

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LETÍCIA RAMOS LEMOS

**ABORDAGEM SOBRE O MÉTODO *BABY-LED WEANING* NO PONTO
DE VISTA NUTRICIONAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Porto Alegre

2018

LETÍCIA RAMOS LEMOS

**ABORDAGEM SOBRE O MÉTODO *BABY-LED WEANING* NO PONTO
DE VISTA NUTRICIONAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Estela Beatriz Behling

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Lemos, Letícia Ramos

Abordagem sobre o método baby-led weaning no ponto de vista nutricional: uma revisão da literatura / Letícia Ramos Lemos. -- 2018. 37 f.

Orientadora: Estela Beatriz Behling.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Baby-Led Weaning. 2. nutrição. 3. comportamento alimentar. 4. hábitos alimentares. I. Behling, Estela Beatriz, orient. II. Título.

LETÍCIA RAMOS LEMOS

**ABORDAGEM SOBRE O MÉTODO *BABY-LED WEANING* NO PONTO DE VISTA
NUTRICIONAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 12 de junho de 2018.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso “ABORDAGEM SOBRE O MÉTODO *BABY-LED WEANING* NO PONTO DE VISTA NUTRICIONAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA”, elaborado por Letícia Ramos Lemos, para requisito parcial para obtenção do grau em Bacharel em Nutrição, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Comissão examinadora:

Profª Drª Juliana Rombaldi Bernardi (UFRGS)

Profª Drª Michele Drehmer (UFRGS)

Profª Drª Estela Beatriz Behling – Orientadora (UFRGS)

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho especialmente aos meus pais, que não mediram esforços para que, ao longo destes dez anos de graduação, eu pudesse chegar a tão sonhada conclusão do curso de Nutrição. Agradeço também ao meu marido, por estar ao meu lado me apoiando nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Valmor e Rosemari, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, não somente na graduação, mas durante toda minha vida. Mãe, todo seu cuidado e dedicação me deram esperança para seguir em frente. Pai, sua presença e auxílio significaram segurança e certeza de que nunca estive sozinha nessa caminhada.

Ao meu marido e companheiro Charles. Obrigada pelo carinho, paciência e por se dispor a me auxiliar e dar apoio nos momentos de dificuldades.

Às minhas sobrinhas e afilhadas Júlia e Alice, por serem minha motivação, e a minha irmã Gissele por ter confiado em mim.

Agradeço a Liane Fani Cotliarenco Pinto, por me apresentar o maravilhoso mundo da nutrição materno infantil e fazer despertar em mim esta paixão imensa pela área.

Aos meus amigos e demais familiares, por me proporcionarem momentos de descontração e por estarem ao meu lado me motivando a continuar.

RESUMO

O método de introdução alimentar BLW (Baby-Led Weaning), tradução: desmame guiado pelo bebê, está se difundindo rapidamente entre os pais do mundo todo, principalmente por meios eletrônicos de comunicação. Ele consiste em o bebê conduzir autonomamente o seu processo de desmame, que nada mais é do que a fase em que o leite materno deixa de ser exclusivo para que se inicie a alimentação complementar, a fim de suprir as novas necessidades nutricionais da criança que surgem por volta do sexto mês de idade, até que ela escolha qual seja o melhor momento para cessar a amamentação por completo. O método possibilita que a criança regule quando e quanto irá comer e a velocidade que irá fazer as suas refeições. Em função disso, e pensando na capacidade fisiológica do bebê, não se faz necessário o uso de adaptação de texturas de alimentos para a criança, tampouco a necessidade de os pais ou cuidadores ofereçam a comida por meio de uma colher, sendo sua atribuição apenas escolher as melhores opções de alimentos a serem disponibilizados e supervisionar o momento da refeição. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão na literatura sobre o método BLW. Foram pesquisados artigos nas bases de dados PubMed e Bireme, através dos termos *Baby-Led Weaning* e *Baby-Led Weaning AND (nutrition OR eating habits)* e selecionados através de seus títulos e resumos. Dezenove artigos foram selecionados para o estudo. Através desta revisão foi possível constatar que há um número relevante de vantagens que o método pode proporcionar em relação à formação de hábitos alimentares das crianças que o utilizam, assim como tornar o momento da refeição menos rigoroso. Ainda são necessários mais estudos e pesquisas sobre o tema, para que possa haver embasamento suficiente para tratar as diversas questões acerca do método.

Palavras-chave: Baby-led weaning. Nutrição (nutrition). Comportamento alimentar (eating behavior). Hábitos alimentares (eating habits).

LISTA DE SIGLAS

BLISS – Baby-Led Introduction to Solids (introdução aos sólidos conduzida pelo bebê)

BLW – Baby-Led Weaning (Desmame guiado pelo bebê)

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

WHO / OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 METODOLOGIA	10
3.1 Delineamento	10
3.2 Estratégia de Busca	10
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	11
4 REVISÃO DA LITERATURA	12
4.1 O que é o método BLW	14
4.2 Como o método surgiu	15
4.3 Vantagens do método BLW sobre a introdução alimentar tradicional	16
4.4 Desvantagens ou dificuldades do método	20
4.5 Benefícios a curto prazo	26
4.6 Benefícios a longo prazo	28
4.7 O que é o método BLISS	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A introdução alimentar a partir do método Baby-Led Weaning (BLW) – tradução para o português: desmame guiado pelo bebê, vem sendo bastante difundido. Rapley e Murkett (2008) apontam que o BLW consiste em, quando for iniciada a alimentação complementar, ela seja guiada pela criança e não pelos pais, como ocorre na introdução alimentar tradicional. Neste caso, os pais escolhem o que oferecer, mas é o bebê que escolhe quando começa a introduzir alimentos sólidos em sua alimentação, bem como quais serão estes alimentos e a quantidade que deseja ingerir. A abordagem não inclui alimentação oferecida pelos pais utilizando a colher e nenhum processo de adaptação de consistência nas preparações do lactente, como amassar, triturar ou desfiar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Os autores acreditam que uma criança em torno de seis meses de idade já possui habilidades de mastigação e deglutição desenvolvidas, além de já saber levar o alimento à boca com suas mãos, o que não torna necessário o uso de alimentos liquidificados, amassados ou em forma de purê; e também não há a necessidade dos alimentos serem ofertados pelos pais (RAPLEY; MURKETT, 2008).

A palavra desmame remete a muitas pessoas, que a criança irá parar de receber o leite materno (ou fórmula infantil), o que não ocorre de fato. Ela deve continuar a amamentação segundo as recomendações da OMS, até que ele se autodesmame. Além disso, ele compartilha refeições em companhia da família e preferencialmente os mesmos alimentos que ela consome. Alguns autores também apontam que, seguindo a mesma lógica da amamentação em livre demanda, onde o bebê escolhe quando e quanto quer mamar, o BLW é apenas uma continuação desta autorregulação (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012a).

A Sociedade Brasileira de Pediatria ressalta que, apesar de as orientações fornecidas pelos idealizadores serem coerente com o desenvolvimento infantil, não há evidências de que esta seja a única forma adequada de realizar a introdução alimentar. O que justifica este posicionamento é o fato de que este método não seja factível para muitas famílias (SBP, 2017).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Revisar a partir de revisão na literatura a abordagem sobre o método de introdução alimentar complementar Baby-Led Weaning, com um enfoque mais específico para o ponto de vista nutricional.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar o método BLW e sua origem;
- b) Identificar as vantagens do método em relação à introdução alimentar tradicional e as dificuldades encontradas na sua aplicação;
- c) Listar os benefícios encontradas na aplicação do método, a curto e em longo prazo;
- d) Mostrar no que consiste o *Baby-Led Introduction to SolidS* (BLISS).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

Este trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura.

3.2 Estratégia de Busca

As buscas foram realizadas através de pesquisa nas bases de dados PubMed e Bireme. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa, com operadores lógicos booleanos: “*baby-led weaning*”; “*baby-led weaning*” AND (*nutrition OR eating habits*).

Os artigos elegidos foram selecionados através de seus títulos e resumos, sendo que os que preencheram os critérios de inclusão foram submetidos a uma análise de texto completa.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

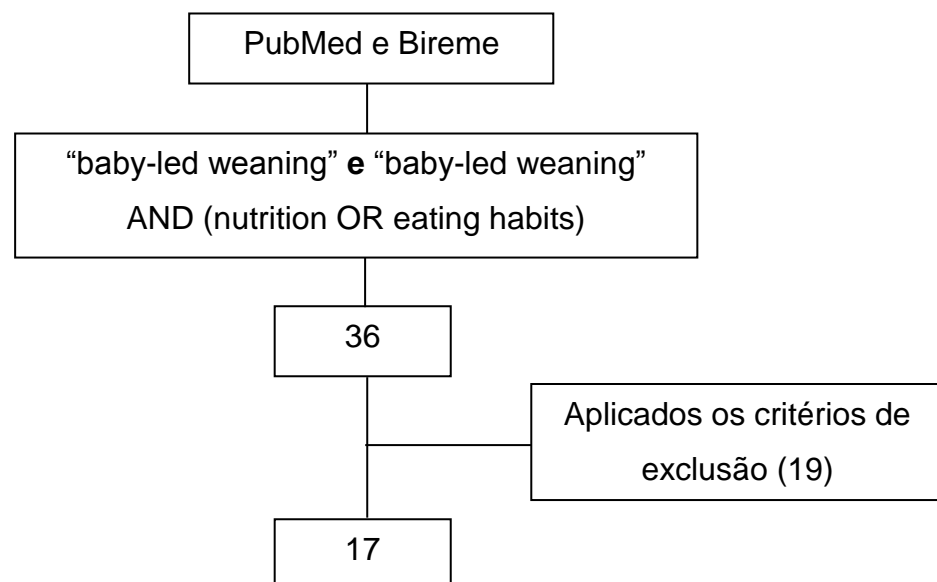
Os artigos foram considerados elegíveis quando apresentaram relação entre o método de introdução alimentar baby-led weaning e nutrição ou baby-led weaning e formação de hábitos alimentares. Foram incluídos, a partir desse desfecho, estudos em qualquer idioma e os que tiveram suas publicações nos últimos 10 anos.

Os artigos que não contemplaram essa relação ou esses filtros de busca foram excluídos.

Após as buscas, foram selecionados 19 artigos, sendo que todos eles estavam disponíveis em ambas as plataformas de pesquisa.

O fluxograma abaixo demonstra a seleção dos artigos tanto na base de dados PubMed, quanto na Bireme, onde o resultado encontrado foi muito semelhante, diferindo apenas em cinco publicações. Foram encontrados 36 artigos ao total, com a temática “*Baby-led Weaning*” e “*Baby-led Weaning*” AND (*nutrition* OR “*eating habits*”), sendo que apenas 17 foram selecionados para análise completa de texto após serem aplicados os critérios de exclusão.

Outros dois artigos foram incluídos através de busca manual. Todos os artigos selecionados estavam na língua inglesa.



4 REVISÃO DA LITERATURA

Já é bem documentado, inclusive pela OMS e também pelo Ministério da Saúde (MS), o quão importante é manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e a manutenção do mesmo até dois anos de vida ou mais. O leite materno é responsável por suprir todas as necessidades nutricionais do bebê até o seu sexto mês de vida. Outros benefícios também são reconhecidos, sendo os principais, a prevenção de mortes infantis, diarreia e infecções respiratórias; diminui o risco de alergias, hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto e diabetes mellitus; redução da chance de obesidade; melhor nutrição; melhor desenvolvimento da cavidade bucal; menores custos financeiros; e promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2015).

Ainda há, na sociedade em geral, muitas crenças acerca do aleitamento materno, bem como da introdução alimentar. Isso gera um confundimento entre evidências e mitos populares para muitas mães, podendo fazer com que a criança acabe recebendo alimentação complementar precocemente (antes dos seis meses de idade), a fim de satisfazer uma aparente fome do bebê, ou mesmo alimentá-lo para que sua maior saciedade proporcione uma noite de sono mais prolongada (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012a). Vale salientar que essa introdução alimentar precoce não traz benefícios para a criança, podendo causar, inclusive, maior número de episódios de diarreia, aumentar o número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição, menor absorção de alguns nutrientes do leite humano como o ferro e o zinco e ocasionando muitas vezes menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2015).

A idade ideal e recomendada pela OMS para a introdução da alimentação complementar é os seis meses de idade, quando acaba a oferta exclusiva do leite materno. Isso se justifica pelo fato de que a criança, nesta idade, já tenha maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos (MARTINS; HAACK, 2012). Nesta idade, a criança já consegue sentar sozinha, sustenta a cabeça e começa a desenvolver os reflexos necessários para a mastigação e deglutição (BRASIL, 2015).

A definição de alimento complementar compreende alimentos sólidos ou líquidos, que não seja leite materno, e que seja oferecido à criança enquanto ela ainda esteja sendo amamentada (GIUGLIANI; VICTORA, 2000).

Iniciar a introdução alimentar complementar tardiamente acaba também trazendo malefícios para a criança. Visto que a partir dos seis meses de idade as necessidades nutricionais começam a aumentar, procrastinar esta introdução pode fazer com que o bebê desenvolva deficiência de nutrientes, desacelerar o seu crescimento ou ocasionar desnutrição (MARTINS; HAACK, 2012).

Existem diferentes métodos de introdução alimentar sendo difundidos entre mães do mundo inteiro, porém, muitos não têm embasamento teórico e não são documentados em literaturas. A OMS (2001), o MS (2015) e a SBP (2012) recomendam o método de introdução alimentar tradicional, que consiste na evolução gradual da consistência da alimentação. Inicialmente o alimento é oferecido à criança em forma de papas ou purês e é enfatizado que o alimento não deve ser liquidificado, e sim amassado. Entre sete e oito meses, os alimentos já podem ser picados em pedaços bem pequenos ou desfiados. Conforme vai se adaptando, a criança pode começar a receber os alimentos na mesma consistência dos consumidos pela família. Aos doze meses de idade a criança já está apta a ter a mesma alimentação dos adultos. Neste método, os bebês são alimentados pelos pais, por isso é destacado pelas três organizações o quão importante é considerar o desenvolvimento e o ritmo de cada criança, respeitando os sinais de fome e saciedade.

O Ministério da Saúde (2015) salienta que a criança não se entretém somente em olhar e receber a refeição, é normal ela querer pegar e apreciar o alimento com as mãos e é importante os pais saberem e darem a liberdade para que ela o faça, pois isso irá aumentar sua relação e interesse pela alimentação, tornando este momento prazeroso e divertido. Nesta etapa o que é oferecido à criança é de responsabilidade dos pais, mas é a criança que escolhe quando e quanto comer.

A introdução alimentar deve ser responsiva, atentando sempre à quantidade e consistência do alimento que está sendo oferecido de acordo com a idade e desenvolvimento da criança. A refeição deve ser ofertada devagar, o cuidador deve manter sempre a paciência, nunca forçando o bebê a comer e sim o encorajando. Conforme a idade aumenta, o número de refeições também cresce, sendo que uma criança de 9 a 23 meses de idade deve ter 3 a 4 refeições por dia, independente do aleitamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, 2017).

Existem também outras abordagens de introdução alimentar além das recomendações oficiais de comitês profissionais, com é o caso do método BLW

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

4.1 O que é o método Baby-led Weaning (BLW)

Por volta dos seis meses de vida, o bebê começa a necessitar de alguns micronutrientes que o leite materno (ou fórmula láctea) já não é capaz de suprir sozinho, precisando então, que se inicie a alimentação complementar (BRASIL, 2015).

De acordo com as idealizadoras do método, Rapley e Murkett (2008), o Baby-led Weaning (BLW) – desmame guiado pelo bebê, como o seu nome traz, consiste em uma abordagem onde o bebê irá guiar todo o processo do seu desmame. Sendo assim, será respeitada sua independência, autonomia e confiança na introdução alimentar, fazendo com que ele siga suas intuições. Isto se torna possível tendo em vista que maioria dos bebês é capaz de demonstrar aos seus pais quando estão prontos para receber algum alimento diferente do leite materno, e fazem isto apanhando um alimento e levando-o a boca. Tal habilidade mostra que não há necessidade de que os pais decidam quando começar a introdução alimentar, tampouco conduzir a alimentação do filho, ofertando o alimento até sua boca com uma colher, pois os bebês já possuem potencial para exercerem essas atividades sozinhos. Este fato é o que embasa a abordagem de não se fazer necessário o uso de progressão de texturas (purês, papas). Esta autonomia do lactente permite que ele desenvolva suas habilidades em relação à alimentação de maneira saudável e divertida (RAPLEY; MURKETT, 2008).

As características fundamentais do BLW consistem em que a amamentação deve permanecer, pois até cerca de um ano de idade, ela será a principal fonte de nutrição do bebê (sendo os demais alimentos apenas complementares), e é ele que decide quando deve começar a reduzir as mamadas. O bebê realiza suas refeições sentado com a família, desfrutando deste momento em conjunto. O alimento recebido deve ser o mesmo dos outros membros do grupo familiar, desde que sejam alimentos saudáveis, sendo estes, porém, disponibilizados em pedaços adequados ao nível de desenvolvimento da criança, começando com pedaços grandes, e conforme as habilidades vão progredindo, estes vão diminuindo. É importante lembrar que nesta abordagem o bebê se alimenta sozinho desde o início da introdução alimentar, primeiro com as mãos e, conforme progressão, começará a

utilizar talheres (RAPLEY, 2011).

Mesmo que no início a criança não coma, é importante sempre estimulá-la, oferecendo ampla variedade de alimentos, para que ela possa pegar os pedaços com as mãos e levá-los a boca, conhecendo diferentes texturas e sabores. É sempre o bebê que define quanto irá comer, e com que frequência e velocidade ele expande a variedade dos alimentos que irá querer provar. O bebê tem aptidões necessárias para que inicie sua alimentação autonomamente, fazendo com que o papel dos pais seja apenas de prover o alimento e escolher entre os mais nutritivos e saudáveis a se ofertar, evitando a monotonia (RAPLEY; MURKETT, 2008).

Esta interação da criança com o alimento é muito importante, mas poderá ocasionar situações em que o lactente se suje, vire ou derrame a comida no chão. Os pais devem estar cientes que isso irá ocorrer, pois a criança está em fase de aprendizado, mas assim que ela começar a aperfeiçoar seus movimentos e habilidades, a bagunça também deixará de acontecer. Os pais ainda devem atentar para o fato de que o lactente esteja sempre sentado e supervisionado na hora das refeições, sempre respeitando seu ritmo e nunca o pressionando para finalizar rapidamente a refeição ou comer tudo que foi oferecido (RAPLEY; MURKETT, 2008).

4.2 Como o método surgiu

Até 2002, no Reino Unido, a idade mínima recomendada para a introdução de alimentos sólidos era de quatro meses. Levando em consideração o desenvolvimento psicomotor de uma criança de quatro meses, é aceitável que a introdução comece com alimentos em forma de purê ou papas, pois possivelmente ela ainda não tenha desenvolvido plenamente suas habilidades de mastigação, deglutição e de sentar-se sozinha, o que poderia ocasionar riscos ao bebê. A partir de 2002, então, foi estabelecido que a idade ideal para a introdução alimentar fosse de seis meses. O que não foi observado nessa nova recomendação foi de que com seis meses de idade, a criança já está com suas aptidões mais aprimoradas, fazendo com que a abordagem de como realizar esta introdução alimentar seja diferente, pois um bebê saudável, no seu sexto mês, pode fazer muitas coisas que um de quatro meses não pode fazer (RAPLEY, 2011).

Há muitos anos o desmame conduzido pelo bebê vem sendo praticado em

diversos locais do mundo, porém, talvez, esta metodologia seguida por muitos pais não tivesse um nome específico. Muitos pais, especialmente os que têm mais de um filho, podem ter praticado o método sem se darem conta, ou talvez o praticassem, mas não expunham para as pessoas, com receio de serem julgados por não estarem seguindo as orientações convencionais de como lidar com a introdução alimentar dos filhos. Diversos fatores podem ter levado estes pais a tomarem a decisão de utilizar esta abordagem, como a intuição de fazer o que parecia certo, também pelo fato da exigência de tempo e disponibilidade para praticar a introdução alimentar com purês ou até mesmo experiências anteriores frustradas seguindo esta abordagem tradicional (RAPLEY; MURKETT, 2008; RAPLEY, 2011).

A denominação “baby-led weaning – desmame guiado pelo bebê” surgiu a partir desta abordagem natural e lógica, validando este conhecimento instintivo seguido por muitos pais e também almejando difundir e tornar acessível o método a toda população. O BLW atualmente já está bem disseminado, o que está levando os profissionais da área da saúde a reconsiderar as suas recomendações e compreensão frente à introdução alimentar e o desmame (RAPLEY, 2011).

4.3 Vantagens do método BLW sobre a introdução alimentar tradicional

Brown e Lee (2010a) mostraram em um estudo que mães que seguiam o BLW apresentaram níveis significativamente mais baixos de pressionar para comer, restringir e monitorar a alimentação do lactente, comparadas com mães que assumiram uma abordagem tradicional de desmame. Mães BLW também mostraram níveis significativamente menores de preocupação com o peso da criança. Tais achados mostram que estes comportamentos das mães que optaram pelo novo método permitem que o bebê tenha mais controle em regular sua ingestão de alimentos sólidos, mas também há a possibilidade de que foram estas atitudes que as influenciaram a escolher este método. Os autores ressaltam que deve ser levado em consideração que a amostra do estudo tinha um nível de escolaridade mais elevado que a população em geral. Os autores apresentaram a possibilidade de que as mães que estavam seguindo o método BLW já tivessem pesquisado a abordagem, fazendo com que elas tivessem buscado fontes que embasassem sua decisão.

Diversos autores observaram que utilizar o método BLW está relacionado

com uma introdução mais tardia de alimentos complementares (BROWN; LEE, 2010b; 2011; CAMERON, TAYLOR; HEATH, 2013; MORISON et al. , 2016). A idade média dos bebês que utilizaram esta abordagem estava mais próxima da recomendada pela OMS, que é de seis meses. Isso pode ser explicado pelo fato de que para se autoalimentar, como o BLW recomenda, o lactente precisa ter algumas habilidades motoras bem estabelecidas o que normalmente acontece por volta do sexto mês, portanto, crianças menores não conseguiriam executar esta ação. As mães estavam cientes das recomendações, e as utilizaram como um guia, apesar disso, elas também consideraram os sinais de desenvolvimento dos filhos, principalmente os que são chave para a iniciação do método, como sentar-se sem apoio, pegar itens com a mão e levar a comida à boca (BROWN; LEE, 2010b; 2011). Brown (2015) encontrou que as mães que postergaram a introdução alimentar (mais próximo do – ou no – sexto mês) eram menos ansiosas e pouco apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos, assim como mães mais extrovertidas e que apresentavam menos restrição com relação à alimentação. Mães cujos bebês apresentaram peso mais elevado ao nascer e mães com Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional mais elevado introduziram a alimentação complementar significativamente mais cedo quando comparadas com as mães com IMC mais baixo ou um bebê com menor peso ao nascer. Pode-se dizer, então, que as características maternas parecem também estar associadas à escolha do método de desmame.

Cameron, Heath e Taylor (2012b) debatem que muitos profissionais da área da saúde tinham dificuldade em compreender como o bebê com seis meses teria habilidades de mastigação e coordenação para se alimentar com segurança utilizando alimentos em pedaços, mas muitos destes profissionais desconheciam o método antes de participarem do estudo. Os autores abordaram como o BLW estimula as habilidades orais do bebê, pois o fato de receber alimentos em pedaços faz com que ele pratique a mastigação ao invés da sucção, como na comida de colher. As habilidades motoras finas se desenvolvem, pois é dada a criança mais oportunidades de manipular alimentos com as mãos.

Com o BLW, o bebê tem a oportunidade de conhecer seus sentimentos de saciedade e regulação e isso é um passo muito importante para o seu desenvolvimento saudável. Eles podem comer no seu próprio ritmo e podem parar quando estiverem satisfeitos (RAPLEY et al., 2015). O lactente tem a autonomia necessária para decidir o ponto final de uma refeição, contrastando com o bebê que

segue a alimentação tradicional, onde geralmente os pais decidem quando parar e estipulam a quantidade a ser ingerida pelo bebê (BROWN; LEE, 2013). Seguindo a abordagem BLW, o lactente se torna mais propenso a reconhecer a densidade energética dos alimentos, tornando-se capaz de escolher alimentos que o sacie mais. Isso se torna possível através do aprendizado que a criança desenvolve, levando em consideração suas memórias com relação a cada alimento consumido (RAPLEY et al., 2015). De modo geral, profissionais da saúde e mães também abordaram estes pontos positivos, enfatizando como esta prática pode proporcionar uma experiência mais fácil e agradável, possivelmente evitando "batalhas" na hora da refeição, pois os bebês poderiam comer no seu ritmo e ao estarem satisfeitos não seriam forçados nem subornados a terminar sua refeição (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

Mesmo que as mães optassem por iniciar a introdução antes de o bebê completar seis meses de idade, isto não faz com que seja considerada uma introdução alimentar precoce, se for levado em consideração que o bebê se mostrou fisicamente capaz de coordenar o processo (BROWN; LEE, 2011).

Mães que seguiram essa abordagem também relataram que seus filhos se tornaram mais hábeis com uma maior variedade de textura de alimentos (BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b), além disso, elas eram mais propensas a oferecerem alimentos frescos e caseiros, enfatizando a variedade de sabores, em vez de quantidade (BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2013). Estes bebês participaram mais da alimentação familiar e receberam maior número de alimentos consumidos pela família (WRIGHT et al., 2010; BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b, 2013; ROWAN; HARRIS, 2012), o que parece incentivar as habilidades sociais da criança (RAPLEY et al., 2015) e vem ao encontro do que é mencionado pelo MS (2014) no Guia Alimentar para a População Brasileira, em que aborda a importância de fazer refeições em companhia, pois fortalece o vínculo entre as pessoas e as crianças podem adquirir hábitos saudáveis e aprender sobre a importância de refeições regulares e em locais apropriados. Refeições realizadas em companhia evitam que se coma muito rápido e faz com que se preste atenção no que está sendo consumido e também na quantidade, o que melhora a percepção de saciedade. Além disso, estas crianças são menos propensas a receber alimentos industrializados comparadas com as que seguem uma abordagem tradicional (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013).

No BLW o lactente recebe, desde o início da introdução alimentar, mais opções de alimentos por refeição para escolher, diferente de papas e purês, onde geralmente os alimentos encontram-se misturados entre si, impossibilitando que ele possa diferenciar visualmente cada alimento, além de seu sabor, textura e aroma (BROWN; LEE, 2013). Crianças no grupo BLW eram mais propensas a receber frutas e legumes como primeiro alimento, ao invés de cereais “para bebês”, embora frutas e legumes não sejam boas fontes de ferro, o que pode ser um fato preocupante.

O BLW foi considerado pelas mães um método simples, que envolvia menos tempo no preparo de refeições, pois o bebê não precisa de uma preparação diferente para ele, causa menos estresse e também apontaram ter menos conflitos nestes momentos. Elas ressaltaram que viram o BLW como uma experiência positiva e que o recomendariam para outras mães e optariam por ele novamente ao ter outro filho (ROWAN; HARRIS, 2012; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

Em contraponto ao BLW, oferecer alimentos utilizando uma abordagem tradicional faz com que os pais tenham a possibilidade de controlar e influenciar o que a criança come, fazendo que ela consuma o que os pais julgam ser necessário, ao invés dela mesma fazer isso (WRIGHT et al., 2010; DANIELS et al., 2015). Rapley (2011) também chama atenção para este fato, ressaltando que usar uma abordagem de introdução com colher torna muito mais fácil persuadir a criança a ingerir mais do que ela realmente necessita.

Um estudo entrevistou trinta e seis mães com filhos entre doze e dezoito meses, que utilizaram uma abordagem de desmame guiada pelo bebê. Estas mães descreveram os momentos de refeições como menos estressantes e mais fáceis, pois ao invés de a criança ter de ser alimentada, ela mesma o fazia, o que deu aos pais mais liberdade e tempo para realizar as suas próprias refeições. Esta autonomia também passou para as mães o sentimento de que seus filhos estavam tendo uma melhor experiência com a alimentação, fazendo uso preferencial de alimentos *in natura* e não processados. A maioria das mães descreveu momentos agradáveis na hora das refeições, referindo poucos conflitos com a criança por causa da comida, o que contrasta com mães que seguem uma abordagem tradicional, onde na maioria das vezes apontam momentos de emoções negativas, como angústia e confusão no período da introdução alimentar (BROWN; LEE, 2011).

Mesmo que nem todos tenham a oportunidade de praticar o método, ou que o

método não seja adequado para todos, sua filosofia de conceder que o bebê esteja no controle e tenha oportunidades de explorar os alimentos deve ser aplicada em todas as abordagens, inclusive na tradicional (RAPLEY et al., 2015).

4.4 Desvantagens ou dificuldades do método

A anemia causada pela deficiência de ferro é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública. O aleitamento materno exclusivo garante esse aporte até o sexto mês de vida, não sendo necessária a suplementação de ferro. A partir desta idade, a alimentação complementar passa a desempenhar este papel de disponibilizar grande parte da quantidade de ferro necessária para a criança. É necessário que este consumo de ferro esteja adequado com a recomendação para a idade. No Brasil, todas as crianças entre seis e vinte e quatro meses recebem uma dose profilática de sulfato ferroso a fim de prevenir a anemia (BRASIL, 2015). Profissionais da área da saúde demonstraram preocupação com a ingestão adequada de ferro para as crianças que estivessem utilizando o método BLW. Grande parte das mães que fizeram parte do estudo acreditava que manter o aleitamento materno forneceria a quantidade de ferro necessária para a criança até que alimentos fonte deste nutriente fossem introduzidos (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Os alimentos que geralmente são oferecidos pelos pais nos primeiros momentos da introdução alimentar, como frutas e legumes, têm uma quantidade muito baixa de ferro. É importante encorajar os pais a disponibilizar alimentos que sejam fontes de ferro para o bebê, como por exemplo, a carne vermelha. Ela pode ser oferecida a partir do sexto mês, desde que esteja em formato que facilite a pega da criança. Ainda não há estudos que examinem a ingestão e o perfil de ferro em crianças que seguiram uma abordagem BLW (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013; DANIELS et al., 2015; MORISON et al., 2016). Um estudo de Morison et al. (2016) mostra que, embora o grupo BLW seja considerado menos propenso a consumir cereais infantis fortificados, a ingestão de ferro foi inadequadamente baixa nos dois métodos de introdução alimentar, mas inferior no grupo BLW. Quando foi analisada a ingestão de zinco, sete crianças (13,7%) estavam com a ingestão de zinco inadequada, sendo duas do grupo tradicional e cinco do grupo BLW. Também foi apontada a ingestão insuficiente de cálcio, vitamina B12, vitamina C e fibra no grupo BLW em comparação com os

utilitários da abordagem tradicional. Referente à ingestão diária de energia, açúcar e sódio entre os dois grupos, não houve diferenças significativas. Os autores apontam que estes resultados não são suficientes para determinar se bebês BLW são mais propensos a apresentar deficiência destes nutrientes, pelo fato da amostra do estudo ser muito pequena e os participantes serem autoselecionados.

Em alguns casos, o desmame guiado pelo bebê pode não ser adequado ou seguro para a criança. Crianças nascidas prematuramente ou com atrasos no desenvolvimento devem ser avaliadas se são aptas para utilizar o método ou não (RAPLEY et al., 2015; WRIGHT et al., 2010), visando minimizar potenciais riscos, pois talvez seja possível que, para estes casos, a abordagem não seja apropriada, assim como para bebês com problemas de deglutição ou com alguma anomalia física. Bebês pré-termo também podem necessitar de suplementação antes de estar aptos para iniciar a alimentação complementar. Em casos onde a criança não está se desenvolvendo como o esperado, ou está ingerindo um aporte calórico insuficiente, pode ser necessário que a mãe incentive a alimentação, ou seja necessário o uso de alimentação com colher (RAPLEY et al., 2015). Wright et al. (2010) apontam que atrasos no desenvolvimento podem ser notados apenas após seu segundo ano de vida. Os pais devem ser orientados em utilizar o método somente quando o bebê apresentar os sinais de prontidão necessários para a autoalimentação.

Ao considerar o atraso de algumas crianças em desenvolver as habilidades de autoalimentação e também ocasiões onde ela necessite de auxílio por problemas de saúde, a junção da abordagem do BLW com a tradicional pode ser uma opção para evitar potenciais deficiências nutricionais para o lactente (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013; ARDEN; ABBOTT, 2014).

Cameron, Taylor e Heath (2013) apontam que muitos pais fazem uso deste misto de abordagens e, além disso, referem que sugeririam esta combinação para outros pais. Para alguns pais, só foi possível utilizar um estilo de desmame guiado pelo bebê quando esta abordagem foi mesclada com a tradicional (ARDEN; ABBOTT, 2014). Wright et al. (2010) apontam que o mais objetivo seria utilizar o que há de bom no BLW, mas sem ser muito rígido. Disponibilizar oportunidades para a criança se autoalimentar, oportunizar a participação nas refeições da família, mas também reconhecer a necessidade da alimentação com colher, pelo menos nas primeiras semanas.

Uma preocupação levantada por Arden e Abbott (2014), foi o fato de que muitos pais referiram ter migrado para o método BLW, pois seus filhos rejeitaram a forma tradicional de ser alimentados com colher. Porém, essa mudança de métodos não resultou em uma melhora na alimentação da criança, mas, possivelmente, na legitimação do atraso dentro de um composto alternativo de regras. Podendo assim, o BLW ter o potencial de disfarçar problemas na alimentação infantil.

Estudos mostram um IMC menor em crianças que seguiram o BLW quando comparadas com as alimentadas pelo método tradicional (TOWNSEND; PITCHFORD, 2012. BROWN; LEE, 2013). A amostra de um grupo, porém, também apresentou um aumento na incidência de baixo peso (três, de sessenta e três crianças) nas crianças do grupo BLW (TOWNSEND; PITCHFORD, 2012). Brown e Lee (2013) sugerem que bebês que praticaram o BLW tiveram uma probabilidade significativamente menor de ter risco de sobrepeso (percentil >85). Entretanto, Morison et al. (2016) mostram em seu estudo que tanto na introdução alimentar com BLW quanto na tradicional, a ingestão de energia estava acima da média recomendada, e no grupo BLW houve ingestão média significativamente maior de gordura total (48% do total de energia) e gordura saturada.

Mães que se sentem preocupadas com a quantidade de comida e nutrientes que seu filho irá ingerir ou que cogitam a possibilidade de introduzir os alimentos complementares mais cedo são menos propensas a iniciar ou continuar seguindo este tipo de abordagem de desmame (BROWN; LEE, 2010b). As mães que possuem bebês com temperamentos mais difíceis tendem a introduzir sólidos precocemente e podem ter menos tempo de amamentação, assim, elas podem usar a alimentação tradicional como uma forma de acalmar o bebê ou amenizar dificuldades alimentares. Sendo nestes casos uma abordagem guiada pelo bebê menos provável de ser utilizada (BROWN, 2015). Elas podem não se sentir confiantes em seguir a abordagem ou dar autonomia ao lactente para regular seu apetite por conta destes comportamentos mais agitados em relação à alimentação, ou talvez iniciem o método, mas migram para a abordagem tradicional. Mães mais ansiosas também tendem a escolher esta abordagem, possivelmente pelo fato de que nela os pais estão mais no controle da alimentação do filho (BROWN; LEE, 2013).

Uma preocupação que foi levantada se dá pelo fato de que com a abordagem BLW as crianças recebem, geralmente, a mesma alimentação da família, e estes

alimentos podem nem sempre ser adequados para bebês, seja pela adição de sal, açúcar ou gordura (DANIELS et al., 2015; MORISON et al., 2016). Os alimentos da família que serão oferecidos para a criança devem sempre estar adequados para o seu consumo, não somente pelo fato de trazer risco à saúde do bebê, mas também para não estimular seu paladar para este tipo de alimento, o que pode levá-lo posteriormente a ter uma dieta mais pobre ao longo de sua vida (DANIELS et al., 2015). Brown e Lee (2011) abordam que o BLW pode não envolver somente alimentos saudáveis e comportamentos positivos com relação à alimentação, e isso deve ser levado em consideração. Rapley et al. (2015) também levantam este questionamento pois há uma preocupação com o uso desta abordagem em países em desenvolvimento, pois o BLW necessita que a criança receba apenas alimentos nutritivos, e talvez estes não estejam disponíveis para estas famílias.

Oferecer alimentos com custo mais elevado foi uma resistência apresentada pelas mães. Apesar de querer que o bebê seja apresentado para uma ampla variedade de alimentos, o fato de às vezes deixarem que estes caíssem no chão ou simplesmente não comerem, gera incômodo para os pais pensando na questão financeira. Contudo, foi observado que este fator desperdício foi diminuindo com o tempo, pelo fato de o lactente estar se tornando mais hábil e também por estar mais familiarizado com o momento de refeição (BROWN; LEE, 2011).

Wright et al. (2010) encontraram que cerca da metade dos bebês que participaram do estudo procuravam pegar comida e tiveram a oportunidade de comer alimentos com as mãos até a idade de seis meses, sendo que aos oito meses a maioria já o tinha feito. Em média, os bebês menos desenvolvidos iniciaram mais tarde. Como a amostra do estudo não selecionou apenas pais que praticavam o BLW e dada a elevada proporção de crianças que aos seis meses ainda não se autoalimentavam, talvez não seja apropriado dizer que a maioria dos bebês poderiam praticar o BLW desde o início da introdução de sólidos. Porém, isso também depende da percepção materna e de quando os alimentos em pedaços são realmente oferecidos ao bebê. Há uma discrepância substancial entre ter a capacidade de se alimentar sozinho e ter oportunidade de realmente fazê-lo, pois mesmo as crianças que buscaram um alimento espontaneamente, menos de dois terços delas receberam comida em pedaços mais de uma vez por dia, e em média 25% destas foram definidas pelos pais como incapazes de se autoalimentar. Isso pode demonstrar realmente falta de habilidade do bebê, mas também pode estar

relacionado com a baixa expectativa dos pais com a capacidade da criança comer autonomamente.

Em seu estudo, Cameron, Heath e Taylor (2012b) abordam a preocupação de profissionais da saúde em relação ao risco de engasgos e asfixia. O engasgo foi um dos pontos onde os pais mais demonstraram preocupação. Isso fez com que eles fossem cautelosos no início da introdução dos alimentos sólidos. O receio de que não soubessem mastigar certos alimentos ou engoli-los rapidamente podendo sufocar foram mencionados (BROWN; LEE, 2011). As mães relataram que conforme o bebê ia desenvolvendo suas habilidades na alimentação, elas ficaram mais relaxadas, podendo, então, diferenciar a asfixia da ação de engasgar para não asfixiar (BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Já Cameron, Taylor e Heath (2013) abordam que talvez seja difícil para os pais distinguirem a diferença entre asfixia e engasgo, o que pode interferir nos resultados de pesquisas, pois os pais podem identificar incorretamente o ocorrido. Embora quase todas as mães relatassem que seu bebê engasgou em algum momento da introdução alimentar, elas acreditavam ser um processo natural de defesa do bebê para evitar a asfixia e se disseram preparadas para lidar com um caso de sufocamento, se necessário, muitas realizando curso de primeiros socorros antes de iniciar o BLW. Elas expressaram sentir mais confiança no bebê após as quarta semana da introdução alimentar (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Em seu estudo, Townsend e Pitchford (2012) mostram que 93,5% dos pais da amostra de introdução alimentar liderada por bebês referiram nunca ter um incidente de sufocamento com os filhos.

Morison et al. (2016) mostraram um alto número de pais que estava oferecendo alimentos que achavam apresentar risco de asfixia para o bebê em ambos os grupos de introdução alimentar. Isso sugere que seja necessária uma intervenção de educação adicional para os pais abordando como minimizar o risco de asfixia nos lactentes, independente do estilo de abordagem que esteja sendo praticada (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013; MORISON et al., 2016). Os autores não puderam afirmar que os pais que decidiram seguir o BLW sejam mais propensos a oferecer alimentos que causem risco de asfixia ou que estas crianças sejam mais propensas a asfixiar. Uma solução sugerida é adaptar os alimentos para que sejam servidos de uma forma mais segura.

Quando a criança recebe alimentos sólidos antes da idade recomendada – ou

de atingir as habilidades necessárias, pode trazer risco aumentado para engasgo e asfixia. O desmame conduzido pelo bebê prevê que haja supervisão e monitoramento de um adulto em todas as refeições que a criança irá realizar, porém, esta autonomia do bebê pode fazer com que alguns pais acabem negligenciando a prática (RAPLEY et al., 2015). Também deve ser observado que mães que se encontram ansiosas com relação à alimentação podem proporcionar ocasiões negativas na hora das refeições se optarem pelo BLW (RAPLEY et al., 2015; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Profissionais da saúde demonstraram uma apreensão, principalmente com mães primíparas, pois elas tendem a se preocupar mais com o desenvolvimento do bebê e compará-lo ao de outra criança, e isso pode aumentar a sua ansiedade, pois nas primeiras semanas de BLW o bebê possivelmente coma menos que na abordagem tradicional (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

Cameron, Heath e Taylor (2012b) mostraram em seu estudo que muitas mães possuem dúvidas sobre quais alimentos são adequados para cada idade. Existem poucos estudos e diretrizes falando sobre este assunto para que as mães possam se basear.

Rowan e Harris (2012) mostraram em um estudo piloto que não há mudança significativa nas refeições das famílias que utilizam o BLW, levando em consideração o consumo total de calorias e nutrientes essenciais. Esta dieta foi analisada antes do desmame e três meses após a introdução alimentar. Os autores sugeriram que o BLW não tem efeito significativo sobre a alimentação dos pais. Diversas razões podem ter levado a este desfecho. Os pais podem ter optado por preparar alimentos diferentes em relação aos da criança para não precisar mudar seus hábitos alimentares, mas também estavam interessados em evitar alimentos impróprios para seu filho. Possivelmente alguns pais podem não ter compreendido a importância de oferecer alimentos pobres em açúcares e sódio e, além de continuar a consumir estes alimentos, também os ofereceram à criança. Os autores observam que não foi avaliado o conhecimento nutricional dos pais, tampouco os alimentos recomendados para a introdução alimentar.

A bagunça na hora das refeições foi vista como um desafio, especialmente nos primeiros meses do desmame, pois a criança estava conhecendo suas habilidades em relação à comida. Durante essa fase os alimentos eram esmagados, deixados cair no chão e frequentemente o bebê precisava de um banho após a

refeição. Esse desafio é ainda maior quando estas refeições são realizadas em locais públicos ou em lares de amigos ou familiares, pois além da desordem que é gerada, a convenção social espera que este bebê seja alimentado da maneira tradicional (BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Apesar disto, os pais procuraram adaptar algumas ocasiões para contornar esta situação, como aderir ao uso de babadores de manga longa, assim como cobrir o chão sob a cadeira do bebê. Alguns alimentos também foram escolhidos como mais fáceis de comer em público (BROWN; LEE, 2011). Algumas mães se disseram um pouco impacientes com estes momentos durante o primeiro mês de introdução alimentar, pois a criança muitas vezes parecia estar apenas brincando com os alimentos e passavam muito tempo à mesa. Mas apesar destes fatos, isso não desencorajou as mães a continuarem com o BLW (CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b). Os pais relataram que a bagunça diminuiu conforme o bebê foi se tornando mais habilidoso e coordenado (BROWN; LEE, 2011; CAMERON; HEATH; TAYLOR, 2012b).

4.5 Benefícios a curto prazo

Mães que utilizaram o BLW amamentaram por mais tempo (BROWN; LEE, 2010b; CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2013; BROWN, 2015; MORISON, et al. 2016). Possivelmente isso ocorra pelo fato de que o BLW é uma progressão natural da amamentação, ou seja, na amamentação o bebê está no controle de quanto, quando e em que velocidade irá ingerir o leite materno e o BLW segue esta mesma lógica. Mães que escolhem seguir o método geralmente acreditam neste potencial do bebê. Além disso, os bebês que seguem o BLW desmamam mais lenta e gradualmente comparados com crianças que estão sendo desmamadas com uma abordagem tradicional (BROWN; LEE, 2010b; BROWN, 2015). O equilíbrio entre a duração e frequência da amamentação e a quantia ingerida de sólidos varia diariamente, alguns dias prevalecendo a dieta de leite, outros a criança se interessando mais pelos alimentos sólidos (BROWN; LEE, 2011). Estima-se que a dieta exclusiva de leite até o sexto mês permite que os lactentes consigam melhor regular sua ingestão, especialmente se forem amamentados em livre demanda (DANIELS et al., 2015).

Brown e Lee (2011) mostram que em seu estudo que as famílias geralmente adaptam as suas preparações culinárias para poder incluir o lactente nestas

refeições, aumentando também a variedade de alimentos para garantir o aporte necessário de nutrientes.

Cameron, Heath e Taylor (2012b) trazem a preocupação de profissionais da área da saúde com a possibilidade de o bebê não estar consumindo o suficiente para manter um crescimento saudável, principalmente nos primeiros dias de introdução alimentar. Wright et al. (2010) apontam que os purês geralmente possuem uma baixa densidade de nutrientes, e como a quantidade ingerida nos primeiros dias de introdução é relativamente baixa, possivelmente não irá suprir totalmente as necessidades de um bebê. Já os alimentos oferecidos em pedaços, mesmo que a criança coma em pouca quantidade pode atender melhor estas necessidades, pois seu aporte de nutrientes é mais denso.

Se observarmos as abordagens podemos perceber que nos primeiros dias da introdução alimentar o bebê BLW ajusta a sua própria velocidade de ingestão, que provavelmente será muito mais lenta do que a criança que recebe o alimento na forma de purê em uma colher ofertada pelos pais. Quando alguém oferece algo para comer, é mais fácil aceitar, mesmo quando a pessoa não está com fome, e isso praticamente não acontece quando temos de ir ao encontro da comida, pois geralmente o fazemos quando estamos realmente com fome. Praticar BLW é uma oportunidade de aprendizagem para a criança em relação à comida. Na fase adulta, demorar mais para comer faz com que a pessoa reconheça mais facilmente se está satisfeita, e com o método BLW isso ocorre da mesma forma (RAPLEY et al., 2015).

Townsend e Pitchford (2012) mostraram em seu estudo que o desmame guiado pelo bebê tem um impacto positivo sobre a alimentação. Bebês que estavam recebendo os alimentos sólidos com BLW preferiam carboidratos de uma forma geral, enquanto os que estavam com a abordagem tradicional tinham preferência por alimentos doces, mesmo com uma exposição significativamente maior aos carboidratos. Como as crianças que estavam com BLW são apresentadas para uma maior variedade de texturas, isso pode ter despertado o maior interesse deste grupo por este nutriente, comparando com a alimentação tradicional onde são ofertados apenas alimentos na forma de purê. Embora não tenha mostrado resultado significativo, os bebês BLW demonstraram maior interesse por todos os grupos de alimentos, exceto doces.

Com relação ao peso de nascimento do bebê, peso estimado em seis meses ou peso atual, não foi encontrado diferença significativa entre as abordagens

(BROWN; LEE, 2010a).

4.6 Benefícios a longo prazo

O fato de o desmame guiado pelo bebê ser um método mais permissível, onde a maioria das mães demonstra menos preocupação com a quantidade de nutrientes ingerida, pode ajudar a promover um impacto positivo no peso futuro da criança e também nos seus hábitos alimentares ao longo de todo seu desenvolvimento, entretanto não há evidências que comprovem esta afirmação. A autorregulação adquirida pelo lactente permite que ele controle sua ingestão energética mais facilmente. Bebês que não possuem esta regulação podem ter impactos com ganho de peso a longo prazo (BROWN; LEE, 2010a; 2010b; 2013; TOWNSEND; PITCHFORD, 2012).

Quando os pais utilizam mamadeira ao invés do aleitamento materno, pode-se dizer que eles estão mais propensos a controlar o processo de amamentação, pois os sinais de saciedade do bebê podem passar despercebidos, muitas vezes pelo fato de quererem que a criança ingira a quantidade estipulada de leite. Deixar que o bebê escolha o que e quanto comer estimula sua autonomia, e isso traz a ele a opção de recusar alimentos, o que geralmente não ocorre quando a introdução alimentar é feita com a abordagem "de colher", pois, novamente, os pais tendem a estipular o quanto acham necessário que a criança coma. O fato de incentivar a criança a terminar de comer toda uma refeição ou a forçar a comer pode interferir na sua percepção de saciedade e também levar à obesidade infantil (RAPLEY et al., 2015). Como o bebê não conhece tamanho de porções, no BLW, ele provavelmente irá terminar sua refeição quando estiver realmente satisfeito, não levando em consideração a quantidade de comida que sobrar sem ser consumida (BROWN; LEE, 2013).

A maioria das mães descreveu um baixo controle na alimentação em relação à quantidade consumida pelo bebê, e acreditavam que isso permite que ele tenha a liberdade de escolher e controlar o que comer. Elas relatam que o bebê passa por fases em que come relativamente pouco, mas que isso não é um problema, pois muitas vezes essas crianças ainda estão sendo amamentadas, e apesar da baixa ingestão, acabam mamando mais, e isso permite que ela equilibre o seu apetite e saciedade (BROWN; LEE, 2011). As mães relataram que seus filhos continuaram

tendo maior controle do apetite – dos 18 aos 24 meses, e estes bebês foram significativamente mais responsivos à saciedade (BROWN; LEE, 2013). Essa baixa preocupação se desenvolveu com o tempo, quando os pais perceberam que apesar de eventualmente haver baixa ingestão, a criança estava ganhando peso e saudável (BROWN; LEE, 2011).

Resultados mostram um IMC menor em crianças que seguiram o método BLW (TOWNSEND; PITCHFORD, 2012; BROWN; LEE, 2013). Nos bebês que utilizaram a abordagem tradicional de colher houve aumento da incidência de obesidade (oito, de sessenta e três crianças), entretanto, no grupo BLW houve incidência de baixo peso. A maioria das crianças de ambos os grupos apresentaram peso saudável. Os autores enfatizam que houve ausência de alguns dados sobre o IMC no grupo BLW (32%) (TOWNSEND; PITCHFORD, 2012).

Entre um a dois anos de idade a criança é mais propensa a apresentar aversão a novos alimentos e texturas, logo, se ela é apresentada a uma variedade maior de alimentos, principalmente vegetais e legumes, na sua forma in natura, é mais provável que ela não vá rejeitar este alimento (RAPLEY et al., 2015). As crianças que seguiram uma abordagem BLW foram classificadas como significativamente menos exigentes com a alimentação (BROWN; LEE, 2013). Outro ponto positivo apontado pelos pais que utilizam a abordagem é em relação ao paladar melhor desenvolvido para alimentos ricos em sabores, onde eram adicionados temperos com sabor relativamente acentuado, e a criança consumia este alimento sem apresentar queixa. Eles acreditam que essa exposição leva a criança a ter uma maior diversidade de preferências, logo, consumir uma dieta mais variada ao longo de sua vida (BROWN; LEE, 2011). Contudo, quando o controle materno foi contabilizado, a relação entre o estilo de desmame e a exigência alimentar não mostrou associação, isso pode indicar que esse comportamento está mais associado ao baixo nível de controle materno envolvido no método, do que propriamente ao método em si (BROWN; LEE, 2013).

Alguns achados indicam que o método de introdução alimentar escolhido em conjunto com o estilo de alimentação da mãe influenciam o comportamento alimentar infantil doze meses após a introdução alimentar de sólidos (BROWN; LEE, 2013).

Alguns pais expressaram a vontade de fazer uso do BLW, pois desejavam garantir um relacionamento saudável da criança com a alimentação a longo prazo,

como a capacidade de regular o apetite e aceitarem a ingestão de uma maior variedade de alimentos saudáveis (ARDEN; ABBOTT, 2014).

4.7 O que é o método Baby-Led Introduction to Solids (BLISS)

BLISS é a sigla para Baby-Led Introduction to Solids, em português “introdução aos sólidos conduzida pelo bebê”. Cameron, Taylor e Heath (2015) com auxílio de um pediatra e um fonoaudiólogo desenvolveram uma versão modificada do BLW, abordando preocupações anteriores em relação ao ferro, consumo energético e asfixia. As características essenciais do BLISS são:

- a) Oferecer alimentos que o bebê possa pegar e se alimentar (ou seja, seguir uma abordagem BLW).
- b) Oferecer um alimento com alto teor de ferro em cada refeição.
- c) Ofertar um alimento fonte de energia em cada refeição.
- d) oferecer alimentos preparados de maneira adequada à idade de desenvolvimento do bebê, para que o risco de asfixia seja reduzido, e evitar a oferta de alimentos listados como alimentos de alto risco de asfixia.

Foi realizado um estudo piloto com a versão modificada do BLW, o BLISS. Durante 12 semanas, 23 famílias foram acompanhadas. Nove optaram por usar uma abordagem BLW (n=9) e quatorze utilizaram o método em estudo, BLISS (n=14). As famílias do grupo BLISS receberam duas visitas de intervenção, recursos e suporte via telefone. Já as famílias utilizando BLW não receberam nenhuma intervenção. Os participantes foram entrevistados por semana (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2015).

Os resultados mostraram que não houve diferenças entre os grupos BLISS e BLW nas medidas de adesão à abordagem dirigida pelo bebê em qualquer das idades. A quantidade de ferro oferecida pelos alimentos complementares não foi estatisticamente significativa entre as amostras BLISS e BLW, embora a quantidade ofertada de carne vermelha/dia foi significativamente maior no BLISS, assim como uma variedade maior de alimentos contendo ferro foi oferecida. O número de pais que introduziram alimentos contendo ferro em seus filhos quando eles começaram a alimentação complementar (durante a primeira semana), também foi maior no grupo

BLISS. Referente ao aporte energético, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as amostras analisando a quantidade de energia oferecida. A incidência de asfixia não foi diferente entre os grupos; dados coletados mostram que os bebês do BLISS, porém, eram significativamente menos propensos a receber alimentos de alto risco de asfixia (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2015).

Um ensaio clínico randomizado com uma amostra maior (n=200) está sendo desenvolvido. Neste estudo, além das orientações já estabelecidas no estudo piloto, os pais serão aconselhados a testar os alimentos antes de oferecer, para garantir que sejam macios; evitar alimentos que espedacem na boca; verificar se o tamanho da fatia está adequado para que ela possa segurar; certificar se a criança está sentada na hora da refeição e sempre com supervisão de um adulto; não colocar alimentos na boca da criança (CAMERON; TAYLOR; HEATH, 2015).

Será observado primeiramente se a abordagem BLISS pode evitar o excesso de peso nos bebês; secundariamente será observado se há melhora no aporte energético, na ingestão de ferro e zinco, melhora na qualidade da dieta dos bebês e dos pais, nas habilidades motoras da criança, aceitabilidade dos pais, risco de asfixia e se há riscos no crescimento. Estes resultados serão extremamente importantes, pois não só poderão embasar profissionais a aconselhar pais que queiram seguir uma abordagem de desmame conduzido pelo bebê, mas também a atualizar recomendações de políticas públicas e órgãos responsáveis. A hipótese é de que a autoalimentação na fase de introdução de alimentos complementares pode promover e manter a autorregulação da ingestão que adquiriram na fase de amamentação, estendendo-a durante seu crescimento (DANIELS et al., 2015).

Fangupo et al. (2016), também realizaram um estudo comparando crianças seguindo o método BLISS com as seguindo a abordagem tradicional de desmame, em relação ao risco de engasgar. De modo geral, encontraram que as BLISS esperaram até o sexto mês de idade para introduzirem sólidos, comparadas com a tradicional. Não houve diferença significativa entre o número de crianças que sufocaram nos dois grupos. As crianças conseguiram resolver o episódio de engasgo sem assistência em 51% do tempo. Apenas três casos necessitaram de intervenção médica.

A versão BLISS encorajou fortemente os pais a adiarem a introdução alimentar até o sexto mês de idade do lactente. Além disso, pais que aderiram a esta versão modificada receberam recomendações de como reduzir a asfixia com

alimentos, portanto, esta observação de que o método adaptado não aumentou este risco talvez não se aplique ao método BLW tradicional. Foi abordado que muitos alimentos podem ocasionar sufocamento, sejam líquidos ou sólidos, o que não isenta o risco de bloqueio independente do método seguido, sendo reforçada a questão de supervisionar todas as refeições do bebê, e sabendo como intervir em uma situação de engasgo ou asfixia. Os autores concluem que é necessário disponibilizar mais informações aos pais de como fornecer alimentos seguros aos seus filhos e que aprendam a lidar com episódios de bloqueios que porventura aconteçam (FANGUPO et al. 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão foi possível observar que embora os autores abordem os temas mais pertinentes com relação ao método de desmame guiado pelo bebê – BLW, os estudos ainda possuem muitos vieses. O método vem sendo difundido e ganhou popularidade há poucos anos, o que também limita e torna escasso o número de pesquisas sobre o assunto. Além disso, é complexo recrutar crianças mais velhas que seguiram esta abordagem em sua introdução alimentar, pois os pais podem a ter utilizado sem ao menos ter conhecimento de sua nomenclatura, ou estas crianças ainda sejam um número muito pequeno na população em geral. Assim como o seu curto período de surgimento (ao menos com esta nomenclatura) inviabiliza que estudos longitudinais estejam sendo publicados atualmente, demandando mais tempo de pesquisa.

Levando em consideração a abrangência e importância do tema “introdução alimentar” no contexto atual, principalmente com relação à obesidade como problema de saúde pública mundial, ainda se pode observar um número muito limitado de estudos que abordem possíveis benefícios estatisticamente significativos do BLW a curto e longo prazo sobre os hábitos alimentares das crianças e se estes influenciam no seu peso ao longo da vida.

Com essas limitações, muitas questões ficam em aberto, entre elas se o método pode ser um fator protetor contra a obesidade, levando em conta a autorregulação do apetite adquirida pela criança; se há realmente diferença na ingestão de macro e micronutrientes entre as crianças que seguem o BLW quando comparadas com as que seguem uma abordagem tradicional; assim como deve ser

determinada a definição do que realmente é estar seguindo uma abordagem conduzida pelo bebê, pois pode ser observado que diversas pesquisas usam diferentes definições para o método com relação a aceitação de uma certa porcentagem ao uso de comidas de colher.

Apesar destes questionamentos, o presente trabalho visou esclarecer os principais temas já pesquisados sobre o BLW voltados para a nutrição. Nas pesquisas selecionadas para esta revisão pode-se observar que atualmente os pais têm interesse em seguir uma abordagem de desmame guiada pelo bebê, pois acreditam que ela possa proporcionar melhor relacionamento do bebê com a comida tanto no presente quanto ao longo de sua vida, proporcionando maior liberdade para que a criança siga seus instintos de fome e saciedade. Entretanto, nenhuma pesquisa concluiu efeito significativo no peso futuro da criança. Crianças utilizando o método são mais propensas a continuar sendo amamentadas e iniciam a introdução alimentar mais próximo do sexto mês. Não foram encontradas fortes evidências que afirmem o maior risco de asfixia em crianças que seguem o BLW, assim como em relação à ingestão de nutrientes, quando comparadas com as crianças que seguem uma abordagem tradicional de desmame.

Foi proposto um método adaptado do BLW, o BLISS, que vem como sugestão para aperfeiçoar estas possíveis dificuldades abordadas no BLW. Ele aborda principalmente a questão da possível deficiência de ferro, risco de asfixia e consumo energético, trazendo algumas atitudes que o pai deve tomar ao iniciar a introdução alimentar para que os riscos sejam minimizados.

Por fim, cabe destacar a importância de se conduzir mais artigos nesta temática, realizando novas pesquisas longitudinais que possam esclarecer as questões em aberto, para que se possa ter um parecer sobre o real impacto da utilização do Baby-Led Weaning. Além disso, é importante que os profissionais de saúde tenham maior compreensão sobre o método, que está se difundindo rapidamente e demanda conhecimento e um olhar crítico embasado em evidências, para que se possa fornecer a população de interesse um posicionamento livre de pré-conceitos.

REFERÊNCIAS

- ARDEN, Madelynne A.; ABBOTT, Rachel L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Maternal & Child Nutrition**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 829-844, 13 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BROWN, Amy; LEE, Michelle. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. **Maternal And Child Health Journal**, [s.l.], v. 15, n. 8, p. 1265-1271, 10 set. 2010a.
- BROWN, Amy; LEE, Michelle. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. **Maternal & Child Nutrition**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 34-47, 10 dez. 2010b.
- BROWN, Amy; LEE, Michelle. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. **Maternal & Child Nutrition**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 233-243, 28 nov. 2011.
- BROWN, A.; LEE, M. D. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. **Pediatric Obesity**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 57-66, 17 dez. 2013.
- BROWN, Amy. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. **Maternal & Child Nutrition**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 826-837, 26 jan. 2015.
- CAMERON, Sonya; HEATH, Anne-Louise; TAYLOR, Rachael. How feasible is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. **Nutrients**, [s.l.], v. 4, n. 12, p. 1575-1609, 2 nov. 2012a.
- CAMERON, Sonya Lynne; HEATH, Anne-Louise Mary; TAYLOR, Rachael Waring. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 2, n. 6, p. 1542-1553, 2012b.

CAMERON, Sonya L; TAYLOR, Rachael W; HEATH, Anne-louise M. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. **Bmj Open**, [s.l.], v. 3, n. 12, p. 003946, dez. 2013.

CAMERON, Sonya L.; TAYLOR, Rachael W.; HEATH, Anne-louise M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids: a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1-11, 26 ago. 2015.

DANIELS, Lisa et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **Bmc Pediatrics**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1-15, 12 nov. 2015.

FANGUPO, L. J. et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. **Pediatrics**, [s.l.], v. 138, n. 4, p.20160772, 19 set. 2016. American Academy of Pediatrics (AAP).

GIUGLIANI, Elsa R. J.; VICTORA, Cesar Gomes. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 253-262, 2000.

MARTINS, Murielle de Lucena; HAACK, Adriana. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Com. Ciências Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 23, p. 263-270, nov. 2012.

MORISON, Brittany J et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. **Bmj Open**, [s.l.], v. 6, n. 5, p. 010665, maio 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of health promotion and protection. Food and Nutrition Program. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Washington/Geneva: 2003.

RAPLEY, Gill. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. **Community Practitioner**, [s.l.], v. 84, n. 6, p. 20-23, jun. 2011

RAPLEY, Gill et al. Baby-Led Weaning. **Ican: Infant, Child, & Adolescent Nutrition**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 77-85, abr. 2015.

RAPLEY, Gill; MURKETT, Tracey. **Baby-Led Weaning: helping your baby to love good food**. London: Vermillion, 2008. 240 p. Tradução de: Maria Bernardes.

ROWAN, Hannah; HARRIS, Cristen. Baby-led weaning and the family diet: a pilot study. **Appetite**, [s.l.], v. 58, n. 3, p. 1046-1049, jun. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **A alimentação complementar e o método BLW**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

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

TOWNSEND, Ellen; PITCHFORD, Nicola J. 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**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 000298-000306, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Consultation on Complementary Feeding: guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfeed**. December 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>>. Acesso em: 16 abr 2018.

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