

## ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS ENTRE ABORDAGENS DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Fernanda Marassi Jorge Pereira<sup>1</sup>, Ana Paula Fernandes Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nutricionista. Ex-bolsista do Departamento de Nutrição Fundamental, Escola de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup>Docente do Departamento de Nutrição Fundamental, Escola de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

### Resumo

**Objetivo:** Descrever as abordagens de alimentação complementar existentes na literatura científica, compilando suas principais especificidades e diferenças. **Métodos:** Busca bibliográfica, de 2000 a 2022, nos motores de busca Google Acadêmico e Periódicos Capes, utilizando as palavras-chave “introdução alimentar”, “alimentação complementar”, “Tradicional”, “Participativa”, “*complementary feeding*”, “*guía alimentaria para niños*”, “*feeding guidelines*” “*Baby-Led Weaning*”, “BLW”, “*Baby-Led Introduction to SolidS*”, “BLISS”; e nas bases eletrônicas Biblioteca Virtual da Saúde e Medline, através dos descritores/termo alternativo “Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente”/“alimentação complementar”, e “Desmame”; e dos termos MESH “*Infant Nutritional Physiological Phenomena*” e “*Weaning*”; associados entre si e/ou às palavras-chaves pelo uso dos operadores booleanos. Foram também utilizadas publicações referenciais sobre o tema. **Resultados:** Em todas as abordagens há uma adaptação gradativa dos alimentos às necessidades e ao desenvolvimento do bebê, todavia o início da introdução dos alimentos não ocorre de maneira idêntica. Foram identificadas preocupações com: os alimentos oferecidos, o ambiente familiar, o incentivo à auto alimentação e higiene, entre outras. Entretanto, existem especificidades em relação a essas preocupações. Verificou-se a descrição de vantagens e desvantagens para todas as abordagens. **Conclusão:** Quatro tipos de abordagens de alimentação complementar foram especificadas. Além de similaridades, cada abordagem apresentou vantagens e desvantagens inerentes ao método.

**Palavras-chave:** Alimentação Complementar; Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente; Desmame; Nutrição do Lactente.

### Abstract

**Objective:** Describe the complementary feeding approaches existing in the scientific literature, compiling their main specificities and differences. **Methods:** Bibliographic search, from 2000 to 2022, in the Google Academic and Periodicals Capes search engines, using the keywords “food introduction”, “complementary food”, “Traditional”, “Participative”, “complementary food”, “food guide for children”, “feeding guidelines” “Baby-Led Weaning”, “BLW”, “BabyLed Introduction to SolidS”, “BLISS”; and in the electronic databases Virtual Health Library and Medline, through the descriptors/alternative term “Infant Nutritional Physiological Phenomena”/“Complementary Feeding”, and “Weaning”; and the MESH terms “Infant Nutritional Physiological Phenomena” and “Weaning”; associated with each other and/or with the keywords by using the Boolean operators. In addition, reference publications on the subject were used. **Results:** In all approaches there is a gradual adaptation of food to the needs and development of the baby, however the beginning of the introduction of food does

*not occur identically. Were identified concerns about: the food offered, the family environment, encouraging self-feeding and hygiene, among others. However, specificities regarding these concerns were noted. The description of advantages and disadvantages for all approaches. Conclusion: Four types of complementary feeding approaches have been specified. In addition to similarities, each approach presented advantages and disadvantages inherent to the method.*

**Keywords:** *Complementary Feeding; Infant Nutritional Physiological Phenomena; Weaning; Infant Nutrition.*

## **INTRODUÇÃO**

A partir dos 6 meses de idade, o leite materno passa a não ser capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais e motoras do bebê e, por isso, deve ser iniciada a alimentação complementar (AC) (1, 2). Diante disso, na iminência de sinais indicativos de que o bebê está pronto para iniciar a AC, além do leite materno, devem ser oferecidos outros alimentos e, por conseguinte, novos sabores, cores, texturas e aromas que contribuirão para o seu desenvolvimento e sua adaptação à alimentação da família (2).

Atualmente, existem diferentes formas de praticar a AC. É possível optar por uma abordagem Tradicional, totalmente guiada pelos adultos, recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS); ou por abordagens diferenciadas, onde há maior participação do bebê (2, 3, 4, 5).

Na abordagem Tradicional, inicialmente, os alimentos são oferecidos ao bebê, na colher, em consistência pastosa e vai-se evoluindo até chegar à consistência da comida da família (1, 2, 6, 7, 8). Na *Baby-Led Weaning* (BLW) os alimentos são inicialmente oferecidos ao bebê em tiras, bastões ou pedaços, para que o bebê possa comer com as mãos (4). Já a abordagem *BabyLed Introduction to Solids* (BLISS) consiste em uma versão que tem o intuito de dirimir as principais preocupações que circundam a abordagem BLW (3). Por fim, a abordagem Participativa é uma junção da abordagem Tradicional e do BLW (5).

Considerando a importância do tema e a existência de diferentes maneiras de iniciar a introdução de alimentos, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa sobre abordagens de AC, compilando suas principais especificidades e diferenças, com o intuito de contribuir para decisões e práticas de AC mais conscientes e adequadas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa elaborada a partir de uma busca bibliográfica, entre os anos 2000 e 2022, nos motores de busca Google Acadêmico e Periódicos Capes, utilizando as palavras-chave “introdução alimentar”, “alimentação complementar”, “Tradicional”, “Participativa”, “*complementary feeding*”, “*guía alimentaria para niños*”, “*feeding guidelines*”

“*Baby-Led Weaning*”, “BLW”, “*Baby-Led Introduction to Solids*”, “BLISS”; e nas bases eletrônicas Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Medline, através dos descritores/termo alternativo “Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Lactente”/“alimentação complementar”, e “desmame”; e dos termos MESH “*Infant Nutritional Physiological Phenomena*” e “*Weaning*”, respectivamente; associados entre si e/ou às palavras-chaves pelo uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Foram incluídos estudos originais, em língua portuguesa e inglesa, que continham informações sobre as diferentes abordagens de AC, e abordassem suas vantagens e desvantagens. E foram excluídos documentos encontrados sem o texto completo, repetidos, em outras línguas e que se distanciavam dos objetivos do presente estudo.

Além disso, utilizou-se como base o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019), do MS; o livro “*Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foods and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater*”, das autoras Gill Rapley e Tracey Murkett (2010); publicações selecionadas do *BLISS Study*, da Universidade de Otago; e o *ebook* “Introdução Alimentar ParticipATIVA”, elaborado por Padovani (2015) (2, 4, 5, 9).

A presente revisão faz parte do projeto “Práticas de Alimentação Complementar”, cadastrado na Diretoria de Pesquisa (DPq) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob parecer nº 5.440.340.

## **RESULTADOS**

### Tipos de abordagens de AC

#### *Tradicional*

Segundo o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, o início da AC deve ocorrer através de alimentos saudáveis, como os alimentos *in natura* ou minimamente processados, amassados com o garfo, oferecidos na colher. Gradualmente, esses alimentos devem evoluir da consistência macia para alimentos picados, em pequenos pedaços, raspados ou desfiados, até chegar à comida da família (2). Tais recomendações vão ao encontro das diretrizes da OMS que determinam a oferta de alimentos amassados, semissólidos e na forma de purê, a partir dos seis meses, e a gradação da consistência e da quantidade dos alimentos à medida que a criança cresce (1). Esse tipo de evolução de consistência e quantidade é também recomendada por órgãos oficiais da Nova Zelândia, Portugal, França e outros países da

comunidade Europeia e América Latina, além de províncias do Canadá, por exemplo (Quadro 1) (6-8, 10-18).

Quadro 1 - Exemplo de diretriz para progressão de textura na abordagem Tradicional.

Idade aproximada (meses)	Textura adequada dos alimentos
0 - 6	Líquidos
6 - 7	Amassados
7 - 8	Amassados e alguns alimentos que possam ser manipulados e consumidos pela criança com as mãos
8 - 12	Picado
12 - 24	Alimentos da família (na forma que são consumidos pela família)

Modificado de: (1) World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009. (6) Ministry of Health. Healthy Eating Guidelines for New Zealand Babies and Toddlers (0–2 years old). Wellington: Ministry of Health. 2021. (7) Escobedo CTV; Serrano MLL; Córdova AGM. Guías Alimentarias para niños y niñas menores a 2 años de edad. Peru: Ministerio de Salud. 2021. 84p. (8) Costa Rica. Ministerio de Salud. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica. 2021 -San José. Costa Rica: Comisión Intersectorial de las Guías Alimentarias y FAO.

No que se refere à consistência, os alimentos amassados devem apresentar consistência firme, que não escorra da colher (1, 2). Dessa forma, preparações líquidas não devem ser utilizadas, em razão de não contribuírem com o aprendizado do processo de mastigação e dificultarem a aceitação de alimentos sólidos. Além disso, alimentos como sopas, caldos e sucos, por possuírem mais água em sua composição, costumam fornecer menor quantidade de energia e nutrientes (1, 2, 19). Portanto, ressalta-se que instrumentos como liquidificador, mixer e peneira não devem ser utilizados no preparo dos alimentos (2).

Da mesma forma que a consistência, espera-se que a quantidade de alimentos oferecida também sofra mudanças ao longo do tempo, aumentando gradativamente conforme o bebê cresce e se desenvolve (1, 2, 7, 8, 15). Aos 6 meses, recomenda-se iniciar a apresentação dos alimentos com 2 a 3 colheres de sopa, no total, e evoluir, gradualmente, o volume e o número de refeições diárias (1). Assim, é esperado que no início da AC o bebê aceite uma pequena quantidade, todavia isso não deve ser motivo para preocupação, posto que o leite materno continua sendo o principal alimento (2, 7, 8).

Nessa abordagem deve-se atentar ao uso de utensílios corretos para a sua prática. As colheres, por exemplo, devem ter o tamanho adequado à idade do bebê, serem de material resistente, liso e suave, assim como os pratos não devem possuir bordas altas que dificultem a visualização e o acesso aos alimentos (2, 14, 20). Além disso, o bebê deve ser corretamente sentado, com apoio seguro do corpo (quadril para trás, tronco na linha média e cabeça em controle sobre o tórax) e estar com as mãos descobertas para poder receber a alimentação (6, 14).

Apesar do início da introdução alimentar Tradicional ser guiada totalmente pelo adulto, recomenda-se que os cuidadores higienizem as mãos do bebê e o incentivem a usá-las para: pegar a colher e se alimentar, oportunizando o desenvolvimento da sua coordenação motora; tocar nos alimentos para perceber diferentes texturas; levar os alimentos à boca, para perceber gostos, e ao nariz, para sentir os cheiros (2, 14, 15). Além disso, há o incentivo ao compartilhamento de refeições em um ambiente agradável, ou seja, que o bebê coma junto com a família no seu tempo, favorecendo o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação e se beneficie do convívio social (2, 6). E há alertas quanto ao risco de engasgo por alimentos específicos, como pipoca, peixes com espinhas, frutas pequenas ou com caroços, amendoim, etc (2, 6).

Outro aspecto importante diz respeito à diversificação de alimentos para que o bebê seja exposto a diferentes gostos, cheiros e texturas e, assim, desenvolva uma ampla aceitação alimentar (1, 2, 6-8). Nesse sentido, recomenda-se também que os alimentos sejam dispostos separadamente no prato da criança (2, 7, 8).

### *Baby-Led Weaning*

Ao contrário da abordagem Tradicional, onde o adulto comanda a alimentação, na abordagem *Baby-Led Weaning* (BLW) que significa em tradução livre “desmame guiado pelo bebê”, o bebê guia seu processo de alimentação através do uso de seus instintos e habilidades (4).

Durante essa abordagem, o bebê se auto alimenta com as mãos, sob supervisão, e os alimentos são oferecidos a ele em pedaços de tamanhos e formas que ele consiga manusear facilmente, sem nenhum tipo de alteração de consistência (4). Dessa maneira, a abordagem BLW desencoraja a AC Tradicional, feita por meio de papinhas e purês, e defende o oferecimento de alimentos sem o uso da colher (21).

Desde o surgimento do termo BLW na Inglaterra, no ano 2000, (16, 22), a abordagem vem ganhando bastante popularidade no Brasil e no mundo, especialmente em países como

Reino Unido (3, 23, 24), Nova Zelândia (3, 23), Estados Unidos (25) e Canadá (3, 16, 23, 26), havendo livros sobre o tema em mais de 15 idiomas (4, 27-29). Contudo, especialmente o livro das autoras Gill Rapley e Tracey Murkett (2010) tornou essa abordagem mais acessível ao público leigo (4, 21).

Para a prática da BLW, é fundamental que o bebê não só seja posicionado sentado com a coluna ereta, mas também tenha acesso livre aos alimentos, sem que existam barreiras como as bordas de um prato (4, 20). Além disso, da mesma forma que na abordagem Tradicional, enfatiza-se oferecer grande variedade de alimentos e manter o leite materno como principal alimento. Todavia, tal abordagem se diferencia da Tradicional pelo maior incentivo a permissão de que o bebê se suje e interaja com os alimentos, e coma no seu próprio tempo, com a supervisão atenta de um responsável, durante todo esse período (4, 29). Um outro cuidado importante, é lavar as mãos do bebê com água e sabão antes de cada refeição, especialmente para a prática da BLW, devido a autoalimentação com as mãos (2).

Em relação a disposição dos alimentos, orienta-se que inicialmente eles sejam cortados de forma que o bebê consiga segurá-los com as mãos, e/ou amaciados por calor quente (assar) ou úmido (imersão ou vapor), para que fiquem adequados e seguros (4).

Especificamente em relação às frutas, as grandes devem ser cortadas em bastões ou pedaços menores, e as pequenas, como as uvas, ao meio no sentido do comprimento (verticalmente) (4, 30). Frutas de consistência dura, como peras e maçãs, devem ser cozidas no vapor para amaciarem (30). Além disso, no início da introdução, recomenda-se preservar uma parte da casca das frutas e dos legumes, para facilitar o manuseio do bebê, o que ressalta a importância de uma higienização adequada (4).

Quanto às carnes, inicialmente, elas devem ser oferecidas em pedaços grandes, para que o bebê consiga segurar e chupar, ou mastigar (28). As fibras devem ser cortadas no sentido transversal para evitar a soltura de fios longos, difíceis de engolir (20). Entre os tipos e cortes de carne, a coxa de frango pode ser uma opção interessante, pois o osso facilita o manuseio. No entanto, é importante retirar as cartilagens e ossos finos, que podem se soltar e machucar o bebê (28).

No caso de alimentos como o arroz e o feijão, que são alimentos menores e que o bebê terá dificuldade para segurar, orienta-se fazer a oferta na forma de bolinhos (4). Para isso, tanto os grãos quanto as carnes podem ser moldados no formato ideal a idade do bebê (bastões, espalmados, bolinhos, almôndegas, entre outros) utilizando-se farinha de aveia, de mandioca, ou legumes amiláceos (20, 30).

Em síntese, na abordagem BLW, os tamanhos e formas dos alimentos oferecidos têm que corresponder às habilidades momentâneas do bebê e, ao mesmo tempo, incentivar o seu

desenvolvimento. Dessa forma, inicialmente, os alimentos devem ser oferecidos em tiras, bastões, bolinhos, entre outros, todavia, assim que o bebê estiver apto a realizar o movimento de pinça com as mãos, os cortes devem ser evoluídos para pedaços pequenos (31).

É importante ressaltar que a BLW é uma abordagem de introdução de alimentos sólidos sem o uso da colher, portanto, conforme o bebê evolui suas habilidades motoras e aprende a se alimentar com a colher, ele deixa de praticar o BLW (31).

### *Baby-Led Introduction to Solids*

Com o intuito de fornecer orientações mais específicas às principais preocupações que circundam a abordagem BLW, no que tange às chances aumentadas de engasgo e à ingestão inadequada de energia e ferro, a abordagem *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), ou “Introdução aos Sólidos Guiada pelo Bebê”, foi desenvolvida por Sonya Cameron, Rachael Taylor e Anne-Louise Heath (3) (Quadro 2). Portanto, pode-se considerar a BLISS como uma versão modificada da BLW que objetiva resolver preocupações com asfixia, crescimento inadequado e deficiência de ferro (3, 21, 32).

Quadro 2 - Recomendações *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS) desenvolvidas para abordar a baixa ingestão de ferro e energia, e o potencial risco de asfixia.

Objetivo da recomendação	Recomendações específicas para os pais	Recomendação orientada por um
Aumentar a ingestão de alimentos ricos em ferro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oferecer um alimento rico em ferro em cada refeição;</li> <li>2) Aumentar o teor de ferro nas refeições, através do uso, por exemplo, de cereais fortificados com ferro;</li> <li>3) Incluir carne vermelha, carne/peixe/aves e fatores que aumentem a absorção de ferro não-heme;</li> </ol> <p>Iniciar a alimentação complementar aos 6 meses (sem atraso superior a 180 dias).</p>	Nutricionista
Reduzir o risco de crescimento inadequado,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Oferecer uma alimentação variada, incluindo pelo menos um alimento com alto teor de energia em cada refeição;</li> <li>2) Fornecer ideias e receitas de alimentos que sejam calóricos e possam ser</li> </ol>	Profissionais de saúde da criança

consequente a baixa ingestão de energia pela autoalimentação	<p>facilmente manuseados para o bebê se auto alimentar;</p> <p>3) Praticar alimentação responsiva, garantindo: um ambiente de alimentação agradável, com poucas distrações (por exemplo, sem televisão), cuidadores atentos aos sinais de fome e saciedade e prontamente disponíveis para apoiar o bebê;</p> <p>4) Oferecer alimentos “fáceis” e mamadas mais frequentes, quando o bebê estiver doente ou se recuperando.</p>	
Reduzir o risco de asfixia	<p>1) Testar os alimentos antes de oferecer ao bebê, para garantir que eles sejam macios o suficiente para serem amassados com a língua no céu da boca;</p> <p>2) Fornecer uma lista específica de alimentos a serem evitados (por exemplo: maçã crua);</p> <p>3) Evitar alimentos que formam migalhas na boca, alimentos duros, alimentos pequenos e alimentos em forma circular (moeda);</p> <p>4) Educar os pais sobre segurança na alimentação, diferenciação de engasgos e asfixia, e o que fazer caso ocorra asfixia.</p>	Fonoaudiólogos

Modificado de: (3) Cameron S, Heath A, Taylor R. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC pediatrics, 2015;15(1):1-11.

Dessa forma, diferentemente da BLW, a abordagem BLISS propõe não só a oferta garantida de alimentos que o bebê consiga manusear e se alimentar sozinho, mas também a garantia de que a cada refeição ele receba um alimento com alto teor de ferro; um alimento com alto teor calórico; e alimentos adequados à sua idade que não ofereçam risco de engasgo e asfixia (Quadro 3) (3).

Quadro 3 - Alimentos classificados, segundo as características da abordagem *Baby-Led Introduction to SolidS* (BLISS).



CLASSIFICAÇÃO	EXEMPLOS
Alimentos que contém ferro	Carne bovina; porco, frango, peixe e cordeiro; fígado (incluindo patê); feijão cozido; lentilhas; Homus e outras formas de preparo do grão de bico.
Alimentos com alto teor de energia	Todos os alimentos, exceto a maioria das frutas e legumes.  Frutas classificadas como de alta energia: abacate e banana.  Legumes classificados como de alta energia: abóbora, batata e batata doce.
Alimentos que podem provocar engasgo e alto risco de asfixia.	Vegetais crus (cenoura, aipo, folhas de salada); maçã crua; alimentos que soltam migalhas (biscoito de arroz, tortillas); pipoca; oleaginosas inteiras, como nozes, amendoins, castanhas; frutas secas; cereja, uva, bagas, tomate-cereja; ervilhas; milho; outros alimentos duros (ou seja, alimentos que não podem ser esmagados contra o céu da boca com a língua) e/ou em formato de moeda.

Modificado de: (3) Cameron S, Heath A, Taylor R. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC pediatrics, 2015;15(1):1-11.

Por outro lado, em consonância com a abordagem BLW, na BLISS é recomendado: começar oferecendo alimentos em tiras do tamanho do dedo de um adulto; incluir o bebê nas refeições com a família; oferecer alimentos variados; evitar apressar o bebê para comer e seguir as regras básicas de segurança (certificar-se que o bebê está sentado com a coluna ereta e está sendo adequadamente supervisionado) (4, 10).

### *Participativa*

Como uma abordagem que une os conceitos das abordagens Tradicional e BLW, Padovani (5) sugere a introdução alimentar Participativa. Nessa abordagem, o bebê mantém-se como agente ativo no seu processo de alimentação, mas também é auxiliado motoramente por um intermediador, configurando o que a autora considera como uma alimentação assistida, e não passiva (5).

Na abordagem Participativa, o bebê recebe alimentos amassados com o garfo na colher, e também alimentos que propiciem a autoalimentação (5). Para que isso ocorra, os cuidadores devem oferecer alimentos sólidos para despertar o interesse do bebê pela comida. Dessa forma, poderão ser oferecidos na colher, por exemplo, grãos pequenos como os de arroz e feijão, enquanto alimentos de mais fácil manuseio poderão ser ofertados em pedaços, tiras ou bastões, entre outros, até que o bebê alcance sua independência motora e/ou os pais se sintam mais seguros para aplicar somente a BLW (5).

Todavia, deve-se ressaltar que segundo Rapley (31) "*baby-led weaning* é uma abordagem abrangente para a introdução de alimentos sólidos, não apenas um método de alimentação". Dessa forma, considerar o uso concomitante da abordagem BLW com um tipo de método Tradicional pode incorrer em erro conceitual, uma vez que para a principal difusora do método, não é possível uma combinação entre alimentação Tradicional e BLW, apenas uma combinação entre a alimentação Tradicional e autoalimentação (31).

Por outro lado, Padovani (33) argumenta que a concomitância no uso das abordagens Tradicional e BLW não é proibida pelas autoras. Além disso, considera que ao oferecer alimentos amassados com a colher para o bebê, realmente perde-se parte do conceito da BLW, mas que isso não inviabiliza as vantagens do seu uso parcial (33).

### Vantagens e desvantagens dos tipos de abordagens de AC

Em comparação à Tradicional, na abordagem BLW há maior permissão para que o bebê explore, mais amplamente, os alimentos com as mãos, conhecendo e aprendendo a diferenciar suas texturas, cores e sabores. Dessa forma, por permitir uma participação mais ativa do bebê na sua refeição, o método torna possível que ele se alimente em seu próprio ritmo, controlando o que e quanto deve comer. Isso tende a tornar as refeições mais agradáveis e a promover uma relação mais saudável com a comida (4). A autoalimentação também permite que os bebês pratiquem de forma mais intensa a coordenação óculo-manual e a destreza de suas mãos, o que pode ajudar nas habilidades de escrita e desenho, futuramente. A mastigação de pedaços, tiras,

bastões ou bolinhos, por sua vez, ajuda no desenvolvimento da musculatura facial e, conseqüentemente, no aprendizado da fala (4).

Por outro lado, a alteração na consistência dos alimentos para a forma de papa na abordagem Tradicional, contribui para a apresentação de uma maior variedade de alimentos desde o início da AC, diminuindo a restrição na oferta (34). Entretanto, alguns estudos mostraram que bebês em AC Tradicional foram mais propensos a iniciar precocemente a alimentação, principalmente pela introdução de frutas, que bebês praticantes de outras abordagens (22, 35). Já no estudo de Alpers, Blackwell e Clegg (36), os autores não encontraram diferenças entre os grupos Tradicional e BLW quanto ao consumo de frutas.

Bebês que utilizam a abordagem BLW tendem a ser menos seletivos em relação a comida, assim como tendem a ser menos propensos a recusas e fobias alimentares, e a terem menor aptidão para o consumo de alimentos não saudáveis no futuro (4, 21). No entanto, existem evidências contraditórias quanto a esta abordagem possibilitar maior oferta de alimentos saudáveis, pois nem todo alimento fácil de ser manuseado pelo bebê pode ser considerado saudável, como exemplo citam-se os produtos ultraprocessados, como biscoitos e petiscos infantis, de fácil manipulação, mas de composição nutricional questionável (4). Contudo, Vieira, Vanicolli e Rapley (22) também encontraram associação entre AC Tradicional e maior consumo de alimentos considerados inadequados, como os produtos ultraprocessados e/ou os adicionados de açúcar e sal.

No que tange ao ambiente familiar, como na BLW não são necessárias alterações na consistência dos alimentos, e sim apenas algumas adaptações para deixar os cortes seguros para consumo, os lactentes acabam consumindo as mesmas preparações da família, o que pode contribuir para um menor gasto de tempo no preparo de comida especial para bebê (4, 37, 38). Além disso, deixar o bebê controlar o que ele vai comer, pode tornar o momento da refeição menos estressante, favorecendo um ambiente familiar mais harmônico, onde bebê e família participam da refeição juntos e comem os mesmos alimentos (4, 37). Sob outro ponto de vista, Padovani (5) alerta que para praticar a BLW é necessário empenho, paciência, controle de ansiedade e confiança no bebê, uma vez que a abordagem é em livre demanda, cabendo a ele indicar o que, como, quando e quanto quer comer.

Equitativamente, em ambas abordagens (Tradicional e BLW), enfatiza-se o impacto positivo que o compartilhamento das refeições pode exercer no desenvolvimento das habilidades sociais e de linguagem do bebê, e de hábitos alimentares mais saudáveis na família (2, 4, 6).

Como desvantagens da abordagem BLW são apontadas: bagunça, visto que o bebê, inicialmente, costuma fazer muita sujeira; e preocupação com o risco de engasgo (4, 24). De

fato, o uso da colher na abordagem Tradicional contribui para uma menor bagunça nas refeições (34), porém estudos mostraram que as chances de um bebê engasgar com a abordagem BLW e com a Tradicional são as mesmas (39-41). Além disso, Cameron, Heath e Taylor (37) perceberam que todos os pais que reportaram episódios de engasgo também mencionaram que o bebê lidou sozinho com engasgo, tossindo e expelindo o alimento, sem necessidade de intervenção. Segundo Padovani (5), esse lidar com o engasgo funciona somente quando o bebê tem controle total da sua alimentação, sendo ele o responsável por colocar os alimentos em sua boca.

Outro aspecto a ser considerado é o fato dos pais, tanto na abordagem Tradicional quanto na abordagem Participativa, terem maior controle sobre a ingestão dos filhos, uma vez que o adulto comanda integralmente ou parcialmente a alimentação do bebê (5). Dogan et al. (42) demonstraram que bebês que seguiram a abordagem Tradicional ganharam mais peso e apresentaram maior risco para desenvolver obesidade, justamente por terem a ingestão controlada por seus pais. Sendo, por isso, fundamental a observação dos sinais de fome e saciedade do bebê e a prática de uma alimentação responsiva, onde o bebê sinaliza fome e saciedade por meio de ações motoras, expressões faciais, ou vocalizações, e o cuidador reconhece os sinais e responde prontamente (1, 2, 6-8, 15, 43)

De forma oposta, alguns estudos apontaram que a prática da abordagem BLW evitou o excesso de peso e esteve associada à maior duração do aleitamento materno exclusivo e continuado (4, 41, 44-46). Todavia, esses resultados podem ter sofrido influência de fatores demográficos como escolaridade materna, por exemplo (48). Além disso, tanto a ocorrência de crescimento inadequado quanto a preocupação com a ingestão insuficiente de energia e ferro são pontos controversos na abordagem BLW (23, 36, 37, 41, 42, 46). Dogan et al. (42) não encontraram diferença significativa na ingestão de ferro entre o grupo que utilizou a abordagem Tradicional e o grupo BLW. Boswell et al. (46) e Morison et al. (23) observaram que os grupos BLW e Tradicional tiveram uma ingestão energética semelhante, porém, no estudo de Morison et al. (23) o grupo BLW apresentou menor consumo de ferro, o que está de acordo com os estudos de Alpers et al. (36) e Kahraman et al. (41).

Nesse contexto, considerando que a BLISS é uma versão modificada da abordagem BLW que objetiva agregar segurança e garantir ofertas nutricionais adequadas, pode-se entendê-la como uma evolução da BLW. No tocante ao risco de engasgo, por exemplo, Cameron et al. (3), ao compararem bebês que utilizavam as abordagens BLW e BLISS, encontraram uma menor oferta de alimentos com alto risco de bloqueio das vias aéreas no grupo BLISS, concluindo que a prática da BLW não modificada pode expor a criança a possíveis engasgos e sufocamentos.

Em relação à abordagem Tradicional, Taylor et al (48) encontraram que os bebês praticantes da BLISS foram amamentados exclusivamente por mais tempo, tendo 64,6% deles atendido a diretriz da OMS de aguardar até os 6 meses para iniciar a introdução alimentar, contra 18,1% do grupo controle sob abordagem Tradicional. Por outro lado, nesse mesmo estudo, não foram encontradas diferenças significativas no Índice de Massa Corporal dos grupos estudados e, assim como na abordagem BLW, os resultados podem ter sofrido influência de fatores demográficos (48).

No estudo de Leong et al. (35), bebês praticantes da abordagem BLISS apresentaram menor ingestão de frutas, vegetais e fibras dietéticas, quando comparados a bebês submetidos à Tradicional, fato que pode estar relacionado a oferta de uma maior variedade de alimentos em decorrência da alteração na consistência, característica da abordagem Tradicional (34). Erickson et al (49), por sua vez, encontraram ingestões de sódio e gordura significativamente maiores no grupo BLISS, aos 7 meses de idade. No entanto, aos dois anos, ambos os grupos apresentaram alta ingestão de sódio e açúcar. Para os autores, a abordagem BLISS pode resultar em uma dieta tão nutricionalmente adequada quanto a Tradicional, e pode superar preocupações quanto à adequação nutricional do BLW não modificado (49).

Já no estudo de revisão de Temóteo et al. (50), os autores concluíram que nenhuma das abordagens (Tradicional, BLW e BLISS) aumentou ou reduziu os riscos de deficiências nutricionais. Tal constatação ressalta a relevância de uma alimentação saudável e diversificada, independentemente do tipo de abordagem utilizada.

Por fim, ao unir os conceitos da abordagem Tradicional e da BLW, Padovani (5) aponta como uma vantagem da abordagem Participativa o fato dela não seguir estritamente um modelo, o que pode ser especialmente vantajoso para famílias que deixam seus bebês, durante a semana, em creches ou com cuidadores que não praticam a BLW. Além disso, para Padovani (5), através da abordagem Participativa é possível estimular a independência e o desenvolvimento das funções orais do bebê, de acordo com a evolução de suas habilidades na exploração dos alimentos. Sob outra perspectiva, quando se opta por não seguir o BLW exatamente como ele é proposto uma parte do estímulo motor proposto por essa abordagem é perdida, o que pode ser considerado uma desvantagem da abordagem Participativa (31, 33).

Ao sumarizar especificidades, similaridades, vantagens e desvantagens, o presente estudo possibilitou a comparação de diferentes tipos de abordagens de AC, podendo contribuir para o processo decisório, consolidação e disseminação facilitada do conhecimento. Todavia, por se tratar de uma revisão narrativa e, como tal, não se propõe a realizar investigações sistematizadas de informações, é passível de viés pela omissão ou limitação na busca de referências (51). Além disso, como ainda não existem evidências sobre a melhor abordagem de

AC (17, 29) espera-se que estudos futuros possam elucidar se existe ou não uma abordagem que possa ser considerada mais apropriada para bebês em fase de AC.

## CONCLUSÃO

As quatro abordagens de alimentação complementar descritas apresentaram especificidades, similaridades, vantagens e desvantagens. E, até o momento, não existem evidências sobre uma delas ser considerada mais adequada para o bebê. Dessa forma, deve-se atentar para a abordagem que melhor se adapte ao bebê e à família, e salientar que independentemente da abordagem utilizada, todos os cuidados para uma alimentação complementar saudável, diversificada e segura devem ser garantidos e extensivos a um ambiente familiar acolhedor e incentivador.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. Cameron S, Heath A, Taylor R. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. BMC pediatrics, 2015;15(1):1-11.
4. Rapley G, Murkett T. Baby-Led Weaning: The Essential Guide to Introducing Solid Foodsand Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater. United Kingdom: The Experiment; 2010.
5. Padovani AR. Introdução Alimentar ParticipATIVA. 2015. E-book. 61 p.
6. Ministry of Health. Healthy Eating Guidelines for New Zealand Babies and Toddlers (0–2 years old). Wellington: Ministry of Health. 2021. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/healthy-eating-guidelinesfor-new-zealand-babies-and-toddlers-nov21-v2.pdf>
7. Escobedo CTV; Serrano MLL; Córdova AGM. Guías Alimentarias para niños y niñas menores a 2 años de edad. Peru: Ministerio de Salud. 2021. 84p. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1811895/Gu%C3%ADas%20Alimentarias%20para%20niños%20y%20niñas%20menores%20a%202%20años%20de%20edad.pdf>
8. Costa Rica. Ministerio de Salud. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los primeros mil días de vida en Costa Rica. 2021 -San José. Costa Rica: Comisión Intersectorial de las Guías Alimentarias y FAO.

9. Taylor R, Heath AL, Williams S, Taylor B. [homepage na internet]. BLISS: Baby-led introduction to solids. University of Otago. [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <https://www.otago.ac.nz/diabetes/research/otago057104.html>.
10. Daniels, L. Impact of a baby-led approach to complementary feeding on iron and zinc intake and status: A randomised controlled trial [dissertation]. Denedin (NZ): University of Otago; 2017.
11. Health Child Manitoba (HCM). Feeding Your Baby 6 months to 1 year. Manitoba: HCM, 2017.
12. Alberta Health Service. Nutrition Guideline. Healthy Infants and Young Children. Introduction of Complementary Foods. Alberta: 2015.
13. Argentina, Ministerio de Salud: Primer año de vida: Alimentación Complementaria. [sem data]. [publicação on-line]; [acesso em 04 fev 2023]. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/primeranio/mes6a9/alimentacion>;
14. Ministerio de Salud de Chile. División de Prevención y Control de Enfermedades. Dpto. Nutrición y Ciclo Vital. Guía de alimentación del niño (a) menor de 2 años. Guías de alimentación hasta la adolescencia. Santiago: Ministerio de Salud, 2005. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Guia\\_Alimentacion.pdf&sa=D&source=docs&ust=1675887714517915&usg=AOvVaw2HZL36ulsx\\_iQTBp\\_e7Mq5](https://www.google.com/url?q=https://nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Guia_Alimentacion.pdf&sa=D&source=docs&ust=1675887714517915&usg=AOvVaw2HZL36ulsx_iQTBp_e7Mq5)
15. Gobierno de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO. Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de colombia. Octubre 2020. Acesso em: fev 2022. Disponível em: [https://www.icbf.gov.co/system/files/guias\\_alimentarias\\_basadas\\_en\\_alimentos\\_para\\_mujeres\\_gestantes\\_madres\\_en\\_periodo\\_de\\_lactancia\\_y\\_ninos\\_y\\_ninas\\_menores\\_de\\_2\\_años\\_para\\_colombia\\_3\\_0.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/guias_alimentarias_basadas_en_alimentos_para_mujeres_gestantes_madres_en_periodo_de_lactancia_y_ninos_y_ninas_menores_de_2_años_para_colombia_3_0.pdf)
16. Bocquet, A.; Brancato, S.; Turck, D. et al. “Baby-led weaning”–progress in infant feeding or risky trend? Arch. Pediatr. 2022, 29, 516–525. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.08.012>
17. Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
18. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2023. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
19. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (135 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 19.05.2022

20. Padovani A. Quando e como oferecer carnes ao bebê? (BLW e participATIVA), 2017. [publicação on-line]; 2017 [acesso em 09 set 2022] Disponível em: <https://tanahoradopapa.com.br/baby-led-weaning/quando-e-como-oferecer-carne-ao-bebeblw-e-participativa/>
21. Cameron S, Heath A, Taylor R. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients*, 2012;4(11):1575-1609.
22. Vieira VL, Vanicolli BAL, Rapley G. Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 2020;15:e46047.
23. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, 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.
24. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: Developmental readiness for complementary foods. *Matern. Child Nutr*, 2011;9(2):233243.
25. Beal JA. Baby-Led Weaning. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016 Nov/Dec;41(6):373.
26. Government of Canada. Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months. 2015-01-19. Acesso em: fev 2022. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infantfeeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html>
27. Helwig J. Baby-Led Feeding: A Natural Way to Raise Happy, Independent Eaters. Califórnia: Harvest Publications, 2018.
28. Rapley G, Murkett T. Baby-Led Weaning: O desmame guiado pelo bebê. São Paulo: Timo; 2017.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia Prático de Atualização: a alimentação complementar e o método BLW (Baby Led Weaning). Rio de Janeiro: SBP; 2017.
30. Almeida APFD, Siqueira AMDA, Silva FTDS, et al. Segurança alimentar e apresentação dos cortes dos alimentos na abordagem de introdução alimentar baby led weaning. *Rev. Sítio Novo*, 2020;5(1):158-170.
31. Rapley G. Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *Journal of Health Visiting*, 2015;3(3):144-151.
32. Cameron S, Taylor R, Heath A. 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.
33. Padovani, A. Posso combinar os métodos? O BLW e a oferta de papinha. [publicação online]; 2014. [acesso em 12 jul. 2022]. Disponível em: <https://tanahoradopapa.com.br/babyled-weaning/posso-combinar-metodos-o-blw-e-a-oferta-da-papinha/>.
34. Camasmie L. Introdução alimentar: comparação entre o método tradicional e o baby-led weaning (blw). Semesp, Universidade Paulista - UNIP, 2018.



35. Leong C, Haszard JJ, Lawley B, et al. Mediation Analysis as a Means of Identifying Dietary Components That Differentially Affect the Fecal Microbiota of Infants Weaned by Modified Baby-Led and Traditional Approaches. *Applied and Environmental Microbiology*, 2018; 10(18):e00914-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121999/>
36. Alpers B, Blackwell V, Clegg M. Standard v. baby-led complementary feeding: a comparison of food and nutrient intakes in 6–12-month-old infants in the UK. *Public Health Nutr.*, 2019;22(15):2813-2822.
37. Cameron S, Heath A, Taylor R. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. *BMJ Open*, 2012;2:e.001542.
38. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*, 2012;58(3):1046-1049.
39. Fangupo L, Heath ALM, Williams S, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*, 2016;138(4):e 20160772.
40. 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.
41. Kahraman A, Gümüş M, Yaz SB, et al. Baby-led weaning versus traditional weaning: The assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. *Early Child Dev Care*, 2020;190(5):615-624.
42. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, et al. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatr Int*, 2018;60(12):1073-1080
43. Pérez-Escamilla, Rafael; Segura-Pérez, Sofia; Lott, Megan (2017). Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers. *Nutrition Today*, 52(5),223–231. doi:10.1097/NT.0000000000000234.
44. Addressi E, Galloway AT, Wingrove T, et al. Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development. *Appetite*, 2021;164:e105286.
45. Arantes ALA, Neves FC, Campos AAL, et al. Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. *Rev Paul Pediatr*, 2018;36:353-363.
46. Boswell N. Complementary Feeding Methods—A Review of the Benefits and Risks. *Int J of Environ Res Public Health*, 2021;18(13):7165.
48. Taylor R.W., Williams S.M., Fangupo L.J., Wheeler B.J., Taylor B.J., Daniels L., Fleming L.A., McArthur J., Morison B., Erickson L.W., et al. Baby-led and conventional approaches to complementary feeding for obesity prevention: A randomised controlled trial. *Jama Pediatr*, 2017;171:838–846.
49. Erickson LW, Taylor RW, Haszard JJ et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, 2018;10(6):740.

50. Temóteo CCS, Fontes DCL, Ferreira AS. Risks and benefits of different methods of complementary feeding. *Res., Soc. Dev.*, 2021;10(4):e44110414290.
51. Samnani SS, Vaska M, Ahmed S, Turin TC. Review Typology: The Basic Types of Reviews for Synthesizing Evidence for the Purpose of Knowledge Translation. *JCPSP*, 2017;27(10):635-641.