

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

Sarah Gonçalves Queiroz

SELETIVIDADE ALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O BABY-LED WEANING

**RECIFE
2023**

SARAH GONÇALVES QUEIROZ

SELETIVIDADE ALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O BABY-LED WEANING

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de bacharel em Nutrição.
Área de concentração: Alimentação infantil

Orientadora: Prof. Juliana Maria Carrazzone Borba

RECIFE

2023

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

Queiroz, Sarah Gonçalves.

Seletividade alimentar e sua relação com o baby-led weaning / Sarah
Gonçalves Queiroz. - Recife, 2023.

37

Orientador(a): Juliana Maria Carrazzone Borba

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Nutrição - Bacharelado, 2023.

1. Desmame guiado pelo bebê. 2. BLW. 3. Seletividade alimentar. 4.
Escolha alimentar. 5. Alimentação complementar. I. Borba, Juliana Maria
Carrazzone. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

SARAH GONÇALVES QUEIROZ

SELETIVIDADE ALIMENTAR E SUA RELAÇÃO COM O BABY-LED WEANING

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Área de concentração: Alimentação infantil

Aprovado em: 28/04/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Juliana Maria Carrazzone Borba
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Fabiana Cristina Lima da Silva Pastich Gonçalves
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho ao meu noivo, Álvaro Brayner de Oliveira, que sempre esteve presente e me incentivou a seguir meus sonhos desde que me conheceu.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que pensou em mim antes mesmo que eu existisse e colocou um propósito em minha vida, me sustentando, me guardando, me dando forças e colocando pessoas maravilhosas para me acompanhar nessa caminhada.

Agradeço ao meu noivo, Álvaro, que me acompanhou em todo o processo do vestibular, esteve comigo quando fui aprovada na graduação, quando fui me matricular na Universidade e também se fez presente durante os momentos felizes e de angústia, celebrando cada pequena conquista e sendo uma base forte quando precisei. Foi essencial na minha decisão de cursar Nutrição e o maior incentivador de todos os meus sonhos.

Agradeço à minha mãe, Cristina, que mesmo de longe se fez presente. Também foi peça chave na minha decisão de cursar Nutrição, me dando palavras de incentivo e tendo sempre os braços abertos para me acolher. Sua dedicação, força e persistência a fizeram de modelo aos meus olhos. Ao meu pai, Klaus, por me mostrar que sou capaz de ir além dos meus limites e que devo sempre buscar ser a minha melhor versão. Aos meus sogros, Sandra e Paulo, que foram verdadeiros pais e cuidaram de mim como sua própria filha, também me incentivando e orando pela minha caminhada.

Agradeço aos meus irmãos, Gabriel e Livia, por serem alegria constante em minha vida. Também agradeço às minhas avós, primos, tias e tios, que foram tão presentes em toda essa trajetória acadêmica, cuidando de mim e me suprimindo de amor e orações.

Agradeço às minhas amigas, Laís, Luana Beatriz e Luana Gabrielle, por compartilharem as experiências da graduação, por serem companhia sempre presente, por chorarem e se alegrarem junto comigo e por me incentivarem a ser a melhor profissional que eu posso ser.

Agradeço à minha orientadora, professora Juliana, pelos conselhos, pela paciência inesgotável, pela disponibilidade e pelo carinho. Aos professores da graduação, que tornaram esse momento possível e transmitiram uma carga de conhecimento gigantesca com excelência. Aos orientadores dos estágios por onde passei, pela paciência e pelo aprendizado. À Lizelda Araújo, que tanto me ensinou nos atendimentos da clínica escola. Todos foram essenciais para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

“Instrui o menino no caminho em que deve andar, e, até quando envelhecer, não se desviará dele.” (Pv 22,6).

RESUMO

O cérebro humano aprecia a previsibilidade da rotina e as repetições do dia a dia. Sabe-se também que os hábitos alimentares são formados a partir de um contexto muito variado, pois envolve a alimentação materna durante a gestação, o tipo de aleitamento e a forma como acontece a introdução alimentar. Assim, o *Baby-Led Weaning* (BLW) surge com uma proposta de abordagem na introdução alimentar que permite à criança participar dos momentos de refeição com a família, experimentando os alimentos já habituais àquele contexto familiar, explorando sabores e texturas diferentes da proposta tradicional (papinhas ou alimentos amassados) e, dessa forma, diminuindo a possibilidade de ocorrência da seletividade alimentar ou neofobia mais tarde. O presente estudo teve o objetivo de investigar a relação do BLW como abordagem de introdução alimentar e a ocorrência de seletividade alimentar em crianças. Ele traz uma revisão de 9 artigos, publicados nos últimos 10 anos, desconsiderando comorbidades, crianças nascidas prematuras ou outras faixas etárias, encontrados nas bases de dados PubMed e Scielo, que mostram, em sua maioria, a relação dos benefícios do BLW com a redução da seletividade alimentar em crianças, uma vez que essa abordagem introduz maior variedade de sabores e texturas e ainda promove autonomia, permitindo que a criança desenvolva a capacidade de fazer escolhas alimentares, aprenda a identificar a quantidade e a velocidade de se alimentar. O presente trabalho mostrou que o BLW possui diversas características que contribuem para a redução da seletividade alimentar em crianças. Ainda assim, faz-se necessário um melhor direcionamento para definir os benefícios do BLW de forma que a abordagem possa ser indicada com segurança física e nutricional.

Palavras-chave: Desmame guiado pelo bebê; BLW; Seletividade alimentar; Escolha alimentar; Alimentação complementar.

ABSTRACT

It is known that the human brain appreciates the previsibility of the routine and the daily repetitions. It is also known that eating habits are formed through a varied context, as it involves maternal feeding during gestation, the type of weaning and how the food introduction happens. In that way, the Baby-Led Weaning (BLW) appears as a solid food introduction that allows the child to participate in the family meal time, trying foods that already belong to that family context, exploring flavors and textures that differ from the traditional introduction (pap or smashed) and, in that way, lowering the chances of food fussiness or neophobia. So this study had the objective of investigate the relation between BLW as a food introduction approach and the occurrence of food fussiness in children. It brings a revision of 9 articles, published in the last 10 years, not considering illness, premature born children or other age groups, found in the PubMed and Scielo database, that most of them show the relationship between BLW and the reduction of food fussiness in children, once this approach introduces a wider variety of flavors and textures and promotes autonomy, allowing the child to choose the food, the quantity and the speed of feeding. The present study has shown that BLW can contribute to the reduction of food fussiness during childhood. Even so, it is still necessary more studies, such as a better guide to define the benefits of BLW so that the approach can be indicated with physical and nutritional safety.

Keywords: Baby-led weaning; BLW; Food fussiness; Picky eating; Complementary feeding.

LISTA DE ABREVIATÖES

BLISS	<i>Baby-Led Introduction to Solids</i>
BLW	<i>Baby-Led Weaning</i>
CEBQ	<i>Child Eating Behavior Questionnaire</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM - 5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition</i>
IA	Introdução Alimentar
IAT	Introdução Alimentar Tradicional
IMC	Índice de Massa Corporal
NCBLW	Não Conhece o <i>Baby-Led Weaning</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SNC	Sistema Nervoso Central
TMB	Taxa Metabólica Basal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Introdução alimentar	13
2.2	<i>Baby-led weaning</i>	17
2.3	Seletividade alimentar	18
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo geral	21
4	METODOLOGIA	21
4.1	Crerios de elegibilidade	21
4.2	Seleção e extração de dados	21
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O ser humano começa a ser influenciado pelo ambiente ainda durante a gestação. Fala-se, hoje, em “programação fetal”, um fenômeno que molda o indivíduo ainda durante a vida intrauterina, sugerindo a importância de uma gestação saudável. Uma mãe desnutrida, por exemplo, pode vir a gerar um filho suscetível a desenvolver obesidade no futuro devido à programação metabólica ainda na gestação e aos hábitos alimentares desenvolvidos ao longo da vida (SAWAYA, 2018).

Apesar disso, os fatores externos são os que mais influenciam o crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida e os estudos mostram que crianças amamentadas com leite materno possuem um ritmo de crescimento diferente daquelas que fazem uso de fórmulas. O consumo do leite materno permite ao organismo do bebê aprender a regular com maior facilidade as calorias ingeridas, além de se adaptar a uma taxa metabólica basal (TMB) mais baixa. Além das características nutricionais, acredita-se que o odor e sabor do leite materno mudem constantemente, de acordo com a alimentação da lactente. Por esta razão, a criança amamentada seria exposta a maior variedade de estímulos olfativos e gustativos e isto poderia contribuir para melhor aceitação da criança aos alimentos ao longo da introdução alimentar (IA). (FRANCESCHINI, 2018).

De forma geral, o desenvolvimento da criança, seja neurológico, cognitivo ou psicossocial, depende de fatores intrínsecos e extrínsecos e a nutrição entra como um fator extrínseco bastante relevante (FRANCESCHINI, 2018). Além disso, a qualidade da alimentação pode ser determinante para o aparecimento ou não de doenças crônicas ao longo da vida, sendo também um determinante da qualidade de vida desse indivíduo (PIRES *et al.*, 2020).

O ato de se alimentar, no entanto, não envolve apenas a obtenção de energia e nutrientes, mas um aspecto social e de identidade, que une pessoas e classes sociais, que traz memórias afetivas. O hábito alimentar de qualquer pessoa se caracteriza pela repetição do consumo no dia a dia e é construído pela união de fatores que englobam a biologia, a cultura, a sociedade, a economia e as tecnologias existentes. Além disso, de acordo com a UNICEF, o período de maior aprendizado da vida humana e de maior desenvolvimento do cérebro se dá entre a

gestação e o sexto ano de vida, que se denomina primeira infância. Assim, a partir da aprendizagem, repetição e desenvolvimento do hábito, constrói-se o padrão alimentar, que pode ser comparado com os guias alimentares e padrões de dietas já reconhecidos, de forma a avaliar a qualidade do consumo da criança (PALMA, 2009; FRANCESCHINI, 2018).

Estudos afirmam que o cérebro infantil tem uma grande plasticidade, especialmente nos primeiros 1000 dias de vida, ou seja, até os 2 anos de idade. Durante esse período, o cérebro se desenvolve em uma rapidez que não é mais atingida no restante da vida, por isso a importância de estímulos saudáveis (UNICEF, 2022). O mesmo acontece com o hábito alimentar criado nessa fase. Se há repetição e variedade, a criança se torna mais favorável a alimentos novos. Ao longo dessa jornada, no entanto, a criança pode apresentar seletividade alimentar, podendo rejeitar determinados alimentos. No entanto, é importante que a família persista na rotina para estabelecer bons hábitos alimentares. Produtos ricos em açúcar, além de serem negativos para a saúde da criança, estimulam o paladar e interferem no processo de IA, podendo acentuar ainda mais a seletividade da criança (FRANCESCHINI, 2018). A revisão de Taylor (2018) analisa diversos estudos e considera que o pico de prevalência da seletividade acontece aos 3 anos de idade, logo após esse período de 1000 dias.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo analisar a hipótese de que a abordagem *Baby-Led Weaning* (BLW) pode reduzir a ocorrência de seletividade alimentar em crianças durante e após o período de introdução da alimentação complementar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Introdução alimentar

A alimentação complementar tem início, normalmente, por volta dos 6 meses de vida ou quando o bebê apresenta sinais de prontidão, que incluem: sustentação independente da cabeça, pescoço e tronco; sentar sozinho e sem apoio; reflexo diminuído da protrusão da língua e demonstração de interesse pela comida das pessoas ao redor. Nesse momento, eles começam a adquirir novas habilidades cognitivas e motoras que permitem a transição do alimento líquido - o leite materno - para alimentos de consistências e texturas diferentes. Apesar da evolução, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que o aleitamento prossiga até os 2 anos de idade, sendo complementar à alimentação. A evolução desse processo deve, ainda, acompanhar o desenvolvimento da criança, sendo feito de forma gradativa e com bastante paciência e determinação, uma vez que o comportamento alimentar criado será influenciado por diversos fatores, como a alimentação da mãe durante a gestação e aleitamento materno; ambiente familiar; preferências e aversões alimentares; ambiente escolar; fatores cognitivos; e publicidade televisiva de alimentos (FRANCESCHINI, 2018).

Quadro 1: Determinantes do comportamento alimentar na infância.

Alimentação da mãe durante a gestação e aleitamento materno	• Influencia a aceitação e a apreciação dos alimentos pela criança durante a introdução da alimentação complementar, uma vez que os sabores dos alimentos consumidos pela mãe são transmitidos tanto para o líquido amniótico quanto para o leite materno.
Ambiente familiar	• A família determina a escolha, a aquisição e o preparo dos alimentos conforme o seu padrão alimentar; • Os pais atuam como educadores nutricionais, influenciando o comportamento alimentar das crianças; • As estratégias utilizadas pelos pais na hora da refeição desempenham papel importante no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil; • O grau de controle externo exercido pelos pais pode afetar o controle da ingestão alimentar pela criança, uma vez que dificulta o aprendizado infantil sobre a sensação de fome e saciedade.

Preferências e aversões alimentares	• As crianças adquirem preferências e aversões alimentares por meio de suas experiências com o alimento e pela observação das pessoas à sua volta, incluindo crianças da mesma faixa etária e, principalmente, os pais. Dessa maneira, o gosto dos alimentos pode ser associado a situações boas ou ruins, podendo aumentar ou diminuir a preferência pelo alimento, respectivamente. • Crianças com neofobia alimentar são resistentes em consumir novos alimentos, restringindo suas preferências alimentares.
Ambiente escolar	• As crianças começam a frequentar a escola e outros ambientes diferentes de casa, nos quais há oferta e diversidade de alimentos nem sempre saudáveis; • Comportamento alimentar influenciado pelos pares, pelo ambiente escolar e pela preferência alimentar da criança que seleciona os alimentos a serem consumidos.
Fatores cognitivos	• Conhecimento sobre os benefícios e o custo associado aos alimentos.
Publicidade televisiva de alimentos	• Fortes indícios vinculam a publicidade ao conhecimento, preferências, pedidos de compra e modelos de consumo de alimentos das crianças; • A exposição à publicidade televisiva é associada à maior preferência por alimentos e bebidas com elevado teor de gordura, açúcar ou sal, pobres em nutrientes e maior ingestão calórica. O efeito da publicidade televisiva é independente de outros fatores conhecidos por influenciar os hábitos alimentares das crianças, tais como idade e influência dos pais.

Quadro 1: Franceschini *et al.* Cap.: Fatores de risco para doenças cardiovasculares na infância. p. 368

A IA deve ser encarada como um processo de aprendizagem tanto para o bebê quanto para a família, que deve buscar apresentar uma alimentação saudável e equilibrada enquanto traz a criança para os hábitos alimentares do lar. As necessidades nutricionais nessa fase são, ainda, de 2 a 3 vezes maiores que as necessidades de um adulto, sendo a maior parte dos nutrientes utilizada para o crescimento e desenvolvimento da criança, o que a coloca como um grupo extremamente vulnerável a deficiências nutricionais. É importante lembrar que é nessa fase que a criança começa a estabelecer seus hábitos alimentares e estes

podem perdurar por toda a vida. Vale salientar que tais hábitos não são formados apenas pelo que é oferecido à criança, mas dependem também de todo o contexto no qual as refeições acontecem, incluindo as interações sociais e os vínculos afetivos formados com a família e cuidadores. (PALMA, 2009; FRANCESCHINI, 2018; PIRES *et al.*, 2020).

Em uma IA cuja abordagem é mais tradicional, os alimentos são apresentados em consistência de purê ou papa, amassados com um garfo e nunca passados no liquidificador ou peneira, de forma a oferecer uma quantidade maior de fibras. Além disso, ressalta-se que alimentos diluídos apresentam uma densidade energética mais baixa, o que pode vir a comprometer o crescimento. Essa alimentação deve ser modificada constantemente, chegando a uma consistência sólida por volta dos 10 meses de idade. É indicado oferecer todo tipo de fruta, respeitando a cultura familiar e local e as estações do ano (FRANCESCHINI, 2018), pois as frutas da estação apresentam maior teor de micronutrientes e são mais saborosas que em outras épocas. O ideal, também, é que os alimentos sejam apresentados separadamente, para que o bebê conheça cada um deles (PIRES *et al.*, 2020), sinta seu cheiro e sabor, aprendendo a apreciá-lo.

A obra de Franceschini (2018) traz a recomendação de iniciar a introdução com uma papa principal no horário do almoço ou jantar, sendo respeitado o horário normal de alimentação da família, de forma que a criança comece a se integrar com o ambiente. Durante a transição, no entanto, é possível manter uma flexibilidade maior nos horários, respeitando as necessidades da criança e o seu aprendizado de percepção de fome e saciedade (PALMA, 2009). Essa refeição deve ser complementada com o leite materno até que a criança se mostre satisfeita apenas com a papa. A segunda papa principal entra apenas no sétimo mês de vida. A papa principal, para ser equilibrada e saudável, deve conter pelo menos um alimento de cada um dos seguintes grupos: cereais, tubérculos, verduras, legumes, leguminosas e carnes/ovos. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água ou em vapor, sem sal e adicionados de óleo vegetal cru na proporção de 3 ou 3,5mL para 100g. Apesar de não poder usar o sal, é permitido o uso de temperos naturais que já sejam de uso habitual nas preparações do restante da família, evitando-se os picantes. O responsável não deve ter medo de oferecer carne desfiada ou picada, pois aos 6 meses o bebê já tem as gengivas endurecidas pela presença dos dentes,

ainda em seu interior. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda a introdução de ovos (gema e clara bem cozidas) e peixes somente no sétimo mês. A OMS também traz algumas recomendações que são apresentadas no quadro a seguir. No Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde (2019), também existem recomendações ilustradas sobre a importância das texturas e das quantidades a serem ofertadas nas diferentes fases da IA.

Quadro 2: Quantidade de comida a ser ofertada.

Idade	Textura	Frequência	Quantidade por refeição*
6-8 meses	Iniciar com mingau grosso e continuar com alimentos bem amassados.	2-3 refeições ao dia, além da amamentação frequente. Dependendo do apetite da criança, 1-2 lanches podem ser oferecidos.	Iniciar com 2-3 colheres de sopa cheias por refeição, aumentando para aproximadamente meio copo (125mL).
9-11 meses	Alimentos cortados ou amassados e alimentos que o bebê possa segurar.	3-4 refeições ao dia além da amamentação. Dependendo do apetite da criança, 1-2 lanches podem ser oferecidos.	125mL
12-23 meses	Comida da família, cortada ou amassada, se necessário.	3-4 refeições ao dia além da amamentação. Dependendo do apetite da criança, 1-2 lanches podem ser oferecidos.	187,5 - 250mL

Quadro 2 - OMS. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/breastfeeding>.

* Se o bebê não estiver sendo amamentado com leite materno, recomenda-se oferecer de 1 a 2 copos de leite por dia e 1 a 2 refeições extras por dia.

De acordo com Palma (2009), junto à IA, inicia-se também o consumo de água, que deve ser ofertada entre e após as refeições. Palma sugere a oferta de sucos naturais não adoçados, mas sabe-se que é preferível oferecer a fruta em sua forma integral para não diminuir o consumo de fibras. A água não deve ser oferecida antes de se iniciar a IA, pois o sistema digestivo da criança ainda não está suficientemente

maduro e água, ainda que levemente contaminada, poderia levar a infecções e diarreia. Mesmo em clima quente, a água presente no leite materno é suficiente para suprir as demandas do bebê antes desse processo de IA (OMS, 2015).

2.2 *Baby Led Weaning*

Uma abordagem de introdução alimentar que tem se popularizado é denominada de *Baby Led Weaning* (BLW), também conhecida como desmame guiado pelo bebê. Ela foi pensada por uma parteira britânica chamada Gill Rapley, que organizou suas ideias em um livro lançado em 2008. Para ela, é importante que o bebê interaja com os alimentos, se suje, brinque e descubra seus próprios limites, sem a pressão dos cuidadores (ARANTES *et al.*, 2018).

Nessa abordagem, o bebê tem maior autonomia para se alimentar e recebe o alimento em pedaços, de forma que possa segurar com as próprias mãos e comer sozinho, consumindo, normalmente, o que já é consumido pela família. No início, como a mastigação ainda não é bem desenvolvida e o bebê depende muito dos movimentos da língua, o risco de engasgo existe. Por isso, deve-se iniciar oferecendo alimentos macios, em pedaços compatíveis com o tamanho da mão do bebê e na forma de bastão para facilitar a pega (FRANCESCHINI, 2018).

Para Rapley, essa abordagem de IA permite à criança explorar os cheiros, sabores e texturas, o que facilitaria o momento das refeições e diminuiria a seletividade para certos tipos de alimentos e preparações. Além disso, a criança aprenderia sozinha a reconhecer seus limites de fome e saciedade, melhoraria os movimentos de mastigação, a coordenação visual-motora e ainda teria a oportunidade de construir a autoconfiança (ARANTES *et al.*, 2018).

Independente da abordagem utilizada durante a IA, a criança deve ser sempre supervisionada e o responsável deve saber identificar a diferença entre um engasgo verdadeiro e o reflexo de *Gag*. Alguns estudos mostram que as crianças introduzidas com o BLW aprendem a ter maior controle da ingestão alimentar e são mais receptivas a alimentos de sabores e texturas desconhecidos (FRANCESCHINI, 2018).

Apesar dos aparentes benefícios do BLW, alguns profissionais de saúde mostram certo receio em relação à quantidade de nutrientes e energia ingeridos pelas crianças praticantes desta abordagem, especialmente porque o mais comum é

que os primeiros alimentos introduzidos sejam frutas e vegetais. O BLISS (*Baby-Led Introduction to Solids*) é uma variante do BLW que vem sendo estudada como um projeto piloto pelos pesquisadores Cameron, Taylor e Heath desde 2015. Ela propõe a introdução de alimentos ricos em ferro, zinco e demais nutrientes necessários para o crescimento saudável. Em relação ao ferro, a orientação dada aos pais participantes do projeto foi a de ofertar alimentos ricos nesse nutriente, como cereais fortificados ou carne vermelha, em todas as refeições (ERICKSON *et al.*, 2018).

2.3 Seletividade alimentar

Ainda não existe uma definição formal para seletividade alimentar, mas considera-se que seja a rejeição ou até mesmo restrição a um ou mais alimentos, seja ele conhecido ou não pela criança. No caso da rejeição pelo alimento desconhecido, utiliza-se o termo “neofobia”, que se caracteriza pelo ato de rejeitar novos alimentos.

Segundo a SBP (2022), a neofobia é comum entre os 18 e 24 meses, mas, nesse momento, pode ser passageira se a família entender o processo e souber conduzi-lo. De certa forma, a seletividade também é comum no início da IA, pois é necessário, em média, de 8 a 10 exposições a um determinado alimento para que a criança se familiarize, dando um intervalo de pelo menos três dias entre cada exposição (PIRES, *et al.*, 2020). A definição mais aceita hoje é a de Dovey *et al.* que diz que a criança seletiva é aquela que consome uma variedade de alimentos inadequada devido à rejeição a alimentos novos ou conhecidos por ela, especialmente em se tratando de frutas e vegetais (TAYLOR, 2018).

As causas e consequências da seletividade alimentar também são difusas, uma vez que existe uma heterogeneidade muito grande nos estudos e existem diversas ferramentas utilizadas para a pesquisa, o que dificulta a comparação dos resultados. No entanto, sabe-se que a seletividade alimentar não é sinônimo de “transtorno alimentar restritivo/evitativo” descrito no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5* (DSM-5) (TAYLOR, 2018), que substitui o “transtorno da alimentação da primeira infância” descrito no DSM - 4 (DSM-5, 2014).

O DSM-5 classifica os transtornos alimentares como “uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete

significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.” (2014, p. 329). No caso do transtorno alimentar restritivo, o DSM-5 apresenta como critérios para o diagnóstico: uma alteração no padrão alimentar que esteja associada à perda de peso ou dificuldade de ganhar peso significativas, à deficiência nutricional grave, à necessidade de utilizar suplementos orais ou alimentação enteral e interferências significativas no funcionamento psicossocial; uma falta de justificativa plausível para a não alimentação, como indisponibilidade de alimento ou práticas culturais; a ausência de episódios de anorexia nervosa ou bulimia nervosa; a ausência de condições médicas ou outro transtorno mental que ratifique a seletividade (DSM-5, 2014).

Taylor (2018) considera que a seletividade alimentar seja decorrente de alguma interferência ocorrida durante a fase gestacional, pós gestacional, de introdução alimentar no primeiro ano de vida ou da maneira como a família responde ao aumento da autonomia da criança no segundo ano de vida. Através do estudo *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC), do Reino Unido, a seletividade alimentar infantil pode ser associada à idade materna avançada, ao tabagismo materno, a classes sociais maternas mais elevadas, ao índice de massa corporal (IMC) pré gestacional baixo, a mães com maior nível de escolaridade, à menor paridade e a criança ser do sexo masculino com baixo peso ao nascer. Alguns estudos ainda identificaram relação entre a seletividade alimentar e aleitamento materno reduzido nas primeiras semanas de vida, além de uma introdução alimentar mais tardia. De acordo com Franceschini (2018), a seletividade ou aceitação pelos alimentos ainda pode ser influenciada pela disponibilidade de sabores, combinações e texturas e até de contextos diferenciados, onde a criança possa observar e ter contato com hábitos alimentares de pessoas diferentes, em ambientes distintos.

Na seletividade alimentar, deve-se considerar a preferência por determinados sabores. Segundo Franceschini (2018), a preferência por sabores doces é desenvolvida pela seleção natural e, por isso, o neonato já tem a capacidade de perceber esse sabor. Já o salgado só começa a ser percebido entre o segundo e sexto mês, sendo sua preferência afetada por experiências pré natais. O pico de preferência pelo sabor salgado acontece aos 3 ou 4 anos de idade, mas a criança pode ter uma preferência ainda maior se a exposição ao sabor começar em idade

mais precoce. Não existem muitos estudos a respeito do sabor amargo, mas acredita-se que a exposição precoce pode moldar o sistema nervoso, deixando-o mais receptivo a esse sabor. Já a preferência pelo sabor ácido é de base genética, além de muito influenciada pelas preferências maternas.

A SBP (2022) ainda cita dois tipos diferentes de seletividade, sendo uma leve e outra alta. No caso da seletividade leve, as crianças comem menor variedade de alimentos e pode estar relacionada ao estilo parental de alimentação. Já no caso da criança altamente seletiva, a resistência aos alimentos é mais severa e muitas vezes aparece atrelada a outras alterações sensoriais, que já podem ser percebidas antes da IA. Este último caso, no entanto, é mais percebido em crianças com neuropatias. Além disso, uma criança pode vir a desenvolver fobias alimentares decorrentes de processos traumáticos durante o período de IA, procedimentos invasivos que causem dor ao deglutir ou falta de experiência, como ocorre em casos de nutrição enteral.

Diante dos possíveis prejuízos ao crescimento e desenvolvimento apresentados pela ocorrência de seletividade alimentar na infância e sua possível relação com o tipo de abordagem utilizada durante a IA, o presente trabalho procurou investigar se o BLW pode reduzir a ocorrência de seletividade alimentar em crianças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a relação do BLW como abordagem de introdução alimentar e a ocorrência de seletividade alimentar em crianças.

4 METODOLOGIA

O trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura que teve como temas norteadores a introdução alimentar pelo BLW e a seletividade alimentar. O levantamento dos artigos foi feito através das plataformas PubMed e SciELO, utilizando como descritores os termos “*baby led weaning*”, “*food fussiness*” e “seletividade alimentar” individualmente. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos e trabalhos acadêmicos a partir de 2013 que trouxessem os temas combinados, analisando crianças nascidas à termo, sem comorbidades ou deficiências. Foram excluídos artigos e trabalhos acadêmicos que abordavam crianças com síndromes ou deficiências, adolescentes ou questões médicas que não abordavam diretamente o tema proposto.

4.1 Critérios de elegibilidade

Foram considerados artigos (originais ou revisões) com a temática de IA por BLW e seletividade alimentar, publicados nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, que estivessem disponíveis de forma completa e gratuita nas plataformas de busca. Foram descartados artigos repetidos, artigos disponíveis apenas mediante pagamento, artigos que trouxessem as temáticas principais, mas sem relacioná-las ao objetivo do trabalho, artigos que abordassem condições médicas ou transtornos neurológicos, assim como estudos que ainda não haviam sido finalizados.

4.2 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 171, como podem ser conferidos no **Quadro 3**. A partir da leitura dos mesmos, 9 artigos foram utilizados para construção da revisão.

Quadro 3: Busca e seleção dos artigos

Bases	PubMed			SciELO		
Termos de Busca	"Baby Led Weaning"	"Children food fussiness"	"BLW and Children food fussiness"	"Baby Led Weaning"	"Children food fussiness"	"BLW and Children food fussiness"
Encontrados	43	118	1	8	1	0
Excluídos	37	117	1	6	1	0
Selecionados	6	1	0	2	0	0

Fonte: elaborado pelo autor

5 RESULTADOS

O **Quadro 4** traz as características gerais dos estudos selecionados, com ano de publicação, autores, título do artigo, objetivos, participantes e os principais resultados. Os estudos trazem a relação entre o BLW e a possível redução na seletividade alimentar, comparando a abordagem com a IA tradicional e ressaltando pontos influenciadores na formação das preferências por sabores, odores e texturas, como a amamentação, a rotina das refeições familiares e a forma como a IA é conduzida.

Quadro 4: Resultados

Nº	Ano/Autores	Título do artigo	Objetivos	Participantes	Resultados
1	2018 ARANTES, A. L. A. <i>et al.</i>	Método <i>Baby-Led Weaning</i> (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão.	Revisar o que já foi estabelecido cientificamente a respeito do BLW no âmbito da alimentação complementar.	13 referências selecionadas na base de dados PubMed, de 2011 a 2016.	Na maioria dos casos, a introdução alimentar começou aos 6 meses. Bebês BLW costumam comer os mesmos alimentos da família e participam dos momentos de refeição. Rowan e Harris observaram que, em um período de 3 meses, cerca de 57% das crianças avaliadas consumiam os mesmos alimentos que a mãe. D'Andrea <i>et al.</i> observaram que os alimentos mais consumidos eram frutas e legumes, seguidos de proteína animal. Morrison <i>et al.</i> notaram que bebês BLW consumiam mais gordura, menos ferro, zinco e vitamina B12 e 45% das 51 crianças receberam alimentos adoçados e ricos em sódio. Townsend e Pitchford avaliaram 155 bebês e perceberam que os BLW tinham preferência por carboidratos e um IMC mais próximo ao adequado, enquanto bebês que seguiam a abordagem tradicional preferiam alimentos doces e tinham IMC mais elevado.

2	2022 ALFARO, V. F.; NEIRA, G. L.; WEISSTAUB, G.	<i>¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé - BLW?</i>	Estudar o BLW com mais profundidade, seus riscos e benefícios enquanto método de alimentação complementar.	Os autores (pesquisa em base de dados).	Alguns estudos (Brown e Lee; Townsend e Pitchford; Dogan <i>et al.</i>) perceberam que essas crianças teriam menor chance de se tornarem obesas quando comparadas àquelas que seguiam a IA tradicional. Devido à auto-regulação da quantidade ingerida, algumas mães percebiam que, quando a criança comia menos alimentos sólidos, a amamentação era prolongada. O BLW insere o bebê nos momentos de refeição da família, quando ele come o mesmo que os demais. Essas crianças são expostas a uma maior variedade de sabores e texturas e, por isso, seriam mais receptivas a experimentar alimentos novos durante a infância. Bebês BLW tendem a consumir menos alimentos industrializados que aqueles da IA tradicional. O BLW permite que a criança desenvolva ainda mais suas habilidades motoras grossas e finas. Alguns profissionais de saúde acreditam que exista o risco de deficiência de ferro, sufocamento e retardo de crescimento - devido ao baixo consumo energético - quando a criança realiza o BLW, mas os estudos são bastante controversos.
3	2013 BROWN, A.; LEE, M. D.	<i>Early influences on child satiety - responsiveness: the role of weaning style</i>	Comparar o comportamento alimentar dos 18 aos 24 meses entre crianças que realizaram introdução alimentar tradicional e o <i>baby-led weaning</i>	298 mães de crianças entre 18 e 24 meses.	Nesse trabalho, 54,7% das mães praticavam o BLW e 45,3% a IA tradicional. A idade média das crianças era de 21,46 meses e foram consideradas completamente desmamadas, já que consumiam uma grande variedade de alimentos nas refeições familiares. As crianças de IA tradicional receberam alimentos sólidos significativamente mais cedo do que as introduzidas por BLW. A média de amamentação não teve diferença significativa entre os grupos, mas as mães BLW eram mais prováveis de terem iniciado a amamentação ao nascimento. O grupo BLW apresentou menores níveis de preocupação em relação ao peso da criança, pressão para comer, restrição e monitoramento. As crianças BLW se mostraram menos responsivas à comida, menos seletivas (quando não havia controle materno) e mais responsivas aos sinais de saciedade. A duração do aleitamento materno foi significativamente associada à resposta de saciedade e inversamente associada à seletividade. Crianças que iniciaram a IA mais cedo foram mais seletivas entre 18 e 24 meses. A

					preocupação materna em relação ao peso da criança estava significativamente associada a maiores níveis de seletividade alimentar, maior pressão para comer e menores níveis de apreciação do alimento. Das crianças BLW, 86,5% estavam eutróficas; 8,1% acima do peso e 5,4% abaixo do peso. Do grupo tradicional, 78,3% estavam eutróficas; 19,2% acima do peso e 2,5% abaixo do peso. Mães BLW tinham crianças com melhor controle do apetite e IMCs mais baixos. As crianças tinham a oportunidade de participar dos momentos de refeição em família e de controlar o quanto comiam.
4	2020 UTAMI, A. F. <i>et al.</i>	<i>Becoming an independent feeder: infant's transition in solid food introduction through baby-led weaning</i>	Relatar as experiências maternas em relação ao uso do BLW	Foram entrevistadas 13 mães de crianças com pelo menos 12 meses e que aplicavam o BLW nos filhos. A criança mais velha tinha 5 anos.	As mães relataram saber dos riscos de engasgo e reflexo de <i>Gag</i> , mas se sentiam mais tranquilas e confiantes quando recebiam orientação a respeito de como proceder nessas situações. Relataram que os filhos não eram seletivos e atribuíram essa característica ao tipo de desmame. As crianças participavam das refeições com a família, algumas participavam até mesmo do preparo e estavam expostas a maiores variedades de sabores e texturas, tornando-se mais receptivas a alimentos desconhecidos. Preocupações em relação ao BLW: baixo consumo de alimentos ricos em ferro, risco de anemia, potencial de engasgo e a bagunça durante a refeição. 9 mulheres presenciaram o reflexo de <i>Gag</i> e 2 presenciaram o engasgo, mas todas sabiam diferenciá-los e como proceder. Os bebês eram mais independentes nas refeições, controlavam sua própria alimentação, entendiam os sinais de saciedade, focavam no momento e sabiam quanto alimento cabia na boca.
5	2022 BIALEK-DRA TWA, A.; KOWALSKI, O.;	<i>Traditional complementary feeding or BLW (Baby Led Weaning) method? - A</i>	Testar a aplicação prática do BLW entre mães polonesas de crianças entre 6 e 36 meses,	Foram coletados dados de 646 mulheres com filhos entre 6 e 36 meses.	Nesse estudo, 22,14% estavam abaixo do peso, 62,23% eutróficas, 7,12% com sobrepeso e 8,51% obesas. 47,37% receberam aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, 16,87% continuaram mamando até 1 ano e, até a finalização do estudo, 35,45% das crianças ainda eram amamentadas. Mães BLW amamentaram por tempo maior e com mais frequência. As mães que não conheciam o BLW (NCBLW) foram as que

	SZCZEPANSKA, E.	<i>cross-sectional study of Polish infants during complementary feeding</i>	incluindo uma avaliação da ocorrência de diferentes padrões alimentares entre os bebês do BLW e os de introdução tradicional, comparando o risco de <i>Gag</i> /engasgo, regurgitação ou a ocorrência de vômito durante a refeição		menos amamentaram. 63,93% usavam o BLW. Das que não usavam, 7,73% não conheciam a abordagem e 26,62% conheciam, mas não usavam. No grupo de IA tradicional (IAT), 49,9% das crianças iniciaram a IA entre os 4 e 6 meses e 47,67% após os 6 meses. No grupo NCBLW, 62% iniciaram entre os 4 e 6 meses. No grupo BLW, 63,68% iniciaram após os 6 meses. No IAT, 97,09% comiam papa; no NCBLW, 96% e no BLW, 76,76%. No caso de papas com pedacinhos, 64,63% do IAT consumiam; 54% do NCBLW e 74,82% do BLW. As mães que deram comida da mesa da família foram 9,3% do IAT, 6% do NCBLW e 67,31% do BLW. A alimentação independente antes de 1 ano foi permitida por 88,1% das mães BLW, 45,35% das IAT e 36% das NCBLW. A decisão do que comer partiu da criança em 65,62% no BLW, 32% no NCBLW e 22,09% no IAT. 93,22% das mães BLW; 84,88% das IAT e 74% das NCBLW permitiram que a criança decidisse o quanto comer. Das mães IAT, 73,84% usavam a colher para a maior parte da alimentação da criança; das NCBLW, 70%. No BLW, 58,6% das crianças comia metade de forma independente e metade com um adulto guiando a colher. Dentro do BLW, 29,06% das crianças comiam completa ou quase completamente independentes e 64,64% comiam metade de forma independente e metade com a ajuda de um adulto. O reflexo de vômito foi mais frequente no BLW (34,9%), assim como cuspir o alimento (62,19%) e o reflexo de <i>Gag</i> (51,9%). O engasgo foi observado em 5,42% das crianças alimentadas com colher e 6,94% das crianças BLW. O engasgo com necessidade de intervenção médica aconteceu em 0,31% das crianças alimentadas com colher e 0,45% do BLW.
6	2017 TAYLOR, R. W. <i>et al.</i>	<i>Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant</i>	Determinar se a abordagem do BLW resulta em menor IMC quando comparada à	206 mulheres no final da gestação em 2012 e 166 foram acompanhadas até o início de 2014.	Foi utilizado a abordagem BLISS (<i>Baby-led introduction to solids</i>), uma variante do BLW. Não foram encontradas diferenças significativas de IMC entre o grupo BLISS e o grupo tradicional aos 12 ou 24 meses. O risco relativo de sobrepeso do BLISS, em comparação ao grupo tradicional, foi de 2.5 (com intervalo de confiança de 95%) aos 12 meses e 1.8 aos 24 meses. De acordo com os pais, bebês BLISS eram menos responsivos à

		<i>growth and overweight</i>	abordagem de introdução alimentar tradicional		saciedade aos 24 meses e menos seletivos aos 12 meses (o que não foi observado aos 24 meses). Os bebês BLISS apresentaram mais prazer em comer aos 12 e 24 meses e mais atitude na hora das refeições. Não houve diferença na quantidade de energia ingerida ou no índice de sobrepeso. Os bebês BLISS foram amamentados exclusivamente por mais tempo. Desses, 64,6% iniciaram a IA após os 6 meses, comparado a 18,1% do grupo controle. As crianças BLISS tinham maior probabilidade de se alimentarem de forma independente. Não foi encontrada diferença nos índices de engasgo ou anemia ferropriva.
7	2021 BOSWELL, N.	<i>Complementary feeding methods - a review of the benefits and risks</i>	Desenvolver conhecimento da prevalência, prática e definições comuns do BLW, assim como consolidar a evidência dos benefícios e/ou riscos desse método responsivo de alimentação	29 pesquisas selecionadas na base de dados PubMed. As crianças avaliadas tinham entre 0 e 6,5 anos, sendo a maioria entre 6 e 12 meses.	Pais BLW costumam ter um maior nível de educação e amamentam por mais tempo, iniciando a IA após 6 meses, diferente dos pais que seguem a IA tradicional. Um estudo de 2015 identificou 78 novos artigos elogiosos ao BLW, afirmando que a abordagem reduz seletividade, promove a auto-regulação, facilita a escolha de alimentos ricos em nutrientes pela criança e encoraja a autonomia. No entanto, em estudo realizado com profissionais da saúde do Canadá, menos da metade dos entrevistados (n=33) recomendavam o BLW, mas reconheciam a oportunidade de a criança participar das refeições em família, construir hábitos alimentares mais saudáveis, menor dificuldade para comer e possíveis vantagens no desenvolvimento. Em Fu <i>et al.</i> com 876 crianças, o BLW foi associado a menor seletividade alimentar. Komninou <i>et al.</i> , estudo com 565 crianças, também mostraram menor seletividade e maior prazer em comer. Pais BLW são menos controladores, fazem menos pressão e realizam mais refeições juntos em família.
8	2018 ERICKSON, L. W. <i>et al.</i>	<i>Impact of a modified version of baby-led weaning on infant food and</i>	Determinar o impacto de uma versão modificada do BLW (BLISS) no	206 mães de bebês nascidos à termo e sem deficiências.	Bebês BLISS foram amamentados por mais tempo (uma média de 21,7 semanas) que o grupo controle (IA tradicional, uma média de 17,3 semanas); o BLISS iniciou com sólidos em uma média de duas semanas mais tarde que o grupo tradicional; 35% e 82% iniciaram antes dos 6 meses, respectivamente. Em relação à alimentação independente, o

		<i>nutrient intakes: the BLISS randomized controlled trial</i>	consumo de alimentos e nutrientes entre crianças de 7 a 24 meses.		BLISS consumia 40% da refeição, e o grupo controle 9%. Aos 12 meses, a probabilidade de ser alimentado por um adulto era de 0% no BLISS e 7% no controle, mas ambos os grupos conseguiam se alimentar independentemente aos 24 meses. As crianças BLISS tinham mais chance de participar das refeições em família e comer o mesmo alimento que os outros, tanto aos 7 meses quanto aos 12. Aos 7 meses, as crianças BLISS consumiam mais gordura e sódio, mas os outros nutrientes tinham consumo similar entre os grupos. Aos 12 meses, o BLISS consumia menos gordura saturada, aos 24 meses o consumo era similar para todos os nutrientes. O controle apresentou um consumo maior de doces que o BLISS em todas as idades.
9	2018 MORISON, B. J. <i>et al.</i>	<i>Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants</i>	Identificar potenciais diferenças na variedade de alimentos e preferências dos 7 aos 24 meses entre crianças que fazem o BLISS e a introdução alimentar tradicional.	206 mulheres, maiores de 16 anos, que viviam em Dunedin, Nova Zelândia, com bebês nascidos à termo e sem anormalidades que pudessem interferir na alimentação e crescimento.	Crianças BLISS foram amamentadas por mais tempo que as do método tradicional e um maior número de crianças BLISS atingiram a diretriz da OMS de apenas iniciar a IA aos 6 meses. Não houve diferença entre os grupos na ingestão estimada de leite materno ou fórmula nem na proporção de crianças que iniciaram sólidos antes dos 4 meses. Aos 7 meses, as crianças BLISS tinham maior variedade total de alimentos, com maior variedade na ingestão de alimentos essenciais ou não, carnes e outras proteínas, sem diferença na variedade de frutas e hortaliças. Aos 24 meses, a única diferença foi a maior variedade de frutas e vegetais consumida pelo BLISS. Aos 12 meses, as crianças BLISS haviam recebido mais vegetais salgados e proteínas vegetais que o grupo tradicional. A diferença na preferência dos alimentos só foi perceptível em relação às proteínas. Os bebês BLISS recebiam papas com pedaços, mas a probabilidade de consumi-los não diferia do outro grupo. Aos 24 meses não foi observada diferença de preferência alimentar entre os grupos.

Fonte: elaborado pelo autor

6 DISCUSSÃO

Chamamos de “primeiros 1000 dias de vida” os 9 meses de gestação e os 2 primeiros anos da criança. Esse período é decisivo para o desenvolvimento saudável, tanto físico quanto psicossocial e cognitivo (PIRES, *et al.*, 2020). Dessa forma, não somente a gestação e a amamentação são importantes para a nutrição e estado nutricional do indivíduo, mas a introdução alimentar tem se mostrado cada dia mais relevante para a saúde da criança e do adulto que ela será.

A microbiota intestinal também se relaciona diretamente com o desenvolvimento, uma vez que, hoje, o intestino é considerado o segundo cérebro e sua saúde ou disbiose afeta todo o organismo. De acordo com Silvestre (2015), o intestino tem uma complexa rede de neurônios, microbiota e metabólitos e, dessa forma, consegue modular o Sistema Nervoso Central (SNC), formando um eixo de comunicação direta, no qual a informação pode ser gerada tanto a nível intestinal quanto a nível de SNC. Durante os primeiros 3 anos de vida, essas bactérias são bastante modificadas e, após essa idade, tendem a se estabelecer e se parecerem mais com a microbiota de um indivíduo adulto (PIRES, *et al.*, 2020).

O período de amamentação é o início do aprendizado alimentar do bebê. Nessa fase, ele começa a aprender e entender os sinais de fome e saciedade e já começa a ser exposto a uma variedade de cheiros e sabores, que dependem da alimentação materna (FRANCESCHINI, 2018; BRASIL, 2019). Brown e Lee (2013), Arantes *et al.* (2018) e Alfaro e Neira (2022) trazem a amamentação como um importante passo para o sucesso do BLW e para a diminuição da ocorrência de seletividade alimentar. Esses estudos, além de Taylor *et al.* (2017), Morrison *et al.* (2018), Erickson *et al.* (2018), Boswell (2021) e Bialek-Dratwa *et al.* (2022) afirmam que as mães praticantes desta abordagem costumam praticar a amamentação exclusiva por mais tempo quando comparadas às mães adeptas da IA tradicional e ainda têm uma probabilidade maior de terem iniciado a amamentação logo após o nascimento. É válido ressaltar que, no início da IA, o leite materno continua sendo o principal alimento e a família não precisa se preocupar de imediato com as quantidades dos alimentos ofertados. No entanto, não se recomenda adiar a oferta de outros alimentos, pois isso pode levar à recusa no futuro (BRASIL, 2019).

Quando a criança está pronta para iniciar a introdução alimentar, ela demonstra curiosidade através de gestos e atitudes quando o adulto está comendo no seu campo de visão, além dos demais sinais de prontidão. Essa curiosidade, vale ressaltar, não é por um alimento específico, uma vez que ela ainda está aprendendo e conhecendo esse novo mundo. Os pais são os que mais influenciam os hábitos alimentares das crianças, pois são os responsáveis pela compra e disponibilidade da comida em casa, apresentam hábitos relacionados à religião e cultura familiar, além de serem exemplo nos momentos das refeições, uma vez que as crianças observam as preferências de pessoas próximas. Todos os sentidos são essenciais para o desenvolvimento do aprendizado sobre o padrão alimentar e geral da criança e a formação do hábito alimentar ainda colabora para o desenvolvimento e a percepção de identidade própria, que será perpetuada por toda a vida e vai influenciar a relação da criança com os alimentos (ARANTES *et al.*, 2018; FRANCESCHINI, 2018; BRASIL, 2019).

Arantes *et al.* (2018) associam o BLW à idade de IA, que, nessa abordagem, costuma respeitar o preconizado pela OMS, ou seja, introduzir os sólidos quando a criança estiver em torno de 6 meses de idade. Brown e Lee (2013) trazem dados que corroboram esse achado, afirmando ainda que crianças que iniciam a IA antes desse período demonstram mais seletividade alimentar dos 18 aos 24 meses. Taylor *et al.* (2017), Morrison *et al.* (2018), Erickson *et al.* (2018), Boswell (2021) e Bialek-Dratwa (2022) também mostram, em seus estudos, que crianças praticantes do BLW ou BLISS tendem a iniciar a IA mais tarde, quando comparadas às crianças que seguem a abordagem tradicional, que muitas vezes iniciam a alimentação complementar por volta de 4 a 5 meses de idade.

A forma como o alimento é apresentado também é relevante para a aceitação. É importante, nesse momento, estimular a curiosidade da criança, permitindo que pegue, cheire, morda, chupe, sempre com supervisão de um adulto, comendo a quantidade que desejar, sem pressão para comer tudo o que for oferecido. (FRANCESCHINI, 2018; PIRES, *et al.*, 2020). O presente Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos (2019), do Ministério da Saúde, traz que papinhas não ajudam no desenvolvimento da mastigação devido à sua textura e consistência e

normalmente dificultam a percepção de sabores, pois muitas vezes são uma mistura de vários alimentos.

O ambiente no qual a refeição acontece e a interação da criança com as outras pessoas e com o próprio alimento também interferem diretamente na sua IA. Brown e Lee (2013), Utami *et al.* (2020) e Alfaro e Neira (2022) ressaltam a importância da participação da criança nos momentos de refeição da família para a redução da seletividade alimentar, uma vez que ela tem a oportunidade de absorver o exemplo dos demais, além de comer dos mesmo alimentos que são servidos à mesa. Erickson *et al.* (2018), Boswell (2021) e Bialek-Dratwa (2022) também afirmam que as crianças BLW têm maior participação nas refeições em família, tendo a oportunidade de consumir os mesmo alimentos e desenvolver hábitos alimentares mais saudáveis. Algumas das crianças ainda têm a oportunidade de participar da escolha e preparo dos alimentos, o que as coloca em contato direto com a comida e as deixa ainda mais interessadas em experimentá-la. O Ministério da Saúde (2019) ainda resalta a necessidade de se oferecer afeto e experiências positivas para o sucesso da IA, elogiando, interagindo e dando certa autonomia.

Além disso, essas crianças têm maior liberdade para desenvolver autonomia durante as refeições. Elas recebem, dos pais ou responsáveis, algumas opções de alimentos e escolhem quais e o quanto irão comer, pegam o alimento com a própria mão e o levam à boca, na quantidade que percebem adequado. Essa autonomia permite que a criança aprenda a distinguir seus sinais de fome e saciedade e ainda as ajuda a desenvolver habilidades motoras grossas e finas (BROWN E LEE, 2013; ARANTES *et al.*, 2018; ERICKSON *et al.*, 2018; UTAMI *et al.*, 2020; BOSWELL, 2021; ALFARO e NEIRA, 2022). Taylor *et al.* (2017) ainda dizem que essas crianças demonstram tomar mais atitude em relação a sua alimentação, sendo mais proativas nas refeições. Em consonância com os demais estudos, Bialek-Dratwa (2022) afirma que essa autonomia alimentar aparece antes de 1 ano de idade nas crianças BLW.

Os estudos ainda indicam que pais praticantes do BLW se preocupam menos com o peso dos filhos, o que diminui a pressão para que a criança coma, diminui as restrições alimentares e até mesmo o monitoramento, o que acaba por gerar na criança maior prazer em comer e a torna menos responsiva à comida. Isso quer

dizer que essa criança irá tratar a comida como alimento e não como prêmio ou barganha (BROWN E LEE, 2013; TAYLOR *et al.*, 2017; BOSWELL, 2021).

O BLW surge, então, como uma nova forma de introduzir a alimentação das crianças, trazendo os alimentos em pedaços aos invés de purês ou papas, de forma que seja possível identificar o que é oferecido, estimulando não somente o paladar, mas a visão e o olfato, sentidos importantes para a aceitação alimentar. Essas crianças, por serem mais envolvidas com a rotina alimentar da família, tendem a conhecer maior variedade de sabores e texturas (UTAMI *et al.* 2020) e têm maior aceitabilidade de frutas, verduras e proteínas animais. Alfaro e Neira (2022) ainda afirmam que, devido a essa variedade, as crianças BLW consomem menos alimentos industrializados, ajudando ainda mais a evitar a seletividade, uma vez que esses alimentos costumam ser super palatáveis e interferem nas preferências alimentares.

Arantes *et al.* (2018) comentam que crianças introduzidas pelo método BLW consomem mais gordura e possuem uma preferência por carboidratos, enquanto crianças do método tradicional preferem os doces. Por conta das preferências alimentares, e considerando que os doces são mais palatáveis, as crianças BLW são menos seletivas e conseguem ter hábitos alimentares mais saudáveis, que interferem diretamente no seu estado nutricional. Esse estudo corrobora o de Brown e Lee (2013), que também observaram IMC menor e mais adequado em crianças BLW, enquanto as da abordagem tradicional possuíam maior probabilidade de terem ou desenvolverem IMC mais elevado. No entanto, Taylor *et al.* (2017) não encontraram diferença no IMC dos grupos avaliados. Erickson *et al.* (2018) perceberam que as crianças BLISS consumiam maiores quantidades de gordura e sódio aos 7 meses, mas menor quantidade de gordura saturada aos 12 meses e menor quantidade de doces ao longo de toda a IA. Aos 24 meses, o consumo nutricional era semelhante entre os grupos tradicional e BLISS. Morrison *et al.* (2018) também afirmam haver maior variedade de alimentos ofertados na abordagem BLW, especialmente frutas e vegetais.

Uma introdução alimentar adequada é essencial para que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável, sendo a nutrição um importante fator protetor contra as DCNT. A variedade de alimentos e a repetição são aliadas para uma melhor

aceitação e, conseqüentemente, melhores hábitos alimentares na vida adulta. No entanto, segundo a OMS, menos de um quarto das crianças de 6 a 23 meses recebem uma alimentação adequada, com variedade e qualidade. Hoje, os alimentos mais associados às DCNT e aos casos de excesso de peso são os ultraprocessados, muitas vezes escolhidos pelos pais pela praticidade ou até como forma de recompensa (FRANCESCHINI, 2018).

Sabe-se, também, que são muitos os desafios enfrentados ao longo da IA. A criança está em um período de muito aprendizado, assim como a família e/ou cuidadores. Cada realidade é única e o que funciona para alguns pode não funcionar para outros, mesmo que sejam irmãos. Vários fatores envolvem esse momento, como o poder aquisitivo; disponibilidade e acesso a alimentos de qualidade, nutricionalmente adequados e saudáveis; a inserção da mulher no mercado de trabalho, que dificulta a continuidade da amamentação e o controle da alimentação das crianças; a necessidade de a criança ficar em creches ou com outros parentes durante o dia e alterações na rotina. Propagandas e produtos alimentícios direcionados a crianças também são fatores que podem interferir nas preferências infantis (BRASIL, 2019).

7 CONCLUSÃO

Sabe-se que os primeiros 1000 dias de vida de uma criança são uma janela de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades sensório motoras essenciais ao processo de aprendizagem para a formação de bons hábitos alimentares. O BLW e suas variações proporcionam uma grande variedade de estímulos que moldam as preferências alimentares diferente do que ocorre na IA tradicional.

Com base nos estudos abordados nesta revisão, foi possível observar que o BLW possui diversas características que contribuem para a redução da seletividade alimentar em crianças. Apesar de todos os benefícios do BLW, ainda são poucos os estudos que associam a relação dessa abordagem e suas variações com a ocorrência de seletividade alimentar. Desta forma, vale questionar até que ponto pode-se classificar uma criança como seletiva, uma vez que ela ainda está em processo de aprendizagem e familiarização com os alimentos.

REFERÊNCIAS

ALFARO, V. F.; NEIRA, G. L.; WEISSTAUB, G. **¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé -BLW?** Andes Pediátrica, v. 93, n. 3, 2022. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000300300&lang=en. Acesso em: 11 mar. 2023.

ARANTES, A. L. A. *et al.* **Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão.** Revista Paulista de Pediatria, v. 36, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/3DyCLNC63tR4mMVm96CbyWk/?lang=pt#>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BIALEK-DRATWA, A.; KOWALSKI, O.; SZCZEPANSKA, E. **Traditional complementary feeding or BLW (Baby Led Weaning) method? - A cross-sectional study of Polish infants during complementary feeding.** Frontiers in Pediatrics, v. 10: 992244, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9634407/>. Acesso em: 17 mar. 2023.

BÍBLIA, Provérbios. Português. *In*: Bíblia de Estudo Matthew Henry. Rio de Janeiro: Editora Central Gospel Ltda, 2014. Cap. 22, vers. 6.

BOSWELL, N. **Complementary feeding methods - a review of the benefits and risks.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, n. 13, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8297117/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. **Guia Alimentar Para Crianças Menores de 2 Anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265p.

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, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>. Acesso em: 11 mar. 2023.

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.** BCM Pediatrics, v. 15, n. 99, 2015. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0422-8>. Acesso em: 29 mar. 2023.

DSM-5, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5ª ed. - Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 329-338. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-d-e-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023;

ERICKSON, L. W. *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, n. 6, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6024590/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

FRANCESCHINI, S. do C. C.; *et al.* **Nutrição e saúde da criança.** 1ªed. - Rio de Janeiro: Rubio, 2018. 784 p.

MORISON, B. J. *et al.* **Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants.** Nutrients, v. 10, n. 8, 2018.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6115843/>. Acesso em: 22 mar. 2023

PALMA, D.; *et al.* **Guia da nutrição clínica na infância e na adolescência.** 1ª ed. - Barueri, SP: Manole, 2009. 661p.

PIRES, L. V. *et al.* **Alimentação nos primeiros anos de vida.** In: COMINETTI, Cristiane; COZZOLINO, Silvia Maria Franciscato (organização). Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença. 2ªed. rev. e atual. - Barueri, SP: Manole, 2020. p. 666-703.

RAMIREZ, Gonzalo. **QI: o que é, para que serve e como aumentar.** Disponível em: <https://www.tuasaude.com/qi-quociente-de-inteligencia/>. Acesso em: 04 out. 2022.

SAWAYA, A. L. (Ed.). **Fisiologia da nutrição na saúde e na doença:** da biologia molecular ao tratamento. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2018. 747 p.

SILVESTRE, C. M. R. F. **O diálogo entre o cérebro e o intestino - qual o papel dos probióticos?** Lisboa, 2015. 54 p. Tese (Mestrado Integrado em Medicina). Clínica Universitária de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível em:

<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26287/1/CarinaRFSilvestre.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Orientações - Dificuldades Alimentares.** Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP, 2022. 66f.

TAYLOR, R. W. *et al.* **Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight.** JAMA Pediatrics, v. 171, n. 9, p. 838-846, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710413/> . Acesso em: 17 mar. 2023.

UNICEF. **Desenvolvimento infantil.** Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil>. Acesso em: 25 nov. 2022.

UTAMI, A. F. *et al.* **“Becoming an independent feeder”: infant’s transition in solid food introduction through baby-led weaning.** BCM Proceedings, v. 14 (Suppl 13), n. 18, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7722414/> . Acesso em: 16 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breastfeeding**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Acesso em: 28 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Acesso em: 30 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Questions and answers: Breastfeeding**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/breastfeeding>. Acesso em: 28 set. 2022.