

BABY-LED WEANING, PANORAMA DA NOVA ABORDAGEM SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review

Melisa Sofia Gomez^{a,*} , Ana Paula Toneto Novaes^a , Janaina Paulino da Silva^a ,
Luciane Miranda Guerra^a , Rosana de Fátima Possobon^a 

RESUMO

Objetivo: Analisar a literatura científica referente ao desmame guiado pelo bebê (*Baby-Led Weaning*) por meio de revisão integrativa de literatura a fim de identificar riscos e benefícios.

Fonte de dados: As bases de dados utilizadas foram: National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e a busca foi realizada em dezembro de 2017. Os critérios de inclusão estabelecidos foram publicações em inglês com o descritor "*baby-led weaning*" no título, resumo ou palavras-chave em artigos classificados como originais de natureza primária, disponibilizados *online* e na íntegra. Excluíram-se artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros abordando o assunto, assim como artigos não disponíveis na íntegra e duplicatas.

Síntese dos dados: Identificaram-se 106 artigos, dos quais 17 faziam parte do critério de seleção. O método *Baby-Led Weaning* teve associação significativa com a saciedade do bebê, início da alimentação complementar e adequação de ganho de peso. Já o engasgo e a ingestão de micronutrientes foram associados negativamente, contudo sem diferenças estatísticas.

Conclusões: Apesar dos benefícios apontados, os riscos ainda merecem atenção por meio de pesquisas longitudinais controladas e randomizadas para fornecer mais segurança para a sua prática de forma exclusiva.

Palavras-chave: Nutrição do lactente; Desmame; Comportamento alimentar; Métodos de alimentação; Saúde da criança.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific literature on Baby-Led Weaning with an integrative literature review to identify risks and benefits.

Data source: The databases used were: National Library of Medicine (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS – *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), US National Library of Medicine (PubMed), and Virtual Health Library (BVS – *Biblioteca Virtual em Saúde*) in December 2017. The inclusion criteria established were publications in English with the descriptor "*baby-led weaning*" in the heading, abstract, or keywords, classified as original articles, of primary nature, and available online and in full. We excluded review articles, editorials, letters to the editor, critical commentaries, and books on the subject, as well as articles not available in full and duplicates.

Data summary: We identified 106 articles, of which 17 met the selection criteria. The Baby-Led Weaning method was significantly associated with the baby's satiety, the start of complementary feeding, and adequacy of weight gain. On the other hand, choking and the intake of micronutrients were negatively associated, however with no statistical differences.

Conclusions: Despite the benefits found, the risks still deserve attention and should be investigated with longitudinal randomized controlled studies to ensure the safety of the method when practiced exclusively.

Keywords: Infant nutrition, weaning; Feeding behavior; Feeding methods; Child health.

*Autor correspondente. E-mail: nutricionista.melisagomez@gmail.com (M. S. Gomez).

^aUniversidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

Recebido em 10 de abril de 2018; aprovado em 30 de agosto de 2018; disponível on-line em 20 de dezembro de 2019.

INTRODUÇÃO

A alimentação complementar é compreendida como um importante marco fisiológico na vida do bebê, visto que uma nutrição adequada, capaz de fornecer quantidade e qualidade nutricional suficiente, é fundamental para garantir o crescimento e o desenvolvimento global no seu potencial máximo.¹

Diante dessa importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o início da alimentação complementar após os seis meses de vida do lactente, já que todas as necessidades nutricionais do bebê são supridas pela amamentação exclusiva até o sexto mês.²

A introdução recomendada pela OMS é considerada tradicional, caracterizada pela forma de purê e aumento da consistência gradual até atingir 12 meses de vida, a fim de respeitar os movimentos mastigatórios e a habilidade de deglutição adquiridos.³ Tanto a Sociedade Brasileira de Pediatria⁴ quanto o Ministério da Saúde⁵ fornecem a mesma recomendação e ainda incentivam a alimentação em família em um ambiente harmônico para a instalação de hábitos saudáveis. Além disso, enfatizam a observação de sinais de saciedade do bebê.

Contrapondo o modelo tradicional, em 2008 surgiu uma nova abordagem sobre introdução alimentar, desenvolvida pela enfermeira britânica Gill Rapley. Trata-se do *Baby-Led Weaning* (BLW) ou desmame guiado pelo bebê, considerado um método alternativo que promove a autoalimentação a partir dos seis meses, no qual os alimentos, consumidos preferencialmente pela família, são oferecidos em pedaços em forma de bastões e tiras, permitindo que a criança se alimente sozinha, propiciando independência e uma intensa exploração sensorial, diferentemente do método tradicional, no qual os pais alimentam os filhos (*parent-led*) com o uso de colher, por meio de papas e com a adaptação da textura da alimentação de forma gradual.^{6,7} Esse método vem ganhando popularidade entre os pais, principalmente no Reino Unido e na Nova Zelândia, cujos departamentos de saúde recomendam os alimentos oferecidos em pedaços desde o início da introdução alimentar e aos sete meses, respectivamente.^{8,9}

Na última década, diversas pesquisas científicas e livros foram traduzidos em mais de 15 idiomas abordando o tema BLW. Entretanto, apesar dos benefícios divulgados sobre o método, os profissionais de saúde relutam em aconselhar a prática da nova abordagem, dado que ainda não há evidências de alto rigor científico frente a diversos questionamentos.² As discussões giram em torno de possíveis comprometimentos negativos na saúde da criança, devido ao maior risco de engasgo, maior probabilidade de baixo consumo de energia e micronutrientes, principalmente ferro, já que a própria criança determina a quantidade e qualidade da comida por meio de diversos alimentos apresentados no ato de comer.^{6,10}

No entanto, a abordagem propõe diversos benefícios, como prevenção da obesidade devido à autorregulação respeitada, maior consumo de frutas e legumes, melhor desenvolvimento de habilidades motoras e efeitos positivos no comportamento dos pais. A criança é estimulada a participar das refeições em família, sem pressões quanto ao tempo e à quantidade para se alimentar e é estimulada a interagir com os alimentos, explorando amplamente aspectos sensoriais, por meio de diferentes texturas, e consequentemente criando uma melhor relação com a comida.¹¹

Diante da necessidade dos profissionais de saúde conhecerem o impacto do método, o objetivo deste trabalho foi traçar o panorama das evidências científicas da abordagem que trouxe novos conceitos para a introdução alimentar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura baseada na análise de artigos referentes ao método BLW de introdução de alimentos para bebês de seis meses. O presente estudo foi elaborado a partir das seis etapas recomendadas para a elaboração de uma revisão integrativa de qualidade:^{12,13}

- Seleção do tema e questão norteadora.
- Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão.
- Amostragem (seleção dos artigos).
- Categorização dos artigos selecionados.
- Análise e interpretação dos dados.
- Síntese do conhecimento por meio da apresentação da revisão integrativa.

A etapa inicial, que corresponde à busca, foi executada por três revisores independentes, por meio do descritor em inglês: *Baby-Led-Weaning*. Utilizaram-se as bases eletrônicas: National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em dezembro de 2017, no idioma inglês.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações com a temática BLW, classificadas como artigos originais de natureza primária, disponibilizados *online* e na íntegra; constar o descritor "*baby-led weaning*" no título, resumo ou palavras-chave, sem restrição de ano de publicação, local, população ou faixa etária, devido à escassez de publicações do assunto. Foram excluídos artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros abordando o assunto, assim como duplicatas e artigos não disponíveis na íntegra, mesmo com o auxílio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram selecionados os artigos que contemplavam os critérios de seleção estabelecidos; a análise dos artigos foi feita

primeiramente por meio da avaliação dos títulos; seguida da leitura dos resumos e, posteriormente, da leitura do artigo na íntegra. Para a etapa de seleção e categorização dos estudos, foi elaborada uma matriz de catalogação na qual foram organizados os dados referentes a cada estudo. Para a análise e a interpretação dos resultados, foi realizada a leitura dos textos na íntegra e elaborada uma matriz de síntese para apreciação qualitativa das informações, contendo: referência completa, objetivo do estudo, intervenção estudada, abordagem da intervenção e modelo.

RESULTADOS

Foram selecionados 17 artigos potencialmente relevantes que abordaram o assunto BLW.¹⁴⁻³⁰ A Figura 1 detalha os passos realizados para a busca e a seleção de artigos. Foram excluídos 27 artigos em razão da incongruência com os critérios estabelecidos.

Quanto ao tipo de desenho dos estudos, 6 são de natureza longitudinal e 11 são transversais, todos na língua inglesa, e compreendem os anos de publicação de 2011 a 2017. Tais artigos avaliaram diversos assuntos que expõem a abordagem quanto a

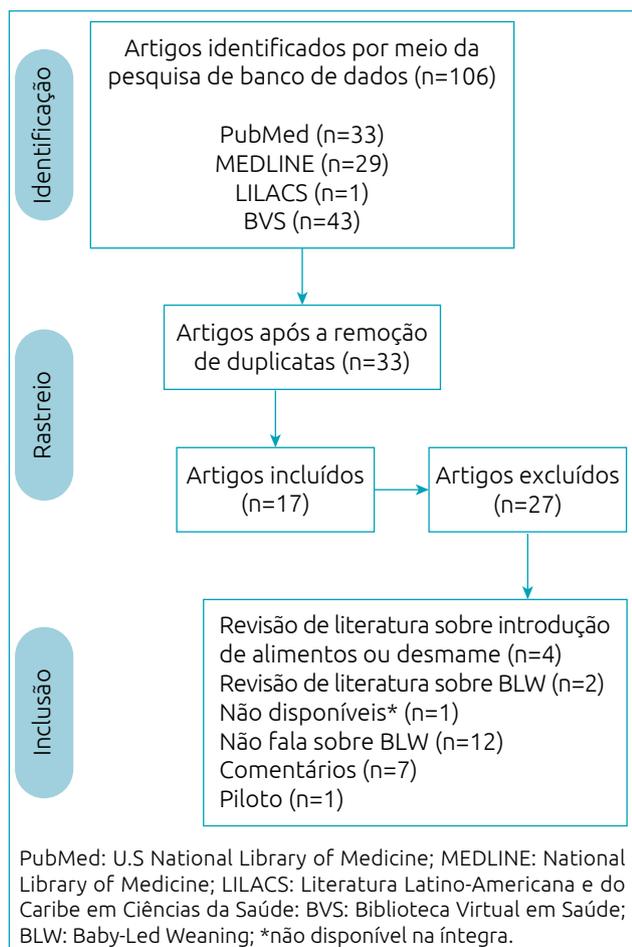


Figura 1 Etapas de inclusão e exclusão de artigos.

seus riscos e benefícios. Os temas mais citados foram: engasgo, autorregulação, ingestão de micro e macronutrientes, início da alimentação complementar, ganho de peso e comportamento familiar. Nas Tabelas 1 e 2, resumimos aspectos gerais dos artigos, como seus respectivos autores, ano de publicação, tipo de pesquisa e breve descrição dos resultados, respectivamente, para os estudos de desenho transversal e longitudinal.

DISCUSSÃO

Autorregulação

Segundo Brown e Lee,¹⁴ bebês conduzidos pelo BLW foram significativamente mais sensíveis à saciedade e autonomia ($p < 0,01$), quando comparados com bebês que se alimentam de forma tradicional. Tais autores, em outro estudo transversal, com uma amostra de 702 díades mãe-bebê, identificaram que as mães que seguiam o BLW faziam uma menor pressão em seus filhos na hora da alimentação, tinham menor preocupação com o peso, não interferiam diretamente na quantidade consumida e conseqüentemente promoviam a autorregulação do apetite e da saciedade.²⁹ Os autores sugerem o método BLW como padrão de alimentação complementar, visto que o autoconhecimento da saciedade e do apetite contribuem para um padrão alimentar e comportamental saudável no futuro.

Ingestão de macro e micronutrientes

Quatro estudos abordaram a ingestão de macro e micronutrientes no BLW diante do questionamento de ingestão adequada de ferro e energia. Cameron et al.¹⁸ destacaram déficit de ingestão de ferro nos praticantes estritos do método BLW no início da introdução alimentar, quando comparados com crianças cujos pais não seguiam rigorosamente o método ou que praticavam a alimentação tradicional. Segundo os autores, os pais que praticam BLW dão prioridade à amamentação até os seis meses, aguardando a prontidão do bebê para iniciar a alimentação, todavia colocam em risco o consumo de alimentos enriquecidos em ferro.

Achados semelhantes no atraso da oferta de alimentos ricos em ferro foram encontrados no estudo de Morison et al.,²¹ no qual os pais praticantes do método BLW ofereciam os alimentos apenas cinco semanas após o grupo tradicional. Esses autores também avaliaram o consumo de energia e constataram, em ambos os grupos (BLW e alimentação tradicional), consumo total de energia semelhante, entretanto as fontes eram diferentes, destacando um maior consumo de energia proveniente de gordura total e saturada no grupo BLW.

A ingestão de zinco, ferro, vitamina B12, vitamina C, fibra e cálcio também foram menores nesse grupo, embora sem diferenças significativas. Segundo os autores, a ingestão de ferro

pode estar comprometida pela ênfase no aleitamento materno, cuja composição de ferro é menor após o sexto mês, quando comparado com fórmulas fortificadas. Já com relação à ingestão de vitamina C e cálcio, essa foi inferior à observada no

grupo tradicional, porém acima das recomendações. Quanto às fibras, não há recomendações preconizadas para lactentes. Morison et al.²¹ ainda destacam a alta ingestão de gordura proveniente da participação das refeições em conjunto, o que põe

Tabela 1 Estudos com desenho transversal selecionados sobre o método Baby-Led Weaning.

Autores	Desenho (n)	Síntese dos estudos
Brown e Lee ¹⁴	Transversal (655 mães)	Maior nível de escolaridade materna; mantém aleitamento por mais tempo; menos ansiosas; oferecem mais comida de verdade e preparada em casa; respeitam a saciedade.
Brown ¹⁶	Transversal (604 mães)	Mães restringem menos alimentos; menos ansiosas; mais confiantes e apresentam menos compulsão.
Cameron et al. ¹⁸	Transversal (199 mães)	Aos seis meses; comem em família e os mesmos alimentos desde o início; baixa ingestão de ferro.
Moore et al. ²⁰	Transversal (n=3.607)	Baixa compreensão das diretrizes de desmame e baixa idade materna foram responsáveis pelo desmame precoce. Seguir a abordagem BLW teve influência positiva.
Morison et al. ²¹	Transversal (51 crianças)	Ingestão de energia e oferecimento de alimentos com risco de asfixia semelhantes entre BLW e grupo tradicional. BLW comem mais em família; ingestão maior de gordura total e saturada e menor de ferro, zinco e B12.
Rowan e Harris ²²	Transversal (10 mães)	Não houve mudança no padrão alimentar dos pais e 57% dos alimentos foram iguais aos da alimentação familiar.
Townsend e Pitchford ²⁴	Transversal (155 pais)	O grupo tradicional preferiu alimentos doces e o BLW, cereais ricos em carboidrato. A escolha mais saudável e a autorregulação do apetite refletem em menor IMC. Incidência de baixo peso no grupo BLW e de obesidade no grupo tradicional.
Cameron et al. ²⁶	Transversal (31 profissionais e 20 mães)	Profissionais de saúde são relutantes ao recomendar o método. Em contraste, as mães são positivas em seus relatos com o BLW.
Brown e Lee ²⁷	Transversal (36 mães)	A amostra mostrou claramente uma experiência positiva de seguir o BLW até o segundo ano.
Brown ²⁸	Transversal (1.151 mães)	O risco de engasgo foi o mesmo entre o grupo BLW e o tradicional. A maior frequência de engasgo está relacionada a comer menos com as mãos.
Brown e Lee ²⁹	Transversal (702 mães)	As mães apresentam menores níveis de restrição ao oferecer os alimentos iguais da família, menor pressão e monitoramento na hora da refeição e menor preocupação com o peso.

BLW: baby-led weaning; IMC: índice de massa corporal.

Tabela 2 Estudos com desenho longitudinal selecionados sobre o método Baby-Led Weaning.

Autores	Desenho (n)	Síntese dos estudos
Brown e Lee ¹⁵	Longitudinal (298 mães)	Maior regulação nos níveis de saciedade e menor probabilidade de sobrepeso.
Cameron et al. ¹⁷	Longitudinal (23 famílias)	Grupo BLISS ofereceram alimentos com maior teor de ferro e alimentos com menor risco de engasgo.
Fangupo et al. ¹⁹	Longitudinal (206 crianças)	Não houve diferença significativa no número de casos de asfixia e engasgamento nos grupos BLISS e tradicional.
Taylor et al. ²³	Longitudinal (166 mães)	Não houve diferenças em relação ao IMC entre os grupos BLISS e tradicional. BLISS apresentam menor exigência alimentar e maior prazer com os alimentos.
Wright et al. ²⁵	Longitudinal (923 crianças)	A autoalimentação é viável para a maioria dos bebês, mas alguns se desenvolvem nesse quesito apenas aos oito meses. Para esses, há menor probabilidade de andar sem ajuda com um ano de idade e dizer pequenas palavras.
Arden e Abbott ³⁰	Longitudinal (15 mães)	Muitos pais realizam método misto por insegurança, mas declaram que seguem BLW. Considerado filosofia dos pais ou utilizado por não ter dado certo a abordagem tradicional, em que os pais se sustentam na "liberdade" do método.

BLISS: Baby-Led Introduction to Solids; IMC: índice de massa corporal.

em risco o consumo de alimentos não apropriados nutricionalmente para a faixa etária. Contudo, tais autores reforçam os benefícios da alimentação compartilhada em família, quando a alimentação é adequada em termos de qualidade de nutrientes.

No estudo de Townsend e Pitchford,²⁴ observou-se um aumento significativo de ingestão de carboidratos por parte dos praticantes do BLW, quando comparados ao grupo alimentado com colher. Os bebês que praticavam a abordagem tiveram uma preferência maior por cereais da base da pirâmide alimentar, provavelmente pela facilidade em mastigar. Já o grupo tradicional demonstrou preferência por doces, sugerindo ser o método BLW uma metodologia promotora de alimentação saudável.

Wright et al.²⁵ notaram que as crianças que seguiam o BLW procuravam os alimentos para se autoalimentarem somente aos oito meses, o que gera preocupação nutricional, sugerindo uma abordagem menos rígida nas primeiras semanas.

Início da alimentação complementar

Moore et al.,²⁰ em pesquisa com 3.607 participantes e praticantes do método BLW, verificaram que 50% das mães iniciaram a alimentação complementar de seus bebês antes das 23 semanas e 50%, após as 24 semanas. O início da alimentação complementar no tempo adequado foi relacionado com o maior conhecimento das diretrizes da abordagem guiada pelo bebê ($p < 0,001$) e não com o nível da escolaridade materna, como comumente associado. Os fatores determinantes significativos para a introdução alimentar e a continuação do aleitamento materno nesse estudo foram: sinais de desenvolvimento do bebê; atingir a idade recomendada; conselho de amigos e familiares; influência das visitas do agente de saúde e bebês que acordavam muito à noite. Esse estudo também destacou a popularidade do BLW no Reino Unido e a confiança que os pais têm nas informações adquiridas pela internet.

Ganho de peso

Diversos autores associam a abordagem BLW ao ganho de peso do bebê. Brown e Lee,¹⁵ em um estudo realizado com 298 díades mãe-bebê, avaliaram o peso ao nascer, aos seis meses e o peso atual em crianças com idade de média de 8,34 meses e identificaram que os lactentes que se alimentavam com o uso de colher eram significativamente mais pesados do que os do grupo BLW ($p = 0,005$). Essa relação foi independente do peso ao nascer, da duração da amamentação, da idade de introdução aos alimentos sólidos e do controle materno. O grupo BLW foi composto por 86,5% de crianças com peso normal, 8,1% com sobrepeso e 5,4% abaixo do peso. Em comparação, 78,3% do grupo que se alimentava de forma tradicional tinha o peso adequado, 19,2% estavam em sobrepeso e 2,5%, abaixo do peso, ou seja, uma porcentagem maior daqueles lactentes

com excesso de peso seguiu a abordagem tradicional. O peso ao nascer infantil, o peso aos seis meses e o peso atual não tiveram relação significativa com a saciedade da criança ou com a capacidade de autorregulação. No entanto, o peso atual da criança teve uma associação significativa e inversa com a rejeição dos alimentos (Pearson: $r = -0,171$; $p = 0,003$).

Corroborando esses achados, Townsend e Pitchford²⁴ avaliaram o índice de massa corporal (IMC) de 155 crianças que praticavam BLW e alimentação tradicional. O percentil médio para o grupo liderado pelo bebê foi próximo da média esperada (percentil 50) para os sistemas de classificação de NHS (curvas de crescimentos do Reino Unido) ($p < 0,008$) e CDC (curvas de crescimentos dos Estados Unidos) ($p < 0,005$). Em contraste, o percentil médio para o grupo alimentado com colher foi considerado como excesso de peso. Sendo assim, houve uma maior incidência de crianças obesas no grupo alimentado com colher, em comparação com o grupo liderado pelo bebê. Já no grupo BLW, houve um índice significativo e maior de crianças abaixo do peso, em comparação com o grupo alimentado com colher (teste exato de Fisher: $p = 0,02$). Assim, esses autores defendem a ideia de que o BLW promove escolhas alimentares mais saudáveis durante a infância para proteção contra a obesidade.

Brown e Lee²⁹ identificaram, em um estudo com 702 mães, que o aumento do peso infantil foi positivamente correlacionado com restrições alimentares, monitoramento, pressão no ato de alimentar, controle materno e preocupação com o peso do bebê (Pearson: $r = 0,094$; $p < 0,05$). Além disso, as mães com alta restrição alimentar (Pearson: $r = 0,068$; $p < 0,05$) e transtornos alimentares (Pearson: $r = 0,0103$; $p < 0,01$) relataram maiores níveis de preocupação quanto ao peso, restrição e monitoramento e perceberam que seus bebês eram maiores (Pearson: $r = 0,076$; $p < 0,05$).

Em contraponto a esses achados, Taylor et al.,²³ em um estudo clínico randomizado composto por 166 crianças, não constataram diferenças estatísticas entre o IMC e autorregulação energética das crianças que praticam BLW, quando comparadas às que recebem alimentação tradicional. Sendo assim, são necessários mais estudos prospectivos e controlados, a fim de poder afirmar com mais clareza se a abordagem dirigida pelo bebê interfere no ganho de peso corporal.

Engasgo

O engasgo é um dos temas que gera mais insegurança quando as crianças estão sendo alimentadas por meio do BLW, por parte das famílias e profissionais da saúde.²⁸ Brown et al.,²⁸ em um estudo realizado com 1.151 crianças, não encontraram associações significativas entre o tipo de alimentação, a frequência de uso de colher (para quem usa uma metodologia adaptada) e asfixia. Entretanto, os bebês cujos pais relataram engasgos e seguiam uma abordagem tradicional experimentam

significativamente mais episódios de engasgos com alimentos em pedaços ($p=0,014$) e purês ($p=0,002$) do que os bebês dirigidos pelo BLW.

Cameron et al.¹⁷ realizaram uma comparação entre dois grupos. Um grupo de bebês que praticavam BLW na íntegra e o segundo grupo, que praticava Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), considerada uma adaptação do BLW diante das preocupações de ingestão de micro e macronutrientes e engasgo. Não houve diferenças estatísticas, entretanto o grupo que praticava BLISS ofereceu menos alimentos com alto risco de bloqueio (3,24 *versus* 0,17 servidos/dia; $p=0,027$). Esses dados corroboram os achados de Morison et al.²¹ e Fangupoet al.¹⁹ Esses últimos acrescentam que os bebês que estão sob a prática da abordagem BLISS engasgaram com mais frequência aos 6 meses (risco relativo [RR] 1,56; intervalo de confiança de 95% [IC95%], 1,13–2,17), mas com menor frequência aos 8 meses (RR=0,60; IC95% 0,42–0,87), quando comparados com o grupo controle, bebês sob alimentação tradicional.

Apesar da necessidade de mais estudos, esses achados põem em risco a prática do BLW, expondo a criança a possíveis engasgos e sufocamentos.

Duração do aleitamento materno

Poucos artigos discutem sobre a relação do BLW e a duração do aleitamento materno. Moore et al.²⁰ verificaram, em 3.607 participantes, que o conhecimento das diretrizes do BLW está associado à amamentação exclusiva por maior tempo (independentemente dos fatores demográficos; $p<0,001$), entretanto 80% concluíram a amamentação exclusiva antes das 24 semanas de vida do bebê e 65% antes de 17 semanas e estavam cientes das diretrizes. A idade materna jovem foi um fator significativo para o desmame precoce ($p=0,014$).

Esses dados estão de acordo com os achados de Brown et al.,¹⁴ os quais apontam uma duração da amamentação exclusiva significativamente maior em mães que adotaram as práticas do BLW em relação àquelas que usaram um método tradicional ($p<0,001$; 127,36 dias para BLW *versus* 82,11 semanas para o

método tradicional). Apesar da necessidade de maiores estudos, esses dados são indicadores da possibilidade de maior duração de aleitamento materno entre aqueles que praticam BLW.

O BLW favorece de forma positiva a refeição realizada em família, a saciedade do bebê e o controle materno em relação à ansiedade sobre a quantidade consumida; promove maior exposição a maior variedade de alimentos; gera maior interação com a comida, permitindo a exploração de diferentes texturas; e o início da introdução alimentar ocorre no momento adequado, como sugere a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Organização Mundial da Saúde e o Guia Alimentar para menores de dois anos, do Ministério da Saúde.

Os riscos, como engasgo e ingestão insuficiente de ferro e energia, ainda merecem atenção e precisam de novas pesquisas longitudinais controladas e randomizadas para fornecer maior segurança para a sua prática de forma restrita, tendo em vista que a grande maioria das pesquisas obteve seus resultados por meio de questionários, sem exames bioquímicos e avaliação antropométrica, o que pode sugerir falhas e comprometimento nos resultados.

Diante desses achados, e em comunhão com a avaliação da Sociedade Brasileira de Pediatria, entende-se que o BLW não pode ser recomendado como único método de alimentação complementar. A união dos dois métodos, BLW e tradicional, faria referência a uma alimentação que permite a autonomia do bebê, com uma participação mais ativa no momento da refeição, porém orientada e assistida pelos pais, a qual seria uma proposta segura para o desenvolvimento integral do bebê.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP).

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho AC, Fonsêca PC, Piore SE, Franceschini SC, Novaes JF. Food consumption and nutritional adequacy in Brazilian children: a systematic review. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33:211-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002>
2. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998. 98.1.
3. Monte CM, Giugliani ER. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio J.)*. 2004;80(5 Suppl.):131-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação para a Alimentação do Lactente, do Pré-escolar, do Escolar, do Adolescente e na Escola. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização: a alimentação complementar e o método BLW (Baby Led Weaning). Rio de Janeiro: SBP; 2017.
7. 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;4:1575-609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
8. Beal JA. Baby led weaning. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016;41:373. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000283>
9. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: the evidence to date. *Curr Nutr Rep*. 2017;6:148-56. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>
10. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron, SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr*. 2015;15:179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
11. Rapley G, Murkett T. *Baby-led Weaning: o desmame guiado pelo bebê*. São Paulo: Timo; 2017.
12. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto - Enferm*. 2008;17:758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (Sao Paulo)*. 2010;8:102-6. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
14. 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;7:34-47. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>
15. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. 2015;10:57-66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
16. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12:826-37. <https://doi.org/10.1111/mcn.12172>
17. 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. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
18. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. 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:e003946. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>
19. Fangupo LJ, Heath AL, Williams SM, Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics*. 2016;138:e20160772. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-0772>
20. Moore AP, Milligan P, Goff LM. An online survey of knowledge of the weaning guidelines, advice from health visitors and other factors that influence weaning timing in UK mothers. *Matern Child Nutr*. 2014;10:410-21. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00424.x>
21. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, 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:e010665. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
22. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58:1046-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.033>
23. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2017;171:838-46. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284>
24. Townsend E, Pitchford NJ. 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*. 2012;2:e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>
25. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr*. 2011;7:27-33. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x>
26. 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:e001542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
27. 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;9:233-43. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x>
28. 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;31:496-504. <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
29. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. 2011;15:1265-71. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0678-4>
30. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>