

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E COMPARAÇÃO DE DUAS
TÉCNICAS DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE LACTENTES****EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS AND COMPARISON OF TWO
TECHNIQUES FOR INTRODUCING FOOD TO INFANTS**Isabella Ribeiro Machado Soares¹Luciene Rabelo Pereira²**RESUMO**

A introdução alimentar é crucial na vida do bebê, exigindo uma escolha adequada do método pela família. O estudo aborda a discussão entre métodos como Baby-led Weaning (BLW) versus o método tradicional de papinha. Visto que há escassez de estudos sobre o tema, o presente trabalho buscou avaliar o método de introdução alimentar escolhido por cada família e seu impacto nos hábitos alimentares e no estado nutricional dos lactentes. O estudo é de caráter transversal, exploratório e descritivo, com 47 lactentes (6-24 meses), que foram recrutados por meio de mídias sociais, e avaliou o estado nutricional e práticas alimentares dos participantes. Os mesmos aprovaram o termo de compromisso, e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética. Das mães entrevistadas, 36 adotaram com seus filhos o BLW e 11 a alimentação tradicional (AT). Bebês BLW tiveram maior aleitamento exclusivo até 6 meses (86,1% vs. 36,4%) comparados à AT. No estado nutricional, 58,3% dos bebês BLW estão em eutrofia conforme o IMC, sem peso elevado para a idade, enquanto na AT são 45,5% em eutrofia e 27,3% com peso elevado. Bebês AT têm mais introdução precoce de sólidos (18,2% vs. 8,3% no BLW). Bebês BLW sentam-se mais à mesa com a família (83,3% vs. 45,5%). O consumo de açúcar é relatado por 18,2% na AT, nenhum no BLW. Discutir a adoção do BLW é essencial considerando que cada vez mais as famílias optam por permitir que seus bebês realizem a autoalimentação.

Palavras-chave: Introdução Alimentar. Baby-led Weaning. Nutrição infantil. Lactente.

ABSTRACT

The introduction of food is crucial in a baby's life, requiring an appropriate choice of method by the family. The study addresses the discussion between methods such as Baby-led Weaning (BLW) versus the traditional baby food method. Since there is a scarcity of studies on the topic, the present work sought to evaluate the method of food introduction chosen by each family and its impact on the eating habits and nutritional status of infants. The study is cross-sectional, exploratory and descriptive, with 47 infants (6-24 months), who were recruited through social media, and evaluated the participants' nutritional status and eating practices. They approved the term of commitment, and the project was approved by the ethics committee. Of the mothers interviewed, 36 adopted BLW with their children and 11 adopted traditional food (AT). BLW babies had more exclusive breastfeeding up to 6 months (86.1% vs.

36.4%) compared to AT. In terms of nutritional status, 58.3% of BLW babies are eutrophic according to BMI, without high weight for their age, while in AT, 45.5% are eutrophic and 27.3% are overweight. AT babies have more early introduction of solids (18.2% vs. 8.3% in BLW). BLW babies sit more at the table with their family (83.3% vs. 45.5%). Sugar consumption is reported by 18.2% in AT, none in BLW. Discussing the adoption of BLW is essential considering that more and more families are choosing to allow their babies to self-feed.

Keywords: Food Introduction. Baby led weaning. Child nutrition. Infant

1. INTRODUÇÃO

A alimentação complementar é vista como um marco fisiológico decisivo na vida do bebê, tendo em vista que uma nutrição apropriada, com a quantidade e qualidade nutricional suficiente, são essenciais para assegurar o crescimento e o desenvolvimento global no seu potencial máximo (GOMEZ *et al.*, 2020).

A recomendação oficial no Brasil pelo Ministério da Saúde é que o aleitamento materno exclusivo se mantenha até os seis meses. Após essa idade, a complementação com alimentos sólidos é importante para que as necessidades nutricionais do lactente sejam atendidas. Sendo assim, muito tem-se discutido a respeito de dois métodos de introdução alimentar: o método convencional e *Baby-Led Weaning* (BLW) (SCARPATTO; FORTE, 2018).

O método BLW, que traduzido significa “Desmame Liderado Pelo Bebê” foi desenvolvido por uma enfermeira Britânica chamada Gill Rapley, em 2008. Este vem sendo alvo de discussões entre os profissionais e as famílias em função da possibilidade de o bebê alimentar-se sozinho e com autonomia. É uma abordagem pautada por alguns princípios como o compartilhamento de refeições com a família, autonomia do bebê que com as próprias mãos decidirá o que comer, a quantidade e o ritmo da alimentação. (D’AURIA *et al.*, 2018).

Segundo o Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos, os alimentos ofertados à criança no início da introdução alimentar devem ser oferecidos em forma de papa/purê. Aos oito meses, a textura deve ser evoluída para amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. É recomendado o uso de copos para fornecer água, e um prato e colher para oferecer os alimentos. Esse seria o método de alimentação tradicional (AT). Essa técnica é guiada pelo adulto, que decidirá quais alimentos ele comerá, a quantidade e também a velocidade em que serão ofertados (BRASIL, 2021)

O método BLW preconiza que a forma segura de ofertar esses alimentos, que seria em pedaços macios o suficiente para que ele consiga mastigar, em formato de palito, do tamanho do punho do bebê, para facilitar na hora de segurar. É recomendado que os alimentos fiquem separados no prato, para que o bebê sinta o real sabor e textura de cada alimento individualmente, em sua forma original. Assim, a criança controla suas práticas alimentares de acordo com sua preferência (BROWN *et al.*, 2017).

Até cerca de nove meses, o bebê não é capaz de liberar um objeto de seu punho voluntariamente, soltá-lo ou jogá-lo intencionalmente, nem usar seu polegar e indicador em um movimento de “pinça” para pegar pequenos objetos. Com o desenvolvimento da pinça (entre o 7º e o 9º mês), o alimento pode ser ofertado em

pedaços menores e, posteriormente, com auxílio de talher (ALMEIDA *et al.*, 2020). Assim, a figura 1 mostra a oferta dos alimentos segundo o método BLW, enquanto a figura 2 mostra a textura e formato conforme o método tradicional.

Figura 1 – Cortes conforme *baby-led weaning* para ofertar aos 6 meses de idade



Fonte: (CAMASMIE, 2018)

Figura 2 – Apresentação dos alimentos conforme o método tradicional para ofertar na colher aos 6 meses de idade



Fonte: (CAMASMIE, 2018)

Na última década, foram traduzidas várias pesquisas científicas e livros em mais de 15 idiomas diferentes abordando o método BLW. No entanto, apesar dos benefícios divulgados, os profissionais da área da saúde possuem resistência em aconselhar a prática desse novo modelo, considerando que ainda não existem evidências de alto rigor científico diante de alguns questionamentos (GOMEZ *et al.*, 2020).

Profissionais e órgãos reguladores de saúde não estão dispostos a recomendar esse método devido a preocupações relacionadas à segurança e suficiência de nutrientes. As principais discussões giram em torno do fato de que os bebês que praticam BLW correm maior risco de ingestão inadequada de ferro e energia, já que eles determinam quanto e o que irão consumir a partir do que foi ofertado, e maior risco de engasgo (CAMERON *et al.*, 2013).

Em contrapartida, várias vantagens potenciais do BLW foram propostas, incluindo: menor risco de obesidade, como resultado de uma melhor regulação do apetite; melhor qualidade da dieta com menor risco de seletividade alimentar; fortalecimento do vínculo entre pais e filhos; coordenação motora mais desenvolvida e maior autonomia (DANIEL *et al.*, 2015).

No entanto, os riscos associados a essa abordagem, como de engasgos e deficiências nutricionais, não são corroborados. A maioria dos estudos sobre o assunto tem origem em países norte-americanos e europeus, cujas características

sociodemográficas contrastam com as do Brasil, onde ainda não foram conduzidos estudos exploratórios sobre o tema (VIEIRA; VANICOLLI; RAPLEY, 2020).

Entendendo os válidos questionamentos dos pais e dos profissionais de saúde com relação ao modelo BLW, como risco de engasgo, e de baixa ingestão de ferro e de energia, um grupo de pesquisadores neozelandeses, criou uma vertente chamada Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), que traduzida significa Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê (BRASIL, 2017).

A proposta do BLISS é oferecer igualmente alimentos cortados em pedaços grandes, que o lactente consiga pegar sozinho, entretanto, garantir a oferta de um alimento rico em ferro e em calorias em cada refeição para garantir o aporte nutricional e calórico. Oferecer os alimentos com textura que reduza o risco de engasgo e evitar ofertar os alimentos listados como alto risco de aspiração (CAMERON *et al.*, 2015).

Essa abordagem sugere que o responsável deve experimentar sempre o alimento antes de oferecer ao lactente, para garantir que ele não forma um bolo dentro da cavidade oral, e não ofertar alimentos redondos ou em formato de moedas. Garantir sempre que o lactente esteja sentado, ereto e sob supervisão contínua de um adulto e não iniciar a introdução alimentar se ele ainda não conseguir sentar-se dessa forma (DANIELS *et al.*, 2015).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria lançou um documento em 2017 reconhecendo que no momento da introdução alimentar, o bebê tanto pode receber os alimentos amassados oferecidos na colher, como também deve experimentar com as mãos e conhecer as diferentes texturas dos alimentos como parte natural de seu desenvolvimento sensorio motor. Porém, não há evidências e estudos publicados suficientes garantindo que os métodos BLW ou BLISS sejam os únicos modelos corretos de alimentação complementar (NEVES *et al.*, 2022).

Embora as orientações fornecidas pelos autores sejam coerentes com o desenvolvimento infantil, limitar um processo complexo a uma única maneira pode não ser acessível para muitas famílias, e, portanto, não pode ser defendido - como forma única de alimentação infantil (BRASIL, 2017).

Levando em consideração os dados abordados acima e a limitação de estudos exploratórios a respeito do tema, o objetivo do presente trabalho é comparar os hábitos alimentares e o estado nutricional de lactentes cujas mães referiram praticar o baby-led weaning com aqueles que relataram utilizar a alimentação tradicional.

2. METODOLOGIA

2.1 DESENHOS DO ESTUDO

É uma pesquisa de campo descritiva, sendo de caráter transversal e de abordagem quanti/qualitativa. Este estudo é caracterizado como quantitativo, pois envolverá mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados.

Tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionados 48 participantes de ambos os sexos, com idade de 6 meses a 24 meses, sendo a coleta de dados realizada entre setembro/2023 e outubro/2023.

Os voluntários foram selecionados por meio das mídias sociais. Todos os entrevistados, residentes em todo o Brasil, foram informados do objetivo deste estudo e tiveram como benefício orientações nutricionais para crianças.

Foram estabelecidas como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos lactentes, com idade entre 6 a 24 meses que estão em fase de introdução alimentar.

Aqueles indivíduos que não atenderam ao critério de inclusão foram excluídos da amostra, mas obtiveram todos os benefícios que foram ofertados por este estudo aos seus voluntários.

2.2 COLETAS DE DADOS

2.2.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 71312623.9.0000.5068) e após aprovação, apresentado aos voluntários. Só participaram do estudo aqueles que ao serem orientados sobre os objetivos, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os pesquisadores comprometeram-se a manter o sigilo dos dados recolhidos, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. Aqueles que participaram do estudo foram comunicados a respeito dos procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (BRASIL, 2012).

2.2.2 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E AVALIAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES

Foram utilizados os dados do cartão de saúde da criança com os devidos dados antropométricos: peso atual; estatura e circunferência cefálica. Através dessas informações foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) da criança para aplicar na curva de crescimento IMC/idade (2007). Este recurso é utilizado para verificar se há excesso de peso entre as crianças e pode ser usado em outras fases da vida, sendo um bom parâmetro para diagnóstico nutricional (BRASIL, 2011)

Após o cálculo do IMC, foi realizada uma avaliação das curvas, a amostra foi classificada conforme seu estado nutricional geral através do percentil, onde foram avaliados os pontos de corte de IMC por idade (IMC/I), peso para idade (P/I), peso por estatura (P/E) e estatura para idade (E/I), seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde. Tais curvas já constam na Caderneta de Saúde da Criança e servem para descrever o crescimento de crianças até 5 anos (BRASIL, 2011)

O diagnóstico nutricional foi obtido por meio de cálculos utilizando os dados que foram coletados no questionário, considerando os as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde e a classificação do estado nutricional.

Para avaliar os hábitos alimentares atuais da criança, foi utilizado um questionário já validado e publicado em 2015. Ele é composto de 58 questões fechadas, que abrangem dados sociodemográficos da mãe/cuidador principal e da criança, bem como perguntas relacionadas aos hábitos alimentares da criança e seu consumo alimentar em um período de 24 horas anteriores ao dia que os dados foram

coletados. Nele continham questões a respeito de textura dos alimentos, quais alimentos foram consumidos e quantas vezes (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Outros questionamentos a respeito de hábitos alimentares foram incluídos ao questionário já validado, para coletar dados sobre: duração do aleitamento materno exclusivo, idade em que os alimentos sólidos foram introduzidos, método de introdução escolhido na primeira ocasião de alimentação complementar, alimentos que foram introduzidos pela primeira vez, e se o leite materno ou a fórmula infantil estão sendo consumidos atualmente (MORISON *et al.*, 2016).

2.3 ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram analisados segundo a frequência relativa a cada categoria e realizado um teste de independência entre as variáveis de estudo segundo o Teste Exato de Fisher, utilizando o programa R-Project. Os resultados brutos foram analisados com auxílio do Excel versão 365 MSO (Versão 2305 Build 16.0.16501.20074) 64 bits, ano 2010.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recebidas 53 respostas de mães e cuidadores. No entanto, houve a necessidade de exclusão de 6 participantes por não atenderem ao perfil definido no estudo e/ou por terem respondido questões de forma incorreta. Das 47 restantes, 36 relataram praticar o BLW com seus filhos e as outras 11 relataram praticar alimentação tradicional.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos maternos e dos bebês. Das mães, 83,1% do grupo BLW relatou morar em zona urbana, e 72,7% do grupo AT. A idade das mães variou entre 20 a 40 anos, no entanto, a idade prevalente foi de 20-29 anos, sendo 63,6% no grupo AT e 83,3% no grupo BLW. Das crianças, 72,7% dos que praticam alimentação tradicional são do sexo masculino, enquanto do grupo que realiza desmame liderado pelo bebê esse valor é de 55,6%. Quanto à ocupação materna, 75% das mães BLW referiram não trabalhar fora de casa e 63,6% no grupo AT. Com relação a escolaridade, 54,5% das mães que praticam AT possuem ensino médio completo, já no grupo BLW 58,3% possui ensino superior completo ou incompleto. 100% da amostra relatou possuir acesso livre às redes sociais.

Tabela 1 - Descrição de mães e crianças de 6 a 24 meses segundo dados sociodemográficos.

	AT	%	BLW	%
Região em que mora				
Zona rural	3	27,3	5	13,9
Zona urbana	8	72,7	31	86,1
Idade da mãe				
20 - 29	7	63,6	30	83,3
30 - 40	4	36,4	6	16,7
Grau de escolaridade				
Ensino médio incompleto	1	9,1	1	2,8

(continua)

(continuação)

Tabela 1 - Descrição de mães e crianças de 6 a 24 meses segundo dados sociodemográficos

	AT	%	BLW	%
Ensino médio completo	6	54,5	14	38,9
Ensino superior completo/incompleto	4	36,4	21	58,3
Idade da criança				
6 meses	4	36,4	4	11,1
7 - 8 meses	2	18,2	8	22,2
9 - 11 meses	0	0,0	11	30,6
12 - 24 meses	5	45,5	13	36,1
Sexo da criança				
Masculino	8	72,7	20	55,6
Feminino	3	27,3	16	44,4
A mãe trabalha fora				
Sim	3	27,3	9	25,0
Não	7	63,6	27	75,0
Licença maternidade	1	9,1	0	0,0

Fonte: próprio autor, 2023.

Na tabela 2, é possível observar dados referentes à gestação, assistência em saúde e educação, e informações a respeito do aleitamento materno. Diferenças relevantes foram encontradas para as respostas que se referem ao aleitamento materno exclusivo (AME). 86,1% dos bebês que praticam BLW estiveram em AME até os 6 meses, contra 36,4% da alimentação tradicional (p-valor 0.001). Com relação aos componentes que dificultariam a continuação do aleitamento materno, 72,7% de bebês em AT utilizam mamadeiras e/ou chuchinhas, e no grupo praticante de BLW 30,6% (p-valor 0.018). No que diz respeito a introdução de fórmula infantil, 72,7% de AT relatou ter introduzido, e 25% no BLW (p-valor 0.009). Tais dados mostram que mães que praticam o BLW com seus filhos parecem ter melhor condição de manter a amamentação de forma exclusiva, além de exporem menos seus bebês ao uso de bicos artificiais e/ou fórmulas lácteas, itens que influenciam diretamente no tempo de realização do aleitamento materno (BATISTA *et al.*, 2018; BUCCINI *et al.*, 2017; BROWN e LEE, 2011).

A execução da amamentação nos primeiros meses de vida parece beneficiar a adoção do BLW, uma vez que, ao se alimentar no seio, o bebê regula a quantidade de leite e o ritmo da sua alimentação; ao passo que o uso de fórmula se assemelha à AT para a introdução de alimentos, devido ao fato de o adulto manter maior controle em ambas. O desmame liderado pelo bebê parece ser mais frequentemente escolhido por mães que amamentam em comparação com aquelas que alimentam seus filhos com fórmulas lácteas. Algumas possíveis justificativas referem-se a uma seleção considerada mais "saudável" ou "natural", ou pela confiança dessas mães na capacidade de autoalimentação do bebê. Sustentar a oferta de leite em livre demanda após o início da alimentação sólida facilita que esta ocorra de maneira verdadeiramente guiada pelo bebê, pois, caso ele não consuma quantidade suficiente de alimentos para atender às suas necessidades, buscará no leite materno o que precisa (BROWN e LEE, 2011).

O leite materno contém diversos nutrientes e uma variedade de vitaminas, minerais, proteínas, lipídios e carboidratos, além de ser rico em proteínas essenciais para o desenvolvimento do bebê. Estudos mostram que apenas o leite produzido pela mãe

é adequado para a nutrição correta do bebê nos primeiros 6 meses de vida. Os principais benefícios para a criança abrangem um aprimoramento intelectual, a prevenção contra obesidade, doenças cardíacas, infecciosas e alérgicas, alívio de cólicas, bem como contribuem para o alcance do peso ideal devido a uma variedade de nutrientes e vitaminas (BRAGA; GONÇALVES; AUGUSTO, 2020).

Tabela 2 - Descrição dos lactentes e suas mães segundo variáveis de saúde gerais, de educação, e de aleitamento materno

	AT	%	BLW	%	Valor-p
Local de atendimento de saúde atual					
Serviço particular/convenio	8	72,7	25	69,4	
Serviço público	3	27,3	11	30,6	
Via de parto					
Vaginal/normal	3	27,3	14	38,9	
Cesárea	8	72,7	22	61,1	
A criança frequenta creche					
Período integral	1	9,1	2	5,6	
Meio período	0	0,0	1	2,8	
Não	10	90,9	33	91,7	
Uso de mamadeira/chuquinha					
Sim	8	72,7	11	30,6	0.018
Não	3	27,3	25	69,4	
Uso de chupeta					
Sim	3	27,3	9	25,0	>0.9
Não	8	72,7	27	75,0	
AME exclusiva até os 6 meses					
Sim	4	36,4	31	86,1	0.001
Não	1	9,1	2	5,6	
Amamentação mista	6	54,5	3	8,3	
Aleitamento materno após 6 meses					
Sim	7	63,6	29	80,6	0.3
Não	4	36,4	7	19,4	
Uso de fórmulas infantis					
Sim	8	72,7	9	25,0	0.009
Não	3	27,3	27	75,0	

Fonte: próprio autor, 2023.

Teste Exato de Fisher's, valor-p < 0.005

No que diz respeito aos dados antropométricos dos lactentes (tabela 3), é possível observar que 56,8% da amostra BLW encontra-se em estado nutricional de eutrofia segundo o marcador IMC por idade, enquanto 16,2% estão em sobrepeso, segundo os percentis das curvas de crescimento da OMS. No grupo de AT, o índice de crianças em eutrofia e sobrepeso são de 45,5% e 27,3% respectivamente. Um estudo realizado com 298 mães de crianças entre 18 a 24 meses mostrou que famílias que usaram BLW tiveram filhos que foram considerados como tendo melhor controle do apetite e tinham um IMC menor do que crianças desmamadas usando um estilo convencional. Esses dados indicam que o método adotado no momento da introdução alimentar, aliada ao estilo de amamentação, pode afetar o comportamento alimentar da criança e seu estado nutricional meses depois (BROWN e LEE, 2013).

Com relação aos impactos no peso por idade, diferenças significativas foram encontradas, sendo que não houveram lactentes com peso elevado para a idade no

grupo BLW contra 27,3% no grupo AT. Estes dados são coerentes com estudos encontrados que mostraram que os lactentes que seguiram uma abordagem tradicional de desmame foram significativamente mais pesados em comparação com aqueles que seguiram uma abordagem liderada pelo bebê, independentemente do peso ao nascer, peso materno, duração da amamentação e estilo de alimentação materno-infantil (BROWN *et al.*, 2017).

Potencialmente, portanto, há algo único no BLW que o diferencia dos métodos tradicionais. Embora seja apenas uma especulação, é plausível que, ao permitir que os lactentes escolham qual alimento levar à boca sem muito envolvimento dos pais, o ritmo e a duração dos episódios alimentares são ideais para o desenvolvimento da noção de saciedade. Os bebês têm maior oportunidade de determinar o ponto final de uma refeição em comparação com a alimentação por colher, onde os pais podem, consciente ou inconscientemente, desejar que o tamanho da porção definida seja consumido. Além disso, a maior participação nos horários das refeições em família pode tornar a duração das refeições mais prolongadas e diminuir a velocidade global de alimentação, o que tem sido associado ao aumento dos sinais fisiológicos de saciedade. A capacidade de comer até a saciedade em vez de terminar a porção disponível pode ser um elemento importante na proteção contra o sobrepeso (BROWN e LEE, 2013).

Tabela 3 – Classificação antropométrica dos lactentes

	AT	%	BLW	%	Valor-p
IMC/idade					0.5
Magreza	1	9,1	2	5,6	
Eutrofia	5	45,5	21	58,3	
Risco para sobrepeso	1	9,1	7	19,4	
Sobrepeso	3	27,3	5	13,9	
Obesidade	1	9,1	1	2,8	
Peso/idade					0.010
Baixo peso para idade	0	0,0	1	2,8	
Peso adequado para idade	8	72,7	35	97,2	
Peso elevado para idade	3	27,3	0	0,0	
Estatura/idade					>0.9
Muito baixo comprimento para idade	0	0,0	2	5,6	
Baixo comprimento para idade	1	9,1	2	5,6	
Comprimento adequado para idade	10	90,9	32	88,9	

Fonte: próprio autor, 2023

Teste Exato de Fisher, valor-p < 0.005

Os dados encontrados no presente trabalho sinalizam associações importantes relacionadas ao baby-led weaning, com o início da alimentação complementar. Coerente com outros trabalhos, a realização do BLW associou-se à introdução aos seis meses, em proporção maior se comparado ao grupo da AT. A tabela 4 apresenta dados as características das práticas alimentares na AC. Verificou-se que os bebês da abordagem AT estiveram estatisticamente mais propensos a receber a introdução de sólidos antes dos seis meses (18,2%) enquanto isso, 8,3% dos bebês BLW recebeu de forma precoce esses alimentos (BROWN *et al.*, 2010).

Historicamente, a alimentação oferecida na colher, em forma de purê, foi fundamental quando as famílias ofereciam outros alimentos precocemente e existiam poucas alternativas para o leite materno. Até 2002, o recomendado era que a alimentação complementar iniciasse a partir dos quatro meses e, posteriormente, a

recomendação passou a ser aos seis meses, devido as diferenças importantes no desenvolvimento motor de uma criança nessas duas idades. Uma pesquisa aponta que a maioria dos bebês aos seis meses possui desenvolvimento suficiente para comer sozinho e, por conseguinte, realizar o BLW, devido os sinais de prontidão surgirem nessa época. Famílias que realizam o BLW supostamente tendem a esperar que o bebê consiga sentar-se com o mínimo de apoio, além de levar objetos à boca por conta própria. Tais sinais geralmente surgem em torno dos seis meses de vida, coincidindo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde, relacionada ao início da introdução de novos alimentos (WRIGHT *et al.*, 2017; NAYLOR e MORROW, 2001; OMS, 2003).

Com relação a textura desses alimentos no início da AC, apenas 19,4% da amostra BLW relatou ofertar os alimentos em pedaços. Além disso, apenas 44,4% comem sozinhos com as mãos e/ou talheres (Tabela 4). Este dado sugere que a definição da abordagem liderada por bebês não é, por si só, clara. Em um estudo canadense, algumas mães que se identificaram como BLW ainda ofereciam alimentos pastosos, como também na Nova Zelândia, 21% das mães que se identificaram como lideradas pelo bebê não eram totalmente "aderentes", por exemplo, usavam purês e colher. O consenso de uma definição de pesquisa seria útil, ou mesmo pesquisa para examinar qual grau de alimentação com colher ou purê tem um impacto, ou se é de fato a autoalimentação restrita que é o caminho ideal (CAMERON *et al.*, 2013).

Outro estudo mostrou que grande proporção das famílias que relataram usar BLW estavam seguindo uma abordagem mais flexível que incluía uma combinação de autoalimentação e alimentação por colher. Provavelmente, isso ocorre em momentos em que o bebê parece incapaz de se alimentar (por exemplo, se estiver doente) ou especificamente para garantir a ingestão adequada. Isso sugere que o BLW e o aleitamento à colher não são vistos como métodos dicotômicos dentro da comunidade, mas sim como estilos de alimentação infantil que podem ser mesclados para atender às necessidades da criança e da família em cada situação alimentar (CAMERON *et al.*, 2013).

Os lactentes do grupo AT estiveram significativamente menos propensos (45,5%) a sentar-se à mesa juntamente com a família que os bebês BLW (83,3%). O Guia Alimentar Para Crianças Menores de Dois Anos estabelece que comer juntamente com a família, pode incentivar a criança a comer pelo exemplo, além de auxiliar no desenvolvimento de habilidades sociais para os momentos das refeições e ainda, comer sentado adequadamente representa uma medida de segurança preventiva de engasgos (VIEIRA; VANICOLLI; RAPLEY, 2020; BRASIL, 2019).

Em um estudo controlado randomizado realizado com 206 bebês saudáveis com objetivo de determinar qual o impacto do risco de asfixia em crianças que seguem a introdução alimentar tradicional e dos que seguem o método BLW, foi possível perceber que aqueles que foram inseridos na alimentação complementar pela BLW sob orientação, não apresentaram maior risco de engasgo comparado ao da abordagem de introdução alimentar tradicional. O mesmo acontece no presente estudo, visto que, não houve grande diferença no percentual de crianças que já precisaram ser desengasgadas com a manobra de Heimlich durante a alimentação, sendo 25% BLW e 18,2% AT (p-valor > 0.9) (FANGUPO *et al.*, 2016).

Quatro estudos dos que foram encontrados sobre o método BLW abordaram a respeito da ingestão de macro e micronutrientes, e ingestão adequada de ferro e de energia. Os autores notaram déficit de ingestão de ferro nos praticantes restritos do

BLW, se comparados com crianças cujos pais não seguiam rigorosamente o modelo ou que praticavam o método tradicional. No entanto, o mesmo não aconteceu no presente estudo, visto que não houve diferenças significantes nos valores encontrados a respeito de anemia ou baixa ingestão de ferro (p-valor 0.4). Convém elucidar que o presente trabalho apresenta algumas limitações já que não é possível ter certeza se foram realizados exames laboratoriais como o hemograma (GOMEZ *et al.*, 2020).

Tabela 4 – Variáveis sobre características da alimentação complementar em relação a consistência da comida, início da introdução alimentar e hábitos alimentares

	AT	%	BLW	%	Valor-p
Teve anemia ou baixa ingestão de ferro					0.4
Sim	1	9,1	1	2,8	
Não	10	90,9	35	97,2	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Idade de início da alimentação complementar					0.7
Antes dos 6 meses	2	18,2	3	8,3	
Após 6 meses	9	81,8	33	91,7	
Como foi iniciada					0.4
Apenas com frutas	3	27,3	7	19,4	
Apenas com legumes/verduras	1	9,1	1	2,8	
Todos os alimentos permitidos	7	63,6	28	77,8	
Textura principal no início da AC					<0.001
Alimentos em pedaços	0	0,0	7	19,4	
Papinha	8	72,7	2	5,6	
Misto	3	27,3	27	75,0	
Senta à mesa juntamente com a família					0.02
Sim	5	45,5	30	83,3	
Não	6	54,5	6	16,7	
Se alimenta sozinha com as mãos/talheres					0.008
Sim	0	0,0	16	44,4	
Não	10	90,9	19	52,8	
Não sabe	1	9,1	1	2,8	
Aceita todas as texturas					>0.9
Não, prefere pastoso	2	18,2	6	16,7	
Sim, aceita todas	9	81,8	30	83,3	
Possui algum tipo de seletividade alimentar					0.7
Sim	2	18,2	10	27,8	
Não	9	81,8	26	72,2	
O responsável já ouviu falar em BLW					
Sim, e foi colocado em pratica	0	0,0	36	100,0	
Sim, mas não pratiquei	11	22,9	0	0,0	
A criança já precisou ser desengasgada					>0.9
Sim	2	18,2	9	25,0	
Não	9	81,8	27	75,0	

Fonte: próprio autor, 2023

Teste Exato de Fisher's, valor-p < 0.005

Diferente de outros estudos que afirmam que bebês que realizam BLW recebem menos alimentos processados, o presente trabalho não encontrou diferenças significativas no consumo alimentar dos lactentes (Tabela 5). No entanto, 18,2% dos que estavam em alimentação tradicional consomem açúcar e seus derivados (mel, melado, etc.), na amostra BLW não houve relato sobre essa ingestão. Sabe-se que

a exposição precoce a alimentos hiperpalatáveis como açúcar, tendem a influenciar o paladar e as preferências da criança conforme o passar dos anos (VIEIRA; VANICOLLI; RAPLEY, 2020).

Tabela 5 - Consumo alimentar dos lactentes nas últimas 24 horas

	AT	%	BLW	%	Valor-p
Leite materno					0.3
Sim	7	63,6	29	78,4	
Não	4	36,4	7	18,9	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Outro leite em pó ou líquido de vaca					0.14
Sim	6	54,5	9	24,3	
Não	5	45,5	27	73,0	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Suco natural ou água de coco					0.3
Sim	3	27,3	4	10,8	
Não	8	72,7	32	86,5	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Refrigerante					0.2
Sim	1	9,1	0	0,0	
Não	10	90,9	36	97,3	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Mingau					0.4
Sim	1	9,1	1	2,7	
Não	10	90,9	35	94,6	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Açúcar e seus derivados					0.051
Sim	2	18,2	0	0,0	
Não	9	81,8	36	97,3	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Fruta					0.6
Sim	10	90,9	34	91,9	
Não	1	9,1	2	5,4	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Mamão, manga, pitanga, Pequi ou buriti					0.039
Sim	6	54,5	31	83,8	
Não	4	36,4	5	13,5	
Não sabe	0	0,0	1	2,7	
Guloseimas/doces					>0.9
Sim	0	0,0	1	2,7	
Não	11	100,0	35	94,6	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Bolacha/biscoito/salgadinho					>0.9
Sim	1	9,1	5	13,5	
Não	10	90,9	31	83,8	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Carne					>0.9
Sim	8	72,7	26	70,3	
Não	3	27,3	10	27,0	
Não sabe	0	0,0	1	2,7	

(continua)

Tabela 5 - Consumo alimentar dos lactentes

	AT	%	BLW	%	Valor-p
Feijão					0.7
Sim	10	90,9	29	78,4	
Não	1	9,1	7	18,9	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Ovo					0.3
Sim	3	27,3	17	45,9	
Não	8	72,7	19	51,4	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Legumes					>0.9
Sim	9	81,8	30	81,1	
Não	2	18,2	6	16,2	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Verduras					>0.9
Sim	5	45,5	8	21,6	
Não	6	54,5	28	75,7	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Arroz, batata, aipim, inhame ou macarrão					0.6
Sim	11	100,0	32	86,5	
Não	0	0,0	4	10,8	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Embutidos					
Sim	0	0,0	0	0,0	
Não	11	100,0	36	97,3	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	
Macarrão instantâneo					
Sim	0	0,0	0	0,0	
Não	11	100,0	36	97,3	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	

Fonte: próprio autor, 2023

Teste Exato de Fisher's, valor-p < 0.005

O trabalho atual evidencia algumas limitações que são essenciais de serem destacadas. O fato de a amostra ser composta por indivíduos que voluntariamente aceitaram o convite divulgado em plataformas de redes sociais tende a caracterizar um público que, eventualmente, apresenta maior sensibilidade em relação aos cuidados alimentares infantis.

Ademais, apesar do aumento da utilização da recolha de dados online devido à sua abrangência em diferentes localidades, é relevante salientar que as respostas aos questionários dependem da interpretação dos participantes. Portanto, é necessário agir com cautela ao extrapolar as interpretações realizadas.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo, bebês cujas mães afirmaram adotar o Baby-Led Weaning (BLW) foram caracterizados pela introdução de alimentos no momento adequado, apresentando menores prevalências de introdução precoce quando comparados aos lactentes cujas mães relataram a Alimentação Tradicional (AT). Além disso, o grupo BLW mostrou menor exposição a alimentos inadequados, como o açúcar.

Acerca do estado nutricional, notou-se que os bebês em BLW são significativamente menos pesados que os bebês em AT.

A respeito de práticas sociais, bebês do método BLW também demonstraram maior propensão a se alimentar à mesa, permanecendo sentados de maneira específica diminuindo assim o risco de engasgo, além de compartilhar a alimentação da família.

Sobre o risco de engasgo, não foi possível perceber diferenças significativas entre os grupos, tornando impossível afirmar que os bebês que praticam BLW tem risco aumentado para engasgo.

Acerca da ingestão de ferro, não é possível garantir que haja déficit de ingestão de ferro nos praticantes restritos do BLW, se comparados com crianças cujos pais praticavam o método tradicional. Visto que não houve diferenças significantes nos valores encontrados a respeito de anemia ou baixa ingestão de ferro.

Também foram identificadas correlações com a prática do aleitamento materno, indicando que mulheres que manifestaram preferência pelo Baby-Led Weaning (BLW) amamentaram de maneira mais monitorada às recomendações, e aparentemente mantiveram a amamentação continuada por um período mais prolongado.

Desta forma, por se tratar de uma oferta de alimentos diferente do que foi ensinado anteriormente, é essencial que as famílias sejam devidamente orientadas, embasadas em evidências científicas, para diminuir riscos de engasgos e deficiências, além de aproveitar as vantagens relacionadas à alimentação.

Conclui-se que essas descobertas contribuem para enriquecer a discussão sobre a implementação do BLW, dado o cenário de escassez de literatura sobre o tema, especialmente no âmbito nacional, em um contexto em que cada vez mais famílias buscam essa abordagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. F. DE et al. Segurança alimentar e apresentação dos cortes dos alimentos na abordagem de introdução alimentar baby led weaning. Revista Sítio Novo, v. 5, n. 1, p. 158, 29 dez. 2020.

BATISTA, C. L. C. et al. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. Jornal de Pediatria, v. 94, n. 6, p. 596–601, nov. 2018.

BRAGA, M. S.; GONÇALVES, M. DA S.; AUGUSTO, C. R. OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL / THE BENEFITS OF BREASTFEEDING FOR CHILD DEVELOPMENT. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 9, p. 70250–70261, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. ORIENTAÇÕES PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília, 2011

BROWN, A.; JONES, S. W.; ROWAN, H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*, v. 6, n. 2, p. 148–156, 29 abr. 2017.

BROWN, A.; LEE, M. D. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity*, v. 10, n. 1, p. 57–66, 17 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BROWN, A.; LEE, M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & Child Nutrition*, v. 7, n. 1, p. 34–47, 10 dez. 2010.

BROWN, A.; JONES, S. W.; ROWAN, H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*, v. 6, n. 2, p. 148–156, 29 abr. 2017.

BUCCINI, G. DOS S. et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, v. 13, n. 3, p. e12384, 14 nov. 2016.

BROWN, A.; JONES, S. W.; ROWAN, H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*, v. 6, n. 2, p. 148–156, 29 abr. 2017.

CAMASMIE, L. E. M. Introdução Alimentar: Comparação Entre O Método Tradicional e o Baby-Led Weaning (BLW). São José dos Campos/ SP: Universidade Paulista, 2018.

CAMERON, S. L.; TAYLOR, R. W.; HEATH, A.-L. M. 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, dez. 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, 26 ago. 2015.

DANIELS, L. et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics*, v. 15, n. 1, 12 nov. 2015.

D'AURIA, E. et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics*, v. 44, n. 1, 3 maio 2018.

FANGUPO, L. J. et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*, v. 138, n. 4, 1 out. 2016

GOMEZ, M. S. et al. BABY-LED WEANING, AN OVERVIEW OF THE NEW APPROACH TO FOOD INTRODUCTION: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. Revista Paulista de Pediatria, v. 38, 13 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://unibave.net/download?arquivo=/2016/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-196_96-Vers%C3%A3o-2012.pdf>. Acesso em: 5 maio. 2023.

MORISON, B. J. et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. BMJ Open, v. 6, n. 5, p. e010665, maio 2016.

NAYLOR AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods: reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor and maternal reproductive and lactational development. Washington: Wellstart International, LINKAGES Project Academy for Educational Development; 2001.

NEVES, F. S. et al. Percepções de profissionais de saúde brasileiros acerca da prática do método Baby-Led Weaning (BLW) para alimentação complementar: um estudo exploratório. Revista Paulista de Pediatria, v. 40, 4 out. 2021.

OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 377–394, fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Complementary Feeding: Report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. WHO: Geneva; 2002.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Nutrologia: A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning). Sociedade Brasileira de Pediatria. n. 3, mai. 2017

SCARPATTO, C. H.; FORTE, G. C. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): Revisão da literatura. Clinical and Biomedical Research, v. 38, n. 3, 1 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/ Sociedade brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012

VIEIRA, V. L.; VANICOLLI, B. A. L.; RAPLEY, G. Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 15, n. 0, p. 46047, 1 jul. 2020.

WRIGHT, C. M. et al. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Maternal & Child Nutrition*, v. 7, n. 1, p. 27–33, 23 ago. 2010.