



26 de abril de 2019 – ano 4 – nº 54

! Nutrologia

## Método Baby Led Weaning (BLW) – evidências sobre a nova proposta de introdução da alimentação complementar para lactentes

**Naiara Alkmim Barbosa Pimenta Ferreira<sup>1</sup>, Daniela Santos Bueno,<sup>1</sup> Danielle Barros Frossard,<sup>1</sup> Merielle Nascimento Cunha Reis,<sup>1</sup> Gabriela Araujo Costa,<sup>2</sup> Mariana Ribeiro de Almeida Lana,<sup>3</sup> Virgínia Resende Silva Weffort,<sup>4</sup> Adriana Reis Brasil.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmicas do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH).

<sup>2</sup> Pediatra da PBH e professora do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte.

<sup>3</sup> Nutricionista e professora do curso de Nutrição do Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte.

Autor indicado para correspondência: Mariana Ribeiro de Almeida Lana, [marianalana.maternoinfantil@gmail.com](mailto:marianalana.maternoinfantil@gmail.com)

<sup>4</sup> Revisora - Pediatra Nutróloga, Professora Associada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Presidente do Departamento de Nutrologia da SMP e SBP

<sup>5</sup> Revisora - Especialista em Nutrição Clínica pelo GANEP, Mestre em Saúde da Criança e Adolescente - Faculdade de Medicina - UFMG, Pediatra com Residência de Pediatria na FHEMIG – Hospital João Paulo II

Membro do Departamento de Nutrologia da SMP

### O que é BLW?

*Baby-Led Weaning* (BLW) ou “desmame guiado pelo bebê” é uma nova proposta de introdução da alimentação complementar, que encoraja os pais a confiarem na capacidade nata que o lactente possui de autoalimentar-se.<sup>(1)</sup> O bebê tem o controle sobre o processo como um todo, desde o transporte da comida à boca até a decisão de quando parar de comer, de acordo com a sua saciedade.<sup>(2)</sup>

### Princípios do BLW

- 1) Alimentos são oferecidos ao bebê em sua forma natural, crua ou cozida, e não na forma de purê ou amassados.
- 2) Os bebês selecionam e agarram os alimentos, não utilizando talheres ou qualquer outro intermediário para levar o alimento à boca.
- 3) Os bebês participam das refeições familiares, consumindo os mesmos alimentos que sua família desde o início da transição alimentar.

Brown, A.; Lee, M., 2011<sup>2</sup>

### Como surgiu o método?

O BLW foi apresentado pela primeira vez por Gill Rapley no Reino Unido, em 2008<sup>(3)</sup>. Em 2011, a autora trouxe uma definição mais clara para a abordagem, na qual alimentos sólidos são oferecidos em pedaços de tamanho apropriado para o nível de desenvolvimento da criança, começando com pedaços maiores e progredindo para menores. O bebê inicia o processo de introdução de alimentos complementares utilizando as mãos e, posteriormente, talheres. O aleitamento deve permanecer quando requisitado, fora dos horários de refeições principais<sup>(4)</sup>.

## O que é o BLISS?

*Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) é uma adaptação do *Baby led weaning* criada para atender às demandas éticas de um ensaio clínico randomizado, feito na Nova Zelândia, em 2015<sup>(5)</sup>. As adaptações foram realizadas para minimizar as principais desvantagens descritas na literatura, em estudos transversais, associadas ao BLW: asfixia, baixo aporte de ferro e nutrientes e déficit de crescimento<sup>(2,6)</sup>. Foram observados os seguintes benefícios com o BLISS: redução na ansiedade ou preocupação a respeito da introdução alimentar em comparação com a alimentação tradicional por colher; maior aporte de ferro e de zinco do que os relatados para o BLW não modificado e nenhuma evidência de aumento do risco de deficiência de ferro, de engasgo ou de falha do crescimento<sup>(6)</sup>.

## Adaptações feitas ao BLW para o estudo BLISS

1) Oferecer alimentos em tamanhos que a criança seja capaz de segurar e se alimentar.

2) Oferecer um alimento rico em ferro em cada refeição.

3) Oferecer um alimento rico em calorias em cada refeição.

4) Oferecer alimentos preparados de forma adequada ao desenvolvimento da criança e evitar oferecer alimentos com risco aumentado de asfixia.

Cameron SL, Taylor RW, Heath AL; 2015<sup>5</sup>

## Qual é o posicionamento da SBP sobre o BLW?

O Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que, no momento da refeição, o lactente receba alimentos amassados oferecidos na colher, mas também os experimente com as mãos e explore suas diferentes texturas como parte natural de seu aprendizado sensório-motor, adaptando a oferta do alimento de acordo com a realidade de cada criança<sup>(1)</sup>.

## Como o BLW pode influenciar no crescimento da criança?

Um dos pilares do método BLW refere-se ao fato do bebê apresentar-se no comando da alimentação, comportamento alimentar esse que privilegia a autorregulação da saciedade, uma vez que é a criança quem decide o quanto vai ingerir em seu próprio ritmo, recusando o alimento quando estiver satisfeita<sup>(7,9)</sup>.

No desmame tradicional, a ingestão de alimentos está intimamente associada à quantidade oferecida pelo cuidador<sup>(10-12)</sup>. O hábito de insistir para que a criança coma a quantidade que o cuidador julga ser adequada, nos primeiros dois anos de vida, está associado à maior probabilidade de obesidade e síndrome metabólica na idade adulta<sup>(13)</sup>, além de oportunizar comportamentos neofóbicos, que prejudicam a formação do hábito alimentar<sup>(14,15)</sup>.

Existem também controvérsias em relação a redução do potencial de crescimento nas crianças que utilizaram o BLW. Apenas um estudo examinou este fato e sugeriu que pode haver um aumento na incidência de baixo peso em crianças alimentadas pelo novo método, quando comparadas àquelas alimentadas tradicionalmente, embora a diferença de peso entre as amostras não tenha sido estatisticamente significativa<sup>(16)</sup>. Nos estudos conduzidos com as modificações propostas pelo BLISS nenhuma criança apresentou déficit de crescimento.

## O BLW está associado a um maior risco de asfixia?

Dentre as preocupações associadas ao BLW, levantadas por profissionais de saúde e pelos pais, está a possibilidade do aumento do risco de asfixia associado ao oferecimento de alimentos em pedaços<sup>(9, 16, 17)</sup>. Dois grandes estudos concluíram que não houve aumento na incidência de asfixia em bebês que seguiram o método alternativo e verificaram que os engasgos foram igualmente comuns em ambos os grupos<sup>(16, 18)</sup>, desde que fossem respeitadas regras básicas de segurança alimentar infantil, tais como monitoramento contínuo da refeição por um adulto, criança sentada na posição vertical no momento da refeição e evitar alimentos duros, em forma de moeda ou cilíndricos<sup>(7, 9, 19, 20)</sup>.

## O BLW pode ser aplicado a qualquer criança?

A transição alimentar com o BLW deve ser feita somente a partir de seis meses de idade, quando o lactente atinge os marcos de desenvolvimento considerados fundamentais para a alimentação segura<sup>(7, 9, 19)</sup>. Por

esse motivo, não é um método recomendado para crianças com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor ou distúrbios de deglutição. Para lactentes saudáveis, pode contribuir para melhorar a habilidade oral de mastigação/deglutição e reforça habilidades motoras, pois a criança tem mais oportunidades para manipular alimentos e explorar sua comida, vivenciando diferentes texturas<sup>(9,14)</sup>.

### **Existe relação entre o BLW e a amamentação?**

Comparado à introdução alimentar tradicional, crianças que utilizaram o BLW foram analisadas quanto ao seu passado alimentar e foi constatado que tiveram maiores taxas de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade<sup>(6, 10, 19, 20)</sup>. Mães que amamentam por mais tempo são mais propensas a adotar um estilo de alimentação mais responsiva durante a infância de seus filhos e, nesse contexto, o BLW seria o próximo passo natural para elas, pois a introdução de alimentos complementares, assim como a amamentação, é conduzida pelo bebê<sup>(2,7)</sup>.

### **Há risco de deficiência nutricional nas crianças que utilizam o BLW?**

Uma preocupação relacionada ao aspecto nutricional do BLW é a garantia do aporte de ferro e zinco<sup>(6, 18)</sup>. Aos seis meses de idade, esgota-se a reserva de ferro feita durante a gestação e torna-se necessária a introdução de alimentos complementares ricos no mineral, especialmente as carnes. A ingestão diária de ferro nos lactentes que utilizaram o BLW foi menor quando comparada à introdução de alimentos complementares tradicional<sup>(3, 15, 16)</sup>, uma vez que os alimentos mais comumente utilizados na alimentação guiada pelo bebê (por exemplo, frutas e vegetais) tendem a ser naturalmente baixos em teor de ferro<sup>(3, 15, 16, 18)</sup>. No Estudo BLISS, no qual era indicado oferecer um alimento rico em ferro em cada refeição, não houve diferença significativa entre os grupos na ingestão média de ferro e zinco das crianças aos sete ou 12 meses de idade<sup>(4, 7, 17)</sup>.

Morison *et al.* (2016) não observaram diferença estatística ao compararem a ingestão dietética média de energia, açúcar e sódio entre grupos de crianças expostos ao método tradicional e ao BLISS<sup>(16)</sup>. Vale ressaltar que não há trabalhos com boa qualidade metodológica que comprovem que o lactente que utiliza a estratégia do BLW tem todas as suas necessidades nutricionais garantidas<sup>(11)</sup>. Os bebês que seguiram a metodologia do BLW modificada (BLISS) consumiram mais sódio e gordura aos sete meses de idade e menos gordura saturada aos 12 meses. Nenhuma diferença foi aparente aos 24 meses de idade, mas a maioria das crianças de ambos os grupos tinha ingestão excessiva de sódio e açúcares adicionados<sup>(17, 19, 20)</sup>.

### **Conclusão**

O BLW é um método alternativo recente de introdução de alimentos complementares, cujas vantagens e desvantagens ainda não estão bem elucidadas na literatura científica. Tanto o BLW quanto o método tradicional não devem ser vistos como intervenções antagônicas, mas sim como estilos de alimentação infantil que podem ser combinados, em uma perspectiva contextualizada à realidade de cada família<sup>(1)</sup>.

### **Referências**

1. Weffort VRS, Maranhão HS, Nogueira-de-Almeida CA, Gurmini J, Barreto JR, Fisberg M, Moretzsohn MA, Ricco RC, Silva VR, Mello E, Maximo P. A alimentação complementar e o método BLW (Baby-Led Weaning). Departamento Científico de Nutrologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização. 2017.no. 3.
2. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* 2011;7(1):34-47.
3. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebbothan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res.* 2016;77(2):72-7.
4. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.* 2011;84(6):20-3.
5. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. 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 Pediatr.* 2015;15:99.
6. Daniels L, Taylor RW, Williams SM, Gibson RS, Fleming EA, Wheeler BJ, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(6):e019036.

7. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep.* 2017;6(2):148-56.
8. La Orden Izquierdo E, Segoviano Lorenzo M, Verges Pernía C. Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. *Pediatría Atención Primaria.* 2016;18(69):e31-e5.
9. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open.* 2012;2(6).
10. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4(11):1575-609.
11. Brown A, Lee M. 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.* 2011;15(8):1265-71.
12. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 2012;58(3):1046-9.
13. Ong KK, Loos RJ. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta paediatrica.* 2006;95(8):904-8.
14. Moreno Villares J, Galiano Segovia M, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿ Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediátrica Española.* 2013;71(4).
15. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes.* 2015;10(1):57-66.
16. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr.* 2013;9(2):233-43.
17. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* 2016;138(4).
18. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet.* 2018;31(4):496-504.
19. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ open.* 2013;3(12):e003946.
20. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 2016;6(5):e010665.