


 Viviane Laudelino Vieira ¹

 Bruna Angelo Lemes Vanicoli ²

 Gill Rapley ³

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Nutrição. São Paulo, SP, Brasil.

³ Canterbury Christ Church University, Filosofia em Saúde e Assistência Social. Canterbury, Reino Unido.

Correspondência

Viviane Laudelino Vieira
vivianeveira@usp.br

Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar

Comparison between the reported practices of baby-led weaning and the traditional approach for complementary feeding

Resumo

Objetivo: Comparar as características da alimentação complementar de lactentes cujas mães referiram praticar o baby-led weaning com aquelas que relataram utilização da abordagem tradicional. **Métodos:** Estudo quantitativo descritivo com entrevistas online de mães de bebês de 1 a 2 anos, convidadas via redes sociais a preencherem formulário contendo dados socioeconômicos, de aleitamento materno e relativos à alimentação complementar. As diferenças entre os grupos foi verificada por meio do teste t ou do qui-quadrado. **Resultados:** Foram identificadas 208 entrevistadas (57,9%) que relataram usar a abordagem tradicional e 151 (42,1%), o baby-led weaning. Dos bebês em baby-led weaning, 84,1% mantinham-se em aleitamento materno, contra 56,2% em abordagem tradicional, e foram menos expostos a fórmulas, espessantes, mamadeiras e chupetas ($p < 0,05$). Quanto à alimentação complementar, 7,3% do grupo baby-led weaning iniciou antes dos 6 meses, comparados aos 23,1% do grupo abordagem tradicional ($p < 0,05$). Observaram-se diferenças estatisticamente significantes para a idade de introdução da maioria dos grupos de alimentos, para utilização de produtos ultraprocessados, sucos, açúcar e sal. Aqueles em baby-led weaning chegaram, significativamente, aos 12 meses com diferenças quanto a compartilhar a comida da família (71,5% vs 11,5%), sentar-se adequadamente à mesa (89,4% vs 66,8%) e utilizando a consistência adequada dos alimentos (74,2% vs 62,0%). **Conclusão:** No presente estudo, lactentes cujas mães relataram realizar o baby-led weaning caracterizaram-se pela introdução de alimentos atendendo às recomendações nacionais comparados àqueles que foram expostos à abordagem tradicional.

Palavras-chave: Nutrição do lactente. Desenvolvimento infantil. Aleitamento materno. Alimentação complementar.

Abstract

Objective: To compare the characteristics of complementary feeding for infants whose mothers reported practising baby-led weaning with those who reported using the traditional approach. **Methods:** Quantitative descriptive study with online interviews of mothers of infants aged 1 to 2 years, invited via social net-works to complete a form containing socioeconomic, breastfeeding and complementary feeding data. The differences between the groups were verified using t-test or chi-square. **Results:** 208 respondents (57.9%) were identified who reported using the traditional approach and

151 (42.1%), baby-led weaning. Of the babies in the baby-led weaning group, 84.1% were breastfeeding, against 56.2% following the traditional approach; they were also less exposed to formulas, thickeners, bottles and pacifiers ($p < 0.05$). In terms of complementary feeding, 7.3% of the baby-led weaning group initiated this before 6 months compared with 23.1% in the traditional approach group ($p < 0.05$). Statistically significant differences were observed for the age of introduction of most food groups and for the use of ultra-processed foods, juices, sugar and salt. At 12 months those following baby-led weaning were significantly more likely to be sharing family food (71.5% vs 11.5%), to be seated appropriately at the table (89.4% vs 66.8%) and to be eating foods of an appropriate consistency (74.2% vs. 62.0%). **Conclusion:** In the present study, infants whose mothers reported following baby-led weaning were more likely to be introduced to food in accordance with national recommendations compared with those who were exposed to the traditional approach.

Keywords: Infant nutrition. Child development. Breast feeding. Complementary feeding.

INTRODUÇÃO

O período da alimentação complementar (AC), o qual se recomenda iniciar a partir dos seis meses de vida,¹ vem sendo objeto de discussões em função da possibilidade de o lactente comer sozinho.² O *baby-led weaning* (BLW), proposto por profissionais e pesquisadores como uma possibilidade pertinente a esse período,^{3,4} é uma abordagem caracterizada por alguns princípios, como a realização de refeições compartilhadas, oferta de alimentos em pedaços, controle da alimentação por parte do bebê (quando iniciará, o que comerá, quanto comerá e o ritmo da alimentação), que usará as mãos para se alimentar, e a progressão gradual da alimentação em função do desenvolvimento do bebê. Enquanto isso, tradicionalmente, a realização da AC é guiada pelo adulto, que decidirá o momento do seu início, além de alimentar o lactente com alimentos em consistência pastosa usando a colher e estabelecendo quais alimentos ele comerá, suas quantidades e a velocidade da oferta.⁵

O mais recente guia alimentar nacional destinado a lactentes indica que, além da alimentação amassada, oferecida na colher, também podem ser oferecidos alimentos macios, em pedaços grandes, para que a criança os pegue com a mão e leve à boca.⁶ Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria,⁷ ao experimentar com as mãos os alimentos aos pedaços, em tamanhos coerentes com o seu desenvolvimento, a criança conhece diferentes texturas, o que contribui para o aprendizado sensório-motor.

No Reino Unido, recomenda-se que os alimentos oferecidos possam ser consumidos com as mãos desde o início da AC, observando-se os sinais de prontidão do lactente.⁸ Já o Canadá, em 2014, incorporou alguns dos fundamentos do BLW, especialmente os relacionados com a oferta de alimentos que possam ser comidos com as mãos, como uma estratégia para promover a alimentação responsiva, considerando os sinais de fome e de saciedade para definir quando, quanto e a velocidade em que a criança come.⁹

Pesquisas sobre o BLW se iniciaram a partir dos anos 2000 e vêm evidenciando benefícios potenciais, como maior tranquilidade às refeições,¹⁰ compartilhamento de refeições com a família,¹¹ melhor regulação do apetite,¹² menor incidência de seletividade alimentar¹³ e fortalecimento do vínculo entre pais e filhos.¹⁴ Por outro lado, riscos previamente atribuídos a tal abordagem, como o de engasgos e de deficiências nutricionais, não se confirmam.^{10,15-18} Quase toda a literatura relativa ao tema vem sendo produzida em países norteamericanos e europeus, com características sociodemográficas que diferem do Brasil, local onde nenhum estudo exploratório foi publicado sobre o tema.^{14,19}

Há que se fortalecer, no entanto, as evidências de fatores que desencadeiam preocupações nos profissionais, como a não exposição dos bebês a deficiências nutricionais por meio dessa abordagem. Além disso, deve-se considerar que, na existência de características do bebê que remetem a atrasos de desenvolvimento, o BLW precisa ser ponderado. Ademais, o fato de, diferentemente de uma abordagem mais tradicional orientada por profissionais de saúde, o BLW vem sendo difundido entre as famílias, o que poderia levar a práticas alimentares inadequadas.^{14,20} Na perspectiva de fortalecer as evidências relacionadas à autoalimentação do lactente, pesquisadores da Nova Zelândia desenvolveram um protocolo de intervenção intitulado *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS),²¹ que enfatiza cuidados para minimizar o risco de engasgos, além do consumo dos alimentos fontes de ferro e com maior densidade energética. Resultados decorrentes vêm mostrando que, mediante orientação profissional, há melhora para os distintos parâmetros estudados.^{10,15,16,18,22}

A classificação da realização do BLW vem sendo discutida na literatura. Brown & Lee²³ definiram-na quando ocorre o uso de colher ou o uso de papas em menos de 10% das ofertas. Provavelmente, em algumas situações, ocorra simultaneamente a oferta do alimento pelo adulto enquanto o bebê come com as próprias mãos,²⁴ algo que vem sendo estimulado, inclusive, pela Sociedade Brasileira de Pediatria.²⁰

Diante desse cenário familiar, no qual cuidadores reproduzem diferentes abordagens, o desenvolvimento de investigações que podem confirmar a realização de todos os princípios do BLW é desafiador, pela dificuldade de obtenção da amostra. Assim, a utilização de dados referidos ou a consideração de alguns dos princípios para se classificar o BLW tem sido uma opção para os estudos relativos ao tema, sendo fundamental ter cautela na interpretação dos resultados obtidos, para não se chegar a conclusões que não sejam válidas. Por outro lado, vale ressaltar que pode ser possível obter benefícios quanto à alimentação infantil, mesmo que uma família não atenda totalmente ao preconizado pelo BLW.

Tendo em vista o exposto, este artigo visa comparar as características da alimentação durante o período complementar de lactentes cujas mães referiram praticar o *baby-led weaning* com aqueles com relatos de utilização da abordagem tradicional.

MÉTODOS

Foi realizado estudo quantitativo descritivo, de agosto de 2017 a maio de 2019, com mães de crianças de 12 a 24 meses residentes em território nacional, a partir de dados parciais de banco de dados obtido em pesquisa relativa a práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida (protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 6666.3117.5.0000.5421).

As mulheres que conformaram esse banco foram convidadas, via redes sociais (Facebook e Instagram), a preencherem formulário do Google Docs. Foram acessados grupos e páginas relacionadas à maternidade e/ou à alimentação infantil para acessar o público de interesse, que recebia, como contrapartida, um *e-book* sobre alimentação infantil. Considerou-se critério de exclusão a prematuridade, definida pelo nascimento antes de 37 semanas, além de doenças preexistentes e outras condições que poderiam interferir no tempo de início da AC, bem como nas suas características.

O formulário respondido estava subdividido em: dados sociodemográficos da mãe, dados da criança sobre nascimento, acompanhamento de saúde e educação, dados relativos ao aleitamento materno e dados sobre AC. Além disso, a respondente indicava a realização da abordagem tradicional (AT), BLW, outra ou nenhuma, mediante breve explicação, no próprio formulário, sobre o que consistia cada uma delas. O BLW foi apresentado como uma abordagem caracterizada pela oferta de alimentos em pedaços, lactente comendo sozinho e pelo compartilhamento de refeições, enquanto que a AT foi explicada pela oferta de alimentos em consistência pastosa ao bebê por um cuidador utilizando-se da colher.

Dentre as variáveis maternas, encontravam-se local de residência (por município e Estado, sendo depois classificado segundo regiões), idade, escolaridade (em anos de estudo), presença ou ausência de companheiro(a), realização de trabalho remunerado, existência de renda própria, número de filhos e realização de licença-maternidade.

As variáveis gerais relativas à criança contemplavam sexo, idade gestacional e peso ao nascimento, local de assistência de saúde no pré-natal (por convênio/particular, setor público ou outro), no parto (em hospital privado, público ou outro) e no momento atual (por convênio/particular, setor público ou outro) e se a criança frequenta algum tipo de creche ou berçário e, em caso afirmativo, se é um estabelecimento privado ou público.

O aleitamento materno foi medido quanto ao tempo (em meses) para a realização do aleitamento materno exclusivo e continuado. Além disso, analisou-se o uso de chupetas, de mamadeiras, de fórmulas infantis e de espessantes para lácteos.

A alimentação complementar foi caracterizada quanto à oferta de líquidos ou de alimentos sólidos antes dos seis meses, idade (em meses) de introdução dos diferentes grupos de alimentos (cereais/raízes/tubérculos, legumes, verduras, frutas, leguminosas e carnes/ovos) e refeições (lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), consumo de determinados alimentos ou ingredientes antes dos 12 meses (produtos ultraprocessados, açúcar, sal e sucos), consistência dos alimentos com seis e 12 meses (alimentos peneirados/batidos, sopa, alimentos amassados ou alimentos em pedaços, sendo, posteriormente, classificados em consistência inadequada ou adequada conforme as recomendações oficiais), compartilhamento da comida da família aos 12 meses e se a criança comia sentada adequadamente à mesa (quando esta usava assento que lhe proporcionava posição ereta do tronco e sem uso de telas). Com relação às variáveis relativas à idade da introdução dos diferentes grupos de alimentos e das refeições, a pergunta foi respondida em meses e, então, classificada em “precoce”, “adequada” ou “tardia”. Considerou-se precoce a introdução de qualquer grupo de alimentos ou de refeições antes dos seis meses. Classificou-se em tardia a introdução de grupos e de refeições a partir do sete meses. Exceção ocorreu para o “jantar”, que foi considerado tardio a partir dos oito meses de vida.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o *software* Excel. Foram descritas as frequências das variáveis categóricas e os valores de média e do desvio-padrão das variáveis contínuas. Diferenças entre os grupos que indicaram realizar o BLW e a AT foram avaliadas com os testes qui-quadrado e teste *t*, quando apropriado, atribuindo-se como nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram recebidas 939 respostas. Por se tratar de uma pesquisa com adesão voluntária, houve a necessidade de exclusão de 338 mulheres, por não atenderem ao perfil definido no estudo e/ou por terem respondido ao questionário mais de uma vez. Das 601 restantes, 208 indicaram ter realizado a AT (34,6%), 151 o BLW (25,1%), 215 apontaram outras abordagens ou a realização simultânea de BLW e tradicional (35,8%) e 27 não reconheciam nenhuma abordagem específica (4,5%).

Foram analisados dados fornecidos por 208 mães que indicaram realizar a AT e 151 que declararam realizar o BLW, totalizando 359 participantes, de todas as regiões do país, sendo 69,0% do Sudeste, 16,7% do Sul, 10,7% do Nordeste, 2,8% do Centro-Oeste e 0,8% do Norte. Com relação à faixa etária, 242 mulheres (67,4%) tinham 30 anos ou mais ($p < 0,05$) e 274 (76,6%) possuíam o ensino superior completo ($p > 0,05$). Sobre o sexo dos bebês, 46,6% dos que fizeram AT eram meninas; no BLW, a prevalência foi de 57,0% ($p > 0,05$).

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos maternos. Pode-se perceber que não há diferenças estatísticas entre os dois grupos estudados considerando as variáveis investigadas, exceto pelo fato de as mães que referiram o BLW serem mais jovens e se apresentarem em menor proporção exercendo trabalho remunerado, quando comparadas às mães que referiram a AT.

Tabela 1. Descrição de mães de crianças de 12 a 24 meses segundo dados sociodemográficos. Brasil, 2017-2019.

	Tradicional	BLW	Valor-p
Idade (anos)	32,5 (5,16)	31,1 (4,56)	0,012
Número de filhos	1,3 (0,60)	1,2 (0,48)	0,261

Tabela 1. Descrição de mães de crianças de 12 a 24 meses segundo dados sociodemográficos. Brasil, 2017-2019. (Cont.)

	Tradicional	BLW	Valor-p
Escolaridade (em anos)			
≤ 9	4 (1,9%)	2 (1,3%)	0,756
10-12	48 (23,1%)	31 (20,5%)	
>12	156 (75,0%)	118 (78,1%)	
Estado conjugal			
Com companheiro(a)	195 (93,8%)	144 (95,4%)	0,510
Sem companheiro(a)	13 (6,2%)	7 (4,6%)	
Trabalho remunerado			
Sim	139 (66,8%)	78 (51,7%)	0,004
Não	69 (33,2%)	73 (48,3%)	
Mãe apresenta fonte de renda própria			
Sim	150 (72,1%)	99 (65,6%)	0,184
Não	58 (29,9%)	52 (34,4%)	

Para variáveis contínuas, descritas as médias e desvios-padrão; para variáveis categóricas, descritos o n e a porcentagem

Na tabela 2, observam-se os dados relativos a gestação, assistência em saúde e educação, além de informações relacionadas à prática do aleitamento materno. Diferenças significativas foram observadas para as distintas variáveis que se referem ao aleitamento materno exclusivo (AME) e para a existência do aleitamento no momento atual. Destaca-se que 79,5% dos bebês que realizaram o BLW mantinham-se em aleitamento materno no momento da coleta de dados, enquanto que 55,5% da AT continuaram a receber leite materno.

Quanto aos componentes que dificultariam a manutenção do aleitamento, a presença de fórmulas lácteas, mamadeiras, espessantes e de chupetas foi estatisticamente maior no grupo da AT. Merece destaque o uso de fórmulas em 62,0% dos bebês com AT, em 24,5% do grupo BLW.

Tabela 2. Descrição dos lactentes e suas mães segundo variáveis de saúde gerais, de educação e de aleitamento materno. Brasil, 2017-2019.

	Tradicional	BLW	Valor-p
Peso ao nascer (g)	3.290 (446)	3.310 (450)	0.505
Local de realização do pré-natal			0,683
Convênio/particular	171 (82,2%)	120 (79,5%)	
Unidade básica de saúde	29 (13,9%)	26 (17,2%)	
Outro	8 (3,8%)	5 (3,3%)	
Realização de licença-maternidade			0,445
Sim	164 (78,8%)	105 (69,5%)	
Não	44 (21,2%)	46 (30,5%)	
Local de nascimento			0,018
Hospital privado	156 (75,0%)	95 (62,9%)	
Hospital público	46 (22,1%)	44 (29,1%)	
Outro	6 (2,9%)	12 (8,0%)	
Local de atendimento de saúde atual			0,535
Convênio/particular	179 (86,1%)	124 (82,1%)	
Unidade básica de saúde	21 (10,1%)	21 (13,9%)	
Outro	8 (3,8%)	6 (4,0%)	

Tabela 2. Descrição dos lactentes e suas mães segundo variáveis de saúde gerais, de educação e de aleitamento materno. Brasil, 2017-2019. (Cont.)

	Tradicional	BLW	Valor-p
Frequente creche/berçário			0,103
Não	116 (55,8%)	101 (66,9%)	
Particular	69 (33,2%)	38 (25,2%)	
Pública	23 (11,1%)	12 (7,9%)	
Realização de AME			<0,001
Sim	173 (83,2%)	148 (98,0%)	
Não	35 (16,8%)	3 (2,0%)	
AME nos primeiros seis meses			0,01
Sim	117 (56,2%)	127 (84,1%)	
Não	91 (43,8%)	34 (15,9%)	
Duração média do AME (meses)	4,5 (2,30)	5,4 (1,75)	<0,001
Aleitamento materno atual			<0,001
Sim	115 (55,3%)	120 (79,5%)	
Não	93 (44,7%)	31 (30,5%)	
Uso de chupetas			<0,001
Sim	83 (39,9%)	32 (21,2%)	
Não	125 (60,1%)	119 (79,8%)	
Uso de mamadeiras			0,01
Sim	142 (68,3%)	39 (25,8%)	
Não	66 (31,7%)	112 (74,2%)	
Uso de fórmulas infantis			0,01
Sim	129 (62,0%)	37 (24,5%)	
Não	79 (38,0%)	114 (74,5%)	
Uso de espessantes			<0,001
Sim	38 (18,3%)	7 (4,6%)	
Não	170 (81,7%)	144 (95,4%)	

Para variáveis contínuas, descritas as médias e desvios-padrão; para variáveis categóricas, descritos o n e a porcentagem; AME: aleitamento materno exclusivo

A tabela 3 apresenta as características relativas ao consumo de alimentos e de líquidos, além do leite materno ou fórmula. Verifica-se que o grupo da AT tende a iniciar a AC antes dos seis meses, sendo que 19,2% ofereceram líquidos e 23,1% ofertaram sólidos precocemente. Já no grupo BLW, 4,6% receberam líquidos e 7,3% receberam sólidos antes dos seis meses de vida da criança ($p < 0,05$).

Bebês da abordagem do BLW estiveram estatisticamente mais propensos à introdução de alimentos no tempo recomendado para todos os grupos de alimentos. Frutas constituem o grupo de alimentos com maior oferta precoce na AT (23,6%); enquanto isso, 3,3% dos bebês em BLW receberam esse alimento antes dos seis meses. Verduras, leguminosas e carnes são os grupos que mais são oferecidos tardiamente, tanto pela AT como pelo BLW. Destaca-se que, para as verduras, 45,8% da AT e 30,5% do BLW foram oferecidos a partir do sete meses ($p < 0,05$).

Maior proporção de lactentes cujas mães referiram usar a AT receberam alimentos e ingredientes considerados inadequados para o período da AC, como açúcar, produtos ultraprocessados de forma geral, sal e sucos de frutas ($p < 0,05$). Os ultraprocessados foram oferecidos antes dos 12 meses para 27,9% dos

bebês que estiveram na AT e por 12,2% daqueles em BLW; para sucos, as proporções foram de 60,1% e 40,4%, respectivamente.

Tabela 3. Descrição de características da alimentação complementar (AC) de lactentes que praticaram a abordagem tradicional ou o BLW relativas à oferta de alimentos, ingredientes ou grupos de alimentos. Brasil, 2017-2019.

	Tradicional	BLW	Valor-p
Líquidos antes dos 6 meses			
Sim	40 (19,2%)	7 (4,6%)	<0,001
Não	168 (80,8%)	144 (95,4%)	
Alimentos sólidos antes dos 6 meses			<0,001
Sim			
Não	48 (23,1%)	11 (7,3%)	
	160 (76,9%)	140 (92,7%)	
Frutas			<0,001
Precoce	49 (23,6%)	5 (3,3%)	
Adequada	143 (68,8%)	118 (78,1%)	
Tardia	16 (7,7%)	28 (18,5%)	
Cereais, raízes e tubérculos			0,017
Precoce	16 (7,7%)	3 (2,0%)	
Adequada	136 (64,4%)	116 (76,8%)	
Tardia	56 (26,9%)	32 (21,2%)	
Legumes			0,072
Precoce	15 (7,2%)	4 (2,6%)	
Adequada	145 (69,7%)	119 (78,8%)	
Tardia	48 (23,1%)	28 (18,5%)	
Verduras			0,048
Precoce	9 (4,3%)	4 (2,6%)	
Adequada	118 (56,7%)	101 (66,9%)	
Tardia	91 (43,8%)	46 (30,5%)	
Leguminosas			0,56
Precoce	6 (2,9%)	2 (1,3%)	
Adequada	90 (43,3%)	71 (47,0%)	
Tardia	112 (53,8%)	78 (51,7%)	
Carnes/ovos			0,515
Precoce	6 (2,9%)	2 (1,3%)	
Adequada	102 (49,0%)	80 (53,0%)	
Tardia	100 (48,1%)	69 (45,7%)	
Ultraprocessados			<0,001
Sim	58 (27,9%)	20 (12,2%)	
Não	150 (72,1%)	131 (87,8%)	
Sucos			<0,001
Sim	125 (60,1%)	61 (40,4%)	
Não	83 (39,9%)	90 (59,6%)	
Açúcar			<0,001
Sim	34 (16,3%)	5 (3,3%)	
Não	174 (83,7%)	146 (96,7%)	
Sal			<0,001
Sim	109 (52,4%)	51 (34,7%)	
Não	99 (47,6%)	100 (65,3%)	

* Foi considerado o consumo de produto ultraprocessado a partir dos seguintes itens: carnes processadas, lácteos industrializados, biscoitos de pacote, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

A tabela 4 caracteriza a realização das refeições no período da AC. Bebês em BLW recebem, ao início, alimentos em pedaços (74,2%), enquanto que, na AT, 68,3% recebem alimentos amassados ($p < 0,05$). Nesta

última abordagem, 26,9% recebem alimentos em consistência inadequada ao sexto mês, como batidos, peneirados ou em sopas. Aos 12 meses, é estatisticamente maior a oferta de alimentos em consistência inadequada para aqueles que realizaram AT (34,6%). Para aqueles que realizaram BLW, 20,5% recebiam alimentos em consistência que não era a da alimentação da família.

Os de BLW estiveram significativamente mais propensos a compartilhar os mesmos alimentos de consumo da família (71,5% vs 11,5%) e a comer à mesa adequadamente sentados (89,4% vs 66,8%). Lanches da manhã e da tarde são oferecidos, com significância, de forma precoce na AT, sendo observadas prevalências de 13,0% e 11,5%, respectivamente. No BLW, lanche da manhã foi oferecido antes dos seis meses por 2,0% e lanche da tarde por 2,6%. Ao mesmo tempo, lanche da manhã foi oferecido tardiamente por 37,5% na AT e por 25,8% no BLW.

Tabela 4. Descrição de características da alimentação complementar (AC) de lactentes que praticaram a abordagem tradicional ou o BLW relativas à consistência da alimentação, início oferta das diferentes refeições, compartilhamento dos alimentos da família e hábito de se sentar adequadamente à mesa. Brasil, 2017-2019.

	Tradicional	BLW	Valor-p
Consistência principal no início da AC			<0,001
Inadequada*	56 (26,9%)	5 (3,3%)	
Alimentos amassados	142 (68,3%)	31 (20,5%)	
Alimentos em pedaços	5 (2,4%)	112 (74,2%)	
NR	5 (2,4%)	3 (2,0%)	
Consistência principal da alimentação aos 12 meses			0,005
Inadequada**	72 (34,6%)	31 (20,5%)	
Adequada**	129 (62,0%)	112 (74,2%)	
NR	7 (3,4%)	8 (5,3%)	
Oferta do lanche da manhã			<0,001
Precoce	27 (13,0%)	3 (2,0%)	
Adequada	99 (47,5%)	94 (62,3%)	
Tardia	78 (37,5%)	54 (25,8%)	
NR	2 (1,0%)	0 (0,0%)	
Oferta do almoço			0,239
Precoce	17 (8,2%)	3 (2,0%)	
Adequada	128 (61,5%)	107 (70,9%)	
Tardia	63 (30,3%)	41 (27,2%)	
Oferta do lanche da tarde			0,006
Precoce	24 (11,5%)	4 (2,6%)	
Adequada	97 (46,7%)	83 (55,0%)	
Tardia	84 (40,4%)	64 (42,4%)	
NR	3 (1,4%)	0 (0,0%)	
Oferta do jantar			0,113
Precoce	9 (4,3%)	1 (0,7%)	
Adequada	139 (66,8%)	106 (70,2%)	
Tardia	60 (28,8%)	44 (29,1%)	
Aos 12 meses, criança recebia comida da família			<0,001
Não	24 (11,5%)	7 (4,6%)	
Em partes	155 (74,5%)	35 (23,2%)	
Sim	24 (11,5%)	108 (71,5%)	
NR	5 (2,4%)	1 (0,7%)	

Tabela 4. Descrição de características da alimentação complementar (AC) de lactentes que praticaram a abordagem tradicional ou o BLW relativas à consistência da alimentação, início oferta das diferentes refeições, compartilhamento dos alimentos da família e hábito de se sentar adequadamente à mesa. Brasil, 2017-2019. (Cont.)

	Tradicional	BLW	Valor-p
Durante a alimentação complementar, permanencia sentada adequadamente			<0,001
Sim	139 (66,8%)	135 (89,4%)	
Não	69 (33,2%)	26 (10,6%)	

* Foi considerada inadequada a consistência assinalada como peneirada, batida ou de sopa. **Foi considerada inadequada a consistência que não seja em pedaços/sólida. NR: não respondeu.

DISCUSSÃO

Historicamente, a alimentação oferecida pela colher, na forma de papa, foi fundamental quando lactentes iniciavam a ingestão de outros alimentos em um cenário no qual o desmame ocorria precocemente e eram precárias as alternativas para o leite materno. Até 2002, recomendava-se a introdução alimentar a partir dos quatro meses e, depois, a recomendação passou a ser aos seis meses.¹ Tendo em vista que há diferenças importantes no desenvolvimento de uma criança nessas duas idades, refletir sobre a forma como ela se alimenta é necessário.

Wright et al.²⁴ apontam que a maioria dos bebês aos seis meses possui desenvolvimento suficiente para comer sozinho e, por conseguinte, realizar o BLW. Os dados do presente trabalho sinalizam associações importantes relacionadas ao *baby-led weaning*, como a menor exposição a ingredientes ou alimentos inadequados à idade, a utilização da consistência alimentar adequada aos 12 meses e o hábito do bebê comer à mesa. Além disso, não se verificou a oferta tardia de grupos alimentares ou de refeições.

Coerente com outros trabalhos, a realização do BLW associou-se à introdução da AC aos seis meses, em proporção significativamente maior se comparado ao grupo da AT.²⁵ Por trazer a importância relacionada aos sinais de prontidão,²⁶ famílias que realizam o BLW supostamente tendem a esperar que o bebê consiga sentar-se com o mínimo de apoio, além de levar objetos à boca por conta própria. Tais sinais geralmente surgem em torno dos seis meses de vida, coincidindo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde, relacionada ao início da introdução de novos alimentos.¹

Outro resultado semelhante ao encontrado na literatura refere-se à relação entre BLW e aleitamento materno.²⁵ Na presente pesquisa, lactentes cujas mães referiram a realização do BLW apresentaram situações mais adequadas de aleitamento materno exclusivo e continuado. Teoricamente, a realização do aleitamento materno nos primeiros meses de vida favorece a prática do BLW, tendo em vista que, ao mamar no peito, o bebê controla a quantidade de leite e o ritmo da sua alimentação; enquanto isso, o uso da fórmula aproximar-se-ia da AT para a introdução de alimentos, pelo fato de o adulto manter maior controle em ambas.^{27,28} Como mostrado por Brown & Lee,²⁸ o BLW tende a ser mais escolhido por mães que amamentam seus filhos do que por aquelas que os alimentam com fórmulas lácteas. Algumas possibilidades de justificativa referem-se a uma escolha considerada mais "saudável" ou "natural", ou por essas mães confiarem mais na capacidade de autoalimentação pelo bebê. Manter a oferta de leite em livre demanda após o início da alimentação sólida favorece que esta última aconteça de forma realmente guiada pelo bebê, pois caso ele não ingira quantidade suficiente de alimentos para atender a suas necessidades, ele buscará no leite materno aquilo de que precisa. Também há justificativas relacionadas ao nível educacional por parte de alguns autores, que tende a ser mais elevado entre aquelas que optam pelo BLW,²³ algo que, entretanto, não apresentou diferenças neste trabalho. Porém, neste trabalho, verificou-se que as mães do grupo BLW exercem, em menor proporção, um trabalho

remunerado, o que pode indicar contato com o bebê por mais tempo, favorecendo também a manutenção da amamentação.

Além de melhores taxas de amamentação, os bebês que realizaram o BLW apresentaram-se menos expostos ao uso de bicos artificiais, de fórmulas lácteas e de espessantes, itens que apresentam relação direta com menor tempo de realização do aleitamento materno.^{29,30} Diante deste conjunto de características, as crianças que realizam o BLW parecem ter melhor condição para manter a amamentação durante a realização da AC, e mesmo após os 12 meses, tal como foi verificado no presente estudo.³¹

Foi interessante observar que, em geral, houve a introdução dos diferentes grupos alimentares no tempo adequado à recomendação pelas mães que relataram ter realizado o BLW, especialmente evitando a exposição a novos alimentos de forma precoce, algo que é contraindicado pelos riscos à saúde do lactente.¹ Para a AT e o BLW, a introdução tardia dos grupos alimentares ocorreu de forma semelhante para os legumes, cereais/raízes/tubérculos, carnes/ovos e leguminosas. Já para as verduras, ocorreu de forma mais adequada pelo BLW. Essas informações contradizem os receios de profissionais de que, comendo sozinho, a família teria mais dificuldades para apresentar alguns alimentos, atrasando a exposição da criança a eles.³² Somente para o grupo das frutas, verificou-se a introdução tardia para 18,5% do grupo BLW e 7,5% para o da AT. De qualquer forma, é importante destacar que os alimentos fontes de proteína e de ferro tendem a ser oferecidos tardiamente por importante parcela das famílias para ambos os grupos, diminuindo a diversidade alimentar e podendo predispor a criança à anemia. Daniels et al.²¹ alertam que, quando a abordagem do BLW ocorre de forma bem orientada, ela não aumenta o risco de deficiências de ferro, algo que também foi verificado em intervenção de Dogan et al.¹⁷ Destaca-se, assim, o cuidado do profissional da saúde a dar ênfase a esses cuidados com a dieta.

É importante identificar a maior prevalência de bebês em AT que receberam alimentos ultraprocessados, sucos, açúcar e sal, quando comparados aos bebês que realizaram o BLW, ao passo que o BLW preconiza o compartilhamento de refeições da família com o bebê, o que poderia expô-lo mais intensamente aos alimentos inadequados. Porém, mesmo que a AT recomende que sejam preparados alimentos à parte daqueles consumidos pela família, o bebê teve acesso a produtos de pior qualidade.¹¹ Esse resultado foi coerente com o encontrado por Brown & Lee²³ e por Cameron et al.,¹¹ que mostraram que bebês que realizaram o BLW recebiam menos alimentos processados. A exposição inicial aos diferentes alimentos tende a influenciar o consumo durante a infância, especialmente quando há oferta de produtos hiperpalatáveis, como aqueles alto teor de açúcar. Com relação ao açúcar, Townsend & Pitchford³³ verificaram que pré-escolares que realizaram o BLW apresentavam a preferência por alimentos ricos em carboidratos complexos, ao passo que aqueles que foram alimentados de forma tradicional preferiam doces.

Apesar de o BLW indicar que o bebê seja trazido à mesa em função do seu interesse, sem que haja um protocolo de idade ideal para a realização de diferentes refeições, verificou-se que ele foi apresentado às refeições conforme as recomendações preconizadas pelos guias nacionais.⁶ Mais uma vez, a AT expôs ao maior risco de introdução precoce das refeições, de forma geral. Para o lanche da manhã, a introdução tardia foi mais prevalente no grupo da AT. Para almoço, lanche da tarde e jantar, a introdução tardia foi semelhante para os dois grupos. Esses resultados contradizem aqueles encontrados por Brown & Lee,²³ que observaram que, em BLW, as famílias ofereciam menor número de refeições aos bebês.

A consistência dos alimentos é um aspecto relevante durante a introdução alimentar, pois quando essa consistência não evolui adequadamente até os 12 meses, ou seja, a criança não consome alimentos na consistência da alimentação da família, pode haver dificuldades futuras.³⁴ Espera-se que os lactentes que realizaram o BLW ao início da AC não consumam alimentos liquidificados ou batidos. Ao se verificar a situação

dos lactentes estudados, 34,0% dos bebês cujas mães declararam realizar a AT consumiam alimentos em consistência pastosa; para o grupo de mães que relataram o BLW, a prevalência foi de 20,5%.

Duas variáveis sinalizam características da comensalidade: o ato de a criança sentar-se à mesa em posição adequada e sem uso de telas e o de comer a mesma comida da família. Para ambas as situações, diferenças significativas foram encontradas entre os dois grupos, apontando que 89,4% dos bebês que realizaram o BLW comiam à mesa no primeiro ano de vida e 71,5% compartilhavam rotineiramente da mesma comida da família. Para o grupo da AT, 66,8% comiam à mesa e 11,5% ingeriam os mesmos alimentos da família. Rowan & Harris³⁵ verificaram que bebês que realizaram o BLW consomem, em média, 57% dos mesmos alimentos dos pais. Comer junto e com satisfação incentivaria a criança a comer e a gostar de comer.⁶ Além de favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais para o momento da refeição e de estimular o comer em função do exemplo de outras pessoas, comer sentado adequadamente em uma cadeira representa uma medida de segurança preventiva de engasgos.²⁶

O presente trabalho apresenta algumas limitações que são importantes de serem elucidadas. Por não se tratar de uma amostra aleatória, deve-se ter cautela ao extrapolar as interpretações realizadas. O fato de a população estudada ser aquela que aceitou espontaneamente o convite divulgado em redes sociais tende a caracterizar um público que, eventualmente, seja mais sensível aos cuidados alimentares infantis.

Enquanto o consumo de produtos ultraprocessados por menores de um ano, em nível nacional, é de 43,1% segundo Relvas et al.,³⁶ somente 27,9% do grupo da AT (e 12,2% para o grupo BLW) consomem esses produtos. Assim, não é possível extrapolar as prevalências encontradas para o contexto nacional. No entanto, a comparação entre a realização do BLW e da AT tende a permanecer válida e, inclusive, sinaliza que as diferenças podem ser ainda maiores, pois, segundo a literatura internacional, mães que realizam o BLW apresentam nível socioeconômico mais elevado e este, por sua vez, está frequentemente associado a melhores cuidados de saúde.²³ Considerando que no presente trabalho não houve diferenças entre a maioria das variáveis sociodemográficas e, mesmo assim, o grupo BLW apresentou distintas práticas alimentares mais favoráveis, seria esperado encontrar maiores taxas de desmame, de introdução alimentar precoce e de uso de alimentos inadequados pelo grupo da AT.

A quantidade consumida pelos lactentes não foi aferida, impossibilitando confirmar que não há diferenças entre as abordagens. Segundo Arden & Abbott,³⁷ pais que optam pelo BLW valorizam o momento da refeição em que o bebê está inserido em detrimento somente das quantidades de alimentos consumidos. No presente estudo, pode-se verificar que os bebês tiveram acesso à semelhante variedade dos alimentos recomendada à idade, podendo, quando em BLW, consumir quantidades que lhes sejam suficientes no momento. Brown & Lee³⁸ afirmam que, ao permitir que o bebê leve os alimentos por conta própria à boca, sem muita interferência dos pais, o ritmo da alimentação é adequado para que ocorra a resposta da saciedade. Ao contrário, quando esse bebê é alimentado, o cuidador tende a idealizar, consciente ou inconscientemente, um tamanho de porção a ser consumida. O menor controle do cuidador sobre as refeições pode ter efeitos positivos na alimentação infantil. Como exemplo, estudo conduzido por Gross et al.³⁹ identificou que estilos maternos controladores das refeições nos primeiros meses de vida estariam associados a riscos de sobrepeso e de obesidade mais tarde.

Com relação à estratégia de coleta, a coleta *online* vem sendo cada vez mais utilizada, por favorecer a obtenção de informações de diferentes localidades.^{23,40} Como a utilização do BLW é uma prática bastante propagada e apoiada por grupos maternos de redes sociais e, inclusive, famílias buscam prioritariamente informações via internet,⁴¹ seria difícil encontrar uma amostra suficientemente grande em locais como unidades de saúde ou instituições escolares.

A presente pesquisa, que elenca algumas diferenças importantes entre grupos que referem a AT e o BLW acerca da alimentação infantil, permite fortalecer algumas hipóteses para pautar novas investigações pertinentes ao tema. Como exemplo, um trabalho que permitisse identificar com maior precisão a realização do BLW agregaria contribuições para a compreensão sobre a abordagem. Já um estudo de coorte agregaria ao fornecer resultados relativos ao BLW no médio e longo prazos. Discutir a utilização do BLW ou, pelo menos, um cenário em que o bebê come sozinho também é urgente, dado que cada vez mais as famílias optam por permitir que o bebê realize a autoalimentação.

Este estudo identificou que 34,6% das mulheres que responderam à pesquisa indicaram realizar a AT. A maioria das demais declarou realizar o BLW ou sinalizou uma “mescla” das abordagens. Brown & Lee,²³ em trabalho com 655 mães de bebês de seis a 12 meses recrutadas em creches e centros comunitários do Reino Unido, observaram que 44,1% das famílias nunca ofereceram alimentos em consistência de purê e 35,5% nunca utilizaram colher para alimentar a criança. Muitas famílias, segundo Arden & Abbott,³⁷ optam pelo BLW por ideais dos pais, além de vivenciarem uma tentativa frustrada de realizar a AT.

Assim, por se tratar de uma oferta de alimentos com diferentes características, é fundamental que famílias sejam orientadas adequadamente, pautadas em evidências científicas, a fim de prevenir riscos como engasgos e deficiências, além de se beneficiar das vantagens relacionadas à alimentação.

CONCLUSÃO

No presente estudo, lactentes cujas mães relataram realizar o BLW caracterizaram-se pela introdução de alimentos em maior proporção no tempo correto, com menores prevalências tanto de introdução precoce, como tardia para a maioria dos grupos alimentares, quando comparados com lactentes cujas mães relataram a AT. Além disso, o grupo BLW apresentou-se menos exposto a alimentos e/ou ingredientes inadequados, como produtos ultraprocessados, sucos, açúcar e sal.

A inserção das refeições recomendadas para menores de um ano também ocorreu de forma mais adequada ou sem diferenças, quando comparado ao grupo que realizou a AT. Bebês cujas mães relataram usar o BLW mostraram-se também mais propensos a receber alimentos na consistência adequada aos 12 meses, a comer à mesa, sentados adequadamente e sem telas, e a compartilhar a alimentação da família.

Também foram verificadas associações com o aleitamento materno, sinalizando que mulheres que indicaram optar pelo BLW amamentaram exclusivamente de forma mais próxima ao recomendado e pareceram manter a amamentação continuada por mais tempo.

Possíveis vieses relacionados à metodologia precisam ser considerados para a extrapolação dos achados. No entanto, tais resultados auxiliam na discussão relacionada à realização do BLW, dada a escassez de literatura relativa ao tema, especialmente em nível nacional, num cenário em que cada vez mais famílias buscam por essa abordagem.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a Gabriela de Souza Lima, pela contribuição para a coleta de dados. Agradecem também ao Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, por incentivar pesquisas desenvolvidas pela equipe e, em especial, à equipe de atenção em saúde materno-infantil, por contribuir com suporte nas discussões relacionadas ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Complementary Feeding: Report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. WHO: Geneva; 2002.
2. Rapley GA. Baby-led weaning: Where are we now? *Nutrition Bulletin*. 2018;43:262-268. <https://doi.org/10.1111/nbu.12338>
3. Cooke L. Baby-led weaning: A brief review of the evidence base. *International Journal of Birth and Parent Education*. 2014;11(4):25-29.
4. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-Led Weaning: A New Frontier? *Infant, Child, & Adolescent Nutrition*. 2015;7(2):77-85. <https://doi.org/10.1177/1941406415575931>
5. Rapley G, Murkett T. BLW: O desmame guiado pelo bebê. São Paulo: Timo; 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4a ed. São Paulo: SBP; 2018.
8. National Health Service. Start 4 life. Londres: NHS; 2019 [acesso em 9 Out 2019]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/start4life/weaning/what-to-feed-your-baby/around-6-months/>.
9. Government of Canada. Nutrition for healthy term infants: recommendations from six to 24 months; 2019 [acesso em 10 Jun 2019]. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html>.
10. Taylor R, Williams S, Fangupo L, Wheeler B, Taylor B, 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(9):838-846. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284>
11. 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(12):e003946. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>
12. Brown A, Lee M. Early influences on child satiety responsiveness: The role of weaning style. *Pediatric Obesity*. 2015;10(1):57-66. <http://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
13. Fu X, Conlon CA, Haszard JJ, Beck KL, von Hurst PR, Taylor RW et al. Food fussiness and early feeding characteristics of infants following Baby-Led Weaning and traditional spoon-feeding in New Zealand: An internet survey. *Appetite*. 2018; 130: 110–116. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2018.07.033>
14. Scarpatto CH, Forte GC. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): revisão da literatura. *Clinical & Biomedical Research*. 2018;38(3):292-296. <https://doi.org/10.4322/2357-9730.83278>
15. Daniels L, Taylor R, Williams S, Gibson R, Fleming E, Wheeler B et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: A randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8:e019036. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019036>
16. Daniels L, Taylor R, Williams S, Gibson R, Samman S, Wheeler B et al. Modified version of baby-led weaning does not result in lower zinc intake or status in infants: A randomized controlled trial. *J Acad Nutr Dietet*. 2018; 118(6):1006–1016. <http://doi.org/10.1016/j.jand.2018.02.005>
17. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: Randomized controlled study. *Pediatrics International*. 2018;60(12):1073-1080. <http://doi.org/10.1111/ped.13671>
18. Erickson LW, Taylor RW, Haszard JJ, Fleming EA, Daniels L, Morison BJ et al. Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2018;10:740. <http://doi.org/10.3390/nu10060740>
19. Arantes ALA, Neves FS, Campos AAL, Pereira NM. Método baby-led weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. *Rev paul pediatr* 2018;36(3):353-363. <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. A Alimentação Complementar e o Método BLW (*Baby-Led Weaning*). No 3. São Paulo: SBP; 2017.

21. Daniels L, Heath AM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomized controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics*. 2015; 15:179. <http://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
22. Fangupo L, Heath A, Williams S, Williams L, Morison B, Fleming E et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics*. 2016; 138(4): e20160772. <http://doi.org/10.1542/peds.2016-0772>
23. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & Child Nutrition*. 2011;7(1):34-47. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>
24. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson, KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Maternal and Child Nutrition*. 2011;7(1):27-33. <http://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x>
25. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep*. 2017;6(2):148156. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>
26. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods: reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor and maternal reproductive and lactational development. Washington: Wellstart International, LINKAGES Project Academy for Educational Development; 2001.
27. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 2010;125:1386-1393. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2549>
28. 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):1265-1271. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0678-4>
29. Buccini G, Pérez-Escamilla R, Paulino L, Araújo C, Venancio S. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2016;13:e12384. <http://doi.org/10.1111/mcn.12384>
30. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(6):596-601. <http://doi.org/10.1016/j.jped.2017.10.005>
31. Armstrong J, Abraham EC, Squair M, Brogan Y, Merewood A. Exclusive Breastfeeding, Complementary Feeding, and Food Choices in UK Infants. *Journal of Human Lactation*. 2014;30(2):201-208. <https://doi.org/10.1177/0890334413516383>
32. Cameron SL, Heath AM, 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):e001542. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
33. 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>
34. Northstone K, Emmett P. The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: The ALSPAC cohort. *Maternal & Child Nutrition*. 2013;9(4):533-542. <http://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00399.x>
35. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58:1046-1049. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.033>
36. Relvas GRB, Buccini GS, Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of Sao Paulo, Brazil. *Jornal de Pediatria*. 2019;95(5):584-592. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.004>
37. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control, and renegotiation. *Maternal and Child Nutrition*. 2014 11(4):829-844. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>
38. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity*. 2015;10(1):57-66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
39. Gross RS, Mendelsohn AL, Fierman AH, Messito MJ. Maternal controlling feeding styles during early infancy. *Clinical Pediatrics*. 2011;50(12):1125-1133. <https://doi.org/10.1177/0009922811414287>
40. 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. *Maternal and Child Nutrition (online)*. 2014;10:410-421. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00424.x>
41. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roeböthan B. Baby-led weaning: a preliminary investigation. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:72-77. <https://doi.org/10.3148/cjdr-2015-045>

Colaboradores

Vieira VL responsável pela concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo; Vanicolli BA responsável pela concepção do trabalho, análise dos dados e revisão do artigo; Rapley G responsável pela interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 20 de outubro de 2019

Aceito: 31 de março de 2020