

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**Larissa Cabral dos Santos**

**BABY LED WEANING: O QUE VOCÊ PRECISA SABER? UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

**RECIFE  
2022**

**LARISSA CABRAL DOS SANTOS**

**BABY LED WEANING: O QUE VOCÊ PRECISA SABER? UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Nutrição de  
Universidade Federal de Pernambuco  
como requisito para obtenção de grau  
de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Orientador(a): Juliana Maria Carrazzone Borba

Coorientador(a): Raquel Araújo de Santana

**RECIFE**

**2022**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Larissa Cabral dos.

Baby Led Weaning: O que você precisa saber? Uma revisão integrativa /  
Larissa Cabral dos Santos. - Recife, 2022.

34

Orientador(a): Juliana Maria Carrazzone Borba

Cooorientador(a): Raquel Araújo de Santana

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de  
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Nutrição - Bacharelado, 2022.

1. Baby-led weaning. 2. Introdução Alimentar. 3. Alimentação Complementar.  
I. Borba, Juliana Maria Carrazzone. (Orientação). II. Santana, Raquel Araújo de.  
(Coorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

LARISSA CABRAL DOS SANTOS

**BABY LED WEANING: O QUE VOCÊ PRECISA SABER? UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição de Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Aprovado em: 20/10/2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Raquel Araújo de Santana  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Silvana Magalhães Salgado  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Gisélia de Santana Muniz  
Universidade Federal de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus pais Lúdia Cabral e Edmilson Guerra por me proporcionarem uma educação de qualidade desde pequena, mas em especial a minha mãe, que é minha base e me incentivou desde o início, nunca duvidando da minha capacidade.

Agradeço também às minhas irmãs, que confiam em mim de olhos fechados e me fazem ter forças para ir em busca de todos os meus sonhos e objetivos. Agradeço, ainda, às minhas duas amigas da faculdade, Marina Dias e Gersiane Benigno, pois sem elas todo o processo teria sido muito mais difícil e eu só posso agradecer por nossos caminhos terem se cruzado.

Um agradecimento especial aos meus amigos da vida, mas em especial as minhas amigas Gabriela Emerenciano e Amanda Arruda que se fazem presentes em todas as etapas da minha trajetória. Por fim, agradeço imensamente aos professores da graduação por todos os ensinamentos, mas principalmente às minhas orientadoras Juliana Carrazzone e Raquel Santana, que me apoiaram em todos os momentos, confiando em mim, na minha dedicação e nos meus conhecimentos. Vocês foram essenciais para que esse trabalho fosse concluído e eu não tenho palavras para expressar toda a minha gratidão.

## RESUMO

A abordagem de introdução alimentar denominada Baby-Led Weaning (BLW) ou desmame guiado pelo bebê oferece maior protagonismo à criança na hora de se alimentar. Essa abordagem oferece ao bebê a oportunidade de manipular os alimentos em pedaços com as próprias mãos, expondo-o aos estímulos sensoriais inerentes a cada alimento e preparação, com texturas, cores, temperaturas e sabores variados. Além disso, essa conduta não impõe a quantidade de alimento nem o horário das refeições, as quais vão sendo ajustadas gradativamente pela criança. O BLW requer sinais de destreza do bebê relativos ao desenvolvimento sensório-motor, bem como exige dos cuidadores um comportamento responsivo. À medida que a abordagem torna-se mais conhecida, é importante esclarecer seus benefícios e/ou riscos para o crescimento, desenvolvimento e saúde das crianças. Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo avaliar os benefícios e possíveis riscos do BLW como abordagem para introdução da alimentação complementar. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cuja busca foi realizada nas bases de dados PubMed e Scielo, sendo utilizado os descritores “baby-led weaning”, “development and chewing and BLW” e “development and BLW”. Foram selecionados 15 artigos (originais e revisões) como resultados e para compilação das informações relevantes para a discussão. Os artigos trazem os diferentes aspectos do BLW comparando-o, em sua maioria, com a abordagem tradicional de introdução alimentar. Após análise, concluiu-se que o BLW está associado positivamente com o tempo do aleitamento materno exclusivo, com maior responsividade à saciedade e com um maior interesse infantil nas refeições familiares. Além disso, a abordagem provavelmente reduz o risco de excesso de peso e promove uma trajetória de ganho de peso mais saudável no futuro. Com relação ao risco potencial de deficiência de ferro, os estudos ainda são inconclusivos, embora alguns tenham sugerido que o BLW modificado reduza o risco dessa possível carência. Por fim, acredita-se que o BLW não aumente os riscos de engasgo e asfixia quando comparado com a abordagem de introdução alimentar tradicional e acrescenta-se a importância de mais estudos, principalmente no Brasil, para uma melhor compreensão dos seus benefícios e riscos nos diferentes contextos e populações.

**Palavras-chave:** Baby-led weaning; Introdução Alimentar; Alimentação Complementar.

## ABSTRACT

The food introduction approach called Baby-Led Weaning (BLW) offers greater protagonism to the child when it comes to feeding. This approach offers the baby the opportunity to manipulate food into pieces with their own hands, exposing them to the sensory stimuli inherent in each food and preparation, with varied textures, colors, temperatures and flavors. In addition, this does not impose any amount of food or durations for the meals, which are gradually adjusted by the child. BLW requires signs of dexterity from the baby related to sensorimotor development, as well as requiring responsive behavior from caregivers. As the approach becomes better known, it is important to bring light to its benefits and/or risks to children's growth, development and health. Therefore, the present study aims at evaluating the benefits and possible risks of BLW as an approach to the introduction of complementary feeding. This is an integrative literature review, which was performed by searches into PubMed and Scielo databases, using the descriptors "baby-led weaning", "development and chewing and BLW" and "development and BLW". Fifteen articles (originals and reviews) were selected as results and for the compilation of relevant information for the discussion. The articles bring the different aspects of BLW comparing it, for the most part, with the traditional approach to food introduction. The analysis led to the conclusion that BLW is positively associated with the time of exclusive breastfeeding, with greater responsiveness to satiety and with a greater child interest in family meals. Additionally, the approach is likely to reduce the risk of overweight and promote a healthier weight gain trajectory in the future. In regards to the potential risk of iron deficiency, studies are still inconclusive, although some have suggested that modified BLW reduces the risk of this possible deficiency. Finally, it is believed that BLW does not increase the risks of choking and asphyxia when compared to the traditional food introduction approach and it adds the importance of more studies, especially in Brazil, for a better understanding of its benefits and risks in different contexts and populations.

**Keywords:** Baby-led weaning; Food Introduction; Complementary Feeding.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>10</b>
2.1	Evolução da introdução alimentar.....	10
2.2	Recomendações e fatores influentes na introdução alimentar.....	11
2.3	Alimentação Complementar: Participativa e BLW.....	12
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
3.1	Objetivo Geral .....	16
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
4.1	Levantamento bibliográfico .....	17
4.2	Critério de elegibilidade.....	17
4.3	Seleção e extração de dados.....	17
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) preconiza o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, ou seja, nesse período a alimentação deve ser composta apenas por leite materno, sem quaisquer outros alimentos, líquidos ou sólidos, exceto medicamentos quando necessário. Ainda de acordo com a OMS, a introdução da alimentação complementar deve ser oportuna (iniciar quando o bebê demonstra alguns dos sinais de desenvolvimento, normalmente em torno dos 6 meses), adequada (valor nutricional dos alimentos) e variada. Se a introdução alimentar ocorrer precocemente ou for retardada, os lactentes correm maior risco de desenvolver, por exemplo, problemas de crescimento, atraso no desenvolvimento motor e cognitivo e deficiências de macro e micronutrientes (OMS, 2009).

A abordagem de Introdução Alimentar denominada Baby-Led Weaning (BLW) ou desmame guiado pelo bebê foi proposta pela enfermeira britânica Gill Rapley, em 2008, quando lançou o livro “Baby-led Weaning: Helping Your Baby to Love Good Food”, que significa “Desmame Guiado pelo Bebê: Ajudando seu Bebê a Amar Comida Boa”. Essa abordagem oferece maior protagonismo ao bebê na hora de se alimentar. Os responsáveis assumem o papel de facilitadores do processo, reconhecendo os sinais de fome e saciedade, oferecendo opções de alimentos saudáveis e dando segurança ao bebê.

No BLW, a quantidade de alimento e o horário das refeições não são impostos, pois, inicialmente, o bebê come no seu próprio ritmo. Assim, a introdução alimentar por meio do BLW requer sinais de destreza do bebê relativos ao desenvolvimento, incluindo equilíbrio postural para sentar-se com pouco ou nenhum auxílio, estabilidade e coordenação motora para alcançar, agarrar e conduzir os alimentos à boca (RAPLEY 2011, 2015). Ao mesmo tempo, para que a abordagem do BLW seja satisfatória, faz-se necessário que os adultos estejam conscientes do seu papel e reconheçam se a mesma pode ou não se inserir na rotina da família. Dessa forma, o processo irá se tornar prazeroso para ambos.

Por meio dessa nova abordagem de introdução alimentar, acredita-se que o bebê desenvolva melhor suas habilidades motoras e comportamentais, além de criar uma melhor relação com a comida (ARANTES et al, 2018). A condução respeitosa da introdução alimentar, deixando que o bebê estabeleça seu ritmo e preferências

alimentares, se contrapõe à forma, muitas vezes, impositiva de alimentá-lo. No BLW o bebê manipula os alimentos em pedaços com as próprias mãos, sendo exposto aos estímulos sensoriais inerentes a cada alimento e preparação, com texturas, cores, temperaturas e sabores variados (BOSWELL, 2021). Desse modo, o processo ocorre mediante as oportunidades de estímulos sensoriais disponibilizadas ao bebê a cada refeição e ele, por meio de repetições, tentativas e erros, começa a construir todo o aprendizado (sensorial e motor) em torno do processo de alimentação e de autorregulação (ARDEN et ABBOTT, 2015).

Na medida em que o BLW torna-se mais conhecido, é importante esclarecer seus benefícios e/ou riscos para o crescimento, desenvolvimento e saúde das crianças. Rapley (2017), por exemplo, associa como benefícios do BLW a prevenção da obesidade, o melhor desenvolvimento de habilidades motoras e também o maior consumo de frutas e legumes. Por outro lado, Cameron et al (2013) destaca alguns aspectos quando o BLW é adotado, como por exemplo, a atenção ao consumo adequado de ferro. Além deste, observa-se, também na literatura, um receio quanto ao consumo inadequado de energia e risco de asfixia.

A Introdução Alimentar Participativa é uma outra forma de abordar a introdução alimentar de modo que haja reciprocidade entre a criança e o cuidador, assim como também é preconizado no BLW (Black e Aboud, 2011). Essas novas abordagens destacam a importância do respeito ao bebê e de seu protagonismo durante o processo de aprendizagem da alimentação. Ao mesmo tempo, exigem que os adultos compreendam o processo de desenvolvimento infantil para que se estabeleça uma relação respeitosa, oportuna e segura durante toda a introdução alimentar. Black e Aboud (2011) descreveram que enquanto não conseguem verbalizar suas intenções, os bebês sinalizam por meio de movimentos, expressões faciais e vocalizações suas intenções e desejos e o cuidador precisa reconhecer estes sinais, respondendo de forma a apoiar o bebê para que ele se sinta compreendido e seguro emocionalmente.

Diante do exposto, esse trabalho fez uma revisão da literatura para avaliar os benefícios e possíveis riscos do BLW como abordagem para a introdução da alimentação complementar.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Evolução da introdução alimentar

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, quando se faz necessária a introdução de alimentos complementares. Entretanto, o desmame precoce, definido como interrupção do aleitamento materno exclusivo ao peito, antes do lactente haver completado seis meses de vida, independentemente da decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção (CABRAL; CAMPESTRINI, 2010 apud ALVES, 2010), ainda é bastante comum na população brasileira. Mas, da mesma forma que não se deve iniciar a alimentação complementar prematuramente, também não se deve retardá-la, pois ambas as situações podem ser prejudiciais à saúde do bebê (OMS, 2009).

A Estratégia Global para a alimentação infantil apresentada na 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2001 e aprovada na 55ª Assembleia Mundial da Saúde foi resultado de uma revisão da literatura para definir qual a melhor duração do aleitamento materno exclusivo, bem como a idade segura de introdução dos alimentos complementares. A partir de então, a recomendação do aleitamento materno que era de 4 a 6 meses foi substituída, assim como o período de início da introdução alimentar, visto o consenso de que não existe nenhum benefício que justifique a introdução precoce dos alimentos antes dos seis meses de vida (OMS, 2002). Assim, a Introdução Alimentar corresponde ao processo gradual da oferta de alimentos como complemento ao leite materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde/Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (2005), muitas recomendações antigas para as crianças menores de 2 anos entraram em desuso. Nos últimos 10 anos, pesquisas relatam, além dos riscos, a não necessidade de fornecer líquidos como água, chás, ou sucos para as crianças pequenas. Diferentemente do que era preconizado nos anos 80, por exemplo, onde a introdução alimentar tinha como ponto de partida o oferecimento do suco de laranja. Vê-se portanto, nos dias atuais, que a prática mais indicada é, a partir dos 6 meses, oferecer as frutas *in natura* e não em forma de suco (Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos (2019).

Segundo Giesta et al (2019), as mudanças dos hábitos alimentares dos brasileiros nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito a redução do

consumo de alimentos *in natura* e aumento dos ultraprocessados, que possuem elevada densidade energética e maiores quantidades de açúcar, sódio, gorduras e aditivos, vêm colaborando para o aumento da obesidade infantil. Vê-se, a partir disso, a importância do incentivo, apoio e promoção da amamentação, assim como da introdução alimentar oportuna, segura e respeitosa como mecanismos para ajudar na redução da obesidade infantil.

## 2.2 Recomendações e fatores influentes na introdução alimentar

É essencial compreender a importância da introdução alimentar e como esse processo pode oferecer oportunidades ao desenvolvimento do bebê. Segundo o Ministério da Saúde, através do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos (2019), deve-se, a partir dos 6 meses, oferecer alimentos complementares três vezes ao dia, caso a criança ainda receba leite materno e, cinco vezes ao dia, se a mesma já estiver desmamada. Essas refeições devem ser oferecidas sem rigidez de horário, respeitando sempre a vontade da criança. Deve-se oferecer alimentos de todos os grupos: leguminosas, cereais, raízes e tubérculos, legumes, verduras, frutas, carnes e ovos, leites e queijo, visto que uma alimentação variada é, normalmente, uma alimentação colorida.

Além disso, estes alimentos devem ser oferecidos separadamente, pois, desse modo, a criança aprende a identificar características como cores, texturas, formas, temperatura e sabores e, mais tarde, aprende a fazer associações. É comum a criança passar a aceitar novos alimentos depois de algumas tentativas. Acredita-se, com isso, que muitas vezes a “rejeição” seja apenas resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas. É aconselhado, ainda, evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida, pois, além de terem baixo valor nutritivo, até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, algumas substâncias presentes nesses alimentos, podem acabar irritando-a, podendo, dessa forma, comprometer a digestão e a absorção dos nutrientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo Silva (2004) diversos fatores influenciam no contexto da introdução da alimentação complementar, tanto do ponto de vista do adulto que acompanha a criança, quanto dos próprios bebês. Com relação aos cuidadores, pode-se citar como fatores interferentes o grau de escolaridade, nível de conhecimento sobre o

desenvolvimento e a alimentação infantil, poder aquisitivo, ajuda/apoio dos familiares, trabalho fora de casa, os tabus, as crenças, entre outros. Já no que diz respeito aos fatores relativos aos bebês, tem-se, por exemplo, o nível de desenvolvimento psicomotor, o estado de saúde atual e a rejeição a alguns alimentos.

É importante destacar que durante a introdução da alimentação complementar os hábitos alimentares dos bebês começam a ser formados e que o contexto cultural (hábitos locais), socioeconômico (escolaridade, renda familiar), étnico (valores) e religioso (tabus e crenças), citados anteriormente, têm um papel importante na alimentação da família. A participação familiar no processo de introdução alimentar é de grande relevância, pois a imitação constitui um dos pilares do aprendizado infantil, cujos estímulos podem continuar ao longo da infância/adolescência até a fase adulta (RAPLEY, 2011, ROSSI, 2008 e SILVA, 2016).

### 2.3 Alimentação Complementar: Participativa e BLW

Há pouco tempo atrás, a maior preocupação durante a introdução alimentar estava mais voltada para a quantidade de alimentos ingerida pelo bebê nas refeições. Atualmente, sabe-se que o ambiente em que as crianças se alimentam, bem como a qualidade e forma do que é oferecido, pode impactar no comportamento alimentar e na construção de hábitos saudáveis. Diante desse contexto, novas abordagens de introdução à alimentação vem sendo propostas em substituição a oferta de alimentos em forma de papas e/ou purês (abordagem tradicional). Dentre essas novas condutas, destacam-se a Introdução Alimentar Participativa e o Baby Led Weaning (BLW).

Segundo Padovani (2015), na Introdução Alimentar Participativa, o bebê é agente ativo no processo de introdução da alimentação complementar, ainda que possa receber os alimentos de um intermediador. Diferentemente do método convencional, nessa abordagem, a alimentação deixa de ser passiva e passa a ser assistida. A mesma incentiva a introdução, desde o início, dos alimentos sólidos em seu formato original, para que os bebês tenham diversas experiências desde o primeiro contato com os alimentos, onde os pais e/ou cuidadores estão atentos às preferências da criança e as ajudam do ponto de vista motor, quando necessário.

Na abordagem Baby-led Weaning (BLW), o termo “weaning”, embora normalmente traduzido como “desmame”, compreende, na verdade, a introdução gradativa e natural da alimentação complementar, sob tempo indeterminado, que leva em consideração não apenas a nutrição, mas o conjunto de indicadores relacionados

ao desenvolvimento do bebê. Essa abordagem ressalta a importância da autoalimentação do bebê em torno dos seis meses, diferentemente da introdução alimentar convencional, onde um adulto alimenta o bebê com uso de colher e alimentos em forma de papinhas ou amassados (RAPLEY, 2008).

Para que o BLW seja iniciado e aconteça de fato é preciso que alguns sinais de desenvolvimento do bebê estejam presentes, como o equilíbrio postural para sentar-se com pouco ou nenhum auxílio, bem como a estabilidade e a coordenação motora para alcançar, agarrar e conduzir os alimentos à boca (RAPLEY 2011, 2015). Uma vez que o bebê torna-se capaz de levar o alimento à boca com suas próprias mãos, ele tenta apreender e manejar o alimento dentro da boca para só então deglutir. No início, habilidades como mastigação e deglutição estão imaturas e todo o processo ocorre de forma primitiva e pouco coordenada, razão pela qual precisa ser orientado e sempre supervisionado por um adulto. Por volta dos 6 meses estímulos adequados são importantes para facilitar o desenvolvimento pleno da mastigação e da deglutição. Embora a ausência de estímulos adequados não impeça que estas funções apareçam, o desenvolvimento de estruturas orofaciais pode vir a ser comprometido e conseqüentemente outras funções estomatognáticas como respiração e fala podem também ser afetadas (PEREIRA, 2017).

O Sistema Estomatognático (SE) é formado por estruturas estáticas e dinâmicas que devem estar em equilíbrio para um harmônico funcionamento. São funções estomatognáticas a sucção, a deglutição, a mastigação, a respiração e a fala (DOUGLAS, 2006 apud PEREIRA, 2017). Algumas destas funções estão presentes ao nascimento como respiração, sucção e deglutição. Outras, como mastigação e fala, surgirão posteriormente. A sucção passa a ser controlada voluntariamente após o quarto mês de vida e a deglutição deverá seguir amadurecendo fisiologicamente até que a mastigação esteja bem estabelecida, o que acontece por volta de 4 anos de idade. A mastigação resulta de atividades neuromusculares e como consequência exerce um papel inicial no processo de digestão. Portanto, a mastigação depende de padrões de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento do complexo craniofacial e do sistema nervoso central (TANIGUTE, 2005 apud PEREIRA, 2017). Assim, para a introdução da abordagem BLW, é relevante conhecer e compreender o desenvolvimento das funções estomatognáticas.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em 2017, expôs a abordagem BLW em um guia prático de atualização. Nele, apesar de reforçar suas diretrizes oficiais

que recomendam a oferta de purês no início da alimentação complementar, com progressão gradual da consistência, segundo o ritmo de desenvolvimento neuropsicomotor da criança, mencionou, também, que além do bebê poder receber o purê oferecido na colher, o mesmo também deve experimentar os alimentos com as mãos, explorando, assim, outras experiências sensoriais, imprescindíveis ao aprendizado sensório-motor.

Brown e Lee (2013, 2011) relataram que a prática do BLW propicia um ambiente protetor para amenizar o risco de obesidade já que o método contribui para um padrão alimentar e comportamental saudável no futuro, visto que promove o autoconhecimento da saciedade e do apetite nas crianças. Alguns estudos sugerem, também, que a abordagem pode encorajar uma maior aceitação de alimentos com uma variedade de texturas e sabores e que isso pode acabar resultando em uma maior ingestão de alimentos “mais saudáveis”, como vegetais e alimentos não processados, conforme a criança cresce (longo prazo).

A primeira pesquisa sobre a abordagem BLW foi um estudo observacional muito pequeno que avaliou a resposta de cinco bebês que receberam pedaços de comida inteira (que permitiam a autoalimentação) enquanto participavam da refeição familiar. Este trabalho (de mestrado, não publicado) indicou que os bebês de seis meses têm as habilidades motoras necessárias para iniciar uma autoalimentação com pedaços de comida inteira (em um tamanho e forma que eles conseguem pegar e se alimentar, tipicamente aqueles em “formato de bastão”). Dessa forma, os familiares devem decidir o que vão oferecer, mas é a criança que deve escolher o que comer (dentro o que foi apresentado), o quanto e no tempo que lhe for conveniente (RAPLEY, 2003).

Rapley (2015) e o Ministério da Saúde (2012) afirmam, assim, que as quantidades e as frequências em que os alimentos são ofertados devem basear-se na aceitação da criança, variando conforme as necessidades individuais, a contextualização diária da criança, a quantidade de leite materno ingerido e a densidade desses alimentos complementares. Além disso, a presença da criança no mesmo ambiente em que a família realiza as refeições (característica da abordagem BLW), em conjunto com a oferta de alimentos saudáveis, é de grande valor para auxiliar não só a implementação da mesma como também a continuidade dela.

Alguns profissionais de saúde, por sua vez, têm opiniões diferentes a respeito do BLW, pois, embora muitos reconheçam os benefícios dessa abordagem, grande

parte se preocupa com o risco potencial aumentado de engasgo e asfixia, de deficiência de ferro e de ingestão energética inadequada, e, dessa forma, não se sentem convictos em recomendá-lo (NEVES et al, 2021).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar os benefícios e possíveis riscos do BLW como abordagem para a Introdução da Alimentação Complementar.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para avaliar os benefícios e possíveis riscos do BLW como abordagem para a Introdução da Alimentação Complementar.

### 4.1 Levantamento Bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados PubMed ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)) e Scielo ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)) utilizando as palavras-chave e/ou descritores “baby-led weaning”, “development and chewing and BLW” e “development and BLW”.

### 4.2 Critérios de elegibilidade

Foram considerados artigos (originais ou revisões) com a temática BLW, publicados nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram descartados resumos de congressos, editoriais e cartas.

### 4.3 Seleção e extração de dados

A seleção dos artigos baseou-se, primeiramente, na análise dos títulos e, posteriormente, dos resumos. Por fim, foram realizadas as avaliações dos textos na íntegra.

O quantitativo de artigos recuperados nas bases de dados selecionadas com os termos de busca mencionados foram 14, como podem ser conferidos na **Quadro 1**. A partir da leitura dos mesmos, mais 1 estudo foi localizado, resultando em 15 artigos para construção da revisão.

**Quadro 1:** Demonstração quantitativa da seleção dos artigos

Bases	PubMed			SCIELO		
	Baby-Led Weaning	Development and chewing and BLW	Development and BLW	Baby-Led Weaning	Development and chewing and BLW	Development and BLW
<b>Encontrados</b>	82	2	51	9	1	2
<b>Excluídos</b>	75	1	46	8	1	2
<b>Selecionados</b>	7	1	5	1	0	0

Fonte: elaborado pelo autor.

## 5 RESULTADOS

O quadro a seguir apresenta as características gerais dos estudos selecionados, incluindo ano de publicação, autores, título do artigo, objetivos, participantes e os principais resultados.

Nº	Ano/Autores	Título do artigo	Objetivos	Participantes	Resultados
1	2012 TOWNSEND E, PITCHFORD N	Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample.	Examinar se o método de desmame – desmame conduzido pelo bebê versus alimentação tradicional com colher – influencia as preferências alimentares e os resultados relacionados à saúde.	Pais de 155 crianças (com idades entre 20 e 78 meses).	Os bebês desmamados por meio da abordagem liderada pelo bebê aprendem a regular sua ingestão de alimentos de uma maneira que leva a um IMC mais baixo e a uma preferência por alimentos saudáveis.
2	2013 BROWN A, LEE M	Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style.	Comparar o comportamento alimentar de crianças de 18 a 24 meses entre bebês desmamados usando uma abordagem de desmame tradicional e aqueles desmamados usando um estilo de desmame conduzido pelo bebê.	Na fase um: 604 mães com bebês de 6 a 12 meses; na fase dois: 325 mães; na análise completa: 298 mães.	Os bebês desmamados usando uma abordagem liderada pelo bebê foram significativamente mais responsivos à saciedade e menos propensos a ter excesso de peso em comparação com aqueles desmamados usando uma abordagem padrão.
3	2015 ARDEN M, ABBOTT R	Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation.	Investigar as experiências e sentimentos relatados de mães usando uma abordagem BLW.	Quinze mães do Reino Unido.	Alto grau de confiança na capacidade de seus bebês de escolher o momento, o tipo e a quantidade de comida ingerida, juntamente com o desenvolvimento de habilidades de autoalimentação.

4	2016 MORISON B et al	How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months.	Comparar a ingestão de alimentos, nutrientes e refeição familiar de bebês após o desmame liderado por bebês (BLW) com os de bebês que seguem uma abordagem mais tradicional de alimentação à colher (PCT) para alimentação complementar.	Bebês de mesma idade e sexo (n = 25 BLW, 26 TSF) de 6 a 8 meses de idade.	Os bebês BLW eram mais propensos do que os bebês TSF a se alimentarem com toda ou a maior parte da comida ao iniciar a alimentação complementar. Nenhuma diferença foi observada na ingestão de energia, mas bebês BLW pareceram consumir mais gordura total e saturada e menos ferro do que bebês TSF. Bebês BLW eram mais propensos a comer com a família no almoço e no jantar.
5	2018 BROWN A	No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach.	Comparar em uma amostra maior e quantitativa os episódios de asfixia entre lactentes que estão sendo introduzidos a alimentos sólidos por meio de métodos tradicionais ou conduzidos por bebês e explorar fatores relacionados a quaisquer episódios de asfixia.	1.151 mães com um bebê de 4 a 12 meses.	Não foi encontrada associação significativa entre o estilo de desmame e asfixia, ou a frequência de uso de colher ou purê e asfixia. Para bebês que já apresentaram asfixia, os bebês que seguem uma abordagem tradicional de desmame experimentam significativamente mais episódios de asfixia para alimentos em pedaços e purês grumosos do que os bebês que seguem uma abordagem estrita ou frouxa liderada pelo bebê.
6	2018 DOGAN E et al	Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study.	Determinar se o BLW pode ser um tipo alternativo de alimentação complementar sem aumentar o risco de deficiência de ferro, asfixia ou déficit de crescimento.	Famílias com uma criança de 5 a 6 meses de idade.	Os bebês do grupo TSF foram significativamente mais pesados do que os do grupo BLW e a incidência de engasgos relatada nas entrevistas semanais não foi diferente entre os grupos.
7	2018 MORISON B et al	Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants.	Determinar se a variedade alimentar e as preferências alimentares percebidas diferem em bebês que seguem as abordagens conduzidas por bebês em vez das tradicionais de colher para introdução de alimentos sólidos.	206 mulheres foram recrutadas no final da gravidez de uma única maternidade e randomizadas para grupo Controle ou BLISS.	Os bebês após o desmame conduzido por bebê modificado foram expostos a alimentos mais variados e texturizados, mas apenas uma variedade aumentada na ingestão de frutas e vegetais foi aparente aos dois anos de idade.

8	2018 ERICKSON L et al	Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial.	Determinar o impacto do BLW modificado (Introdução ao Sólidos conduzido pelo bebê; BLISS) na ingestão de alimentos e nutrientes aos 7-24 meses de idade.	Duzentas e seis mulheres recrutadas no final da gravidez foram randomizadas para Controle (n=101) ou BLISS (n=105).	Comparado ao grupo Controle, os bebês BLISS consumiram mais gordura aos 7 meses e menos gordura saturada em 12 meses. Nenhuma diferença foi aparente aos 24 meses de idade, mas a maioria dos bebês de ambos os grupos teve ingestão excessiva de sódio e açúcares adicionados.
9	2018 DANIELS L et al	Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial.	Determinar a ingestão de ferro e o status dos bebês após uma versão do desmame conduzido pelo bebê (BLW) modificada para prevenir a deficiência de ferro (Introdução ao Sólidos conduzido pelo bebê; BLISS) em comparação com os bebês que seguem a alimentação tradicional com colher.	206 participantes designados para grupos de controle (n=101) ou BLISS (n=105).	As diferenças na ingestão média de ferro na dieta entre os grupos controle e BLISS não foram significativas aos 7 ou 12 meses de idade.
10	2018 ARANTES A et al	Método Baby-Led Weaning (Blw) no contexto da alimentação complementar: uma revisão.	Revisar as constatações científicas a respeito do método baby-led weaning (BLW) no âmbito da alimentação complementar.	Base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/ PubMed.	O BLW foi sugerido pelas mães que o seguiram com seus filhos, todavia relataram-se preocupações, que, somadas ao receio dos profissionais acerca da capacidade dos bebês de se autoalimentarem, refletem escassez de conhecimento sobre o método.
11	2019 UTAMI A, WANDA D	Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review.	Analisar a eficácia do desmame liderado por bebês (BLW), o risco de engasgo, deficiência de ferro e zinco, diminuição do crescimento relacionado ao BLW e conhecimento sobre BLW em mães e profissionais de saúde.	Análise de nove artigos relacionados à pesquisa em BLW.	As evidências mostram que o BLW é bom para a autorregulação do lactente; o risco de engasgo, deficiência de ferro e zinco e crescimento insuficiente é baixo no BLW com o programa Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS), e as mães preferem ouvir outra mãe que pratica BLW em vez de profissionais de saúde.
12	2020 UTAMI A et al	"Becoming an independent feeder":	Relatar as experiências das mães ao utilizar o BLW.	13 mães que introduziram a	Os bebês que são desmamados usando BLW mostram certas respostas de maior

		infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning.		alimentação complementar com BLW por no mínimo 6 meses.	independência e alimentação sem problemas. Às vezes, eram propensos a engasgar. Quando o engasgo ocorreu, as mulheres motivaram seus bebês a serem capazes de superar o engasgo de forma independente.
13	2021 ADDESSI E et al	Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development.	Investigar a variabilidade nas práticas de alimentação infantil e a possível associação com marcos de desenvolvimento em uma população italiana.	1.245 mães de bebês de 6 a 12 meses.	A frequência do BLW foi positivamente relacionada com a amamentação, exposição posterior a alimentos complementares e maior interesse pela comida da família e refeições compartilhadas em família.
14	2021 NEVES F et al	Brazilian health professionals perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study.	Descrever a percepção de profissionais de saúde brasileiros sobre o uso do método Baby-Led Weaning (BLW) para alimentação complementar.	458 profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente com nutrição pediátrica.	A maioria dos participantes concordou plenamente que o método BLW poderia trazer vantagens para os bebês, como melhorar a mastigação e favorecer o desenvolvimento das habilidades motoras. Por outro lado, discordâncias importantes também foram expressas em relação à conveniência do BLW e à possibilidade de gerar menos preocupações ou ansiedade nos pais.
15	2021 BOSWELL N	Complementary Feeding Methods - A Review of the Benefits and Risks.	Desenvolver a compreensão da prevalência, prática e definições comuns de BLW, bem como consolidar evidências do benefício e/ou risco desse método de alimentação responsiva.	Busca na base de dados online PubMed.	Os benefícios do BLW incluíram menor agitação alimentar, maior prazer alimentar, menor responsividade alimentar e maior responsividade à saciedade. O BLW não parece aumentar o risco de ingestão inadequada de zinco ou ferro; no entanto, é necessário dar ênfase à garantia de ingestão adequada desses micronutrientes entre todas as crianças.

## 6 DISCUSSÃO

A introdução alimentar pela abordagem BLW vem ganhando destaque nos últimos anos. Diversos estudos vêm sendo realizados no que diz respeito aos possíveis benefícios e/ou riscos dessa abordagem. A mesma é associada, por exemplo, a uma maior duração do aleitamento materno exclusivo, a uma maior autoregulação da saciedade, bem como uma maior participação infantil nas refeições familiares.

A amamentação sob livre demanda permite que o bebê tenha o controle da ingestão e assim demonstre certa responsividade à saciedade. Seguindo essa linha de raciocínio, acredita-se que na abordagem BLW a criança também pode possuir uma maior responsividade à saciedade, visto que a mesma também está no controle da sua ingestão alimentar. Brown et Lee (2013) compararam o comportamento alimentar de bebês de 18 a 24 meses desmamados usando uma abordagem de desmame tradicional com aqueles com desmame conduzido pelo bebê. Foi observado que as crianças desmamadas pela abordagem BLW tiveram um melhor controle do apetite e um menor IMC em comparação com as crianças desmamadas usando o estilo tradicional, que foram significativamente mais pesadas (maior proporção de bebês com peso acima do percentil 85). Além disso, os bebês BLW obtiveram níveis mais baixos de responsividade alimentar (vontade de comer independentemente de estar com fome) e maior responsividade à saciedade do que os bebês alimentados com colher.

A associação do BLW com esses comportamentos positivos, como já mencionado, está relacionada com alguns fatores como a do lactente ficar no controle da ingestão alimentar. Através dessa abordagem, os cuidadores têm níveis menores de controle quantitativo sobre essa ingestão quando comparado com o método tradicional, onde normalmente existe uma expectativa para que o bebê coma tudo o que está sendo oferecido. Assim, a abordagem convencional está relacionada à capacidade reduzida da criança em regular sua ingestão de acordo com seu apetite e pode levar, nesse momento ou em qualquer outra fase da vida, ao aumento da ingestão alimentar e agitação ao comer, que, por sua vez, podem ser fator de risco para a obesidade infantil.

O ganho de peso na infância é fisiológico e esperado, entretanto quando este ocorre às custas de uma introdução alimentar mal conduzida (oferecimento de alimentos com má qualidade nutricional aliado a pressão imposta para que a criança coma tudo o que está sendo oferecido) pode levar a obesidade infantil. Acredita-se que a abordagem BLW pode contribuir para a redução desse risco, visto que o bebê passa a ser o sujeito ativo do processo, regulando o quanto consome e o ritmo que se alimenta, levando-o, pouco a pouco, a percepção da saciedade. Townsend et Pitchford (2012) também relataram que mais bebês com a alimentação tradicional foram classificados como obesos se comparados aos bebês BLW, embora neste estudo um número maior de bebês BLW tenham sido classificados como abaixo do peso, se comparado com os bebês alimentados com colher. Esses resultados nos fazem crer que o BLW reduz o risco de excesso de peso e promove uma trajetória de peso mais saudável no futuro. Com relação ao risco potencial de baixo peso, quer seja na abordagem tradicional ou BLW, é importante um acompanhamento sistemático que permita identificar o ritmo de crescimento e todas as possíveis causas para o baixo peso.

O fato dos alimentos consumidos pelos bebês nessa abordagem serem semelhantes aos consumidos pela família pode gerar uma certa preocupação já que para essa abordagem ser benéfica, os alimentos consumidos pela família precisam ser nutricionalmente adequados. Assim, a má qualidade dos alimentos oferecidos pode gerar impactos negativos duradouros no comportamento alimentar da criança.

Morison et al (2016) compararam a ingestão de alimentos, nutrientes e refeição familiar de bebês após o BLW com a dos bebês que seguiram a abordagem mais tradicional. Os pais foram divididos em três grupos: os que relataram seguir BLW (BLW estrito), os que relataram seguir uma mistura do BLW e alimentação tradicional (BLW parcial) e os que seguiram a alimentação com colher (TSF). O BLW foi associado a um maior envolvimento infantil nas refeições em família, onde as mães que seguiram o BLW estrito eram mais propensas a oferecer alimentos semelhantes ou iguais, em ingredientes e preparação, aos consumidos pelo resto da família (no almoço e no jantar) em comparação com as mães do grupo TSF. Observou-se, também, que as mães do grupo BLW estrito amamentaram exclusivamente seus bebês por aproximadamente 8 semanas a mais do que as mães do TSF e que metade

desses bebês se alimentavam quantitativamente melhor que os bebês do grupo tradicional.

Em 2018, Morison et al também observaram que os bebês BLW modificado (BLISS- Baby-Led Introduction to SolidS) foram amamentados exclusivamente por mais semanas do que os bebês controle (abordagem tradicional). O BLISS segue os princípios gerais do BLW estrito, sendo utilizado esse termo por conta da preocupação de que a abordagem pode aumentar o risco de deficiência de ferro. Sendo assim, o BLISS acrescenta a necessidade da presença de um alimento com alto teor de ferro e um com alto teor de energia em cada refeição.

No que diz respeito ao risco de deficiência de ferro, Morison et al (2016) observaram que a ingestão de ferro foi baixa tanto em bebês BLW estrito como nos bebês alimentados pela abordagem tradicional (TSF), embora ela tenha sido ainda menor nos bebês BLW estrito. Já Daniels et al (2018) não observaram diferença significativa na ingestão de ferro entre os bebês que seguiam BLW modificado e os bebês que seguiam a alimentação convencional (com colher), ainda que essa ingestão também tenha sido baixa em ambos os grupos aos 7 meses. Sugere-se, nesse estudo, que quando os pais que seguem o BLW são aconselhados a ofertar aos bebês alimentos com alto teor de ferro (carnes em geral, leguminosas e alimentos que auxiliam na absorção do ferro) em todas as refeições (BLW modificado), seu nível de ferro é semelhante ao dos bebês do grupo controle mas, se feito o BLW não modificado, essa ingestão é significativamente menor se comparado com os bebês com alimentação tradicional.

Com relação ao zinco, em outro estudo, Daniels et al (2018) afirmaram que, antes dos sete meses, a fonte predominante de zinco para os lactentes é o leite materno e/ou fórmula infantil e que quando os alimentos sólidos começam a ser introduzidos no grupo BLW modificado, os bebês obtêm mais zinco (pão, cereais, laticínios, carne vermelha, ovos, legumes) do que o grupo tradicional (DANIELS et al, 2018 apud UTAMI A et WANDA D, 2019). Erickson et al (2018), observaram, por sua vez, que os bebês BLISS pareciam ter maior ingestão de ferro e possivelmente zinco, vitamina C, vitamina B12 e cálcio do que bebês após BLW estrito. Apesar desses achados, é importante frisar que tanto no BLW estrito como no BLW modificado os pais/cuidadores devem estar atentos aos alimentos oferecidos, buscando

disponibilizar aos bebês alimentos que possuam boa qualidade nutricional, evitando que ocorra qualquer tipo de deficiência de micronutrientes.

Em 2016, Morison et al também observaram a ingestão total de energia em bebês BLW estrito e bebês TSF e, embora a ingestão total de energia tenha apresentado semelhança entre os grupos, as fontes eram diferentes, com bebês BLW estrito parecendo consumir mais gordura saturada que os bebês TSF. Townsend et Pitchford (2012), por sua vez, relataram em seu estudo que bebês alimentados por BLW possuíram uma maior preferência por carboidratos (aqueles fonte de amido e fibras) quando comparados com bebês alimentados tradicionalmente, que tiveram preferência por alimentos mais doces (fontes de mono ou dissacarídeos). Corroborando esses achados, Alpers et al também identificaram que aos 6-8 meses de idade, os bebês com alimentação tradicional de colher consumiam mais açúcares livres do que bebês BLW, embora esta diferença não tenha sido mantida aos 9-12 meses de idade (ALPERS et al, 2019 apud BOSWELL N, 2021). Além disso, observaram que bebês BLW consumiram mais gordura em comparação com os bebês com alimentação complementar tradicional. Embora a ingestão de gordura total e saturada tenha sido maior na abordagem BLW nesses estudos, sabe-se que esse fator vai sofrer alterações a depender dos alimentos que os pais/cuidadores disponibilizam para suas crianças.

Erickson et al (2018) observaram que a ingestão total de gordura foi levemente maior aos 7 meses em bebês BLW modificado se comparados aos bebês da abordagem tradicional, mas a porcentagem da gordura saturada foi relativamente menor aos 12 meses. Aos 24 meses, não se observou qualquer diferença. Ao avaliar o consumo de sódio, verificaram que bebês após BLW modificado ingeriram mais sódio do que bebês desmamados da forma tradicional aos 7 meses. Com isso, o estudo sugere que o aumento da ingestão de sódio em bebês BLISS nessa idade deve-se ao fato desses bebês terem consumido mais alimentos dos grupos “grãos e cereais” e “leite e produtos lácteos”, embora aos 12 e 24 meses essa diferença de ingestão de sódio não tenha sido aparente entre os grupos. Estudos como esse alertam para o fato da preferência dos bebês por alimentos salgados, já que essa tendência pode continuar ao longo da vida (aos 24 meses ambos os grupos - BLISS e alimentação tradicional - apresentaram ingestão elevada de sódio). Portanto, o fato dos bebês BLW seguirem um padrão alimentar “mais adulto” requer cuidado e

prudência por parte da família, como já mencionado, para que sejam oferecidos alimentos nutricionalmente adequados.

Outro aspecto importante observado por Morison et al (2018) foi com relação a variedade de alimentos e as preferências alimentares entre os bebês que seguem o BLW modificado - BLISS em comparação com a abordagem tradicional de alimentação com colher. Bebês do grupo BLISS tiveram maior variedade alimentar e maior exposição a alimentos texturizados de forma mais precoce aos 7 meses e aos 24 meses consumiam uma maior variedade de frutas e vegetais. Além disso, aos 12 meses de idade, os bebês foram mais propensos a receber e consumir alimentos grumosos, embora todas as diferenças tenham sido muito pequenas. Apesar desses benefícios mencionados acerca do BLW, seja ele estrito ou modificado, alguns pontos ainda precisam ser mais esclarecidos quanto a essa abordagem de introdução alimentar, como, por exemplo, ao tipo de alimento oferecido (forma, textura) e risco de engasgo e asfixia, já que não existe um consenso se a prática dessa abordagem é realmente segura.

Segundo Padovani (2018) engasgo é uma obstrução do fluxo aéreo, seja essa obstrução parcial, onde o bebê tende a tossir e emitir alguns sons, ou completa, onde a criança não consegue nem tossir nem emitir sons, devido a entrada de um corpo estranho nas vias aéreas (de forma grave pode levar a asfixia). Em seu estudo, Cameron et al, por exemplo, não acharam diferença entre os grupos do BLW e da conduta tradicional (pesquisa on-line com 199 cuidadoras), no que diz respeito ao risco de engasgos (CAMERON et al, 2013 apud ARANTES A et al, 2018). Gill Rapley (2016, apud PADOVANI, 2018) reforça que não há evidências de que os bebês que fazem BLW possuem um risco maior de engasgo do que os que são alimentados de forma tradicional, inclusive ela acredita no contrário, visto que os bebês BLW têm mais oportunidades de praticar a mastigação e não são expostos à pressão para engolir os alimentos, pois comem no seu próprio ritmo. Dogan et al (2018) observaram que a incidência de asfixia não foi diferente entre os grupos BLW e abordagem tradicional.

De forma a reforçar esses achados e esclarecer sobre o risco de engasgo na abordagem BLW com os pais/cuidadores, é importante que estes compreendam sobre a evolução/desenvolvimento infantil. O engasgo pode ser confundido com o que se chama de reflexo de gag, que é um reflexo protetor de vias aéreas que promove o

retorno do alimento que foi mal deglutido para a porção anterior da boca. Embora os adultos também apresentem esse reflexo, os bebês o têm de forma anteriorizada até cerca de 8-9 meses e só à medida em que vão aprendendo a manejar os alimentos na cavidade oral, ou seja, vão se desenvolvendo, esse reflexo tende a ficar semelhante ao do adulto. A partir disso, acredita-se que a quantidade de vezes em que o gag é disparado diminui bastante com o tempo, principalmente nos bebês com a abordagem BLW, já que estes tendem a apresentar uma mastigação e controle oral mais significativos durante os primeiros meses de introdução alimentar.

Padovani (2018) esclarece que o essencial é orientar os pais/cuidadores sobre os alimentos que serão oferecidos e as práticas seguras de alimentação, independente da abordagem que vá ser utilizada, evitando os alimentos que são frequentemente associados com o engasgo, tais como: oleaginosas, uvas inteiras, casca de frutas e frutas duras cruas, queijos pegajosos, alimentos que grudam no céu da boca, entre outros. Além disso, deve-se, também, buscar apresentar os alimentos cortados ao meio, no sentido do comprimento, evitando o formato arredondado ou cilíndrico, que podem vir a obstruir a glote em caso de engasgo.

Utami et al (2020) investigaram as experiências de 13 mães que introduziram a alimentação complementar com BLW por no mínimo 6 meses e um dos pontos abordados foi a relação com o engasgo e a asfixia. No estudo, nove mulheres relataram que seus bebês engasgaram, ao passo que duas relataram episódios de asfixia. Elas já haviam sido orientadas sobre a diferença entre engasgo e asfixia e sobre como lidar com essas situações. Ao longo do estudo, quando o engasgo aconteceu, as mulheres motivaram seus bebês a serem capazes de superá-lo de forma independente, gerenciando com sucesso esses episódios. Assim como Padovani (2018), ressalta-se nesse estudo que, independente da abordagem de introdução alimentar escolhida, os bebês podem ficar expostos aos riscos de engasgo e asfixia se receberem certos alimentos. Desse modo, os pais/cuidadores devem se atentar às informações sobre os alimentos seguros para os lactentes. Além disso, identificar a diferença entre reflexo de Gag e engasgo é imprescindível a quem dedica cuidados a bebês e crianças.

A frequência de asfixia entre bebês que estavam sendo introduzidos a alimentos sólidos usando a abordagem BLW e tradicional foi explorada por Brown

(2018). Nesse estudo ele observou que o risco de asfixia também não diferiu significativamente em bebês BLW estrito, BLW parcial (BLW + tradicional) e abordagem tradicional de alimentação com colher. No entanto, a abordagem tradicional foi associada a uma maior frequência de episódios de asfixia em bebês que receberam preparações grumosas (ex: sopa com pedaços de carne) e alimentos em pedaços, isso porque essas preparações confundem os bebês no manejo do alimento na boca antes de deglutir. Esses resultados corroboram os achados de estudos já mencionados e sugere que os bebês BLW por terem maior experiência com os alimentos em pedaços sabem como manipulá-los na cavidade oral antes de deglutir. Sendo assim, julga-se que quanto maior a frequência de alimentos na forma de purês são oferecidos aos bebês, maior o risco de engasgo quando estes entram em contato com preparações grumosas.

Os pais/cuidadores têm, na maioria das vezes, o apoio dos profissionais de saúde e são influenciados por eles, direta ou indiretamente, nas decisões com relação à alimentação no período da introdução alimentar/infância. Assim, é de extrema importância que estes profissionais estejam capacitados para explicar, aconselhar e colaborar com as famílias nesta fase.

Em 2021, um estudo transversal que abrangeu profissionais de saúde brasileiros de diversas áreas que atuavam na pediatria ou subárea, incluindo nutricionistas, teve como objetivo descrever a percepção dos mesmos sobre a prática da abordagem BLW para alimentação complementar. Os 458 participantes selecionados responderam um questionário que abordava, dentre outras coisas, conhecimento, prática clínica e percepções sobre possíveis benefícios do método BLW. Observou-se que muitos profissionais de saúde brasileiros conheciam o BLW e o recomendava algumas vezes e, diferentemente do que se encontra em outros estudos de fora do país, não houve relatos de preocupação com o risco de asfixia pelos profissionais brasileiros. Embora a maioria desses profissionais tenha concordado que o BLW pode trazer vantagens para os bebês, observou-se discordâncias com relação ao conforto/conveniência e ao argumento de gerar menos preocupações ou ansiedade nos pais/cuidadores, diferentemente dos profissionais canadenses e neozelandeses, que consideraram esses últimos dois pontos vantajosos (acreditam que a abordagem gera conforto e menos preocupações nos adultos). De acordo com o estudo, os profissionais brasileiros concordaram com os profissionais canadenses e

acreditaram também que o BLW poderia favorecer a autorregulação da saciedade (NEVES et al, 2021).

Os pais e/ou cuidadores são parte intermediária na abordagem BLW, visto que eles disponibilizam os alimentos para os bebês, os quais, por sua vez, vão adquirindo e aperfeiçoando suas habilidades motoras através da autoalimentação dos variados alimentos aos quais são expostos. Acredita-se que a abordagem acaba permitindo, por exemplo, que os responsáveis tenham uma rotina menos exaustiva, já que são poupados de ter que preparar e separar as refeições da criança das refeições dos membros da família. Rowan e Harris investigaram uma possível compatibilidade entre os alimentos ingeridos pelos bebês e suas famílias. Após três meses do início do BLW, as crianças consumiram, em média, 57% dos mesmos alimentos ingeridos pelas mães, com similaridade máxima de 86% (ROWAN et HARRIS, 2012 apud ARANTES A et al, 2018). Addessi E, et al (2021) observaram que o BLW desperta nos bebês maior interesse e aprendizagem pelos alimentos durante as refeições familiares.

Acredita-se que mães que seguem o BLW apresentam menor ansiedade em controlar a ingestão alimentar, ou seja, são menos propensas a pressionar seus filhos a comer e a restringir alimentos do que aquelas que seguem uma introdução alimentar convencional (ARANTES et al, 2018). Arden et Abbott (2015) investigaram experiências de mães que adotaram a abordagem BLW com seus bebês, por meio de uma entrevista semiestruturada composta por cinco e-mails. Alguns temas foram abordados, como: confiança na criança, controle e responsabilidade dos pais. As mães apresentaram um elevado grau de confiança com relação à capacidade do bebê em escolher o momento, o tipo (dentro o que é oferecido) e a quantidade de alimento ingerido, bem como confiança quanto ao desenvolvimento das habilidades de autoalimentação deles. Acreditaram, ainda, na associação da abordagem com um melhor controle do apetite no futuro e melhores escolhas alimentares. Entretanto observou-se, também, um certo grau de preocupação por parte das mães com relação a não saberem e não poderem garantir que a ingestão nutricional do seu bebê estava sendo alcançada, ainda que a maioria delas tenha julgado que a abordagem tradicional é, muitas vezes, forçada e desagradável (em alguns dos casos, a abordagem BLW foi escolhida porque a tradicional não teve sucesso). Somado a isso, algumas mães relataram que não adotaram o BLW por completo para evitar

desorganização e porque ajudavam seus bebês quando os mesmos não eram capazes de se alimentarem sozinhos.

Por fim, é importante lembrar que quando os bebês ficam doentes (seja qual for a doença e o período que ela perdure), eles podem apresentar uma redução normal do apetite. Assim, é possível que seja preciso realizar modificações alimentares na abordagem BLW durante esse período, em que talvez seja necessária uma maior intervenção dos pais/cuidadores. Diante de todo o exposto, é preciso refletir se essa abordagem pode ou não se inserir na rotina da família, bem como compreender que o BLW pode não ser a melhor opção para alguns bebês, embora seja considerada viável para grande maioria. Crianças, por exemplo, que tenham algum problema oral, motor ou no desenvolvimento ou até mesmo estão doentes, como já mencionado, podem não se beneficiar com essa abordagem.

## 7 CONCLUSÃO

Com base nos artigos listados, pôde-se observar associação positiva do BLW com o tempo do aleitamento materno exclusivo, com maior responsividade à saciedade e com um maior interesse infantil nas refeições familiares. Os resultados levam a crer que o BLW reduz o risco de excesso de peso e promove uma trajetória de ganho de peso mais saudável no futuro. Entretanto, os estudos nos levam a concluir que é de extrema importância o acompanhamento para observar o ritmo de crescimento da criança e todas as variáveis envolvidas, independente da abordagem de introdução alimentar escolhida.

Com relação ao risco potencial de deficiência de ferro durante a introdução alimentar com o BLW, os estudos ainda são inconclusivos, embora alguns tenham sugerido que o BLW modificado reduza o risco dessa possível carência. Outro aspecto observado em alguns estudos diz respeito a maior ingestão de gordura total e saturada na abordagem BLW, que pode acontecer em função dos alimentos que são disponibilizados pelos pais/cuidadores para suas crianças.

No que se refere à ocorrência de engasgo e asfixia, pôde-se concluir que a abordagem BLW não aumenta os riscos desses eventos quando comparado com a abordagem de introdução alimentar tradicional. Reforça-se, ainda, que independentemente do método de introdução alimentar escolhido, é necessária uma seleção adequada de alimentos que estejam em harmonia com as habilidades motoras e orais do bebê.

O BLW é associado, também, a um melhor desenvolvimento das habilidades motoras e comportamentais, a uma maior aceitação de alimentos com uma variedade de texturas e sabores, bem como maior ingestão de frutas, legumes e alimentos não processados. Além disso, julga-se que a abordagem permite uma rotina menos exaustiva por parte dos cuidadores, com mães apresentando menos ansiedade em controlar a ingestão alimentar da criança.

Diante do que foi evidenciado, é preciso refletir se o BLW pode ou não se inserir na rotina da família, pois embora seja viável para algumas, pode não ser a melhor opção para outras. Por fim, acrescenta-se a importância de mais estudos, principalmente no Brasil, para uma melhor compreensão dos riscos e benefícios do BLW nos diferentes contextos e populações.

## REFERÊNCIAS

ADDESSI, Elsa et al. **Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development**. *Appetite*, v. 164, sep. 2021.

ALPERS et al. In: BOSWELL, Nikki. **Complementary Feeding Methods - A Review of the Benefits and Risks**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18(13), 7165, jul. 2021.

ARANTES, A. et al. **Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão**. *Revista Paulista de Pediatria*, 36 (03), jul-set. 2018.

ARDEN, M; ABBOTT, R. **Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation**. *Maternal & Child Nutrition*, v. 11 (4), p. 829-844, oct. 2015.

BLACK, M; ABOUD, F. **Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting**. *The Journal of Nutrition*, v. 141 (3) , p. 490-494, mar. 2011.

BOSWELL, Nikki. **Complementary Feeding Methods - A Review of the Benefits and Risks**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18(13), 7165, jul. 2021.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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 (1), p. 34-47, jan. 2011.

BROWN, A; LEE, M. **Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style**. *Pediatric Obesity*, v. 10 (1), p. 57-66, dec. 2013.

BROWN, A. **No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach**. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 31 (4), p. 496-504, aug. 2018.

CABRAL, V; CAMPESTRINI, S. In: **Fatores Determinantes do Desmame Precoce: um estudo de revisão bibliográfica**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

CAMERON et al. In: ARANTES, Ana Letícia Adries. et al. **Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão**. *Revista Paulista de Pediatria*, 36 (03), jul-set. 2018.

CAMERON, S; TAYLOR, R; HEATH, A. **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, ed. 12, dec. 2013.

DANIELS et al. In: UTAMI, Ayu Fitria; WANDA, Dessie. **Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review.** ELSEVIER: Enfermería Clínica, v. 29, n. 2, p. 87-95, set. 2019.

DANIELS, Lisa et al. **Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial.** BMJ Open, v. 8 (6), jun. 2018.

DIAS, M; FREIRE, L; FRANCESCHINI, S. **Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de 2 anos.** Revista de Nutrição, v. 23 (3), p. 475-486, jun. 2010.

DOGAN, Erkan et al. **Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study.** Pediatrics International, v. 60 (12), p. 1073-1080, dec. 2018.

DOUGLAS, C. In: PEREIRA, T. et al. **Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis.** CoDAS, v. 29 (3). 2017.

ERICKSON, L. et al. **Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial.** Nutrients, v. 10 (6), jun. 2018. .

GIESTA, J. et al. **Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 24, nº 7, p. 2387-2397. Porto Alegre - RS, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário Temático: Alimentação e Nutrição.** Normas e Manuais Técnicos, série A, 1ª edição. Brasília - DF: MS, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília - DF. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília - DF. 2019.

MORISON, B. 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 (5), may. 2016.

MORISON, B. et al. **Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Dietary Variety and Food Preferences in Infants.** Nutrients, v. 10 (8), aug. 2018.

NEVES, F. et al. **Brazilian health professionals perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study.** Revista Paulista de Pediatria, v. 40, oct. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals.** Geneva. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.** Geneva. 2002.

- PADOVANI, A. **Introdução Alimentar Participativa**. Tá na Hora do Papá. 2015.
- PADOVANI, A. **Prevenindo o Engasgo: a escolha do adulto faz toda a diferença**. Conalco Lab, 2ª edição. 2018.
- RAPLEY, G. **Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace**. Community Practice, 84:20-3, jun. 2011.
- RAPLEY, G. **Canterbury Christ Church University College**, Canterbury Kent, Reino Unido. Trabalho não publicado. 2003.
- RAPLEY, G. et al. **Baby-led weaning a new frontier**. Sage Journals: ICAN - Infant, Child, & Adolescent Nutrition, v. 7, n. 2, p. 77-85, apr. 2015.
- RAPLEY, G; MURKETT, T. **Baby-Led Weaning: Helping Your Baby Love Good Food**. Vermilion: Londres, Reino Unido. 2008.
- RAPLEY, G; MURKETT, T. **Baby-led Weaning: O desmame guiado pelo bebê**. São Paulo: Timo. 2017.
- ROSSI, A; MOREIRA, E; RAUEN, M. **Determinants of eating behavior: a review focusing on the family**. Revista de Nutrição, v. 21 (6), p. 739-48, nov/dez. 2008.
- SILVA, C. **Principais problemas encontrados pelas mães de crianças entre cinco e oito meses, relativos à transição alimentar, atendidas em um serviço de puericultura do Recife**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de Pernambuco. 2004.
- SILVA, G; COSTA, K; GIUGLIANE, E. **Infant feeding: beyond the nutritional aspects**. Jornal de Pediatria, v. 92, ed. 3, p. S2-S7, may/jun. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização: a alimentação complementar e o método BLW (Baby Led Weaning)**. Departamento Científico de Nutrologia, nº 3, 2017.
- TANIGUTE. In: PEREIRA, T. et al. **Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis**. CoDAS, v. 29 (3). 2017.
- TOWNSEND, E; PITCHFORD, N. **Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample**. BMJ Open, v. 2 (1), jan. 2012.
- UTAMI, A. et al. **"Becoming an independent feeder": infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning**. BMC Proceedings, v. 14 (13), dec. 2020.