

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DO MÉTODO BABY-LED WEANING (BLW) POR FAMÍLIAS BRASILEIRAS

Érika Vieira Valério Justiniano (IC) e Juliana Masami Morimoto(Orientador)

Apoio:PIBIC CNPq

1. INTRODUÇÃO

A introdução alimentar se constitui por um momento de aprendizado e formação de hábitos alimentares na infância que perpetuarão para a vida adulta. Também definida como alimentação complementar, o consenso entre os órgãos oficiais de saúde é que ela seja iniciada após os primeiros 6 meses de vida caracterizados pelo período de amamentação exclusiva.

O método *Baby-Led Weaning* (BLW) tem sido uma abordagem contrária à tradicional introdução alimentar, em que a apresentação dos alimentos nesse início não tenha alterações consistências, que o primeiro contato seja com eles em sua forma natural. O método também enfatiza a autonomia das crianças nesse período controlando o que comer, quando comer, quanto comer e o ritmo da ingestão, de acordo com o que é ofertados pelos cuidadores, mas que não tenha auxílio ao levar o alimento a boca.

Pesquisadores, principalmente da área da saúde, vem trabalhando com a aplicabilidade do método na rotina da família e com questões voltadas às inseguranças em relação a ele, como ingestão energética, risco de engasgo, entre outros. Em países no Reino Unido, Nova Zelândia e Canadá, a introdução de alimentos sólidos já de início na alimentação complementar vem sendo bastante discutida e difundida entre as famílias, com apoio da comunidade científica que está ampliando estudos sobre o BLW, o que aumenta a confiança delas a adotarem a prática.

No Brasil, o tema tem se expandido e o guia alimentar para crianças menores de 2 anos, apesar de não citar o BLW como alternativa ao método tradicional, recomenda a oferta de alimentos macios em pedaços grandes para que a criança o leve à boca sozinha. A necessidade de ampliação dos estudos no Brasil, levou o presente trabalho a analisar o conhecimento e aplicação do método BLW por famílias brasileiras, contribuindo para o aumento da literatura científica acerca do tema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Guia Alimentar ara crianças menores de 2 anos, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) recomenda o aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida do bebê, iniciando após esse tempo a alimentação complementar. Apesar da última

publicação do Guia estar passando por revisão atualmente, esse período de introdução alimentar é um consenso entre os profissionais da saúde e literatura científica, sendo recomendados, inicialmente, alimentos pastosos.

Nessa fase, o público infantil está em um processo dinâmico e contínuo de crescimento e desenvolvimento, sendo necessária maior atenção à sua alimentação para que não seja comprometido o estado nutricional ou que impacte em carências ou excessos nutricionais. Também será o momento de formação dos valores culturais, afetivos e sensoriais envolvidos na alimentação, que prosseguirá até a fase adulta (BRASIL, 2019).

O método *Baby-Led Weaning* (BLW) – nomeado por Gill Rapley em seu livro *Baby Led Weaning: helping your baby to love good food* – tem sido a maneira com que muitas famílias iniciam a alimentação complementar de seus filhos em oposição ao método tradicional. Esse método sugere que a partir do sexto mês, os bebês, com crescimento e desenvolvimento adequados, já possuem capacidade motora para guiar a própria alimentação, não tendo necessidade de alterações substanciais de consistência dos alimentos (RAPLEY; MURKET, 2008). Também há orientações específicas sobre os momentos em que as refeições serão iniciadas; a composição das refeições dentre as opções saudáveis ofertadas pelos indivíduos cuidadores; o tempo das refeições e a quantidade ingerida pelos bebês (RAPLEY et al., 2015).

Entre os seis e os nove meses de idade, os bebês começam a adquirir novas habilidades, que acontecem em sequência: primeiro eles aprendem a morder, a morder pequenos pedaços dos alimentos com a gengiva, ou com os primeiros dentes; se caso estes já tiverem aparecido, depois eles descobrem que conseguem manter na boca por um tempo esse alimento e em seguida conseguem a controlar melhor a língua (PADOVANI, 2015). Os bebês aprendendo a comer alimentos sólidos, sem passarem por papinhas líquidas e pastosas, premissa do método BLW, passam a ter autonomia na alimentação e a comerem sozinhos em todas as refeições, sendo expostos a várias oportunidades de aprimorar as habilidades, adquirindo segurança e precisão no desenvolvimento alimentar (PADOVANI, 2015).

Arden e Abbott (2015), em seu estudo de investigação das experiências relatadas por mães que optaram pela prática do BLW, observaram que as que aderiram ao método, relataram um grau elevado de confiança na capacidade dos bebês em seguir estes fatores. Em nível mundial, todos os familiares envolvidos nas refeições das crianças recomendaram e consideraram o BLW simples, conveniente e menos estressante; ao mesmo tempo, também aconselhariam a prática em conjunto com a alimentação complementar tradicional (BROWN; LEE, 2013; CAMERON et al., 2012). No estudo realizado por Cameron et al. (2013), para comparação das práticas de alimentação e os comportamentos da saúde entre bebês que

aderiram ao método BLW e ao método tradicional, 46% das mães que nunca aplicaram o método BLW em seus filhos estariam dispostas a considerar essa prática em um outro filho.

Uma das maiores preocupações das famílias nessa faixa etária é a aceitação dos alimentos oferecidos. Observa-se uma oferta imediata e inicial de alimentos *in natura* para a formação dos hábitos alimentares e início da alimentar complementar, o que, nem sempre, é um alimento que faz parte da rotina da família, visto que estudos referem que o brasileiro não tem um hábito alimentar adequado para o consumo de alimentos *in natura*, principalmente por parte dos lactentes (SANTOS; COSTA; NELTO, 2017). O método tradicional de introdução da alimentação complementar traz às famílias a responsabilidade e o trabalho de preparar alimentos específicos e exclusivos para as refeições dos bebês, enquanto no BLW a criança come a mesma comida da família.

No tocante aos engasgos, Arantes et al. (2018) não observaram diferenças significativas entre os grupos avaliados em sua revisão integrativa. Este é um dos fatores que fazem com que as famílias não considerem o BLW na alimentação complementar, o que, entretanto, por ser confundida muitas vezes com o “reflexo de gag” um importante recurso fisiológico do corpo para prevenir o engasgo, uma região anteriorizada na base da língua que faz com que os bebês mastiguem ou engulam um alimento mal mastigado na fase de desenvolvimento e que pode ocorrer em ambos os métodos (PADOVANI, 2015).

Ainda não há um consenso sobre a segurança da prática do BLW e dos impactos no comportamento, mas estudos já trazem o encorajamento da independência, redução de dificuldades alimentares, maior controle de saciedade e melhoria dos hábitos alimentares. O estudo se faz necessário para maior elucidação do tema, visto que as pesquisas são muito escassas e predominam em países desenvolvidos. Assim, percebe-se falta de uma base de teste da realidade em países em desenvolvimento, como no Brasil, onde segundo o PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), os padrões alimentares entre os menores de 24 meses ainda estão longe do recomendado e estão caracterizados por uma oferta de alimentos com baixo valor nutricional e em idades muito precoces (SEGALL-CORREA, MARIN-LEÓN, 2006).

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, utilizando uma amostragem por conveniência. Como critérios de inclusão foram considerados elegíveis para o estudo todos os adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, responsáveis por crianças que já iniciaram a alimentação complementar e que tenham, no máximo, 24 meses de idade. Utilizou-se como critério de exclusão, a presença de alguma doença ou agravo à saúde que cause dificuldades

alimentares na criança, o que pode influenciar negativamente a introdução da alimentação complementar.

Foi elaborado um questionário composto por dados demográficos (nome, idade e sexo) e socioeconômicos (ocupação, renda, escolaridade) dos pais e demográficos da criança (idade, gênero). Para o questionamento sobre o método utilizado no início da alimentação complementar do bebê, foi questionado o tempo de aleitamento materno exclusivo, o tempo de aleitamento materno, (leite materno consumido juntamente com outros líquidos, leites ou alimentos. Foram considerados os meses de vida que a o bebê tinha no período de coleta de dados, para os cuidadores que responderam que o bebê estava sendo amamentado até o momento.), idade de início da alimentação complementar (incluindo água, chás, leite não materno e alimentos), percepção sobre o grupo alimentar de preferência do bebê, consistência da introdução de novos alimentos (alimentos batidos, amassados, em pedaços), como foi realizada a alimentação complementar do bebê. O instrumento de coleta de dados foi disponibilizado em uma plataforma virtual de criação de formulários denominada *Google Forms*, que foi divulgada via redes sociais.

O Programa *Microsoft Excel* versão 2016 foi utilizado para a organização dos dados. As variáveis qualitativas estão apresentadas em frequências em número e porcentagem. Já as variáveis quantitativas estão apresentadas por meio de média e desvio-padrão. Como as variáveis não tinham distribuição normal (pelo teste de Kolmogorov-Smirnov), a análise das diferenças das médias das variáveis quantitativas entre as mães que usaram o BLW e as que não usaram o método foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. Já a análise das diferenças das médias das variáveis quantitativas entre as mães que usaram o BLW, que conheciam o BLW, mas usaram o método tradicional e as que usaram o método misto (BLW e tradicional) foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis. Para analisar a diferença entre as proporções de variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do qui-quadrado. A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 21, sendo que todos os testes estatísticos consideraram nível de significância de 5%.

Em relação à ética em pesquisa, o questionário continha o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) contendo explicação sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos mínimos do estudo, sendo necessário que fosse assinalado o ícone sim para a pergunta “Você aceita participar desta pesquisa?”. Todos que declararam não consentir em participar do estudo foram redirecionados ao final do formulário, não respondendo o questionário.

Todos os procedimentos desta pesquisa respeitaram as diretrizes da legislação de ética em pesquisa com seres humanos, com garantia sobre o anonimato e a confidencialidade

dos dados coletados. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Presbiteriana Mackenzie e aprovado sob o número CAAE 21518719.3.0000.0084.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Responderam voluntariamente ao questionário proposto 367 participantes, dos quais 28 não se tornaram elegíveis aos critérios de inclusão (responsáveis por crianças com idade >24 meses ou não residentes no Brasil). Apenas 1 respondente não aceitou participar da pesquisa. O número final da amostra foi de 339, sendo 99,7% do sexo feminino ($n=338$), com idade média de 29,93 anos ($Dp=5,15$). Destes, 92,1% eram mães, majoritariamente casadas/unidas ($n=304$) e 52,1% ($n=172$) pertencentes à Região Sudeste do Brasil. Em relação ao perfil das crianças, 48,4% pertenciam ao sexo feminino ($n=165$) e 51,6% ao masculino ($n=175$), com idade média de 13,36 meses no momento da pesquisa.

A prática exclusiva ou não de BLW segundo categorias de escolaridade da mãe e do pai não teve diferença estatisticamente significativa. Em ambos os métodos, a maioria das mães tinha pós-graduação completa (31,9%, $n=108$) e os pais com 30,4% ($n=103$) em sua maioria com ensino superior, graduação completa, também ambos os métodos ($p=0,812$ e $p=0,480$, respectivamente). Não foram encontrados estudos em que variáveis demográficas apresentassem diferenças que interferissem na aplicação ou não do método BLW, porém, existem semelhanças quanto ao perfil dos responsáveis, em relação à idade das mães praticantes e estado civil, o que pode caracterizar a população praticante deste método. No estudo de Arden e Abbott (2015) a média de idade das mães era de 32,91 anos, já no de Brown e Lee (2013) era de 28,6 anos, sendo a maioria casada e com ensino superior.

A maioria dos respondentes conhecia o método BLW (95,9%), mas apenas 26% aplicaram o método de forma exclusiva na alimentação complementar da criança, seguido de 74% que preferiram a oferta tradicional ou oferta mista. Para as primeiras análises, foram considerados dois grupos distintos, sendo eles, a realização exclusiva ou não/mista.

Dos participantes, 76% obtiveram informações sobre o BLW em blogs e redes sociais, seguido de 9% com nutricionistas, 5% que conheceram por terem familiares ou amigos que praticaram o método, 4% de médicos, clínicos e/ou pediatras, 2% em revistas e/ou livros, e os 4% restantes distribuídos entre doula, televisão e eventos científicos.

A Tabela 1 apresenta os resultados da comparação entre as médias das variáveis quantitativas segundo prática exclusiva ou não de BLW na introdução da alimentação complementar. O número médio de pessoas no domicílio foi estatisticamente menor no grupo que realizou o BLW ($p=0,001$) e o tempo de aleitamento materno exclusivo foi maior no grupo que fez BLW ($p=0,029$).

Tabela 1 – Comparação de médias das variáveis quantitativas segundo prática exclusiva ou não de BLW. São Paulo, 2019.

Característica	Realização de BLW				Valor p*
	Exclusiva (n=96)		Não/ Mista (n=243)		
	Média	DP	Média	DP	
Idade da mãe (anos)	29,52	4,99	30,09	5,22	0,348
Número de pessoas no domicílio	3,18	0,91	3,48	1,01	0,001
Renda familiar (R\$)	7029,45	4107,36	7717,33	8043,29	0,236
Renda per capita (R\$)	2402,01	1884,08	2349,76	2561,81	0,059
Tempo de aleitamento materno exclusivo (meses)	5,46	1,62	5,15	1,90	0,029
Idade de início da alimentação complementar (meses)	6,00	0,15	5,91	0,56	0,115

No estudo de Rowan, Lee e Brown (2018) no Reino Unido, que teve como objetivo analisar as diferenças dietéticas na introdução alimentar entre famílias que praticaram o método BLW e o método tradicional, em uma amostra composta por 178 mães e 2 pais, responsáveis por bebês na faixa etária de 6 a 12 meses, 31,1% deste estudo praticaram o BLW estrito, 48,9% misto (tradicional + BLW) e 20% o método tradicional. Os resultados mostraram que 78,4% das mães que seguiam o método estrito do BLW eram mais propensas a amamentarem, seguido de 62,5% das mães que aplicaram o método misto, e apenas 30,5% das que aplicaram o método tradicional e a maioria que aplicaram o método tradicional fazia uso de fórmula infantil (52,8%). Resultados semelhantes em revisão de Brown, Jones e Rowan (2017) que analisaram as evidências que tinham até o momento em relação ao método, mostraram que as mães que aplicam o desmame liderado pelo próprio bebê tem uma maior probabilidade a amamentar ao nascer e continuar por muito mais tempo em relação às mães que desmamam pelo método tradicional, sugerindo que esse tipo de abordagem, é um potencial encorajador para a prática da amamentação.

Ao comparar as proporções de variáveis demográficas segundo prática exclusiva ou não do BLW, não foi observada diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis. Os cuidadores de ambos os métodos, pertenciam em sua maioria à Região Sudeste (53,1%), seguidos da Região Sul (18%), Nordeste (17,4%), Centro-Oeste (8,8%) e Norte (2,7%). Em relação ao estado civil do respondente, majoritariamente são casados/unidos (92%), seguidos de divorciados (1,2%) e separados (0,3%), também referente a ambos os métodos.

A prática exclusiva ou não de BLW segundo características da alimentação estão apresentadas na Tabela 3. Foram encontradas diferenças significativas, na qual se observa que, entre os bebês que fizeram o método BLW, todos consumiam alimentos de consistência sólida ($p<0,001$), realizavam refeições com a família ($p=0,006$) e os alimentos eram os mesmos da família ($p<0,001$).

Tabela 3 – Comparação das proporções das variáveis qualitativas relativas à alimentação segundo prática exclusiva ou não de BLW. São Paulo, 2019.

Segundo prática exclusiva ou não de BLW, São Paulo, 2020.							
Variável	Realização de BLW				Total		Valor p
	Não/Mista		Exclusiva		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Consistência dos alimentos							<0,001
Amassados com colheres e garfos	45	18,5	---	---	45	13,3	
Líquido, batido, ofertado como papinha	2	0,8	---	---	2	0,6	
Sólidos, em sua consistência própria	196	80,7	96	100,0	292	86,1	
Realização de refeições com a família							0,006
Não	67	27,6	13	13,5	80	23,6	
Sim	176	72,4	83	86,5	259	76,4	
Alimentação da criança x família							<0,001
Consistência diferente	55	22,6	9	9,4	64	18,9	
Consistência e tempero diferente	10	4,1	3	3,1	13	3,8	
Totalmente diferente	8	3,3	1	1,0	9	2,7	
Mesma da família	54	22,2	45	46,9	99	29,2	
Tempero diferente	116	47,7	38	39,6	154	45,4	
TOTAL	243	100	96	100	339	100	

Muitos estudos demonstram que existe uma relação da consistência dos alimentos com o fato do bebê se alimentar no mesmo horário e a mesma refeição da família, caracterizado como uma das vantagens em relação ao método BLW, além do Guia Alimentar para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2019) que também incentiva essa prática independente da forma de introdução alimentar. Nos estudos de Cameron et al. (2012) e Brown e Lee (2013), as mães relataram que o momento da alimentação do bebê era muito mais vantajoso em relação ao tempo de preparo, pois não despendiam da necessidade de preparos diferentes e era muito menos estressante por não existir a tentativa de alimentá-lo com uma colher enquanto ele se alimenta e que a maioria das refeições eram feitas com toda família, tendo alguns casos em que o horário era adaptado ao padrão de fome da criança.

Entre as crianças que fizeram o método BLW, a maior proporção não teve engasgos ($p=0,032$), não apresentou no momento seletividade alimentar ($p=0,008$) e possuíam boa tolerância e aceitação a introdução de novos alimentos ($p=0,039$), com diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação das proporções das variáveis qualitativas relativas à alimentação (consistência, seletividade da criança, aceitação de novo alimento) segundo ter realizado ou não BLW. São Paulo, 2019.

Variável	Realização de BLW						Valor p
	Não/Mista		Exclusiva		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Ocorrência de engasgos							0,032
Não aconteceu	169	69,5	80	83,3	249	73,5	
Poucas vezes	73	30,0	16	16,7	89	26,2	
Muitas vezes	1	0,4	---	---	1	0,3	
Seletividade da criança							0,008
Não	190	78,2	87	90,6	277	81,7	
Sim	53	21,8	9	9,4	62	18,3	
Nível de aceitação de novo alimento							0,039
Bom (aceita no prato e experimental)	186	76,5	85	88,5	271	79,9	

Regular (aceita no prato mas não experimental)	55	22,6	11	11,5	66	19,5
Ruim (não aceita no prato)	2	0,8	---	---	2	0,6
Total	243	100	96	100	339	100

Um trabalho randomizado de Dogan et al. (2018) com dois grupos de estudo, o grupo de praticantes do método BLW e o grupo do método tradicional, demonstrou, em um acompanhamento de dois anos das crianças nessa fase de alimentação complementar, que não houve diferenças significativas em relação à asfixia, uma das maiores preocupações relatadas por mães quando o assunto é engasgo. Já o estudo de Cameron et al. (2012) relatou que todas as mães presenciaram engasgos pelos seus filhos, porém não chegou a se asfixiarem, e as mães entendiam o engasgo como um mecanismo próprio de segurança quando os alimentos não são mastigados suficientemente para serem engolidos.

O consumo de grupos de alimentos não teve diferença estatisticamente significativa entre as crianças que praticaram exclusivamente ou não o método BLW (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação das proporções das variáveis qualitativas relativas ao consumo de grupos de alimentos segundo prática exclusiva ou não de BLW. São Paulo, 2019.

Consumo	Realização de BLW						Valor p
	Não/Mista		Exclusiva		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Frutas							0,495
Não	1	0,4	1	1,0	2	0,6	
Sim	242	99,6	95	99,0	337	99,4	
Verduras e legumes							0,405
Não	6	2,5	1	1,0	7	2,1	
Sim	237	97,5	95	99,0	332	97,9	
Sucos artificiais e refrigerantes							0,246
Não	235	96,7	95	99,0	330	97,3	
Sim	8	3,3	1	1,0	9	2,7	
Embutidos							0,708
Não	225	92,6	90	93,8	315	92,9	
Sim	18	7,4	6,	6,2	24	7,1	
Balas e doces							0,188
Não	230	94,7	94	97,9	324	95,6	
Sim	13	5,3	2	2,1	15	4,4	
Alimentos de origem animal							0,057
Não	10	4,1	9	9,4	19	5,6	
Sim	233	95,9	87	90,6	320	94,4	
Total	243	100	96	100	339	100	

Apesar de não ter sido apresentado diferenças nos grupos de alimentos, pela consideração da realização do BLW estrito e a não realização ou forma mista, demais estudos tem mostrado uma tendência maior do consumo de hortaliças e frutas pelo grupo praticante do BLW. O estudo de Rowan, Lee e Brown (2018) demonstrou que os bebês desmamados pela forma BLW eram mais propensos a exposição de vegetais e proteínas em relação aos

bebês desmamados na forma tradicional, porém, a oferta de frutas entre os grupos não apresentou diferenças significativas.

Estudo de Santos, Costa e Nelto (2017), sobre a frequência do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, encontrou uma variação do consumo de acordo com a renda familiar, sendo que as crianças que consumiam frutas, legumes e verduras diariamente apresentavam mediana de renda maior do que aquelas que não consumiam tais alimentos diariamente demonstrando que a disponibilidade, quantidade e qualidade dos alimentos estão fortemente relacionados com o poder de compra das famílias. Como o presente estudo não encontrou diferenças entre as formas de introdução alimentar em relação ao consumo dos alimentos expressados, mas que demonstrou em geral consumo de alimentos adequados para a idade das crianças, deve-se notar que o perfil da população estudada é de cuidadores com idade maior, renda familiar e escolaridade diferente do perfil da população brasileira como um todo, o que pode explicar tais resultados e entra em concordância com o estudo anterior apresentado.

Sobre o consumo de alimentos, também foi perguntado se havia algum específico que a criança rejeitava no momento atual. Os dados foram explorados de acordo com a região em que a criança pertencia: a porcentagem de 46% dos respondentes se igualou nas Regiões Norte e Sul, relatando não haver alimentos rejeitados pelas crianças, seguido por 44% da Região Sudeste, 40% da Região Centro-oeste e 33% da Região Norte. A banana foi o alimento mais rejeitado, seguida do mamão, 43% e 28%, respectivamente. Em relação à preferência de alguns grupos alimentares, perguntou-se a respeito das frutas e verduras/legumes, sendo explorados segundo a região. Apesar de a banana ter sido a mais rejeitada, ela foi preferida na maioria das regiões: Centro-Oeste com 17%, Nordeste com 19%, Sudeste com 20% e Sul com 34%. Apenas a região Norte destacou a uva, com maior preferência, 22%. O brócolis foi o alimento mais citado como preferido das crianças em 4 regiões, 27% no Centro-Oeste, 33% no Norte, 24% no Sudeste e 25% no Sul. Apenas no Nordeste, a cenoura foi a preferida, com 20% de escolha. No documento do Ministério da Saúde (2014) que apresenta os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos, recomenda-se que se ofereça o alimento recusado em outras refeições e que deva ser ofertado de 8 a 10 vezes, evitando oferecer os alimentos misturados para que a criança tenha a oportunidade de conhecer os novos sabores e texturas.

Ao analisar características sobre o comportamento da criança, as que tiveram o início da alimentação complementar com o método BLW de forma exclusiva tiveram maior proporção de uso de talheres sozinha ($p=0,021$), não uso de chupeta ($p=0,021$), não uso de mamadeira ($p<0,001$) e maior diversificação nos primeiros alimentos ofertados ($p=0,003$), todos com significância estatística, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Comparação das proporções das variáveis qualitativas relativas ao comportamento da criança segundo ter realizado prática exclusiva ou não de BLW. São Paulo, 2019.

Comportamento	Realização de BLW						Valor p
	Não/Mista		Exclusiva		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Uso de talher sozinha							0,021
Não	125	51,4	36	37,5	161	47,5	
Sim	118	48,6	60	62,5	178	52,5	
Uso de chupeta							0,021
Não	173	71,2	80	83,3	253	74,6	
Sim	70	28,8	16	16,7	86	25,4	
Uso de mamadeira							<0,001
Não	149	61,3	80	83,3	229	67,6	
Sim	94	38,7	16	16,7	110	32,4	
Primeiros alimentos oferecidos à criança							0,003
Diversificado	116	47,7	68	70,8	184	54,3	
Frutas	104	42,8	21	21,9	124	36,9	
Legumes e verduras	12	4,9	7	7,3	19	5,6	
Sopa	1	0,4	---	---	1	0,3	
Todos	1	0,4	---	---	1	0,3	
Sem resposta	9	3,7	---	---	9	2,7	
TOTAL	243	100	96	100	339	100	

Um recente estudo comparando o relato de práticas alimentares entre praticantes do método tradicional e BLW de mães brasileiras, demonstrou que entre componentes que podem dificultar a amamentação, o uso de mamadeiras e chupetas compunham este grupo e que o uso deles eram maior no grupo da alimentação tradicional em relação ao grupo da alimentação guiada pelo bebê (VIEIRA; VANICOLLI; RAPLEY, 2020). Vale reforçar que o uso de chupeta não é recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que alerta que o uso pode atrapalhar a amamentação e provocar outros problemas no desenvolvimento do bebê. Como os bebês submetidos ao método BLW foram propensos a serem amamentados por mais tempo em relação aos praticantes do método tradicional, seria explicativo para os primeiros citados utilizarem menos a mamadeira.

Para a terceira etapa do questionário com perguntas referenciadas diretamente ao método BLW, os cuidadores que não aplicaram e não conheciam o método, foram direcionados ao final do questionário, não respondendo esta etapa. Os demais, para nível de conhecimento em relação ao método aplicado na alimentação complementar do bebê, foram divididos em três grupos de acordo com o assinalado: “BLW” (n=95), “Mista” (n=208) e “Conheço, mas não pratiquei” (n=10).

Não foi observada diferença estatística no profissional de saúde procurado para receber orientações sobre o método BLW ($p=0,257$), a maioria não teve orientação por qualquer profissional da saúde (49,8%), seguido de consulta a um nutricionista (28,1%), consulta a um pediatra (17,2%) conforme demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 – Comparação das proporções da variável sobre onde a mãe recebeu orientação sobre o método BLW segundo tipo de alimentação complementar. São Paulo, 2019.

Orientação de profissional da área da saúde	BLW		Método Conhece BLW, mas foi tradicional		Misto		Total		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não teve	53	55,7	7	70	96	46,1	156	49,8	0,257
Outros	4	4,2	0	0	11	5,3	15	4,7	
Nutricionista	25	26,3	0	0	63	30,3	88	28,1	
Pediatra	13	16,7	3	30	38	18,3	54	17,2	
Total	95	100	10	100	208	100	313	100	

O Guia para Crianças Menores de 2 anos (BRASIL, 2019), além de ser um documento orientativo para a população, também serve de base para práticas de profissionais da saúde. Nele há recomendações em relação à consistência dos alimentos sendo em um primeiro momento amassados com garfo, evoluindo para pedaços pequenos e que pedaços macios e grandes podem ser ofertados dando a mão da criança para que ela por conta própria leve a boca. O estudo brasileiro de Nunes, Gubert e Bortolini (2019) sobre os conhecimentos de profissionais da saúde do país em relação às recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar, mostrou que ao consultar os materiais do Ministério da Saúde voltados a essa temática não havia informação sobre a introdução da alimentação complementar pelo método BLW. Em 2017, a Sociedade Brasileira de Pediatria lançou um documento sobre o método, porém ela ressalta que não há evidências e trabalhos publicados em quantidade e qualidade suficientes para afirmar que o método BLW seja única forma correta de introdução alimentar.

Outro questionamento relacionado à forma como os cuidadores buscavam informações para sanar dúvidas sobre a forma de preparação e oferta dos alimentos teve a busca em blogs e redes sociais como a variável mais citada, com 45,4%, seguido de consultas com pediatra, nutricionista e/ou outro profissional da saúde (18%), livros (9,1%), e cursos sobre BLW/Introdução Alimentar, com outras mães que aplicam e mesclando com o método tradicional como demais variáveis. Porém, se fez uma análise básica dos perfis da rede social Instagram citados pelos cuidadores que responderam procurar sobre o assunto em blogs e redes sociais e constatou-se que a maioria pertencia a um profissional da saúde dando orientações sobre a temática.

A Tabela 8 apresenta a análise de percepções em relação à abordagem do BLW em relação à presença de receios, vantagens e desvantagens na aplicação do método de alimentação complementar. Em todos os tipos de receios relatados, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo que entre os cuidadores que conheciam o BLW, mas usou o método tradicional de alimentação complementar a proporção dos receios foi

sempre maior em relação ao grupo que usou o BLW e o método misto. Nessa questão, eles podiam assinalar mais de uma alternativa, então a quantificação foi realizada de acordo com a quantidade de vezes que um receio foi assinalado.

Tabela 8. Receios em relação à aplicação do método BLW. São Paulo, 2019.

Análise de Receios em relação à produção de leite BLW São Paulo, 2020.											
Receios na aplicação do BLW			Método				Total		Valor p*		
			BLW		Conhece BLW, mas foi tradicional		Misto				
			n	%	n	%	n	%		n	%
Presença de receios											
Sim, teve receios			59	62	3	75	162	88	224	73	0,013
Não teve receios			36	38	1	25	45	22	82	27	
Presença de engasgos											
Sim			40	42	3	75	93	45	136	44	0,014
Outros receios			19	20	0	0	69	33	88	29	
Não teve receios			36	38	1	25	45	22	82	27	
Preparação do alimento											
Sim			15	16	1	25	46	22	62	20	0,064
Outros receios			44	46	2	50	116	56	162	53	
Não teve receios			36	38	1	25	45	22	82	27	
Quantidade de alimento ingerida											
Sim			17	18	2	50	75	36	94	31	0,006
Outros receios			42	44	1	25	87	42	130	42	
Não teve receios			36	38	1	25	45	22	82	27	
Desperdício											
Sim			13	14	1	25	49	24	63	21	0,040
Outros receios			46	48	2	50	113	55	161	53	
Não teve receios			36	38	1	25	45	22	82	27	
TOTAL			95	100	4	100	207	100	313	100	

Ao analisar as vantagens do BLW relatados pelos cuidadores, não se observou diferença estatística entre os métodos de alimentação complementar, e as desvantagens do método BLW também não tiveram diferença significativa entre os métodos de alimentação complementar utilizado ($p=0,124$). A principal vantagem descrita foi independência do bebê (58,7%) como maior autonomia na alimentação sem ajuda dos cuidadores. Bagunça/Sujeira/Desperdício foi a principal desvantagem citada (36,10%).

Os receios se relacionam com as desvantagens apresentadas pelos cuidadores, se destacando presença de engasgos como o principal receio e bagunça/sujeira/desperdício como principal desvantagem. É normal que no primeiro momento na introdução de alimentos, a criança não consuma todos os alimentos ofertados, sendo uma fase de descoberta para

elas, levando ao desperdício quando os cuidadores ofertam quantidades excessivas. Muitos cuidadores relatam uma fase em que as crianças mais brincam do que comem, o que leva a preocupações como a ingestão insuficiente de alimentos pontuada tanto como receios, como desvantagens (31% e 3%, respectivamente).

O estudo de Cameron et al. (2012) apresentou as desvantagens relatadas tanto por profissionais da saúde, quanto por mães, sendo que os primeiros alegaram a falta de consumo de alimentos fortificados com ferro e consumo de frutas, verduras e legumes com baixos níveis calóricos. Porém, no estudo de Dogan et al. (2018) não foram encontradas diferenças em níveis férricos em crianças praticantes de ambos os métodos, o que sugere que estudando de perto os hábitos alimentares, não se pode dizer que crianças que recebem a alimentação complementar pelo método BLW consomem menos alimentos pertencentes ao grupo do nutriente ferro. Cameron et al. (2012) ainda relataram que as mães veem como a maior desvantagem, a bagunça, principalmente em relação à criança comer em público ou na casa de outras pessoas, contudo, elas também disseram que essa preocupação foi em fases iniciais na introdução de alimentos sólidos, quando as crianças ainda não tinham as habilidades motoras necessárias para guiar o alimento diretamente à boca sem deixar cair, que com o tempo, a medida que essas habilidades melhoravam, a bagunça tendia a diminuir.

Quando foi questionado sobre como os cuidadores resolviam os receios apresentados, 86 responderam estudando, de forma que muitos descreveram esse estudo em redes sociais, em buscas pela internet e em livros que falam sobre a alimentação complementar e 80 responderam que com o tempo, os receios iniciais iam se dissipando, uma vez que as habilidades e a adaptação da criança ao consumo de alimentos dessa forma eram aprimoradas. Não houve diferença estatística entre as formas de resolução das dúvidas sobre alimentação do bebê segundo método de alimentação complementar de um modo geral ($p=0,783$), em ambos os métodos, pois a maioria descreveu a busca em blogs, redes sociais (Instagram, Facebook, Youtube) como fonte primária para esclarecimentos das dúvidas. Apenas 6 informaram que buscam profissionais da saúde, o que implica a necessidade de que profissionais detenham este tipo de conhecimento para se tornarem a fonte primária na busca por tais informações.

A Tabela 9 apresenta a comparação sobre a fonte de informação do reflexo de GAG, sem diferença estatística entre os grupos de métodos da alimentação complementar ($p=0,875$). A maioria, em todos os grupos, utiliza a internet para sanar suas dúvidas.

Tabela 9 – Comparação das proporções da fonte de informação sobre síndrome de GAG segundo tipo de alimentação complementar. São Paulo, 2019.

Fonte de informação sobre reflexo de GAG	Método	Total
--	--------	-------

	BLW		Conhece BLW, mas foi tradicional		Misto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Curso	4	4,2	--	--	14	6,7	18	5,8
Desconhece o assunto	--	--	--	--	1	0,5	1	0,3
Enfermeira	--	--	--	--	1	0,5	1	0,3
Experiências de outras mães	--	--	--	--	2	1,0	2	0,6
Internet	49	51,6	8	80	115	55,3	172	55
Livros	6	6,3	--	--	8	3,8	14	4,5
Livros/Internet	3	3,2	--	--	3	1,4	6	1,9
Não especificado	9	9,5	--	--	17	8,2	26	8,3
Nutricionista	7	7,4	--	--	6	2,9	13	4,2
Pediatra	4	4,2	1	10	8	3,8	13	4,2
Sem resposta	13	13,7	1	10	33	15,9	47	15
Total	95	100	10	100	208	100	313	100

*valor p = 0,875

Dos respondentes, 86,9% (n=272), independentemente do método, afirmaram terem identificado o reflexo de GAG durante a alimentação da criança, contra apenas 2,9% (n=9) que disseram não ter identificado e 10,2% (n=32) não responderam à pergunta. Dos que afirmaram identificar, 3% (n=8) eram do grupo que conhecem o método, mas não praticam, o que implica que no método tradicional as crianças também têm dificuldades iniciais de deglutição. Quando as crianças são expostas naturalmente aos alimentos sólidos, na forma como eles são, elas não conseguem engolir diretamente sem antes aprender a morder e mastigar, assim, o reflexo de GAG é um dispositivo anátomo-fisiológico que está diretamente relacionada com a capacidade de um bebê engolir e digerir os alimentos sólidos e ele funciona como um 'anti-engasgo' (PADOVANI, 2015). Diante disso, muitas mães acabam confundindo o reflexo com o engasgo em si, mas estudos apontam que as mães expressaram sentir-se mais tranquilas depois de 4 semanas do início da introdução alimentar e também tinham mais percepção sobre as diferenças (CAMERON et al., 2012). O estudo de Nunes, Gubert e Bortolini (2019) demonstrou que existem lacunas de conhecimento entre os profissionais de saúde em relação ao reflexo de protusão da língua, também chamado de reflexo de GAG, evidenciando a baixa procura a eles quando os cuidadores necessitam de informações a respeito.

Pesquisadores na Nova Zelândia criaram um documento intitulado *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) para minimizar o risco de engasgos, o risco de consumir menos

alimentos com ferro e com densidade calórica baixa, servindo de base para profissionais e mães, diminuindo receios quanto a aplicação do método (DANIELS, L. et al, 2015).

As motivações para aplicação do método também foram questionadas para maior elucidação dos conhecimentos dos pais em relação à aplicação do método BLW, apresentadas na tabela 10.

Tabela 10. Comparação das proporções da variável sobre as motivações para aplicação do método BLW. São Paulo, 2019.

Motivação para aplicação do método BLW	Método						Total	
	BLW		Conhece BLW, mas foi tradicional		Misto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aprendizado sobre o método	2	2,1	--	--	5	2,4	7	2,2
Autonomia	53	55,8	--	--	111	53,4	164	52,4
Contato/Conhecimento/Aceitação do alimento	9	9,5	--	--	31	14,9	40	12,8
Desenvolvimento psicomotor	4	4,2	--	--	11	5,3	15	4,8
Incentivo médico	--	--	--	--	1	0,5	1	0,3
Maior qualidade nutricional	4	4,2	--	--	2	1,0	6	1,9
Método aplicável	1	1,1	--	--	1	0,5	2	0,6
Método seguro e interessante	1	1,1	--	--	--	--	1	0,3
Não aceitação de alimentos amassados	1	1,1	--	--	7	3,4	8	2,6
Não soube dizer	--	--	--	--	2	1,0	2	0,6
Oferta da mesma alimentação da família	3	3,2	--	--	1	0,5	4	1,3
Percepção futura	12	12,6	--	--	27	13,0	39	12,5
Qualidade na introdução alimentar	4	4,2	--	--	2	1,0	6	1,9
Sem resposta	1	1,1	10	100,0	7	3,4	18	5,8
Total	95	100	10	100	208	100	313	100

*valor p <0,001

A autonomia é a maior característica difundida na literatura em estudos como definição principal do BLW na alimentação complementar. Rapley et al. (2015) evidenciaram que a autonomia implica no desenvolvimento de crianças com menos chances de recusa e exigências alimentares, não dando oportunidade para que o mesmo aconteça com crianças que recebem a alimentação por colher. Padovani (2015) enfatiza que “dar” comida é diferente de “oferecer”, e quando a criança assimila que tem a permissão de dizer não, não aceitar algo ela começa a ter autonomia por ser capaz de internalizar de forma positiva a habilidade de provar novos alimentos e aceitar eles nos pratos, ainda que não comam. A descrição de autonomia entre os cuidadores mostra o conhecimento acentuado deles sobre o método uma vez que se assemelha a literatura presente.

A segunda variável mais citada sobre motivações englobou as variáveis “Contato-Conhecimento-Aceitação do alimento”, seguido por “Percepção futura”, nas quais os pais

relatam que a exposição dos alimentos na forma em que eles são, melhora os níveis de aceitação alimentar da criança e contribui para menor desenvolvimento de problemas como obesidade, desnutrição e transtornos alimentares.

Todos os cuidadores que aplicaram o método BLW recomendariam este método, com diferença estatística em relação aos outros grupos ($p=0,001$). Dos que conhecem, mas não aplicaram, 90% ($n=9$) recomendariam e dos praticantes do método misto, 99,5% ($n=207$) também recomendariam o método.

Em relação à forma de obtenção das respostas, a escolha por um questionário online se pautou da dificuldade de encontrar esse público em creches, hospitais, entre outros locais físicos, sendo que a grande maioria, como demonstrado no estudo, é facilmente encontrada em blogs e redes sociais por causa do compartilhamento constante de informações a respeito do método BLW. Ainda que a finalidade principal do estudo não tenha sido a comparação entre os métodos, a contribuição dos cuidadores que praticaram o método tradicional e que conheciam, mas não praticaram, foi fundamental.

É importante salientar que o estudo apresenta algumas limitações, principalmente relacionadas ao perfil sociodemográfico da amostra que não se caracteriza como da população brasileira em si, uma vez que a renda e a escolaridade não se assemelham com os dados atuais do Brasil. Com a busca de participantes do estudo em blogs e redes sociais que se preocupam em transmitir conhecimento sobre práticas alimentares saudáveis, também caracteriza um público mais preocupado com este assunto.

O presente trabalho demonstrou que os hábitos alimentares saudáveis está relacionada ao nível de conhecimento das pessoas e torna-se importante ressaltar que estamos em um momento em que a prevalência de doenças crônicas em crianças está em constante crescimento e que o poder do conhecimento é a chave para mudar essa realidade que começa bem antes da alimentação complementar, que é a fase da amamentação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi notório que os cuidadores que praticam o método BLW de forma exclusiva apresentaram características importantes, como maior chance de amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida da criança, continuidade da amamentação após o início da alimentação complementar e não uso de artefatos que atrapalham a amamentação.

O conhecimento em relação ao método foi principalmente advindo das redes sociais e as orientações acerca de dúvidas em relação à aplicação também vieram desses meios. A baixa orientação e procura por profissionais da saúde, principalmente nutricionistas e

pediatras, reforça a necessidade destes aprimorarem seus conhecimentos para serem fonte principal na elucidação sobre o tema. Os respondentes detinham conhecimentos sólidos a cerca do método BLW, tanto em relação a vantagens e desvantagens, que ainda estão sendo estudadas para melhor orientar essa população que tem crescendo cada vez mais.

Demonstrou-se que a população estudada prefere aplicar na alimentação complementar a forma mista, podendo caracterizar como um perfil da aplicação do método no Brasil, diferentemente de outros estudos em países desenvolvidos que priorizam a aplicação exclusiva, salientando que a forma introdutória dos alimentos na primeira infância depende das necessidades atuais de cada família se encaixando em sua rotina.

Deve-se levar em conta possíveis vieses em relação à metodologia, mas não deixa de forma alguma contribuir com a literatura relacionada ao tema, tão escassa em nosso país e no auxílio na discussão acerca do tema sobre o BLW, uma vez que existe um público em expansão que necessita de orientação com baseamento científico.

6. REFERÊNCIAS

ARANTES, A.L.A. et al. Método Baby-Led Weaning (BWL) No contexto da alimentação complementar: uma revisão. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.36, n.3, p. 353-363, 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde de atenção básica**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROWN, A.; LEE, M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. **Maternal & Child Nutrition**, v. 9, n. 2, p. 233-243, 2013.

BROWN, A.; JONES, S.W.; ROWAN, H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. **Curr Nutr Rep.**, v. 6, n. 2, p. 148-156, 2017.

CAMERON, S.L.; HEATH, A.L.M.; TAYLOR, R.W. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. **BMJ Open**, v. 2, n. 6, p. 1-9, 2012.

CAMERON, S.L.; HEATH, A.L.M.; TAYLOR, R.W. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviors in a survey of New Zealand families. **BMJ Open**, v.3, n.12, p. 1-9, 2013.

DANIELS, L. et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **BMC Pediatrics**, 2015.

DOGAN et al. Baby-led Complementary Feeding: Randomized Controlled Study. **Pediatr Int.**, v. 60, n. 12, p. 1073-1080, 2018.

NUNES, B.S.; GUBERT, M.B.; BORTOLINI, G.A. As recomendações oficiais sobre amamentação e alimentação complementar são conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros? **Rev. Demetra**, v. 14, e. 43327, nov. 2019.

PADOVANI, A.R. **Introdução Alimentar Participativa**. Maio, 2015. Disponível em <www.tanahoradopapa.com>. Acesso em: 25 jan. 2019

RAPLEY, G. et al. Baby led weaning a new frontier. **ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition**, v. 7, p. 77-85, 2015.

RAPLEY, G., MURKET, T. **Baby led weaning: helping your baby to love good food**. Reino Unido: Vermilion, 2008.

ROWAN H., LEE M., BROWN A. Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Babyled weaning and traditional spoon feeding. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 32, n. 1, p. 11-20, 2018.

SANTOS, G.D.C.; COSTA, J.A.S.; NELTO, M.P. Frequência do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados em lactentes. **HU Revista**, v. 43, n. 3, p. 233-238, jul./set., 2017.

Segall-Corrêa AM, Marin-León L. Amamentação e alimentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança da Mulher [Relatório]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning) n. 3. São Paulo: SBP; 2017.

VIEIRA, V.L.; VANICOLLI, B.A.L; RAPLEY, G. Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. **Rev. Demetra**, v.15, e46047, 2020.

Contatos: erika_vvj@hotmail.com (aluno) e juliana.morimoto@mackenzie.br (orientador)