviam consumido queijo do tipo *petit suisse*. O queijo *petit suisse* ultrapassa em mais de 400% a quantidade de proteínas necessárias se comparados ao leite materno, o que pode aumentar as chances de desenvolver obesidade na idade escolar. Afirmam também que é maléfico o fato de: "as quantidades elevadas de cálcio e de sódio nesse produto, que ultrapassam em 300% as necessidades diárias na faixa etária de zero a seis meses".

Além do excesso de proteínas, cálcio, corante e sódio, deve-se atentar ao fato de que este produto industrializado também é um derivado lácteo e conforme o Manual de nutrição do lactente da Sociedade de Pediatria, esses derivados só devem ser ofertados a partir de um ano de idade.

Atribui-se o índice alto de oferta deste tipo de alimento a campanhas poderosas de publicidade com *slogan* que fizeram história na propaganda televisiva, levando os pais a crerem que estariam oferecendo um alimento saudável e nutritivo aos seus filhos. Toloni et al. (2014, p. 42) conclui que:

Os achados deste estudo evidenciam, em consonância com as recomendações da SBP, do MS e com o descrito por outros inquéritos pontuais realizados em agrupamentos infantis, que o QPS e o MI são alimentos impróprios para o consumo por lactentes.

logurte

"Achava ser muito bom... hoje evito dar ao mais velho (8 anos) em função da quantidade de açúcar que tem... para o filho menor não ofereci o industrializado. "Fazia" em casa com leite de pacote e sem açúcar"
 "Importante pela fonte de leite e cálcio. Além de ser mais atrativo que o leite"
 "Desde que seja o integral natural, que pode ser consumido com frutas, sementes, aveia e afins. Pode ser incluídos a partir do 1 ano. Salvo em casos de alergias alimentares comprovadas após o consumo"
 "Ela não aceitou o natural, com 1 ano e três meses passei a dar o normal, os com maior quantidade de fibra e o com menos açúcar"
 "Excelente alimento, contém probióticos naturais que auxiliam na manutenção da microbiota intestinal"

Sabe-se que os iogurtes industrializados podem ter uma quantidade excessiva de lipídeos, açúcares, corantes e conservantes químicos e por ser um derivado lácteo não deveria ser consumido antes de uma idade. Em estudo realizado por Ferreira (2015) cujo objetivo era avaliar a ingestão de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos residentes no município de João Pessoa/PB, observou-se que o leite de vaca e os derivados lácteos foram os alimentos mais utilizados pelos pais apresentando uma taxa de uso de 79% e 71% respectivamente. Nessa pesquisa o perfil das mães entrevistadas demonstrou que a maioria tinha nível escolar ensino médio completo, o que difere da nossa população, que a maioria (43,2%) apresentava o ensino superior completo, porém mesmo com a divergência dos níveis escolares os dois estudos demonstraram a predominância do consumo de iogurte em relação a outros industrializados. Os iogurtes, assim como o leite de vaca, podem interferir na absorção de nutrientes importantes existentes como o ferro e zinco.

Bebidas lácteas e iogurte apresentam grande quantidade de corantes e, segundo FAO/WHO (1995), corantes e outros aditivos não devem ser ingeridos por crianças menores de um ano, como rege o *Codex Alimentarius* (FAO/WHO, 1995 apud POLÔNIO, 2010), sendo que 35% das mães entrevistadas informaram que introduziram iogurte ou bebida láctea na alimentação dos seus filhos antes dos seis meses de idade. (FERREIRA, 2015, p.91)

Já o *kefir* é um leite fermentado, ligeiramente efervescente e espumoso, não industrializado, rico em vitamina B1, B12, cálcio, aminoácidos essenciais, ácido fólico e vitamina K e menor teor de lactose. O iogurte se consumido sem açúcar e sem excesso de corantes pode apresentar propriedades funcionais com prebióticos e probióticos que podem ser benéficos a saúde se introduzidos na idade e com a formulação correta (PALEZI; PIETTA, 2015).

Achocolatado

“Ah... Este meu filho gosta, só consegui desmamar com ele...Hoje toma de manhã... Sei q faz mal... Porém já tentei com o cacau e ele não toma”

“Não gosto de dar. Além de conter apenas soro de leite e chocolate o que não trás nutrientes, não dá para saber o que está misturado. Na caixinha da marca danone diz que até resquícios de peixe pode conter. “

“É um mal necessário”

“Nunca ofereci em função da quantidade de açúcar. Raramente meu filho mais velho pede para comprar... Mas consome por poucos dias e enjoa...”

“Devem ser evitados pelo excesso de açúcares e não agregar nada a alimentação. Pode ser substituído por cacau em pó. “

“Ela chegou esses dias mamãe tomei suco de chocolate na escola, expliquei pra ela que ele fazia mal à saúde e que não queria que ela tomasse, sempre pergunte ela diz que não tomou mais. Procuo não ter em casa. “

“Meu filho mais velho começou a tomar depois dos dois anos, a pequena antes, porque recusava o leite e acabei apelando, mas sempre procuro usar pouco”

“Introduzimos na retirada da mamadeira, com orientação da pediatra, para haver ingestão de leite”

Além dos malefícios já citados anteriormente, pela uso excessivo de açúcares, gorduras e introdução precoce do leite de vaca e seus derivados na dieta do infante, sabe-se que os achocolatados de leite podem resultar em cárie precoce na infância. Sabe-se que muitos pais adoçam os leites com achocolatados, inclusive antes de dormir e nem sempre realizam a higiene dentária após essa oferta. Magnoni (2016, p.111) define que isso é popularmente chamado de “cárie de mamadeira” ou cárie precoce da infância, que é: “definida pela presença de um ou mais dentes acometidos por lesão de cárie em criança com menos de 6 anos”.

Especificamente a cárie precoce da infância severa tem relação íntima com fatores dietéticos, como a alimentação ligada ao sono com produtos que contenham açúcares, associada à ausência de escovação, afetando a qualidade de vida dessas crianças, pois geralmente leva a grandes destruições dentárias. (MAGNONI, 2016, p. 112)

Conclui-se que o uso excessivo de açúcar, principalmente em menores de um ano de idade, e que é contido em altos níveis nos achocolatados contribui para o aumento da densidade energética, possui um índice glicêmico elevado e costuma substituir outros alimentos da dieta da criança. Seu consumo deve ser desestimulado, pois não melhora o valor nutritivo do leite e ainda pode aumentar o índice de cáries.

Espessante de Leite

“Quando se introduz a alimentação”

“Se necessário para ganho de peso, oferte. ”

“Dificultam trânsito intestinal, aumenta caloria de forma não balanceada”

“Farinha láctea sempre ouvi falar que faz bem é feita de cereais, tem vitaminas e etc. Dou uma ou duas vezes por semana. Cada vez dou meio copo.”

“Uma das pediatras do meu filho receitou Milnutri e Mucilon questionei o açúcar ela disse que o Milnutri era zero açúcar, eu já não ia dar por achar desnecessário, mas fui pesquisar os ingredientes e possui maltodextrina, resultado, não voltarei mais nessa pediatra”

“Por estar se alimentando pouco, pediatra recomendou para minha de 1 ano. Cereal 1x ao dia. Mas sem engrossar o leite, apenas mingau”

“Usei por recomendação médica no meu mais velho (hj com 7 anos) mas não uso com a minha bebê. Ele usava para evitar os sintomas do refluxo, mas hj acredito que isso não era necessário.”

“Acho que talvez seja bom para crianças em situação de desnutrição, mas nunca fiz para merecer a meus filhos, pois temos possibilidade de oferecer alimentos frescos”

“Deve ser ministrado somente sob orientação médica ou nutricional.”

“Não sou contra o mucilom de arroz e milho e o neston não gosto de farinha lactea muito doce”

“Devem ser evitados, inclusive os que alegam ser sem açúcar, pois na verdade há açúcar embutido com outros nomes, além de não ser necessário para a alimentação do lactante, não agrega nada a saúde, faz mal e pode gerar obesidade infantil, diabetes e tantos outros problemas que tem se tornados comuns na primeira infância. Afinal criança não é gado para engordar.”

Normalmente os chamados espessantes de leite são produtos lácteos

compostos de farinhas de trigo, arroz e milho, muito utilizados ainda na rotina dos brasileiros. No produto mais citado nesta pesquisa, o Mucilon apresenta em seu rótulo a informação de que contém 17 gramas de carboidratos, 34 mg de sódio e 0 gramas de fibra alimentar e especifica que contém açúcar. Na própria embalagem orienta que não deve ser utilizado em menores de 6 meses, porém como já citado anteriormente o Manual da Sociedade de Pediatria orienta evitar açúcar até os 2 anos de idade.

Silva et al. (2008, p.186) relatam que a indústria alimentícia investiu massivamente em publicidade, desenvolvendo vários produtos para lactentes e crianças na primeira infância. Cita que: “Estes foram, até então, vendidos pela estratégia da imagem construída de um produto perfeito, conveniente e permissivo da participação do pai na alimentação da criança”.

Associa-se ainda a crença cultural de que o leite materno não sustenta, a famosa frase “seu bebê passa fome” e o mito de que as fórmulas alimentares e farinhas para engrossá-las seriam mais práticas e dariam mais peso, e temos normalmente grandes chances de um desmame precoce e uma tendência a uma alta ingestão calórica do bebê.

Chama a atenção o fato de que alguns rótulos de fórmulas e alimentos a base de cereais contenham expressões que podem sugerir que esses produtos são totalmente adequados, inofensivos e que auxiliam no crescimento e desenvolvimento da criança. Com a vigilância mais rigorosa em relação aos produtos oferecidos Silva(2008, p.193) vê um grande avanço nesses últimos anos e conclui em seu estudo que:

Observou-se que as não conformidades na rotulagem específica não ocorrem de forma explícita, como antes. Hoje, estas se dão principalmente pelas ilustrações e linguagens utilizadas que trazem nas entrelinhas a idéia de que o produto é "ideal", "totalmente adequado", "leva ao ótimo crescimento"; ou que é indicado para lactentes e crianças de primeira infância.

Suco em Caixa

“Eles contêm muito açúcar e em alguns casos sódio! Acho que faz muito mal, opto sempre por suco natural feito na hora, mas em últimos casos compro o de uva natural sem adição de açúcar e conservantes”

“Já consumiram, mas de forma muito esporádica.”

“É tão fácil fazer um suco de fruta que não vejo necessidade.”

“Não oferecemos. Ele já tomou suco integral de uva e sucos naturais de frutas feito em casa.”

“Nunca dou! Apenas os de uva integral engarrafados. Mas em restaurantes apenas. Não compro em casa.”

“Eu era consumidora assídua. Até me dar conta de que tinham mais açúcar que o refrigerante. Além disso, possuem uma concentração baixíssima de fruta.”

O mercado brasileiro de suco de fruta industrializado vem crescendo rapidamente nos últimos anos e hoje o suco de laranja pronto para beber é um dos sucos mais vendidos no Brasil (FERRAREZI, 2010). Devemos lembrar que existe diferença entre o suco de fruta industrializado e o néctar de fruta. Pela legislação, o néctar por definição é sempre adoçado, possui menor conteúdo de suco puro, pode conter adoçantes, corantes, conservantes e aditivos sendo que não é necessário incluir essa informação no rótulo do produto.

A expressão adoçado, presente no rótulo do suco e do suco tropical e ausente no rótulo do néctar, naturalmente, leva o consumidor a elevar a qualidade do néctar, favorecendo a interpretação equivocada. A implementação de programas e medidas que visem a orientação e a educação dos consumidores para o uso adequado da rotulagem poderá contribuir para a escolha mais consciente do consumidor e para o aumento do consumo de suco de fruta (FERRAREZI, 2010,p.674).

Em um estudo realizado em uma escola pública de São Paulo, observou-se que a bebida mais consumida durante as refeições por adolescentes foi o suco de frutas industrializado (38,1%), seguido do refrigerante do tipo comum (28,6%) e do suco de frutas natural (22,2%). Do ponto de vista da nutrição, sabe-se que bebidas açucaradas apresentam elevada densidade energética e que o consumo de alimentos sob a forma líquida não ativam os centros de saciedade como se oferecidos da forma sólida, o que pode gerar um aumento na ingestão de calorias durante as refeições (ESTIMA, 2011).

Considerando o aumento no consumo pela população infantil de sucos de fruta industrializados, deve-se ter cautela com a quantidade de sucos de frutas ingeridos respeitando sempre a recomendação da Academia Americana de Pediatria que orienta que ingestão deve ser limitada, no máximo, a 120 ml diários para crianças de 1 a 3 anos de idade, a 175 ml para crianças de 4 a 6 anos de idade e a 250 ml dos 7 aos 18 anos.

Refrigerante

“Pobre em nutrientes, excessivamente adoçados, coloridos artificialmente, não agregam nada de nutritivo a uma alimentação saudável!”

“Somente nos fim de semana e regulado”

“Achava ser normal, afinal todo mundo bebe.... Inclusive eu tomava muito. Depois do segundo filho mudamos nossa postura. Evitamos ao ponto de hoje não ter em casa.”

“Assim como os alimentos de sua classe, industrializados, devem ser evitados, pelo excesso de açúcares que não agregam nada e fazem mal a longo prazo a saúde dacriança.”

“Oferecer somente em certas ocasiões como festividades e em pequenas quantidades, e somente quando a criança já entender do que se trata, eu tardaria ao máximo o oferecimento.”

Nas respostas obteve-se 354 participantes que nunca oferecem/consomem bebidas do tipo refrigerante em suas rotinas e somente 11 participantes afirmaram fazer uso habitual do mesmo. Silva (2012, p.165) afirma que “a disponibilidade domiciliar de refrigerantes aumentou 400% no período de 1975-2003”. Isto é um fato alarmante principalmente pela grande quantidade de sódio e açúcar que estes produtos contém. Silva demonstrou em seu estudo que mais de 70% das crianças menores de cinco anos de idade consumiram refrigerantes e sucos artificiais pelo menos uma vez naquela semana, principalmente as crianças que moravam em áreas urbanas (25,3%) em relação àquelas que residiam na zona rural (9,1%).

Esse comportamento faz parte da chamada transição alimentar, na qual um maior consumo de produtos industrializados é observado em detrimento do consumo de frutas, legumes, verduras e cereais integrais. Além disso, o consumo freqüente de bebidas açucaradas constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, em médio e longo prazo, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, entre outras, visto o alto teor de açúcar e sódio que apresentam em sua composição (SILVA, 2012,p.170).

Resultados semelhantes foram encontrados por Longo-Silva (2015) mostrando que refrigerantes e suco industrializado foram consumidos antes do primeiro ano de vida por mais da metade das crianças do estudo, e muito preocupante foi o fato de que cerca de 10% o consumiram antes dos seis meses de idade. A quantidade de açúcar presente em 100 ml da bebida correspondem a 10,8 g o que corresponde a mais de 80% da recomendação diária pela OMS para crianças de um a três anos de idade.

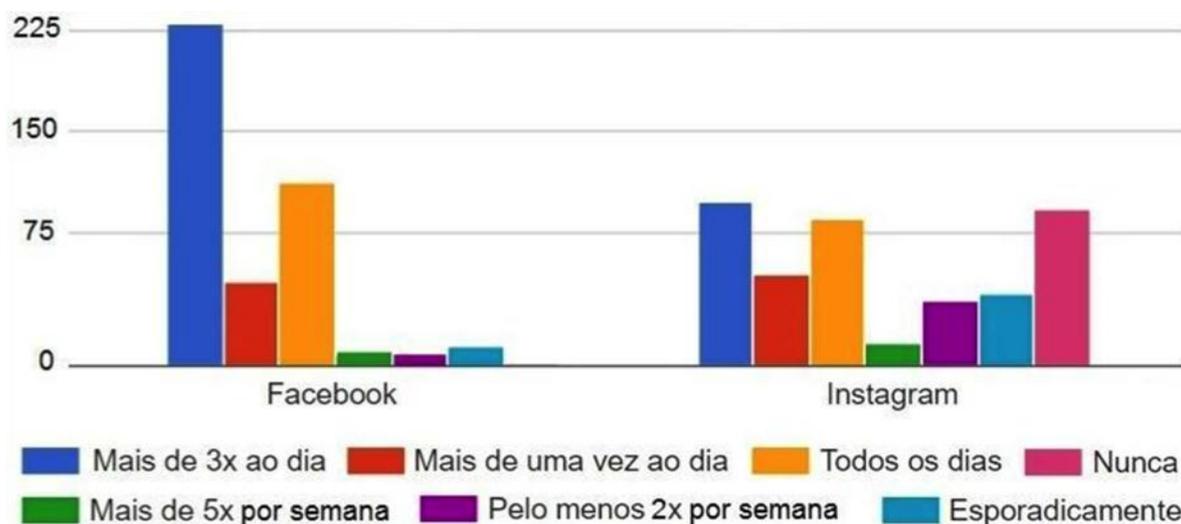
Percebe-se que a utilização de produtos industrializados é potencialmente perigosa principalmente se utilizada de forma exagerada. Faz-se necessário estratégias de educação alimentar que conscientizem os pais, familiares, creches, e principalmente os profissionais de saúde para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, com o intuito de influenciar positivamente o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças e para a prevenção das doenças crônicas da vida adulta.

3.4.3 Redes Sociais e Nutrição Infantil

A terceira parte do instrumento de pesquisa do questionário aplicado, teve o objetivo de abordar especificamente o tema da dissertação e buscou estabelecer o tipo de uso de redes sociais e a relação com a construção de conhecimento dos participantes sobre nutrição infantil. A primeira pergunta solicitava classificar as redes

sociais Facebook e Instagram de acordo com a utilização pessoal. Os resultados são apresentados no gráfico 9.

Gráfico 9 – Uso de redes sociais e a relação com a construção de conhecimento sobre nutrição infantil



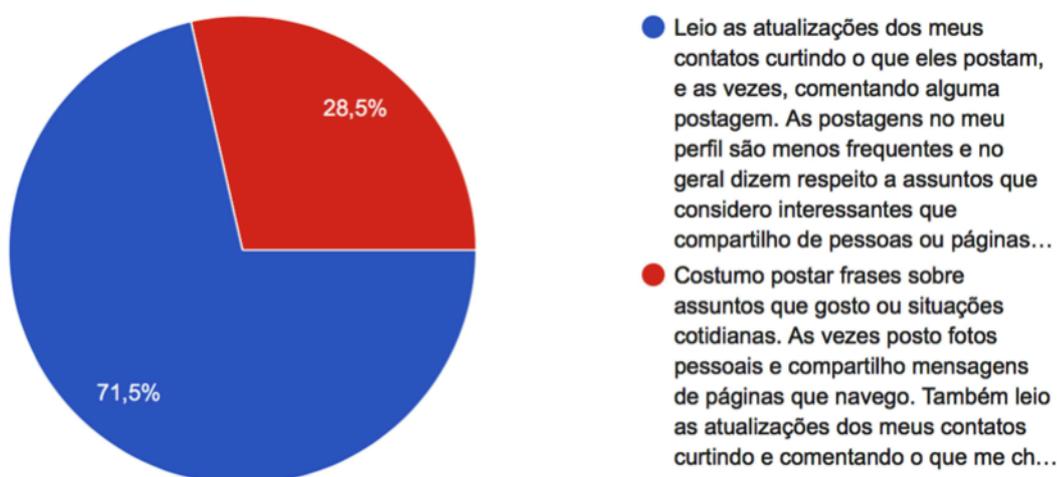
Fonte:Elaboração própria, 2017.

Os dados do gráfico dão conta de que 230 participantes utilizam o Facebook mais de 3 vezes ao dia, 150 utilizam todos os dias ou mais de uma vez ao dia, o que demonstra ser um hábito diário para 94,4% por participantes de comunidades de aprendizagem sobre nutrição infantil. Somente 22 participantes utilizam a rede social e frequência variável entre 5x por semana e esporadicamente, representando 5,7% do total de participantes da pesquisa.

Com relação ao Instagram 228 participantes acessam diariamente com frequência que varia entre mais de 3X ao dia e 1X ao dia, representando 56% do total. Sendo proporcional o contingente que acessa eventualmente ou algumas vezes na semana (22%) e que nunca acessa essa rede social (também 22%).

Conforme Salomon (2013) relata, o Instagram atinge um público mais jovem e diversificado do que os usuários da rede social Facebook, que difere do perfil atingido nesta pesquisa onde o predomínio de idade foi de 54,1% na faixa etária de 26 a 33 anos, 31,5% de 34 a 41 anos e apenas 11,7% de 18 a 25 anos. O gráfico 10 busca verificar o perfil de utilização das redes sociais dos usuários.

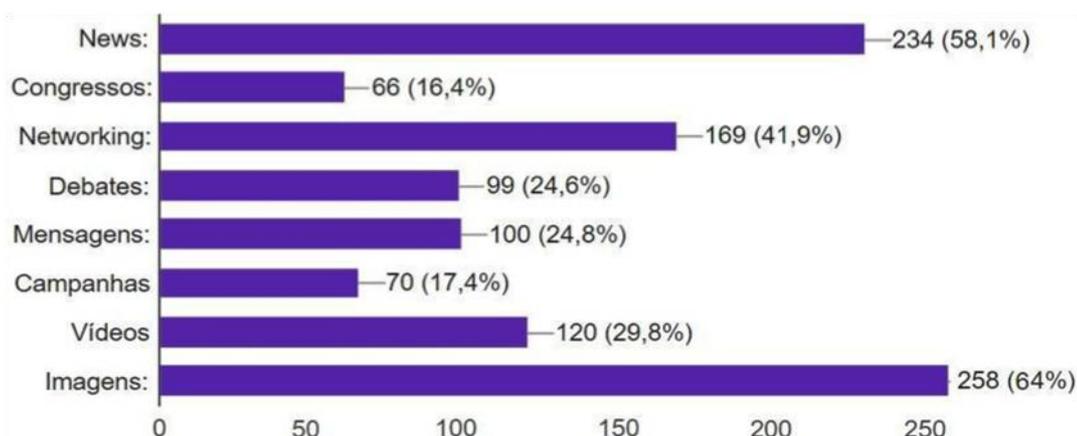
Gráfico 10– Perfil de utilização das redessociais



Fonte:Elaboração própria, 2017.

Buscando verificar se os participantes são mais produtores ou mais consumidores de conteúdos nas redes sociais, notou-se um predomínio de usuários mais passivos e que buscam adquirir conhecimento nas comunidades de aprendizagem, totalizando 71,5%. Isso confirma o que outras pesquisas como Possolli (2016) que notou que: "na maior parte do tempo, as pessoas usam o Facebook passivamente (no lugar de serem ativas postando em sua linha do tempo, compartilhando fotos próprias, respondendo postagens de amigos ou utilizando o bate-papo)".

O gráfico 11 que é a terceira questão dessa parte do instrumento propunha: "Considerando sua experiência de aprendizagem com as redes sociais em grupos ou perfis sobre nutrição infantil marque as opções verdadeiras com relação aos tipos de postagens" tendo como opções de resposta: News, Congressos, Networking, Debates, Mensagens, Campanhas, Vídeos demonstrativos, Imagens, sendo possível marcar mais de uma opção.

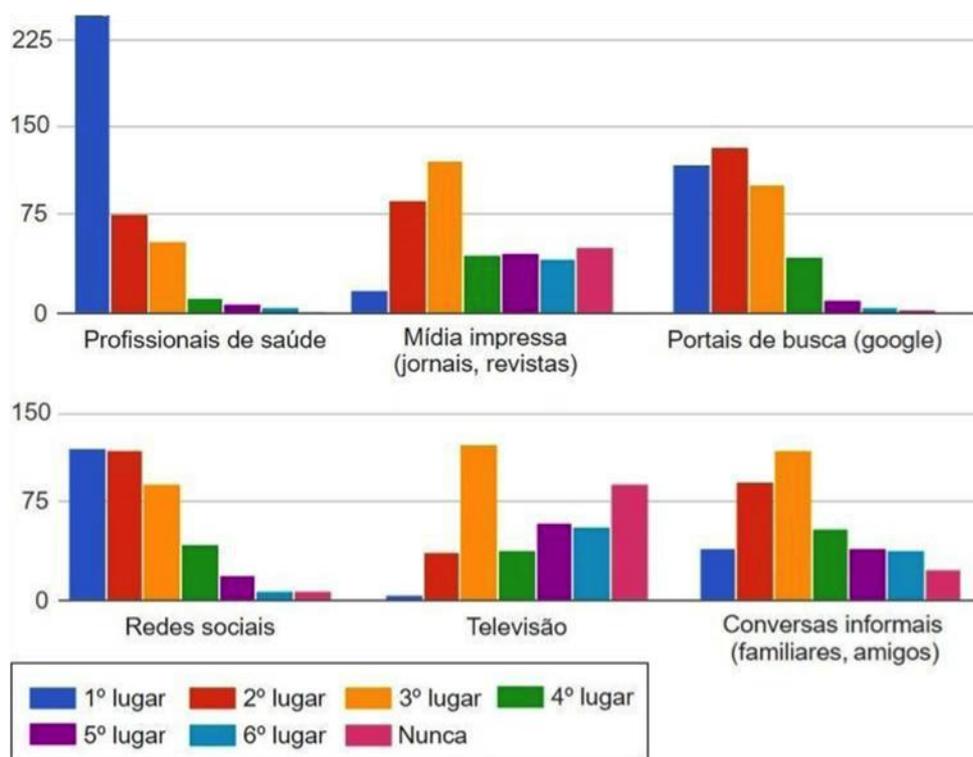
Gráfico 11 – Tipos de postagens/usos nas comunidades de aprendizagem

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Os tipos de utilização mais evidenciados nas comunidades de aprendizagem sobre nutrição infantil são as Imagens (fotos, esquemas e animações sobre nutrição infantil) com 64%, News (notícias e informações científicas sobre nutrição infantil) obteve 58%, em terceiro lugar está o uso das comunidades para estabelecer Networking com outras famílias e profissionais da saúde com 42%. Vídeos demonstrativos de práticas de BLW (30%), Troca de mensagens entre membros do grupo (25%), Debates em que as postagens do Facebook funcionam como fóruns (24%) também obtiveram contingente significativo de resposta com relação ao uso em postagens nas comunidades de aprendizagem. Já as Campanhas *online* (17%) e informações sobre Congressos (16%) apareceram com percentuais menores por terem uma relação menos evidente com os propósitos dessas comunidades.

Com relação a fonte de informações sobre nutrição infantil, a questão 4 solicitava ordenar as opções disponíveis com relação a sua importância, dentre as seguintes: profissionais da saúde, mídia impressa, portais de busca, redes sociais, televisão, conversas informais, conforme resultados no gráfico a seguir:

Gráfico12– Tipos de postagens/usos nas comunidades de aprendizagem



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A maior parte (249 pessoas) afirmaram que o primeiro lugar onde/em quem buscam informações sobre nutrição infantil são os profissionais de saúde, seguido pelas redes sociais (120) e pelos portais de busca (115 pessoas). Nota-se que a mídia impressa, televisão e conversas informais tiveram um contingente de respostas bem menos significativas.

A quinta questão era discursiva e solicitada: “Cite quais as contribuições de Perfil e Grupos na sua AQUISIÇÃO e COMPARTILHAMENTO de conhecimentos sobre nutrição infantil”.

Quadro 16– Aquisição e compartilhamento de conhecimentos sobre nutrição infantil

<p>Obter Informações atualizadas e científicas</p>	<p>"Contribuição com fonte de informações confiáveis, vivências, receitas, primeiros socorros" "Melhora a atualização em assuntos, ajuda a formar opinião, ajuda em pesquisas" "Foram muito importantes e ainda são fundamentais. Desde a amamentação, com artigos científicos, sobre as recomendações da OMS, sobre os novos estudos. Sobre o método de introdução infantil blw." "Grupo virtual de amamentação do facebook me auxiliou muito com relação à amamentação e a ordenha de leite materno para deixar para o meu bebê.Faço várias receitas dos Perfis: "Comidinhas da Diana", "As Delícias do Dudu", "Pratinho colorido" .Curto várias páginas maternas que me ajudaram a decidir pela Introdução alimentar participativa ao invés do método BLW. " "Participo do Grupo Virtual de Amamentação no Facebook e lá aprendi tanto sobre a amamentação como sobre introdução alimentar. Passei a ler livros do pediatra Carlos Gonzales sobre o assunto alimentação. Sigo perfil de nutricionista infantil da minha cidade no Instagram e pego algumas receitas e dicas por ele. Sigo perfis de pediatras que falam sobre BLW e amamentação, incluindo o pediatra do meu filho. " "Na minha experiência os grupos foram de extrema importância e necessidade, considerando especialmente os grupos com discussões e artigos científicos." "Enorme, especialmente em grupos com moderadores que tenham experiência e embasamento científico. Não busco grupos aleatórios de mães pois tem muita informação errada" "Grande parte do conhecimento que tenho hoje sobre IA foi adquirido a partir dos posts de pediatras e nutricionistas que vejo no facebook e a partir dai fui buscar mais informações" "Aprendi muito nos grupos desde a gestação, antes disso considerava tudo frescura. Poucas amigas demonstraram interesse em aprender mais, preferiram seguir os velhos costumes passados por suas mães e familiares. " "Novas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e Nutrologia, métodos de introdução alimentar, BLW, receitas saudáveis. " "Os grupos me auxiliaram muito, acho que 70% de tudo que sei sobre nutrição infantil foram os grupos que me ensinaram. Muitas dúvidas sobre como iniciar, como ofertar, onde procurar informações e o que ler para me ajudar foi em grupos que participo pelo facebook." "Informações de profissionais atualizados. Informações embaladas em pesquisas científicas e aprovadas por organizações mundiais e não apenas o achismo de um ou outro. " "Acho que são muito importantes, fornecem informações científicas, abrangem um grande número de pessoas, e são válidas principalmente quando são organizadas por profissionais de saúde. Infelizmente tem algumas outras que propagam informações incorretas. Minha principal preocupação é alguns grupos se excedem e fazem praticamente uma consulta online, é isso não é aceitável. Esclarecimento de dúvidas é uma coisa, além disso já é consulta e o paciente deve ser orientado a procurar um profissional de saúde. Entendo que existe a boa intenção do moderador do grupo, mas isso pode gerar problemas futuros." "Nos grupos que participo obtive informação baseada na SBP sobre alimentação infantil, comprei um e-book sobre esse assunto através do Facebook de uma nutricionista, vejo sempre as recomendações de preparo e receitas no grupo. " "Tinha muitas dúvidas (mãe de 1ª viagem) sobre leite, alimentos e sucos. Aprendi muito fazendo pesquisas na internet, depois que o pediatra mandou dar Danoninho, e papinha de Mucilon 3 vezes por dia para meus bebês q na época tinham 7 meses, eu achei um absurdo, isso que me fez pesquisar online e deixar a opinião do pediatra</p>
<p>Compartilhar conhecimento</p>	<p>"Eu compartilho matérias que acho que vão instruir novas mães e principalmente as pessoas que convivem comigo para entender minha forma de pensar" "Temas relevantes com embasamento científico eu compartilho, alguns temas que leio vou buscar fontes na literatura médica para embasamento. Opino e também publico temas de maior relevância para pais e pacientes " "Muitas das informações que adquiri são oriundas de grupos no Facebook e perfis no Instagram. Acredito que elas contribuem muito para disseminação do conhecimento. " "Gosto do compartilhamento de experiências e das informações embasadas cientificamente que os profissionais que participam destes grupos compartilham. " "Acho que pode ser uma importante ferramenta para informação. No meu caso, tenho um blog sobre o assunto e espero ajudar muitas pessoas. Mas também há discussões sem fundamento. Nas redes sociais não tem como comprovar a veracidade e embasamento das informações. "</p>
<p>Tirar dúvidas</p>	<p>"Na maioria das vezes para tirar dúvidas, mas prefiro sempre ter uma resposta da Pediatria" "Nos grupos de Facebook sempre lia sobre a introdução alimentar, com o intuito de</p>

	conhecer a realidade, exemplos reais. Além de pedir ajuda compartilhando minhas dúvidas.
Grupos de apoio	"Estou em um grupo de APLV, que ajudou bastante quando descobri que meu filho é alérgico" "Paginas relacionadas ao desenvolvimento infantil, grupo de mães de alérgicos (o qual comecei a participar depois da descoberta da alergia alimentar do meu filho)."
Não uso para isso	"Não uso redes sociais como base para a nutrição da minha filha! Leio, acompanho, busco algumas receitinhas, mas o que vale é a fala da pediatra e o que minha filha se adapta melhor pra comer. "

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Através da análise das respostas dos participantes das comunidades de aprendizagem inseridas nas redes sociais, percebe-se que muitos relatam que essa interação virtual auxilia na aquisição do conhecimento e que esse ambiente é um facilitador quando o assunto é nutrição infantil. O uso desses grupos pode ser visto como um recurso pedagógico que constituem ambientes interativos, com conteúdo atualizado, acesso contínuo e com fóruns de discussão. Deve-se ficar atento, como citado na resposta de alguns participantes, quanto à qualidade científica dessas comunidades.

No que concerne ao aspecto da aprendizagem e da expectativa dos membros quanto ao que buscam e irão encontrar na Rede, afirma Downes (2007) que cada indivíduo seleciona e gere a aprendizagem da melhor forma. Como tal, os membros têm expectativas em usar a Rede para obter informações e pontos de vista, contatos e sugestões, fora das conexões dos seus grupos mais familiares e a que pertencem (ROCHA; PEREIRA, 2016, p.70)

Cabe assim ao usuário selecionar essas informações e filtrar o que realmente é adequado. Essa aprendizagem coletiva ocorre como uma troca, com diferentes perspectivas ou diálogos entre os membros e que acabam promovendo a aquisição de conteúdos das mais variadas possibilidades. Considerando que as pessoas aprendem umas com as outras e através de observação do comportamento, as mídias sociais possibilitam consolidar uma sociedade altamente informativa e interconectada. Almeida e Gonzaga (2014, p.90) afirmam que:

Uma das características principais dos sites de redes sociais é a liberdade de acesso e de articulação entre as informações, refletindo-se, assim, o princípio da flexibilidade hipertextual e a capacidade da aprendizagem social a partir do compartilhamento e reprodução de conteúdos e manifestações de comportamento na rede.

As comunidades de aprendizagem através da criação de conteúdos de forma coletiva ajudam no aprimoramento de competências e no aumento da capacidade crítica e seletiva de seus participantes. Essas plataformas possibilitam que a informação não seja somente centrada no papel do profissional de saúde e permitem também que esses familiares tenham acesso à um conteúdo atualizado para que possam discutir com seu médico assistente a respeito da nutrição de seus filhos.

Além disso, podem também promover atividades de aprendizagem de forma

mais dinâmica e se tornar um espaço prático para troca de experiências, esclarecimento de dúvidas além do papel de agregador de informações. Associado a isso, percebe-se que os usuários definem seus próprios objetivos de aprendizagem conforme a necessidade ajudando na sistemática do conhecimento coletivo.

Neste sentido, podemos inferir que a aprendizagem social pode utilizar-se da perspectiva das redes sociais, pressupondo o uso de seu potencial informacional e de experiências coletivas e, a partir dela, permitir a validação do fluxo permanente das práticas de ouvir/ler, observar, fazer/repetir e compartilhar essas informações e experiências para aquisição de novos conhecimentos (ALMEIDA; GONZAGA, 2014, p.96)

Analisando as respostas obtidas sobre a opinião dos usuários a respeito da aquisição de conhecimento adquiridos nas redes sociais observa-se que este espaço se mostra propício para a aprendizagem social.

A segunda parte da quinta questão solicitava citar “o nome de 5 grupos ou perfis de redes sociais (Facebook ou Instagram) que você considere mais importantes sobre nutrição infantil”. O quadro a seguir apresenta o quantitativo das comunidades/grupos mais citados:

Quadro 17– Grupos ou Perfis no Facebook ou Instagram sobre nutrição infantil

Nome do Perfil/Grupo	Nº de citações
BLW Brasil- Baby Led Weaning	25
Introdução Alimentar Participativa, BLW e Alimentação Saudável - Brasil	23
Pediatria Descomplicada	16
Baby led weaning	12
Tá na hora do papá	11
GVA	15
As delícias do Dudu	6
Maternutri	5
Falando de Introdução Alimentar	2

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Dos 9 perfis mais citados, 5 foram analisados nessa pesquisa. A comunidade de aprendizagem Introdução Alimentar Participativa, BLW e Alimentação Saudável-Brasil tem como principal interesse seguir as recomendações da OMS e SBP, apoiar a utilização de comida “de verdade” *in natura*, não permitir postagens relacionadas à introdução alimentar precoce/incentivo do uso de chupetas, nem postagens que apoiem comidas liquidificadas ou desqualificação e críticas à profissionais de saúde. Possui 19.471 membros com postagens selecionadas por moderadores.

Já o Pediatria descomplicada, que possui perfil no Instagram e uma página no Facebook (não é um grupo) é administrado por uma médica pediatra, cujo objetivo é

dar dicas aos pais, para que possam cuidar da criança em seu mais amplo aspecto, seja físico, emocional, psicológico e sociocultural, com o propósito de acompanhar seu crescimento e desenvolvimento de forma que ela atinja o máximo do seu potencial. O tema nutrição infantil não é o principal enfoque do perfil porém possui bastante conteúdo sobre. A página do facebook tem 241.461 curtidas e o perfil do Instagram 107 mil seguidores. O grupo Virtual de Amamentação (GVA) se propõe a orientar os participantes que têm dúvidas, e afirmam que as orientações são baseadas em recomendações do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e em pesquisas científicas sobre o tema e o foco principal é o aleitamento materno.

3.4.4 Nutrição infantil e BLW na perspectiva dos profissionais de saúde

Neste momento da pesquisa foi questionado especificamente para profissionais de saúde a seguinte dúvida: "Quais práticas de introdução alimentar você indica enquanto profissional de saúde, cite exemplos". A seguir expõe-se algumas das respostas:

Quadro 18– Práticas de introdução alimentar como profissional de saúde

Tradicional	<p>"Fazer sopinha de verduras bem amassadinhas no começo."</p> <p>"No primeiro mês é importante a criança conhecer os alimentos, então faça as papinhas dos alimentos separado até a criança ir conhecendo cada alimento. É necessário a criança experimentar o alimento várias vezes para realmente saber que ela não gostou de um certo alimento, para o paladar dela é tudo muito novo. Não acrescente muito sal ou muito tempero aos alimentos, não coloque açúcar nas preparações. "</p> <p>"Amassar os alimentos , mas mantendo pedaços mais inteiros. Não misturar todos alimentos na mesma papa. Não colocar açúcar e sal. Evitar bolachas, salgadinhos, refrigerante, etc. Oferecer água e chás. Estimular o uso de temperos naturais. "</p>
BLW	<p>"Indico aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Quando o bebê estiver sentando a mãe iniciar a introdução pelo método blw. Oriento a mãe ler a respeito, buscar nutricionista e informações com a pediatra. "</p> <p>"Iniciar somente a partir do 6 mês, mantendo aleitamento materno até no mínimo 2 anos, Recomendo método blw, Evitar alimentos artificiais, Evitar alimentos com açúcar até 2 anos no mínimo, Não dar refrigerante até os 5 anos. "</p>

	<p>"Método BLW, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, não oferecer outro tipo de leite para crianças, não usar engrossantes para leite."</p> <p>"Existem inúmeras práticas de introdução alimentar e cada caso é único. Numa situação onde a criança é saudável, não possui alergias e/ou intolerâncias alimentares e os cuidadores são presentes e disponíveis, eu recomendaria o BLW."</p>
Tradicional e BLW ou Introdução Alimentar Participativa	<p>"Iniciar aos 6 meses, Método tradicional ou blw, nunca usar industrializados, Comidas frescas, Nunca dar sal ou açúcar antes de 2 anos."</p> <p>"Blw ou IA participativa. Sempre respeitar a demanda do bebê, nunca forçar ou distrair o bebê para que ele coma. Qualidade sempre."</p> <p>"Depende do contexto da família, BLW, Alimentação participativa, IA tradicional."</p> <p>"Leite materno como principal alimento até 12 meses. Apresentar os alimentos aos bebês. Nunca forçar a comer. Utilizar alimentos in natura e saudáveis. Ter empatia com o bebê. Deixar que o bebê reconheça, toque, sinta o alimento e então leve a boca. Se informar sobre engasgos e reflexos protetores."</p> <p>"Eu apresento as três práticas mais comuns, papinha convencional, introdução participativa e blw, e junto com os pais decidimos qual método vamos tentar inicialmente e ver qual a família melhor se adapta. Quando pedem minha opinião exclusivamente eu indico o blw, e explico detalhadamente cada passo a ser respeitado, forma de apresentação e consistência dos alimentos, até prática de tapotagem etc."</p> <p>"Deixe a criança a vontade, deixe ela comer como ela quiser, com as mãos conhecendo os alimentos, ou com utensílios."</p> <p>"Indico não introduzir sucos antes de 1 ano, não adoçar alimentos, não liquidificar ou peneirar, dar prioridade a alimentos feitos em casa, ter paciência com o bebê, não forçar e não estressar a criança na hora da Alimentação, não usar chupetas ou mamadeiras, oferecer líquidos em copos, deixar a criança ter contato com o alimento, sentir o cheiro, textura, sabor entre outros."</p>
Não oriento	<p>"Não posso indicar nenhum tipo de prática. Sou profissional de saúde na área de educação física, e não da área nutricional."</p>

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Durante a consulta de puericultura, cabe ao pediatra orientar a família sobre cuidados de higiene, vacinas, alimentação adequada, avaliar peso e estatura entre outros, objetivando uma prevenção de doenças, esclarecimento de dúvidas e evitar que haja falta de informações dos familiares que podem se tornar prejudiciais ao estado de saúde da criança. A importância das ações educativas ajudam a promover a qualidade da saúde infantil.

A consulta de puericultura é o instrumento que favorece o seguimento da criança logo após o nascimento até os 10 anos de idade, visando à orientação antecipada de mães ou responsáveis, possibilitando o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações futuras ao desenvolvimento infantil. Ela é fundamental para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, de modo que a criança alcance a idade adulta livre de agravos que poderiam ser evitados na infância (MALAQUIAS et al., 2015,p.63)

Culturalmente, os familiares têm na representação do médico a tendência de buscar informações e diretrizes de como alimentar a criança, validando ou não os hábitos obtidos no contexto familiar e no seu meio social. Salve e Silva (2008) reforçam que o movimento do médico higienista modificou o quadro que era dominado pela família da criança como o principal foco do saber e o transferiu para o perfil do médico. Entretanto, nos últimos anos, nota-se uma retomada do domínio da mulher sobre os cuidados com a alimentação de seus filhos, com uma busca ativa de informação e conseqüente tomada de decisão sobre a saúde do infante.

Com base nas respostas nota-se que a maioria dos profissionais indica uma introdução alimentar participativa e as respostas foram de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde o que difere bastante das respostas analisadas anteriormente onde diversos familiares apresentam informações inadequadas ou desatualizadas que foram repassadas por seus pediatras. O perfil do profissional de saúde analisado neste questionário é o profissional que utiliza as redes sociais já que o questionário foi disparado somente *online* para os participantes dessas comunidades. Neste estudo, a maioria dos profissionais indicou o método BLW como iniciação da introdução alimentar.

Em seguida, questionou-se qual a opinião técnica e a aplicabilidade do método BLW.

Quadro 19– Método BLW – Opinião dos profissionais de saúde

"Atualmente estou estudando mais sobre o assunto, finalizando um curso sobre o tema. Ainda tenho minhas ressalvas, acho que é um bom método mas não tem indicação para todo mundo (é preciso investigar bem a família para verificar se eles tem o perfil para o BIW). Acho que o BLW modificado (estudo feito atualmente na Oceania) talvez venha para ajustar algumas lacunas que ainda me deixam dúvidas...

"Acredito ser muito válido. Porém acho que falta validação do método. Como cai na rede social muitas pessoas acham que é apenas oferecer alimentos em pedaços nas mãos do bebê. "

"É minha primeira escolha como método de introdução alimentar. A aplicabilidade é viável, mas depende muito da disponibilidade dos pais, tento sempre explicar os benefícios a curto e principalmente a longo prazo do método. "

"O método BLW ainda carece de pesquisas, o que há são as evidências das famílias que o praticam. Acredito que o método BLW propõe uma nova relação dos bebês com a comida, bem como uma nova percepção dos pais em relação à alimentação do bebê e até mesmo da alimentação familiar. Entretanto o método não é adequado para todas as famílias e realidades, pois exige disponibilidade e assídua orientação profissional, principalmente no lidar com as inseguranças dos pais/cuidadores."

"Acho perfeita, que todos os profissionais ou pais deveriam ao menos saber do que se trata para estudarem a possibilidade de seguirem esse método. Se os pais tem paciência e persistência, as chances de dar certo são enormes, e tanto os pais quanto as crianças vão colher bons frutos diariamente.

"É um método que induz a autonomia do bebê é que deve ser feito com cuidado, o profissional deve ensinar a manobra de desengasgo pra situações de emergência."

"Razoável e muito interessante, mas precisa mais evidências científicas para me convencer completamente; nem todas as mães aceitam devido a sujeira. "

Quadro 19 – Método BLW – Opinião dos profissionais de saúde

Fonte:Elaboração própria, 2017.

O que foi citado na maioria das respostas encontra-se em concordância com a revisão de literatura de Cameron (2012) que relata que o método *Baby-Led Weaning* não vai atender todos os bebês e famílias, mas que provavelmente seja viável para a maioria. Dada a popularidade da BLW entre os pais, Cameron afirma que um ensaio

controlado é urgentemente necessário para sua indicação baseada em evidências.

Welch et al. (2016), afirmam que ainda faltam pesquisas suficientes a respeito do BLW em comparação com os métodos padrões e tradicionais, embora estudos sugeriram que neste método os bebês tem a tendência de se manter com o peso mais equilibrado em comparação com bebês alimentados através de forma passiva (colheres) que apresentam mais chance de estarem sobrepesos. Cita também que um estudo grande e randomizado está ocorrendo na Nova Zelândia e que irá oferecer conclusões definitivas sobre os benefícios e desvantagens do método.

Morison (2016), também reafirma que apesar do crescente entusiasmo com o BLW na Internet e nas mídias sociais, profissionais de saúde expressam preocupação de que a utilização deste método possa estar aumentando o risco de asfixia e oferecendo um consumo de ferro e energia calórica inadequado ao bebê. Portanto, um dos objetivos de seu estudo foi determinar se existem diferenças nos níveis de ingestão de nutrientes e de ingestão de alimentos (particularmente alimentos que consideram um risco de asfixia, alimentos ricos em ferro e alimentos com açúcares ou sal adicionados) em bebês que utilizam método BLW e o método tradicional. O estudo realizado pelo autor contou com uma amostragem pequena e não teve uma posição definida se lactentes em BLW são mais suscetíveis a asfixia, pois não houve diferença significativa entre os dois grupos. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017, p.4) recentemente se pronunciou sobre a alimentação complementar:

O Departamento de Nutrologia da SBP continua enfatizando suas orientações, já anteriormente publicadas, de respeitar o ritmo de desenvolvimento neuropsicomotor de cada lactente; como regra geral, a introdução alimentar deverá iniciar aos seis meses de vida, tanto para lactentes em aleitamento materno como para os alimentados com fórmulas infantis. Ressalta-se ainda, que, desde o início da AC, é importante que essa seja junto com as refeições em família, incentivando a interação entre os membros da casa. Nesta fase, é de suma importância que os pais sejam orientados a ser o exemplo de hábitos alimentares saudáveis e a munirem-se de paciência, respeitando os limites impostos pela baixa idade, sempre agindo como um facilitador no processo de alimentação, proporcionando um ambiente tranquilo sem a utilização de estratégias coercitivas ou punitivas. Uma frase pode ser o resumo desta orientação: *Comer junto e não dar de comer*. Reconhece-se que no momento da AC, o lactente pode receber os alimentos amassados oferecidos na colher, mas também deve experimentar com as mãos, explorar as diferentes texturas dos alimentos como parte natural de seu aprendizado sensoriomotor. Deve-se estimular a interação com a comida, evoluindo de acordo com seu tempo de desenvolvimento. Não há evidências e trabalhos publicados em quantidade e qualidade suficientes para afirmar que os métodos BLW ou BLISS sejam as únicas formas corretas de introdução alimentar. As orientações fornecidas pelos autores são coerentes com o desenvolvimento infantil, mas, limitar um processo complexo a uma única abordagem pode não ser factível para muitas famílias, e, portanto, não pode ser endossado - como forma única de alimentação infantil - pelo Departamento de Nutrologia da SBP.

Por conseguinte, é extremamente importante que sejam investigados riscos e benefícios em futuros estudos maiores sobre o BLW.

3.4.5 A nutrição infantil e o BLW na perspectiva dos participantes das comunidades de aprendizagem/familiares

Nesta parte da pesquisa e do questionário buscou-se identificar a importância e o conhecimento sobre o BLW na visão dos familiares. O primeiro questionamento foi: Caso tenha algum conhecimento sobre o método BLW descreva brevemente quais os princípios que você conhece e qual a sua experiência com o método?

Quadro 20– Princípios e experiências do método BLW

"Não tenho experiência, mas sei que consiste em fornecer diversos alimentos em pedaços pra a criança pegar o que deseja"

"Infelizmente conheci o BLW a cerca de 2 anos e meio. Eu até me culpo por não ter usado com o meu filho, pois não tive informação em nenhum canal e nenhum profissional de saúde me orientou. Hoje eu já vi documentários, vídeos, palestras e artigo. Conheço medianamente e mesmo com meu filho maior, busco aplicar os princípios que se relacionam a uma alimentação saudável. "

"método guiado pelo bebe para aprender as texturas e comer a quantidade imposta por ele. minha experiência com o blw foi ótima pois me libertou da ideia que o bebe teria que comer tantas colherzinhas. " "Alimentos devem ser oferecidos de forma que a criança consiga pegar e se alimentar sozinha. "

"O bebê guia, ele sabe quanto comer, quando comer e como comer. " "Gag reflex faz parte da alimentação e é uma segurança para o bebê."

"O bebê pode morar para querer comer..7,8,9 meses, não importa. Leite é principal alimento até 12 meses."

"Livre demanda deve continuar. Minha experiência é maravilhosa. Facilita muito a alimentação familiar pois o bebê come o mesmo que a família, com a família. Gosto muito."

"O pouco que conheço sobre método considero ser importante pela valorização que se tem em relação à qualidade do que se oferece às crianças; a importância que se dá em relação à autonomia da criança; a satisfação que sentimos quando percebemos o desenvolvimento e os avanços de nossos filhos. "

"Sobre minha experiência com o método.... A introdução alimentar se deu através do método. Foi muito bem aceito pelo bebê foi muito agradável em mim vê-lo experimentando os alimentos e comendo de toda forma prazerosa sem os vícios que nós adultos temos (sal e açúcar). Hoje, aos dois anos, ele está muito seletivo em relação aos alimentos. Mas é muito tranquilo (ele aceita não ganhar) quando vê e pede algum alimento que ainda não ofereci e lhe é negado. Ele aponta para alguns alimentos e diz ser da mamãe, do irmão, do pai e o dele. Ele me acompanha frequentemente ao supermercado e não conhece os alimentos industrializados (pois não pede). Ficou feliz que quer pão, as frutas...falando "papá nenê". "

"Para iniciar o BLW o bebê tem que sentar sozinho. Deve ser oferecida a alimentação saudável, nunca forçar o bebê a comer leite materno ou o principal alimento até o primeiro ano de vida, não importa a quantidade e sim que o bebê conheça os alimentos e se familiarize com ele. Respeitar sempre as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da OMS, eu fiz o CONALCO e graças a Deus o pediatra da minha bebê é super atualizado, tive total apoio e suporte, fiz BLW desde os 6 meses no início tem muita bagunça, mas com o tempo o bebê pega o jeito, ela nunca engasgou teve apenas uns pequenos gags no início, Hoje ela tem 1 ano e 9 meses e come sozinha usando os talheres e copos normal, aceita todos alimentos que são oferecidos e come muito bem, está com peso e altura

adequado para idade, Adora todas frutas e legumes, não come quase nada industrializado e não experimentou Açúcar."

"BLW deixar o bebê conduzir o que comer e em qual quantidade. A oferta de alimentos deve ser em tamanhos compatíveis com a idade do bebê para ele possa pegar sozinho o alimento e levar até a boca no tempo dele. O método é lindo...Aqui foi sempre BLW e é sucesso...Sempre preservarmos a independência dele e o seu tempo.Gabriel está com 1 a 7 m e é totalmente independente para comer."

"Não tenho certeza, mas acho que é o método parecido com o montessoriano, mas com comida, onde a criança interage com a comida (?)."

Fonte:Elaboração própria, 2016-2017.

Como já citado anteriormente, sabemos que muitos dos princípios fundamentais de uma abordagem guiada pelo bebê, podem ajudar na amamentação prolongada, na alimentação responsiva e na diminuição do sobrepeso na vida da criança. De fato, a alimentação participativa responsiva é reconhecida pela OMS como um comportamento saudável e importante no contexto da alimentação complementar (BROWN, 2017). As diretrizes do BLW se baseiam em:

- 1. Amamentação como base para a alimentação independente**
- 2. Entender a motivação do bebê**
- 3. Segurança com engasgos**
- 4. Garantir nutrição adequada**
- 5. Controle de ingestão do bebê sobre as bebidas.**

Bebê amamentados possuem seu próprio ritmo de alimentação e também controlam sua própria ingestão de sólidos e de líquidos, uma vez que decidem sozinhos quanto tempo deve durar cada mamada. Além disso, como o leite materno muda de sabor de acordo com a alimentação da mãe, o aleitamento prepara o bebê para diferentes gostos. Como parte desses princípios cabe aos pais entenderem as motivações do bebê, compreenderem o desejo que o bebê tem de experimentar, explorar e imitar. Isso porque o que motiva os bebês a fazerem essa transição é a curiosidade e não a fome inicialmente. (FANGUPO, 2016) Quanto aos engasgos, estatisticamente não houve diferenças entre a forma de introdução alimentar tradicional e a BLW. Por isso é primordial para a realização do BLW que o bebê esteja sempre sentado firmemente ou apoiado em uma posição vertical. Isso garante que algum alimento que ele não seja capaz ou não queira engolir seja expelido para fora. As regras habituais de segurança na hora de comer devem ser sempre seguidas quando a introdução aos sólidos é guiada pelo bebê.

O princípio de garantir uma nutrição adequada é igualmente aplicado aos bebês que gerenciam sua própria introdução de sólidos. Portanto, industrializados e

comidas com açúcar ou sal adicionados devem ser evitadas. Frutas e vegetais são os ideais, sendo que os mais duros podem ser levemente cozidos, para que fiquem macios o suficiente para serem mastigados. Importante ressaltar que bebês não precisam de dentes para morder e mastigar, pois as gengivas são responsáveis por esse processo também. (BROWN, 2017)

Durante a análise das respostas observa-se que basicamente todos os princípios do BLW foram citados e a maioria das participantes demonstrou ter um bom conhecimento sobre esse assunto. Isso pode ter ocorrido justamente pelo fato de que as participantes que conhecem e praticam o BLW buscam informações e aprendem de uma forma aprofundada sobre isso antes de aplicá-lo. Notou-se durante a pesquisa que elas são ávidas por conteúdo e todas as atualizações, contradições, dúvidas são discutidas de forma coletiva e compartilhadas nas comunidades de aprendizagem.

Já na próxima pergunta foi questionado quais eram as resistências ou dúvidas relacionadas a aplicabilidade do método BLW. Segue algumas das respostas obtidas:

Quadro 21– Resistências ou dúvidas relacionadas ao método BLW

"O que aprendi foi sobre a autonomia e respeito com o bebê para que ele possa escolher o que irá comer e sentir o real sabor de cada alimento, podendo conhecer o alimento como ele realmente é. Eu amei os princípios e dei início ao método, no entanto não dei continuidade por alguns fatores: 1) tinha muito medo dela engasgar, pois ela tinha muitos gags (realmente fiquei insegura, mesmo sabendo q o gag era uma defesa é normal); 2) não sou uma boa cozinheira então tinha muita dificuldade de atingir o ponto certo do cozimento 3) sensação de que ela não se alimentava bem, confesso que me balançou ; 4) como moro com minha mãe, perdi 50% d aninha autonomia, a cozinha é dela, então as sujeiras da minha filha a incomodavam, além do que minha mãe não conhece BLW e achava q eu estava inventando moda... Logo, todos esses fatores me levaram a deixar o BLW de lado, só dava frutas partindo desse princípio é adotei o método tradicional (amassava os alimentos com garfo). "

"Tenho medo de que se engasgue. "Medo de engasgar. "

"Se a criança terá a curiosidade de provar os alimentos de acordo com o método e se conseguirei controlar minhas expectativas.

Resistência: dúvida sobre se criança comerá o suficiente. "

"Não utilizei o método BLW porque voltei a trabalhar qdo meu bebê tinha 7 meses de idade, e quando comecei a introdução alimentar, eu queria que me bebê estivesse comendo bem o suficiente para que eu não precisasse oferecer nenhum tipo de leite para complementar. Então fiz introdução alimentar participativa, oferecia a comida de casa para ele, mas amassava com o garfo e oferecia com a colher para ele, esperando que ele trouxesse a boca até o alimento. Oferecia também frutas e legumes, para ele explorar, mas sempre oferecia o alimento com a colher para ele"

"No início tinha a preocupação com o engasgo e o preparo de alguns alimentos, mas tenho conseguido sanar as dúvidas com o pediatra e a nutricionista que acompanham minhas gêmeas e nos grupos de IA. "

"Ele ainda não senta bem, medo de engasgar. "

"Resistência: o bebê não come tão bem os alimentos totalmente na íntegra, ou seja, apenas cozidos e não amassados.

Dúvidas: conhecer melhor evidências científicas desse tipo de método. "

"Não tem nenhum pediatra , nutricionista para apoiar e acompanhar de perto, na época fiquei com um

pouco de medo, pois nunca tinha ouvido falar, tem também o fato da família(sogra mãe cunhadas), que não ia ser fácil explicar pra elas o método. "

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Com base nas respostas obtidas conclui-se que os receios sobre a aplicabilidade do BLW são exatamente os mesmos obtidos em estudos anteriores. Atualmente dados concretos sobre a exatidão da quantidade de ingestão alimentar dos nutrientes em bebês que realizam BLW são escassos.

Brown (2017) afirma que isso pode ocorrer devido a dificuldade em medir com precisão a quantidade ingerida pelas crianças, o que pode resultar em um aspecto negativo para os pais praticarem o método e gerar insegurança. Esse estudo, relata que as mães que seguiram a abordagem BLW afirmaram que seu profissional de saúde estava contra o método ou não o entendia/conhecia, o que significa que eles não conseguiram obter uma opinião de seus profissionais de saúde. O autor também concluiu que a maior incerteza em relação ao método seriam as preocupações relacionadas a asfixia, ganho de peso inadequado e baixa ingestão de ferro.

Em termos de frequência de sufocamentos e engasgos, este é um evento difícil de medir com precisão. Fangupo (2016) concluiu em seu estudo que os bebês que praticaram BLW não tiveram estatisticamente mais engasgos do que os bebês que se alimentavam da forma tradicional, no entanto enfatizou de que durante seu estudo, metade de todos os bebês haviam recebido mais de um alimento potencialmente asfisiador mesmo estando na faixa etária de menores de um ano de idade. 51% dos analisados por Fangupo, que apresentaram episódios de *Gag* reverteram o quadro espontaneamente e sem assistência, e somente 3 crianças necessitaram ir ao hospital, sendo que 2 haviam se engasgado com leite e 1 com comida colocada em sua boca de forma passiva pelos pais.

3.5ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM

Foram realizadas intervenções por meio de postagens no período de 2 meses em consonância com os objetivos da pesquisa. Essa intervenções foram feitas pela pesquisadora em comunidades de aprendizagem no Facebook e são analisadas a seguir.



Renata Bragato Futagami ▶ Blw Brasil - Baby Led Weaning

19 de novembro de 2016 · 🌐

Boa tarde! Tudo bem pessoal? Gostaria de saber se os avós ou familiares de primeiro grau interferem muito em relação à alimentação dos bebês de suas famílias.. Por exemplo, vocês levam em conta a opinião deles, eles tem idéias sobre alimentação muito diferentes das de vocês?Beijos!



outras 14 pessoas

26 comentá



Curtir



Comentar

Quadro 22- Comentários da primeira postagem

J.D: Não pergunto a opinião, não dou espaço para pitacos e nem deixo ele sozinho com os avós, principalmente com meu pai, pois não confio. Nunca tive grandes problemas pois não dei margem.

M.O: Eu e meu marido temos um posicionamento bastante claro quanto a alimentação, então sempre nos posicionamos de uma forma que acredito ter deixado pouca ou nenhuma abertura para interferências e lhes restou respeitar nossas escolhas.

M.S: Estou no segundo baby, e cansada de ouvir pitaco! Principalmente da minha mãe que é uma pessoa muito esclarecida mas não abre a cabeça para novas ideias em relação a isso! Continua com o pensamento do desmame precoce, insiste na ideia de ofertar água/ chá antes dos 6 meses, papinha batida e quase infarta de medo que os babys morram engasgados com blw mesmo eu já tendo mandado mil e um textos para ela se atualizar. É chato.

F.F: Pra mim é muito difícil.... sempre ouço da minha mãe que antigamente comiam de tudo e estão todos vivos (muitos acima do peso, hipertensos, diabéticos, mas vivos kkkkkkk). Que deveria dar água antes dos 6 meses porque "fulano" teve filho que morreu de desidratação; que água não faz mal.... Em relação ao blw que era muito perigoso, que iria engasgar, e ainda.... pra que fazer isso (Não dar qualquer coisa comer como bolacha, suco antes de 1 ano, doces guloseimas e tudo o que fiz) se quando crescer vai comer e beber de tudo, inclusive cerveja! Agora com a alergia à proteína do leite é ainda mais difícil.... outro dia meu pai deu pão de queijo e eu surtei..... Fui chamada de louca e que eu não precisava fazer isso porque ele sempre comeu de tudo! (Pode isso?!?). Mas mesmo assim vou levando.... Faço de conta que não é comigo.... mas não confio e também não dou oportunidade de ficarem sozinhos com ele.

R.S.M: Aqui todo mundo da comida pro meu filho. Eles me perguntam antes se pode dar ou não, simples assim. Deixei minhas posições claras e ninguém nunca foi intrometido ou nos faltou com respeito. Todo mundo sabe que o bebê come "sozinho" e eles incentivam e acham uma gracinha o bebê pegando a comida ou a colher e pondo na boca. Qnd vou pra casa da minha mãe e uma diversão a casa para pra olhar ele comer. Claro que todo mundo tem um opinião pra dar principalmente na questão do chá/suco, mas eu falei que não vou dar eles não dão. E quanto as opiniões eu ouço o que acho válido o que não acho entra por um ouvido sai pelo outro assim como eles me respeitam eu não sou grossa com eles pois sei que eles só querem o melhor pro neto/sobrinho.

C.V.S: Eles opinam sim, porém considero apenas o que condiz com minhas idéias, já que gosto de estudar o tema e tenho uma formação técnica que me ajuda a tomar as decisões quanto alimentação saudável e equilibrada.

Essa primeira intervenção trata sobre a influência de familiares na alimentação das crianças e contou com 26 comentários. Dentre os mais relevantes destaca-se o fato de as mães demonstrarem que não permitem interferência da família em decisões sobre alimentação, somente para auxiliar no processo. Alguns são até bem radicais ao afirmar que “não pergunto a opinião, não dou espaço”, ou ainda, permitindo “pouca ou nenhuma abertura para interferências”. Outras duas respostas relataram que tem muitos conflitos com a mãe que não compreende o método BLW e mesmo explicando e enviando artigo a família insiste em desmame precoce, por meio de sugestões que vão contra os princípios do BLW gerando conflitos. Alguns encontram barreiras até mesmo com pediatras contrário ao método.

Como o BLW é relativamente novo, muitos pediatras ainda apresentam resistência ou até mesmo desconhecimento sobre o método. A falta de sintonia entre mães e pediatras é tanta que conheço várias mães que consideram esconder do seu pediatra a opção pelo BLW! Por um lado, é natural querer evitar conflitos com o médico que nos atende, mas por outro, como este profissional poderá nos auxiliar e orientar se não estiver ciente de qual método de introdução alimentar estamos usando?(MATERNAMOS,2015)

Um argumento recorrente dos familiares que são contra o BLW é o risco da criança se engasgar. Um estudo conduzido por Fangupo et.al. (2016) acompanhou 200 famílias divididas entre aquelas que praticavam a auto-alimentação e aquelas que ofereciam a alimentação na colher

Concluiu que, desde que se forneça orientação adequada, bebês seguindo a abordagem BLISS (baby-led introduction to solids) não parecem estar sob maior risco de engasgo do que aqueles que seguindo uma prática mais tradicional. Na verdade, em ambos os grupos foram oferecidos alimentos potencialmente perigosos, o que significa que é preciso orientar muito bem os cuidadores a respeito de práticas seguras de alimentação, não importando a abordagem que será empregada. (FANGUPO, 2016, p.47)

Uma participação mostra que a família respeita as decisões dos pais e participam da rotina alimentar da criança sempre consultando sobre o que pode ou não dar, incorporando o método BLW na relação de todos com a criança. A adesão da família toda é muito importante já que uma das estratégias do BLW é que a criança sente à mesa no momento em que a família se reúne para as refeições e coma a mesma comida que todos, pegando os alimentos com a mão e

regulando o seu próprio apetite.

A segunda intervenção tratava especificamente da função do pediatra na orientação da introdução alimentar e se conhece o BLW.



Quadro 23- Comentários da segunda postagem

J.R: Minha pediatra não conhecia o BLW. Falou sobre os engasgos e eu disse que já havia estudado as manobras de desengasgo. E foi so o que conversamos. Todos as consultas ela sempre esteve saudável (em 2a e 5m so gripou 3x) ganhando peso e ativa então ela nunca me questionou nada. Não apoiou mas tb nao criticou. E todas as orientações eu encontrei aki. A.R.H: A Pediatra da Anna Lara falou desde o começo da IA. Sempre tentei dar as coisas em pedaços para que ela pudesse pegar e levar a boca. Frutas e legumes cozidos, após a introdução de alimentos mais sólidos como pãezinhos integrais e bolinhas de carne. Hoje a Anna vai para a escolinha e lá eles fazem o método BLW e segundo relatos das profes, Anna se alimenta muito bem!!
R.O: A minha não recomenda. Disse que o bebê é muito imaturo ainda...Faço participativa. J.L: O meu só orienta papinhas, qualquer coisa diferente disso pediu para procurar uma nutri.

L.V: A minha sabia da existência do método mas n sabia nada aprofundado. Mas ela não opina mais em alimentação depois que falei que era nutricionista

K.J: Minha pediatra conhece e recomenda o BLW, após a consulta que ela falou sobre o assunto ela me enviou um e-mail com orientações sobre o método, o que não dar inicialmente, cortes e informações necessárias. Ela é humanizada de SP

F.S.E.M.: Aqui na minha cidade tem 4 pediatras. Uma só me chamou de mãe moderna e mais mas não falou mais nada. Outra disse pra dar tudo amassado da forma tradicional, a terceira disse pra minha amiga que pode bater tudo misturado porque bebê não sente gosto, recomendou suco e um pouco de sal na comida. A quarta nem voltei pra saber a opinião dela.

C.A: A minha explicou como introduzir a alimentação de maneira correta, super atualizada, e falou que pode ser em pedaços ou não. Dando na mão ou não. Ou seja, quem decide como fazer, segundo ela, somos nós.

P.H.V: Nunca conversei a respeito de alimentação com o pediatra. Não perguntei nada e o que ele pode ter falado, entrou por um ouvido e saiu pelo outro. Médico trata / evita

Fonte:Elaboração própria, 2017.

As orientações dadas por nutricionistas nas respostas se dividem em três grupos: o que conhecem e recomendam o BLW, os que desconhecem e recomendam as famosas papinhas, e os que preferem não opinar sobre alimentação e indicam que

as famílias procurem nutricionistas sobre esse assunto.

É importante ressaltar que O Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabeleceram, para crianças menores de 2 anos, dez passos para a alimentação saudável, sendo que pelo menos dois deles tem estreita relação com o BLW:

“Passo– A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança. (,,,) **Passo 8 –** Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação” (SBP, 2012,p.11).

Com relação ao passo 4 ressalta-se que a adoção de horários rígidos prejudica a capacidade da criança distinguir a sensação de fome e sentir-se satisfeita depois de comer. Portanto, como preconiza o BLW é importante que os pediatras indiquem a livre demanda. Observando, porém, o intervalo entre as refeições precisa ser regular, de 2 a 3 horas, evitando comer entre as refeições. Por isso é importante saber “distinguir o desconforto da criança por fome de outras situações como, sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, e não oferecer comida ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome” (SBP, 2012, p.32).

Um avanço importante que com certeza estabelece um marco para a adesão ao BLW por parte dos pediatras é o fato de a SBP ter lançado em maio de 2017 um guia intitulado “Alimentação complementar e o Método BLW”. Nesse guia a SBP (2017) conceitua BLW como uma abordagem que encoraja os pais a confiarem na capacidade nata que o lactente possui de autoalimentar-se, com ampla defesa para o uso de alimentos in natura e desencorajando a alimentação do lactente na forma tradicional com papinha ou purês.

A SBP destaca que dentre os motivos pelos quais o BLW ganhou popularidade nos últimos anos está o fato de dar “grande importância para a individualidade de cada lactente e seu ritmo, enfatizando as habilidades natas e o empoderamento dos pais em reconhecer em seus filhos seus próprios sinais” (SBP, 2017). Uma questão importante também ressaltada pelo documento é “Comer junto e não dar de comer”.

A terceira intervenção perguntava para as famílias como tomaram conhecimento sobre o método BLW. Essa foi a postagem que recebeu o maior número de curtidas e comentários, chegando as 81 curtidas e 242 comentários, gerando muita reflexão coletiva nos grupos de BLW.



Quadro 24- Comentários da terceira postagem

E.P.N: Redes sociais!! A.C: Grupo de facebook I.C.B: Rede social.
 A.B: Descobri em grupo de facebook e depois comecei a pesquisar mais na internet L.D.L: Descobri em uma página de pediatria no face
 V.F.L: Através das redes sociais, depois busquei uma oficina presencial para aprimorar os conhecimentos
 C.D: Reportagem de TV. Depois vi amigas e também busquei na Internet. N.G: Através de um grupo de amigas da Inglaterra.
 N.V: Redes sociais
 M.M.C: Pesquisa, redes sociais e indicação da nossa pediatra.
 C.B.F.F: Pelas redes sociais soube da existência do método todas as informações necessárias pra segui-lo... Não obtive nenhuma informação de profissionais sobre introdução alimentar adequada, inclusive o momento da introdução... Todos os pediatras q passei com o meu filho indicaram a introdução alimentar antes dos 6 meses.
 V.S: Primeiro por indicação do pediatra, e depois por pesquisas.
 V.F: Primeiro por pesquisa. Depois na rede. Mas a pediatra por seu método já havia percebido q ela adotava esse método. Na última consulta ela pediu p eu pesquisar sobre o BLW, mas eu já estava utilizando.
 J.B.O.R: Pesquisa na internet e posterior validação e indicação médica.
 T.C: Redes sociais
 V.M: No Facebook em um grupo de alimentação e nutrição infantil
 L.E: Primeiro nas redes sociais e depois com a Pediatra Humanizada
 M.F: Rede sociais e dai a nutricionista materno infantil me explicou como funciona.

Fonte:Elaboração própria, 2017.

A grande maioria tomou conhecimento via redes sociais, depois pesquisou na Internet e conversou com o pediatra. O que evidencia a importância e relevância do objetivo dessa pesquisa em conhecer como são as comunidades de aprendizagem em redes sociais. O grande aspecto que diferencia a Internet das demais mídias é que nela todos são produtores e consumidores de informação. Qualquer um pode criar uma página ou grupo em uma rede social e selecionar conteúdos, fomentar discussões e propor reflexões sobre temas na área da saúde. Como o brasileiro passa grande parte do tempo que está na Internet nas redes sociais é natural que elas se tornem fonte de informação e aprendizagem colaborativa.

O dilúvio de informações produzidas pela internet favoreceu o advento e o desenvolvimento do “paciente informado”: uma pessoa que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo no processo de decisão que envolve sua saúde. O “paciente informado” tem, portanto, condições potenciais de transformar a tradicional relação médico/paciente baseada, até então, na autoridade concentrada nas mãos do médico. Além de ser uma das temáticas mais pesquisadas na rede, a saúde é uma das áreas na qual há uma crescente e diversificada quantidade de informação sendo disponibilizada, seja em blogs, sites governamentais, páginas corporativas ou redes sociais. (PEREIRA NETO et.al., 2015, p.1655).

De forma geral as comunidades de aprendizagem exploradas nessa pesquisa se organizam como espaços favoráveis ao compartilhamento de informações e experiências entre pessoas que se interessam por nutrição infantil e o método BLW, de diferentes idades e grupos sociais, mas a maioria são mães buscando orientação. Os moderadores dos grupos postam informações de grupos internacionais, pesquisas científicas e notícias sobre o tema, enquanto os membros do grupo participam com comentários, postagem de dúvidas e relatos de experiências.

A quarta intervenção considerava a experiência das famílias com a alimentação nas escolas.



Quadro 25- Comentários da quarta postagem

S.M.C.K: Quando a escola é a responsável pelo lanche ou almoço cuidam bastante. Não utilizam industrializados e nem embutidos. O problema é o lanche comunitário que as mães levam. Esse não temos como opinar pois vai de cada mãe ter consciência do levam.

T.R: Oi Renata! Depende da creche e escola. Infelizmente muitas daquelas sob responsabilidade governamental não oferecem alimentação de qualidade nutricional adequada. Assim como algumas já são referência! Entre as particulares também depende do modelo da alimentação, quando oferecidas pela própria instituição, esta costuma a ter maior cuidado com o que oferecem. O ideal é você conversar sobre o assunto com a creche ou escola escolhida.

A.F:Na escola da minha filha, infelizmente, não tem a melhor alimentação não. Tem muitas verduras, legumes e frutas... mas tem de vez em quando cachorro quente, de segunda tem o lanche livre que as mãe mandam porcaria..e quando tem festas é ofertado o refrigerante...Mas não é das piores.. e levei em conta outras coisas que achava importante.. espaço pra brincar, quantidade de alunos na turma, área verde, professores capacitados e amor que fazem da profissão.Tive que fazer vista grossa em relação a alimentação...Porém em casa segue hábitos saudáveis, sem doces, por isso ela nem gosta, e refrigerante não é ofertado para a idade dela. O que pretendo que não tome até seus 3 anos pelo menos. Enfim...Cuidei muito, até 1 ano não ingeriu nem açúcar, nem sal... Mas depois que sai de baixo da nossa saia, perdemos o controle!!! Faz parte!!!

D.C: Na escolinha da minha filha as refeições como almoço e jantar são bem equilibrados, porém os lanches e café da manhã não, dão achocolatado e bolachas doces em alguns dias da semana, eu fiz um acordo com a diretoria e posso enviar o lanche da minha filha, até agora não tive problemas.

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Já nessa intervenção, objetivou-se analisar qual era a opinião dos familiares sobre os alimentos recebidos durante o período em que as crianças encontravam-se nas escolas. Obteve-se 7 comentários e chama a atenção o fato de que essas participantes afirmarem que as principais refeições estão de acordo com o que elas julgam correto. Já em relação aos lanches 3 comentários foram de que são ofertados alimentos industrializados, açucarados e até mesmo refrigerante, fato que preocupa todas as mães que responderam a essa postagem.

O cardápio da alimentação escolar, deve ser estabelecido de modo a atingir no mínimo 70% das necessidades nutricionais diárias das crianças que freqüentam a escola em tempo integral. Esse cardápio deve ofertar produtos naturais, e conter produtos básicos como arroz, feijão, proteína e farinhas. Bezerra (2016) afirma que:

As refeições devem ser preparadas nas escolas, tendo por objetivo evitar os doces, os refrigerantes, os “alimentos formulados”, como sopas e risotos semiprontos, os enlatados e os alimentos concentrados (em pó ou desidratados para reconstituição). (p.67)

Alarmante é situação da escola que oferece refrigerante para as crianças. Bezerra (2016) lembra que é proibida a compra de refrigerantes e refrescos ou néctar de frutas com os recursos da merenda escolar. Infelizmente isso vai contra o que

observamos atualmente nas escolas, conforme relatado, que costumam fornecer às crianças pequenos lanches fora dos padrões estabelecidos pelas nutricionistas e com valores energéticos abaixo do preconizado para faixa etária, além do alto índice glicêmico desses alimentos. Para Bezerra (2016):

O cardápio elaborado por um nutricionista, principalmente para crianças, pode ser utilizado na educação nutricional para prevenir ou melhorar o estado de saúde, sempre levando em conta que, se não elaborado com certo cuidado, pode fragilizar o estado de saúde das crianças, além de que o cardápio influencia na formação de hábitos alimentares, principalmente na infância. (p.67)

Deve-se atentar ao fato de que as crianças costumam fazer as refeições no ambiente escolar e suas preferências alimentares serão conduzidas pela qualidade do alimento oferecido nestes locais.

Para ajudar a desmistificar a questão do engasgo no método BLW a última questão pedia que as mães relatassem sobre isso.



Quadro 26- Comentários da quinta postagem

C.J: Oi Renata, minha filha tem 22 meses e nunca teve um engasgo real, apenas GAG Reflex. Os alimentos que devemos evitar são: maçã crua, cenoura crua, azeitona inteira, uva inteira, salsicha, amendoim e amendoas em geral. Tb é mto comum o engasgo com liquido, seja leite materno, leite artificial, qqr liquido. Uma coisa que me deixou mais segura em relação a isso foi aprender as manobras de desengasgo.

S.K: Já aconteceu uma vez com a carne que eu achei q não foi gag. Fiz a manobra do desengasgo...foi um susto

L.V.P: Graças a deus não!

Fonte:Elaboração própria, 2017.

Pensando ainda nos princípios do BLW foi realizada uma postagem sobre os engasgos. Das 4 pessoas que comentaram, apenas 1 realmente achou que seu bebê havia se engasgado verdadeiramente e não que havia sido apenas o reflexo protetor denominado gag.

Entre as orientações para que os riscos sejam minimizados estão: oferecer alimentos cortados em pedaços grandes, para que o lactente consiga pegar

sozinho, oferecer alimentos preparados de uma forma que reduza o risco de engasgo e evitar os alimentos listados como alto risco de aspiração, experimentar sempre o alimento antes de oferecer ao lactente, para verificar se não forma um bolo dentro da cavidade oral, evitar alimentos redondos ou em formato de moedas e garantir que o lactente esteja sempre sentado ereto e sob supervisão contínua de um adulto.(WEFFORT, 2017)

Devemos sempre lembrar que o gag é diferente do engasgo. O engasgo é definido como uma obstrução do fluxo aéreo parcial ou completo, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas, podendo levar à cianose e asfixia. No engasgo com obstrução total da via respiratória a criança é incapaz de tossir, chorar, apresenta uma coloração cianótica da pele e perda de consciência, podendo resultar em uma parada cardiorrespiratória. (RAPLEY, 2008) De acordo com a SBP, milho, feijão (crus) e amendoim são os grãos mais comumente aspirados na faixa etária pediátrica. Alimentos crus preenchem o critério de alto risco para engasgos, pois são rígidos e podem se dividir em pequenos pedaços duros quando mordidos. Exemplo disso é a maçã crua.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi de compreender a percepção de pais e familiares sobre as redes sociais atuando na aprendizagem sobre nutrição infantil. Essa observação mostrou que os pais percebem que as redes sociais e as comunidades de aprendizagem facilitam de forma benéfica e favorável na aquisição de conhecimento sobre a nutrição infantil.

Em relação ao primeiro objetivo específico que era identificar as principais comunidades em redes sociais dos 9 perfis mais citados, 5 foram analisados nesse estudo. O grupo BLW Brasil- Baby Led Weaning foi o mais citado na pesquisa e foi incluído nas análises, também foi uma das comunidades de aprendizagem onde o questionário foi disponibilizado. Durante a análise das respostas, observou-se que muitos familiares citaram sobre onde buscaram informações ou quem os orientou sobre o início da introdução alimentar, onde foi possível concluir que participantes com informações adequadas (seguindo recomendações da OMS, SBP e literatura científica) e atualizadas sobre introdução alimentar, citaram que adquiriram esse conteúdo nessas comunidades de aprendizagem inseridas nas redes sociais.

Em relação ao perfil dos participantes dessas comunidades de aprendizagem, obteve-se que a maioria (54,1%) está na faixa etária entre 26 a 33 anos e 31,5% entre 34 e 41 anos, sendo 98% do sexo feminino. Os resultados mostraram que o método BLW é procurado por famílias mais instruídas academicamente: 43% dos participantes tem graduação completa e 36% pós-graduação, sendo 79,4% com formação superior, representando um contingente muito maior que a média nacional ou que a média dentre os usuários de redes sociais. Chama a atenção também o fato de que 88,3% dos participantes dessas comunidades são mães.

Avaliando a frequência da utilização das redes sociais, observou-se que 230 participantes utilizam o Facebook mais de 3 vezes ao dia, 150 utilizam todos os dias ou mais de uma vez ao dia, o que demonstra ser um hábito diário para 94,4% por participantes de comunidades de aprendizagem sobre nutrição infantil. Na pesquisa verificou-se que os usuários apresentam um perfil passivo e que buscam adquirir conhecimento nas comunidades de aprendizagem, totalizando 71,5%.

O segundo objetivo específico foi mapear os conteúdos postados mais

relevantes sobre a temática nutrição infantil. Invariavelmente os assuntos nas comunidades de aprendizagem e perfis eram em sua grande maioria sobre o BLW, seus princípios, seus anseios e troca de informações a respeito dessa forma de alimentação complementar. Outros conteúdos que foram discutidos com frequência foram os engasgos, gags e manobras de desengasgo/Heimlich.

Outros assuntos citados durante a análise foram: aleitamento materno, desmame, alimentação oferecida pelas escolas, locais onde poderiam obter informações atualizadas e de qualidade, idéias de alimentos a serem oferecidos e troca de receitas, alimentos industrializados e alergias alimentares.

Interessante pontuar que esses participantes buscaram nas comunidades a formação de uma rede de apoio, onde eles se incentivam, demonstram empatias umas aos outros e incentivam a persistência na manutenção de hábitos alimentares saudáveis. A importância de uma rede de apoio foi citada 14 vezes. Muitos participantes relataram que se não tivessem ido buscar conhecimentos ou experiências em comunidades de redes sociais, como por exemplo no grupo GVA, não teriam tido sucesso no aleitamento materno.

Já o terceiro objetivo específico foi analisar o conteúdo com foco na construção coletiva de conhecimentos para os pais. Durante a análise das respostas do questionário observou-se que basicamente todos os princípios do BLW foram citados e a maioria das participantes demonstrou ter um bom conhecimento sobre esse assunto. Isso pode ter ocorrido justamente pelo fato de que os participantes que conhecem e praticam o BLW buscam informações e aprendem de uma forma aprofundada sobre isso antes de aplicá-lo. Notou-se durante a pesquisa que eles são ávidos por conteúdo e todas as atualizações, contradições, dúvidas são discutidas de forma coletiva e compartilhadas nas comunidades de aprendizagem.

A maioria das respostas foi de acordo com o preconizado pela OMS e SBP, seguindo a orientação de não liquidificar os alimentos, de somente iniciar após os 6 meses ou quando o bebê consegue sentar sem apoio, ofertar uma boa variedade de fibras e proteínas, e grande parte dos participantes relataram não usar sal até 1 ano e evitar açúcar até os 2 anos de idade.

Algumas informações obtidas no questionário foram preocupantes pois divergem de literaturas científicas atualizadas. Como exemplo disso, nota-se o fato de

que vários familiares introduziram os alimentos de forma precoce e batidos no liquidificador, segundo eles, conforme orientações de pediatras. Quando essas informações inadequadas ocorriam nas comunidades de aprendizagem rapidamente eram corrigidas pelas moderadoras ou por outras participantes, normalmente seguido de link ou artigo atualizado sobre o assunto. Também conforme orientação da OMS e SBP alimentos derivados do leite de vaca só devem ser ofertados a partir de um ano de idade e sucos devem ser evitados e isso foi diversas vezes orientado nas comunidades de aprendizagem.

Nota-se que a maioria dos entrevistados condena a utilização de industrializados e percebem esses alimentos como não saudáveis, porém utilizam em seus domicílios. O alimento industrializado mais oferecido conforme coletado em nosso questionário foi o iogurte. Isso se encontra compatível com os dados de Rabelo (2014) onde os alimentos que são mais freqüentemente apresentados às crianças foram: iogurte, queijo petit suisse, sucos de caixa e chocolates. Já em relação ao refrigerante 354 participantes nunca ofereceram ou compraram esse produto para seus filhos.

Em relação a esse objetivo, percebeu-se que muitos familiares relatam que essa interação virtual auxilia na aquisição do conhecimento e que esse ambiente é um facilitador quando o assunto é nutrição infantil. O uso desses grupos pode ser visto como um recurso pedagógico que constituem ambientes interativos, com conteúdo atualizado, acesso contínuo e com fóruns de discussão. As comunidades de aprendizagem através da criação de conteúdos de forma coletiva ajudam no aprimoramento de competências e no aumento da capacidade crítica e seletiva de seus participantes. Analisando as respostas obtidas sobre a opinião dos usuários a respeito da aquisição de conhecimento adquiridos nas redes sociais conclui-se que este espaço se mostra propício para a aprendizagem social.

Quanto ao último objetivo, este buscava entender as interferências das redes sociais na relação entre famílias e pediatras. A maior parte (249 pessoas) dos entrevistados afirmaram que o primeiro lugar onde/em quem buscam informações sobre nutrição infantil são os profissionais de saúde, seguido pelas redes sociais (120) e pelos portais de busca (115 pessoas). Esse é um dado importante pois demonstra que mesmo com a facilidade da aquisição de informação, os familiares persistem apresentando sua maior confiança nos profissionais de saúde. Com isto,

pode-se afirmar com segurança que é dever do pediatra estar atualizado, ser uma rede de apoio e estímulo à essa família e seguir diretrizes e manuais atualizados relacionados a nutrição infantil. Os pediatras devem ajudar o paciente a buscar fontes confiáveis de informação na Internet, discutir as informações trazidas e até mesmo se inserir de forma ativa nas redes sociais, podendo produzir conteúdo de alta qualidade para a educação de seus pacientes. O resultado disso seria uma poderosa inteligência coletiva, com potencial para melhorar os resultados em relação à saúde das crianças. Neste ponto, os resultados da pesquisa convergem com os obtidos por Andrea (2016) que através de coleta online com 65 mães praticantes de BLW e 33 profissionais de saúde no Canadá, demonstrou que as mães preferiam buscar informações e apoio sobre introdução alimentar em páginas do Facebook do que com profissionais de saúde.

Durante análise das respostas do questionário que continha uma parte específica dirigida aos profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa conclui-se que a maioria desses profissionais indica uma introdução alimentar participativa e as respostas foram de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde o que difere bastante das respostas analisadas anteriormente onde diversos familiares apresentam informações inadequadas ou desatualizadas que foram repassadas por seus pediatras. Talvez o perfil do profissional de saúde analisado neste questionário seja o de um profissional que utiliza as redes sociais (já que o questionário foi disparado somente online) e que provavelmente esteja inserido em comunidades de aprendizagem com o enfoque no tema nutrição infantil e blw. Por isso, é possível que o pediatra possa fazer uso dessas redes sociais levando em consideração a potencialidade das mesmas de contribuir para o aprofundamento dos temas, na atualização de idéias, no levantamento de aspectos significativos e na aproximação aos seus pacientes.

De forma geral as comunidades de aprendizagem exploradas nessa pesquisa se organizam como espaços favoráveis ao compartilhamento de informações e experiências entre pessoas que se interessam por nutrição infantil e o método BLW, de diferentes idades e grupos sociais, mas a maioria são mães buscando orientação. Essas comunidades têm um ou mais gestores que atuam como membros ativos que organizam e dinamizam o grupo promovendo a interação entre os integrantes. Algumas pessoas participam desses grupos para tirar alguma dúvida ou são profissionais da saúde interessados na temática. Situações pessoais de familiares

que estão iniciando a introdução alimentar são freqüentemente compartilhadas pelos usuários em um processo de ajuda recíproca, sendo que esse tipo de postagem motiva os usuários em comentários e curtidas.

As comunidades de aprendizagem sobre BLW e sobre nutrição infantil apresentam cada dia mais participantes, geram conteúdo de qualidade, grande troca de informações e conteúdos atualizados e concordantes com as principais diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, Academia Americana de Pediatra e Organização Mundial de Saúde. Após análise do conteúdo postado considera-se que essas comunidades são locais adequados onde se podem buscar informações. Assim como esperado, conclui-se que realmente os familiares tem buscado cada vez mais conhecimentos nas comunidades de aprendizagem das redes sociais em uma forma de aprendizagem coletiva e deixando exclusivamente de obter informações com os profissionais de saúde. O conhecimento do pediatra continua sendo importante para a grande maioria dos pais, porém não são conhecimentos irrevogáveis. Nota-se que os pais vão averiguar essas informações adquiridas, procurar artigos atualizados e discutir condutas nesses grupos virtuais. Desse ponto de vista, conclui-se que os ambientes virtuais podem ser empregados como facilitadores das práticas em nutrição infantil e principalmente do BLW.

Inúmeras são as possibilidades de desdobramentos dessa pesquisa para trabalhos futuros. É possível já citar como encaminhamento a elaboração de uma comunidade virtual de aprendizagem considerada ideal, com moderadores da área da saúde composto por nutricionistas e pediatras com fóruns de discussões, ampla participação de pais e familiares, esclarecimento de dúvidas e postagens somente com conteúdo atualizado e com evidências científicas. Outro tema com oportunidade de pesquisa futura é o desenvolvimento de um aplicativo médico que integre justamente o assunto nutrição infantil, introdução alimentar e BLW para utilização de pediatras e seus pacientes. Por fim, ao considerar os pontos acima, deseja-se que os resultados obtidos nessa pesquisa sirvam de apoio e incentivo aos pediatras e demais profissionais de saúde para compreenderem a importância das redes sociais como um instrumento que auxilia de forma prática e eficiente na educação em saúde de pais e familiares.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K.C.K. **História e usos da Internet**. 2009. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt>>. Acesso em: 02 nov. 2016.
- ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G. Development of educational hypermedia to teach an arterial blood pressure measurement procedure. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, p. 933–938, 2011.
- ALBUQUERQUE, A.A.A.D. **Saberes e práticas de docentes no uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) no ensino superior na saúde**. 2013. 50 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Maceió, 2013.
- ALCÂNTARA, A.R.V. **Virtual: concepções, implicações e potencialidades**. 2009. Disponível em: <<http://www.bocc.uff.br/pag/alcantara-ana-virtual-concepcoes-implicacoes-potencialidades.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.
- ALOTAIBI, N.M.; BADHIWALA, J.H.; NASSIRI, F.; GUHA, D.; IBRAHIM, G.M.; SHAMJI, M.F.; LOZANO, A.M. The Current Use of Social Media in Neurosurgery. **World Neurosurgery**, 2015. Doi: 10.1016/j.wneu.2015.11.011.
- ALMEIDA, E.R.S.; GONZAGA, A.M. O uso das redes sociais como recurso pedagógico facilitador das práticas de leitura. **Rev. ARETÉ**, Manaus, v. 7, n. 12, p.89- 108, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uea.edu.br:8080/index.php/arete/article/view/93/92>> Acesso em: 02 nov. 2016
- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.80, n.5, Supl., S119-S125, 2004.
- ANDREA, E.D.; JENKINS, K.; MATHEWS, M.; ROEBOTHAN, B. Baby-led Weaning: a Preliminary Investigation. **Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique**, v.77, 2016.
- ARANTES, C.I.S.; MONTRONE, A.V.G.; MILIONI, D.B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** V.10., n.4, p.933-944, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a06.htm> Acesso em: 02 nov. 2016.
- ARAÚJO, O.D.; CUNHA, A.L.; LUSTOSA, L.R.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.N.; CAMPELO, S.M.A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.61, n.4, p.488-92, jul.\.ago. 2008.
- BARCELOS, G. T.; PASSERINO, L. M.; BEHAR, P. A. Redes sociais e comunidades: definições, classificações e relações. **Politics**, n. 2000, p. 36–40, 2010.
- BARTLETT, Y.K.; COULSON, N.S. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. **Patient Educ. Couns.**, v.83, p.113-0, 2011.
- BARROS, L.M.T. **A memória no ciberespaço**: Usos de mídias locativas para a valorização de memórias sobre o Museu Paraense Emílio Goeldi, em Belém-PA. 2012. Disponível em: <<http://www.bocc.uff.br/pag/barros-luena-a-memoia-no-ciberspaco.pdf>> Acesso em: 02 nov.

2016.

BEZERRA, A.S; CORADI, F.B. Análise da alimentação oferecida para crianças em uma creche municipal do Rio Grande do Sul. Editora Unijuí – Revista Contexto & Saúde, vol. 16, n. 31, 2016.

BOCCOLINI, C. S.; et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 5, p. 399–404, 2011.

BORTOLINI, G. A.; et al. Early cow's milk consumption among Brazilian children: Results of a national survey. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 6, p. 608–613, 2013.

BOTTON, Andressa et al. Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. **Pensando fam.** Porto Alegre , v. 19, n. 2, p. 43-56,dez.2015.Disponívelem:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 jun. 2017.

BOY, J.D.; UITERMARK, J. How to Study the City on Instagram. *PLoS One*, v.11, n.6, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27336728>> Acesso em: 02 nov. 2016.

BRIGGS, A.; BURKE, P. **Uma história social da mídia**: de Gutenberg à Internet. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

BROWN, A.; JONES, S.W.; ROWAN, H. **Baby-Led Weaning**: the evidente to date. *Curr Nutr Rep.*, v.6, p.148-156, 2017.

BRUNO, A. Educação formal, não formal e informal: da trilogia aos cruzamentos, dos hibridismos a outros contributos. Disponível em: http://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoesonline/article/view/68/pdf_28> Acesso em 28 jul. 2017.

BUCKNER, S.C.V.M. Social Media Messages in an Emerging Health Crisis: Tweeting Bird Flu. **Journal of Health Communication**, v.21, n.3, p. 301-308, fev. 2016.

CAMERON, S.L.; HEATH, A.L.M.; TAYLOR, R.W. How Feasible is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. **Nutrients**, v.2, n.11, p.1575-1609, nov. 2012a. Doi.: 10.3390/nu411157

CAMERON, S.L.; HEATH, A.L. M.; TAYLOR, R. W. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. **BMJ open**, v. 2, n. 6, p. 1–10, 2012b.

CAMERON, S. L.; TAYLOR, R. W.; HEATH, A. L. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. **BMJ Open**, v. 3, n. 12, p. e003946, 2013.

CAMERON, S. L.; TAYLOR, R. W.; HEATH, A.-L. M. 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**, v. 15, n. 1, p. 99, 2015.

CANAVILHAS, J. **A saúde na blogosfera portuguesa**. 2005. Disponível em <<http://www.bocc.uff.br/pag/canavilhas-joao-blogues-saude.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: Inappropriate practices in infants. **Revista**

Chilena de Pediatria, v. 83, n. 5, p. 503, 2012.

CARVALHO, M.S.R.M. **A trajetória da internet no Brasil: do surgimento das redes de computadores à instituição dos mecanismos de governança**. 2006. 239 f.

Tese (Mestrado em ciências de engenharia de sistemas e computação)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, S. D.; MARTINS, F. J. As relações da família com os pediatras: as visões maternas. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 330-335, Sept. 2016.

CARVALHO, C. A. de; et al. Food consumption and nutritional adequacy in Brazilian children: a systematic review. **Revista paulista de pediatria: órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 211–21, 2015.

CASTRO, R.C.F. **Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em saúde**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, nesp., p. 57-63, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2017.

COBOS, J.S; PENELA, C.G; GONZALES, J.D.; BENAVENT, R.A. Comunicación científica (XXXVII). Cómo hacer una estrategia social media para pediatras (IV). Técnicas de «social customer relationship management» en redes sociales. **Acta Pediatr Esp.**, v.74, n.9, p. 231-235, out. 2016.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 258–264, 2009.

COSTA, A.S.V; ALMEIDA, V.A. **Reflexões sobre as novas configurações espaciais: a emergência do ciberespaço e suas implicações sobre o espaço urbano**. 2009. Disponível em: <<http://www.bocc.uff.br/pag/bocc-adenilson-ciberespaco.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

CUENCA, A.M.B.; TANAKA, A.C.A. Influência da internet na comunidade acadêmico-científica da área de saúde pública. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 840-6, 2005.

DANTAS, E.B. **Mídia eletrônica, novas mídias e sustentabilidade**. 2008. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/dantas-edmundo-midia-electronica-novas-midias-sustentabilidade.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

DEUS, Meiridiane Domingues de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Avós Cuidadores e Suas Funções: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 112-125, jul. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 19 jun. 2017.

ESTIMA, C.C.P.; PHILIPPI, S.T.; ARAKI, E.L.; LEAL, G.V.S.; MARTINEZ, M.F.; ALVARENGA, M.S. Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. **Rev Paul Pediatr.**, v.29, n.1, p. 41-5, 2011. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12800/art_ESTIMA_Consumo_de_bebidas_e_refrigerantes_por_adolescentes_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y Empresa Brasil de Comunicação – EBC> Acesso em: 31 maio 17

ESCOBAR, A. M. D. U. et al. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 3, p. 253–261, 2002.

FANGUPO, L.J; HEATH, A.L; WILLIAMS, S.M; WILLIAMS, L.W.E; MORISON, B.J; FLEMING, E.A; TAYLOR, B.J; WHEELER, B.J; TAYLOR, R.W. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. **American Academy of Pediatrics**, v.19, Sept. 2016. Doi: 10.1542/peds.2016-0772

FANGUPO, L. J.; HEATH, A. M.; WILLIAMS S. M.; et al. **A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking**. *Pediatrics*. 138(4), 2016.

FECHINE, A.D.L.; MACHADO, M.M.T.; LINSAY, A.C.; FECHINE, V.C.L.; ARRUDA, C.A.M. Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. **Rev Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1, p. 16-22, jan./mar., 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3099/pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.

FERRAREZI, A.C.; SANTOS, K.O.; MONTEIRO, M. Avaliação crítica da legislação brasileira de sucos de fruta, com ênfase no suco de fruta pronto para beber. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 667-677, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/71752>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

FERREIRA, A.V.S; GARCIA, E. Suporte básico de vida. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.2, p. 214-25, 2001.

FERREIRA, C.T.; SEIDMAN, E. Alergia alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p. 7-20, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2017.

FERREIRA, F.S. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis conseqüências. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 87-98, 2015.

FISBERG, M; TOSATTI, A. M; Abreu, C. L. “A criança que não come - abordagem pediátrico-comportamental”, in **Anais do 2o. Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas** . Novembro de 2014, Número 4, Volume 1

GALLO, S. **Guia do CBBS**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, H.T. A passagem da Web 1.0 para a Web 2.0 e...Web 3.0: Potenciais conseqüências para uma humanização em contexto educativo. **Boletim informativo Cybercentro Castelo Branco** fev./mar. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2404/1/A%20passagem%20da%20Web%20Henrique.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

GONÇALVES, L.C.T.R.; LOPES, R.C.S. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 247- 259, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222105008>> Acesso em: 26 maio 2017.

ISOTANI, S.; MIZOGUCHI, R.; BITTENCOURT, I.I.; COSTA, E. *Web 3.0 - Os Rumos da Web Semântica e da Web 2.0 nos Ambientes Educacionais*. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 19., 2008, Fortaleza. **Anais...**Fortaleza: SBIE, 2008.

LÉVY, P. **A inteligência coletiva**: antropologia do ciberespaço. 1.ed. São Paulo: Loyola, 1998.
LIMA, A.O perfil dos usuários nas redes sociais. Disponível em: <http://adnews.com.br/adarticles/o-perfil-dos-usuarios-nas-redes-sociais.html>. Acesso em: 01 de março de 2017.

LISBOA, V. Mulheres brasileiras têm menos de dois filhos em média. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/mulheres-brasileiras-tem-menos-de-dois-filhos-em-media>. Acesso em 04 de fevereiro de 2017.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H.A.; MENEZES, R.C.E.; ASAKURAA, L.; OLIVEIRA, M.A.A.; TADDEI, J.A.A.C. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v.33, n.1, p. 34-41, 2015.

MAGNONI JUNIOR, L. et al. **Programa Educativo e Social JC na Escola**: Ciência Alimentando o Brasil. São Paulo: Centro Paula Souza, 2016. 180 p.

MALAQUIAS, T.S.M.; GAÍVA, M.A.M.; HIGARASHI, I.H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. V.36, n.1, p. 62-8, mar. 2015.

MATERNAMOS. **BLW escondido do pediatra?** Disponível em: <http://www.maternamos.com.br/blw-escondido-do-pediatra>. Publicado em: 17/11/2015.

McLAWHORN, A.S.; MARTINO, I.D.; FEHRING, K.A.; SCULCO, P.K. Social media and your practice: navigating the surgeon-patient relationship. **Curr Rev Musculoskelet Med.**, out. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde . São Paulo: HUCITEC, 2007

MONTARDO, S.P. Comunicação como forma social: proposta de interseção entre a comunicação e a cibercultura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 28., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

MORETTI, F.A.; OLIVEIRA, V.E.D.; SILVA, E.M.K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.5, n.6, p.650-658, nov./dez. 2012.

MORISON, B.J; TAYLOR, R.W; HASZARD, J.J; SCHRAMM, C.J; ERICKSON, L.W; FANGUPO, L.J; FLEMING, E. A; LUCIANO, A; HEATH, A.M. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? **A cross-sectional study of infants aged 6–8months**, *BMJ Open*, e010665 2016. Doi:10.1136/bmjopen-2015.

NAFTEL, R.P.; SAFIANO, N.A.; FALOLA, M.I.; SHANNON, C.N.; WELLONS, J.C.; JOHNSTON, J.M.J. Technology preferences among caregivers of children with hydrocephalus. **J Neurosurg Pediatrics**, v.11, p.26–36, jan. 2013.

NASCIMENTO, G.; POSSOLLI, G. E. Lincoln. As contribuições do facebook para a formação médica: estudo de caso dos cursos de medicina de Curitiba. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 13, n. 31, p.221-252, 2016. Disponível em:<http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/1942/1148>. Acesso em: 26 maio 2017.

NEVES, K.A. **Nomes de domínio na internet**. 1.ed. São Paulo: Novatec Editora Ltda, jul. 2015. 176 p.

NÓBREGA, V.M.; COLLET, N.; SILVA, K.L.; COUTINHO, S.E.D. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p.431-40, 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7566>.

PADOVANI, A.R. **Introdução alimentar participativa: respeitando o tempo do bebê**. Maio 2015. Disponível em: <<https://conalco.com.br/wp-content/uploads/2015/05/ebook-IA-ParticipATIVA.pdf>> Acesso em: 26 maio 2017.

PALEZI, S.C.; PIETTA, G.M. Elaboração de um iogurte de mirtilo a base de kefir como probiótico natural e reduzido teor de lactose. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA; SEMINÁRIO INTEGRADO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO E MOSTRA CIENTÍFICA, 2015, São Miguel do Oeste. **Anais...** São Miguel do Oeste, 2015.

PARK, H; REBER, B.H; CHON, M.G. Tweeting as Health Communication: Health Organizations' Use of Twitter for Health Promotion and Public Engagement. **Journal of Health Communication**, v.21, n.2, p.188-198, 2015. DOI: 10.1080/10810730.2015.1058435.

PEDRAZA, D.F. Saúde e nutrição das crianças assistidas em creches públicas do município de Campina Grande, Paraíba. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n. 2, p. 200-208, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-200.pdf>> Disponível em: 26 maio 2017.

PELLANDA, E.C. O “local” do virtual no ambiente de Internet móvel. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 28., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: UERJ, set. 2005.

PEREIRA, M.R. **Indo além: o uso do marketing alimentar e nutricional por uma rede de fast-food na Internet**. 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

PEREIRA NETO, André et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, supl., dez. 2015, p.1653-1671.

PESTANA, S. C.; MOREIRA, P. J. Saúde Web 2.0 e comunicação em saúde: a participação em comunidades virtuais em Portugal. **Revista de Comunicación y Salud**, v. 2, n. 2, p. 47–62, 2012.

POLÔNIO, M.L.T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.1653-1666, ago, 2009. Disponível em:www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/02.pdf. Acesso em: 26 maio 2017.

RABELO, D.S.; ALVES, R.C.C. Influência no consumo de alimentos industrializados por crianças de 4 meses a 5 cinco anos. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2014. Disponível em:bdm.unb.br/bitstream/10483/7811/1/2014_DianaStephanyRabelo.pdf> Acesso em: 26 maio 2017.

RAPLEY, G. Guia para implementação de uma abordagem de introdução de alimentos sólidos guiada pelo bebê. 2008. Disponível em:www.rapleyweaning.com

RAPOPORT, A; PICCININI, C. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2017.

REGO, J.D. **Aleitamento Materno**: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002.

RINALDI, A.E.M.; PEREIRA, A.F.; MACEDO, C.S.; MOTA, J.P.; BURINI, R.B.
Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Rev Paul Pediatr.**, v.26, n.3, p.271-7, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/12>> Acesso em: 30 maio 2017.

ROCHA, A.; PEREIRA, A. Analisar comunidades virtuais de prática. **CIAIQ2016**, v. 1, 2016.

SABBATINI, M. As publicações eletrônicas dentro da comunicação científica. 1999. Disponível em: www.bocc.uff.br/pag/sabattini-marcelo-publicacoes-electronicas.pdf Acesso em: 30/05/2017.

SALDIVA, S.R.D.M.; ESCUDER, M.M.; MONDINI, L.; LEVY, R.B.; VENANCIO, S.I.
Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J Pediatr (Rio J)**, v.83, n.1, p.53-8, 2007.

SALOMON, D. Moving on from Facebook: Using Instagram to connect with undergraduates and engage in teaching and learning. **College & Research Libraries News**, v. 74, n. 8, p. 408-412, Sept. 2013

SALVE, J.M.; SILVA, I.A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.1, p. 43-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a07v22n1>> Acesso em: 30 maio 2017.

SANTAELLA, L. Mídias locativas: a internet móvel de lugares e coisas. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n.35, abr. 2008.

SANTOS, N.B. Comunicação, educação e promoção da saúde na internet. **Cad. Mídia saúde pub.**, v.2, n.1, p. 37-48, 2007.

Santos FS, Santos FCS, Santos LH, Leite AM, Mello DF. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. *Einstein* 2015; 13(3):435-440

SCROFERNEKER, C.M.A. As organizações na internet: um estudo comparativo. E- Compós (Brasília), Revista Eletrônica – COMPÓS, v.4, p.1-21, 2005.

SIMÕES, L.; GOUVEIA, L. Geração Net, Web 2.0 e ensino superior. In: FREITAS, E.; TUNA, S. (Orgs.) (2009). *Novos Média, Novas Gerações, Novas Formas de Comunicar. Edição especial Cadernos de Estudos mediáticos*, n. 6, p.21-32, 2009.

SILVA, A.M.P. **Ciberantropologia**: o estudo das comunidades virtuais. 2004. Disponível em: <<http://www.bocc.uff.br/pag/silva-adelina-ciberantropologia.pdf>> Acesso em: 30 maio 2017.

SILVA, N. V. P.; MUNIZ, L. C.; VIEIRA, M. F. A. Soft drinks and artificial juices consumption by children under 5 years old: a National Research of Demography and Children and Women Health (NRDH), 2006. **J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 163-173, ago. 2012.

SILVA, R.L.F. **Alergias alimentares**: uma revisão integrativa com foco sobre as proteínas do leite e do ovo. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/3399/1/RayneLFS_Trabalho%20de%20Conclusão%20de%20Curso>. Acesso em: 30 maio 2017.

SILVA, S.A. da; DIAS, M.R.M.; FERREIRA, T.A.P.C. Rotulagem de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 185- 194, apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SILVA, W.M.D. Navegar é preciso: avaliação de impactos do uso da Internet na relação médico-paciente. 2006. 132f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo; São Paulo, 2006. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-30102006-103313/pt-br.php Acesso em: 20/05/2017.

SILVER, M.P. Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over. **J Med Internet Res.**, v.17, n.1, p.13-19, jan. 2015.

SOARES, M.C. Internet e saúde: possibilidades e limitações. **Revista TEXTOS de la CiberSociedad**, v.4, 2004. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>> Acesso em: 30 maio 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3.ed. Rio de Janeiro: Departamento de Nutrologia, 2012. 148p.

SOUSA, F.R.C. de. **Cibercultura, tecnologias digitais e educação**. Disponível em: <<http://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/ead-cibercultura-tecnologias-educacionais-educacao.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

STATISTA. **Leading countries based on number of Facebook users as of April 2017 (in millions)**. Disponível em: <<http://www.statista.com/statistics/268136/top-15-countries-based-on-number-of-facebook-users>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TELEBRASIL. **Internet móvel está presente em mais de 5mil municípios do Brasil**. Disponível em: www.telebrasil.org.br/newsletter/002_internet.html. Acesso em: 01 jun. 2017.

TOLONI, M.H.A; LONGO-SILVA, G; KONSTANTYNER, T; TADDEI, J.A.A.C. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, v.32, n. 1, p. 37-43, mar. 2014.

TORRES, P.L.; IRALA, E.A.F. **Aprendizagem colaborativa: teoria e prática**. Complexidade: redes e conexões na produção do conhecimento. Curitiba: SENAR- PR; Kairós, 2014.p.61-94.

UNIMED. **A nova relação entre o Dr. Google, o médico e o paciente**. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/-/a-nova-relacao-entre-o-dr-google-o-medico-e-o-paciente>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317–324, 2016.

VIEIRA, D.A.S. et al . Qualidade nutricional dos padrões alimentares de crianças: existem diferenças dentro e fora da escola?. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 93,n.1, p. 47-57, Feb. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2017.

VIEIRA, E. **Os bastidores da Internet no Brasil**. 1.ed. Barueri, SP: Manole, 2003. 286 p.

WEFFORT, S. R. V. et al. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** 3.ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012.

WEFFORT, V.R.S. et al. **A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby- Led Weaning).** Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Nutrologia, maio de 2017.

WELCH, J.L.B.A. et al. **Public Health Nutrition.** Disponível em:
<<http://www.wiley.com/legacy/wileychi/Buttriss/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Contribuição das redes sociais na formação de comunidades de aprendizagem sobre a nutrição infantil

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “A contribuição das redes sociais na formação de comunidades de aprendizagem sobre a nutrição infantil”. Neste estudo queremos compreender como as redes sociais (Facebook e Instagram) interferem na contribuição do conhecimento sobre alimentação infantil para familiares e profissionais de saúde. O instrumento de pesquisa foi estruturado pensando em um tempo de preenchimento médio de 15 minutos. Desse modo, pedimos gentilmente a sua colaboração para o sucesso dessa pesquisa a fim de que tenhamos uma amostragem significativa de participantes. Você não será identificado em nenhuma publicação e os dados que fornecer serão tratados com confidencialidade. Seu nome não será visível ou divulgado a ninguém.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO:

[Leia a declaração a seguir para prosseguir com o preenchimento da pesquisa]

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. A pesquisadora responsável é a Renata Bragato Futagami e a Profa Dra Gabriela Eying Possolli, e com eles poderei manter contato via email re_futagami@hotmail.com para esclarecimentos. Tendo sido orientado e compreendido o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

1 Perfil

1.1) Qual sua faixa etária

- () 18 a 25 anos () 26 a 33 anos () 34 a 42 anos
 () 43 a 50 anos () 51 a 60 anos () Acima de 60 anos

1.2) Sexo: () Feminino

1.3) () Masculino PERFIL:

- () Pai () Mãe
 () Pediatra () Nutricionista () Fonoaudióloga
 () Outros profissionais de saúde: Qual? _____

1.4) Grau de escolaridade

- () Ensino fundamental () Ensino médio completo
 () Superior incompleto

Superior completo

Especialização Mestrado ou Doutorado

1.5) Você tem filhos? () Sim () Não

Se sim, quantos? () 1 () 2 () 3 () Mais de 3

1.6) Se você tem pelo menos um filho na faixa etária a seguir, marque a(s) opções correspondentes: (pode marcar mais de uma)

- até 6 meses de 6 meses
 a 18 meses 18 meses a 30 meses 30 meses a
 48 meses
 acima de 48 meses

2 Nutrição infantil

2.1) Relate sua opinião e/ ou experiência sobre aleitamento materno e fórmulas infantis

2.2) Escreva sobre seus conhecimentos em relação a introdução alimentar (como oferecer alimentos, quais alimentos e quando oferecer, etc)

2.3) Emita sua opinião sobre alimentação industrializada para as crianças e cite exemplos

2.4) Qual sua opinião sobre os seguintes alimentos:

- Petit suisse (danoninho): _____
- Iogurte: _____
- Achocolatado: _____
- Engrossantes de leite (farinha láctea): _____

- Sucos de caixinha: _____
- Refrigerante: _____

3 Redes sociais e nutrição

3.1) Classifique as redes sociais abaixo relacionadas de acordo com a utilização pessoal

Rede Social / Frequência Uso	+ de 3x ao dia	Mais de uma vez ao dia	Todos dias	+ de 5x semana	2x semana	Esporadi- camente
Facebook						
Instagram						

3.2) Marque a opção que mais define a sua utilização na maioria das vezes em que está no Facebook:

() Leio as atualizações dos meus contatos curtindo o que eles postam, e as vezes, comentando alguma postagem. As postagens no meu perfil são menos frequentes e no geral dizem respeito a assuntos que considero interessantes que compartilho de pessoas ou páginas do Facebook.

() Costumo postar frases sobre assuntos que gosto ou situações cotidianas. As vezes posto fotos pessoais e compartilho mensagens de páginas que navego. Também leio as atualizações dos meus contatos curtindo e comentando o que me chama atenção.

3.3) Considerando sua experiência com as redes sociais em grupos ou perfis sobre nutrição infantil marque as opções verdadeiras

() News: é freqüente a divulgação de notícia relevantes sobre conhecimentos científicos da área em grupo que participo no Facebook.

() Congressos: O Facebook me auxilia a ser atualizado com relação a informações sobre eventos da área.

() Networking: contribui para que eu conheça pais e profissionais de saúde e esteja atualizado com relação aos serviços de saúde que me interessam. É uma ferramenta para conhecer pessoas e criar vínculos.

() Debates: já participei de debates online em grupos do Facebook que abordavam questões de destaque.

() Mensagens: tenho o hábito de utilizar o mensseger do Facebook para conversar com meus colegas e/ou profissionais.

() Campanhas: participei de campanhas e mobilizações sociais que começaram em eventos ou grupos do Facebook.

() Vídeos com vivências, demonstrações

() Imagens: fotos, esquemas ou tabelas sobre a temática da nutrição infantil. 3.4) Como adquire informações a respeito da nutrição infantil:

Ranquear as opções da mais utilizada para a menos ou nunca utilizada	1	2	3	4	5	6	Nunca
Profissionais de saúde							
Mídia impressa (jornais, revistas)							
Portais de busca (google e outros)							

Redes sociais							
Televisão							
Conversas informais (familiares, amigos)							

3.5) Considerando sua experiência nas redes sociais cite quais contribuições de Perfis e Grupos na AQUISIÇÃO e COMPARTILHAMENTO de conhecimentos sobre nutrição infantil:

3.6) Cite o nome de 5 grupos ou perfis que você considere importantes sobre nutrição infantil:

4.Perguntas específicas

Para profissionais de saúde:

4.1) Quais práticas de introdução alimentar você indica enquanto profissional de saúde, cite exemplos.

4.2) Qual a sua opinião técnica e aplicabilidade do método BLW?

Para familiares:

4.1) Caso tenha algum conhecimento sobre o método BLW descreva brevemente quais os princípios que você conhece e qual a sua experiência com o método?

4.2) Quais as suas resistências ou dúvidas relacionadas a aplicabilidade do

método BLW?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Rede social: () Facebook () Instagram		Tipo: () Perfil () Grupo	
Nome:		Link:	
Número de participantes ou seguidores:			
QUANTITATIVO DE POSTAGENS			
06/2016:			
TIPO	Texto =	Imagem =	Vídeo =
AUTORIA:	Própria =	Membro =	Compartilhamento =
07/2016:			
TIPO	Texto =	Imagem =	Vídeo =
AUTORIA:	Própria =	Membro =	Compartilhamento =
08/2016			
TIPO	Texto=	Imagem=	Vídeo=
AUTORIA	Própria=	Membro=	Compartilhamento=
09/2016			
TIPO	Texto=	Imagem=	Vídeo=
AUTORIA	Própria=	Membro=	Compartilhamento=
10/2016			
TIPO	Texto=	Imagem=	Vídeo=
AUTORIA	Própria=	Membro=	Compartilhamento=
11/2016			
TIPO	Texto=	Imagem=	Vídeo=
AUTORIA	Própria=	Membro=	Compartilhamento=
POSTAGENS MAIS RELEVANTES:			
1. Título / Data / Hora			
Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos			
2. Título / Data / Hora			
Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos			
3. Título / Data / Hora			
Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos			

4. Título / Data / Hora

Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos

5. Título / Data / Hora

Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos

6. Título / Data / Hora

Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos

7. Título / Data / Hora

Número de: Curtidas / Comentários / Compartilhamentos

Análise crítica da comunidade:

ANEXO – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO CEP



FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE - FPP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA **Título da Pesquisa:** A contribuição das redes sociais na formação de comunidades de aprendizagem sobre nutrição infantil

Pesquisador: RENATA BRAGATO FUTAGAMI

Área Temática: D **Versão:** 2º **CAAE:** 55413216.3.0000.5580 **Instituição Proponente:** Faculdade Pequeno Príncipe **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER **Número do Parecer:** 1.732.631

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa que pretende compreender a percepção de pais sobre as redes sociais atuando na aprendizagem sobre a nutrição infantil. O procedimento técnico a ser adotado é o da análise documental pesquisa participante. Os participantes do estudo serão constituídos de profissionais de saúde e familiares de crianças em geral com até dois anos de idade, que participam de redes sociais tais como Instagram e facebook e que estejam ativos em comunidades de educação sobre nutrição infantil, com foco no BLW o chamado Baby-led Weaning (Desmame Guiado pelo Bebê) este é o método em questão que as pesquisadoras desejam saber o conhecimento dos participantes. O número de participantes desejável é de 50 pessoas de cada uma das dez páginas dessas redes sociais que receberam um link do google.docs para acessar o questionário e que terá um breve descritivo sobre o projeto. O número desejável é de 500 participantes no total. Estas páginas de rede social serão escolhidas através da quantidade de participantes e será enviado o link como convite para fazer parte da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: o- Compreender a percepção de pais sobre as redes sociais atuando na aprendizagem sobre a nutrição infantil.

Endereço: Av. Iguaçu **Bairro:** Rebouças **CEP:** 80.230-020 **UF:** PR **Município:** CURITIBA **Telefone:** (41)3310-1512 **E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br



FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE - FPP

Continuação do Parecer: 1.732.631

Objetivos Secundários: o- Identificar quais são as principais comunidades sobre alimentação infantil nas redes sociais, realizando uma investigação das comunidades virtuais de aprendizagem no Facebook e Instagram, que apresentam número de participantes mais expressivos; o- Mapear os conteúdos postados nas redes sociais pertinentes a este assunto; o- Analisar o conteúdo proposto, através de questionário e roteiro de observação, que analisará assuntos abordados, tipos de postagens, tipo de mídia utilizada, números de curtidas e quantidade de compartilhamentos; o- Entender as interferências dos conhecimentos construídos na rede social na relação com o pediatra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para minimizar os riscos de identificação e exposição de dados dos participantes do estudo, será utilizado um software online (google docs) para receber e tabular as respostas dos participantes do estudo. Esse site garante o anonimato e traz comodidade aos participantes que podem responder o questionário em qualquer tempo e lugar.

Benefícios: Espera-se confirmar que as mídias sociais e comunidades de aprendizagem influenciam positivamente na nutrição de crianças. Essas comunidades virtuais de aprendizagem têm efeito positivo na saúde da criança, permitindo uma maior informação e segurança em relação à alimentação do infante e se beneficiam pela possibilidade de encontrar informações atualizadas e em qualquer hora ou lugar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de interesse que busca compreender as comunidades virtuais de aprendizagem atuando positivamente na construção de conhecimento dos pais e profissionais por meio das redes sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram agora apresentados de maneira correta.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. Iguaçu **Bairro:** Rebouças **CEP:** 80.230-020 **UF:** PR **Município:** CURITIBA **Telefone:** (41)3310-1512 **E-mail:** comite-etica@fpp.edu.br



FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE - FPP

Continuação do Parecer: 1.732.631

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012 do CNS, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_703716.pdf	20/08/2016 20:58:06		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaresposta.doc	20/08/2016 20:57:32	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
Outros	Image.jpg	20/08/2016 20:54:54	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	18/06/2016 15:09:03	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.png	26/04/2016 13:00:15	Leide da Conceição Sanches	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaformatoPlataformaBrasil.docx	22/04/2016 17:01:41	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
Outros	ROTEIRO.docx	22/04/2016 16:55:53	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	22/04/2016 16:54:50	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostorenata.pdf	22/04/2016 16:42:02	RENATA BRAGATO FUTAGAMI	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da

CONEP: Não

Continuação do Parecer:

1.732.631

CURITIBA, 18 de Setembro de 2016

Assinado por: Leide da Conceição Sanches (Coordenador)