



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

Gabriela dos Santos Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Dr^a. Sandra Mesquita

Covilhã, abril de 2018

Dedicatória

Aos meus pais, Teresa e Rui, pelo amor e apoio infindáveis, pelos conselhos partilhados e pela confiança transmitida. Por todo o esforço e por toda a ausência física que estes 6 anos exigiram em prol de uma boa formação profissional.

À minha avó, Maria José, por ser um pilar fundamental na minha vida, por ser uma boa confidente e conselheira e ajudar-me a ultrapassar todos os obstáculos que aparecem.

Aos meus irmãos, Margarida e Guilherme, por todo o carinho e por todas as experiências partilhadas em conjunto.

Agradecimentos

Aos meus pais, irmãos e avó por estarem sempre presentes em todas as fases da minha vida. Agradeço-lhes por todas as palavras de apoio e motivação com que pude contar durante este longo período

À minha orientadora, Doutora Sandra Mesquita, por toda a paciência e compreensão mostrada ao longo destes meses. Agradeço-lhe pelos conselhos, pelo apoio e pela disponibilidade oferecida durante a construção deste trabalho.

Aos meus amigos, Marcelo Gordinho, Elisabete Ribeiro e Tânia Mendes, por todo o apoio e companheirismo dado desde o início deste projeto. Agradeço-lhes por todas as horas passadas a treinar a apresentação, por todas as críticas preciosas e por todo o ânimo transmitido que me motivou a terminar mais uma etapa do meu percurso académico. Sem eles não teria o mesmo sentido

À Biblioteca da FCS por disponibilizar um espaço calmo e harmonioso crucial para a elaboração desta dissertação.

À FCS/UBI por me ter possibilitado seis anos repletos de alegria, de sabedoria e de experiências, que guardarei para sempre.

“Por vezes podemos passar anos sem viver, e de repente toda a nossa vida se concentra num só instante”

Oscar Wilde

Resumo

A alimentação complementar representa um dos marcos mais importantes no desenvolvimento de uma criança e diz respeito à transição de leite exclusivamente materno/fórmula para sólidos. Possuir uma nutrição adequada irá proporcionar um crescimento saudável assim como uma diminuição do risco de desenvolver doenças em idade adulta.

O Baby-Led Weaning é um método recente e alternativo à introdução da alimentação complementar que visa encorajar e estimular os bebés a alimentarem-se sozinhos desde os seis meses de idade, contrariamente ao que acontece com o método tradicional em que são os pais a introduzir à colher a alimentação complementar. Neste método, os bebés são considerados os protagonistas em todo o processo de diversificação alimentar. Contudo, é recomendado que o aleitamento materno/fórmula seja exclusivo até aos seis meses e mantido, em regime complementar, pelo menos até aos dois anos.

O BLW é um método que tem vindo a ganhar cada vez mais popularidade entre os pais que o realizam, mas a sua prática ainda se encontra muito controversa entre os profissionais de saúde, principalmente devido ao risco de sufocação e de défices nutricionais que possam acarretar.

O objetivo deste trabalho é expor quais as diferenças entre os dois métodos, quais as vantagens e desvantagens do BLW e qual a opinião dos profissionais de saúde e dos pais que o põem em prática.

Palavras-Chave

Baby-led Weaning; Alimentação complementar; Amamentação; *Gag reflex*; Sufocação

Abstract

Supplementary feeding plays a major role in the growth of every children consisting on the process of transitioning from breast milk to solid food. Having a proper nutrition will allow the children to grow healthy as well as diminish the risk of developing issues at a later age.

The Baby-Led Weaning is a fairly recent method and is an alternative to the traditional supplementary feeding method. Its goal is to encourage and stimulate babies to feed themselves since the age of six months, contrarily to what happens with the traditional method, where it is the parents who spoon-feed them with the supplementary food. In this method, the babies are considered to be the protagonists in the whole process of food diversification. However, it is recommended that breastfeeding/baby formula to be exclusive up until the age of six months and maintained, at a complementar regime, at least until they turn two years old.

The Baby-Led Weaning is a method that has recently gained more and more popularity among parents who perform it, but its practice is still very controversial among health professionals, mainly due to the risk of suffocation and the nutritional deficits that may arise.

This paper aims to explain the differences between the two methods, the advantages and disadvantages of Baby-Led Weaning and the opinion of health professionals and the parents who are practicing it.

Keywords

Baby-led Weaning; Complementary feeding; Breastfeeding; *Gag reflex*, Choking

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Palavras-Chave	v
Abstract.....	vi
Keywords	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
1 Introdução	1
2 Métodos.....	3
3 Método Tradicional.....	4
4 BLW.....	7
5 Quais as vantagens?	11
6 Quais as desvantagens?	12
7 Qual a opinião dos pais que o praticam?	14
8 Qual a opinião dos profissionais de saúde?.....	16
9 BLW, a melhor escolha?	17
10 Conclusão	18
Referências	19

Lista de Figuras

Figura 1: Forma de apresentação dos alimentos	7
Figura 2: Percentagem de energia consumida através do leite materno e sólidos em diferentes faixas etárias.....	8
Figura 3: Método BLW	10

Lista de Tabelas

Tabela 1: Esquema de diversificação alimentar9

Lista de Acrónimos

BLISS Baby-Led Introduction to Solids

BLW Baby-Led Weaning

DCV Doenças cardiovasculares

FCS Faculdade Ciências da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

UBI Universidade da Beira Interior

1 Introdução

A alimentação complementar é um dos acontecimentos mais importantes no desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, para a família, correspondendo ao período em que a dieta do bebê deixa de ser exclusivamente constituída por leite materno/fórmula e passa a incluir alimentos com fontes nutricionais variadas (1). Fatores como a instrução educacional dos pais, o ambiente social, os padrões culturais e o poder económico influenciam o momento em que esta transição é iniciada (2). Aconselha-se, contudo, que esta não seja instituída antes dos 4 meses nem depois dos 6 meses (3). Já perto dos 6 meses de idade, sucedem-se mudanças biológicas nos sistemas imune e digestivo e alterações físicas que fazem com que os bebês consigam manejar os alimentos sólidos mais eficazmente (4).

Tradicionalmente, a introdução da alimentação complementar faz-se através de creme de legumes e fruta, dados pelos pais à colher, mantendo o bebê uma atitude algo passiva. Ao contrário deste método, o Baby-Led Weaning (BLW) encoraja os bebês a alimentarem-se sozinhos desde o início do período de transição (5).

Feita a escolha pelo método BLW, os pais selecionam uma diversidade de alimentos que pretendem dar ao bebê e proporcionam-lhe a autonomia de escolher o que quer comer, a quantidade e o tempo de que necessita para o fazer (6). Contudo, os bebês terão que ter adquirido previamente a capacidade de se sentarem, de alcançarem os alimentos e de os levar à boca, bem como ter desenvolvido mecanismos de sucção/mastigação e de deglutição (7).

Para além da grande autonomia e do incentivo ao bebê no sentido de explorar a comida, o BLW tem como vantagem permitir que as refeições sejam feitas em família, estimulando a partilha e os laços familiares (8).

No entanto, este método comporta riscos e inspira preocupações, principalmente no que respeita à possibilidade de sufocação (5).

Ao longo dos últimos 10-15 anos, o BLW tem alcançado popularidade, necessitando de mais estudos e maior divulgação. Assim sendo, o objetivo principal desta monografia é dar a conhecer aos pais e aos profissionais de saúde em que consiste este método alternativo à alimentação complementar, permitindo que esta prática seja difundida, aconselhada e realizada de modo seguro.

No intuito de concretizar tal objetivo, este trabalho encontra-se organizado em dez capítulos, que têm início com a presente introdução, seguida pelos métodos utilizados.

No terceiro e quarto capítulo é feita, respetivamente, a descrição do método tradicional e do BLW e a diversificação alimentar efetuada em cada um.

No quinto capítulo são salientadas as vantagens do método alternativo e no sexto capítulo as desvantagens.

As opiniões dos pais que o praticam e dos profissionais de saúde estão evidenciadas no sétimo e oitavo capítulo.

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

Já o nono capítulo questiona se, de facto, o BLW será o método ideal para a introdução da alimentação complementar.

Finalmente, na sequência do capítulo acima mencionado, encontra-se a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas na elaboração desta monografia, possibilitando a sua consulta no final.

2 Métodos

Para a elaboração desta revisão bibliográfica, realizou-se uma pesquisa na base de dados *Pubmed* e *Mendeley*, de fevereiro a agosto de 2017, com as seguintes palavras-chave: Baby-Led Weaning; Weaning; Baby-Led Introduction to Solids; Complementary feeding; *Gag reflex*; Choking; Breastfeeding; Infant feeding; Iron deficiency; Energy self-regulation.

Foram essencialmente considerados artigos publicados a partir de 2000, escritos em língua inglesa e portuguesa. Adicionalmente, foram consultados manuais de referência e websites de entidades oficiais, como a Organização Mundial de Saúde.

Da análise dos artigos publicados foi efetuada uma revisão descritiva sobre em que consiste o BLW, quais as vantagens e desvantagens e a opinião das mães e dos profissionais de saúde em relação ao método.

3 Método Tradicional

Uma nutrição adequada desde o início da vida é crucial para o crescimento/desenvolvimento e para a prevenção de doenças em adulto tendo, por isso, os pais um papel central durante todo o processo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a amamentação seja exclusiva até aos 6 meses e mantida pelo menos até aos 2 anos de vida, em regime complementar (9). Esta deve ser sempre estimulada, visto que providencia ao bebé um equilíbrio de nutrientes e fatores bioativos (IgA, lactoferrinas, lisozimas, fatores de crescimento) fundamentais para um crescimento e um desenvolvimento saudáveis; protege da maioria das alergias alimentares e infeções; limita a probabilidade de desenvolver obesidade, diabetes *mellitus* e cáries dentárias; promove melhor aceitação aquando da introdução dos novos alimentos; e, sobretudo, cria entre o bebé e a mãe uma ligação emocional precoce e duradoura. Proporciona, simultaneamente, benefícios para a mãe, na medida em que melhora a recuperação do seu útero após o parto; aumenta a remineralização dos ossos; promove a supressão da ovulação e o efeito protetor contra o cancro do ovário e da mama (4,6,10).

A partir dos 6 meses de idade, torna-se gradativamente mais difícil aos lactentes adquirirem as suas necessidades nutricionais através do aleitamento materno/fórmula exclusivo, nomeadamente proteínas, energia e micronutrientes como ferro, zinco e vitaminas lipossolúveis A e D, pelo que é fundamental iniciar-se a alimentação complementar (11). Esta introdução não pode ser rígida nem inflexível, uma vez que é influenciada quer por fatores de ordem social e cultural, quer pelo temperamento da criança, disponibilidade do agregado familiar e pelas características do bebé - doenças atópicas (dermatite atópica, asma, rinite alérgica, alergias alimentares) e patologias específicas (12). Todavia, a idade ideal para começar a introduzir a alimentação complementar é difícil de estabelecer, uma vez que o processo de crescimento e desenvolvimento é individualizado (4). Sabe-se que esta não deve ser iniciada antes dos 4 meses, devido ao risco de desenvolvimento de alergias alimentares e obesidade tardia, nem deve ser inaugurada após os 6 meses, pois poderá provocar atrasos nutricionais e posterior recusa alimentar (6,13). É importante ter em atenção que existem “janelas de oportunidade” para a maturação dos sistemas imune e digestivo e desenvolvimento motor, assim como para o treino da aceitação de novos alimentos. A ausência deste treino poderá comprometer todo o processo de diversificação alimentar e aumentar o risco futuro de dificuldades na alimentação (1,14).

Na abordagem tradicional, os bebés são alimentados à colher pelos pais, sendo as sopas, a fruta e as papas de cereais a primeira forma de apresentação da alimentação complementar. Só depois destas se passa a introduzir gradualmente alimentos sólidos com texturas diferentes. Deve fazer-se um intervalo de pelo menos três dias entre cada alimento novo introduzido, para facilitar a adaptação do bebé aos novos sabores, bem como detetar possíveis reações

alérgicas (15). De salientar que em todo este processo os pais apresentam uma atitude ativa e os bebés uma atitude passiva (16).

As papas de cereais, dadas sob forma de farinha, são importantes fontes de hidratos de carbono, proteína de origem animal, vitaminas e minerais (ferro) e têm elevado valor energético. Estas podem ser lácteas ou não lácteas, contendo ou não glúten. Se for oferecida entre os 4 e 6 meses, a papa deverá ser “sem glúten”, sendo que a partir dos 6 meses já poderá conter glúten, mantendo o aleitamento materno, por forma a reduzir o risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 1, doença celíaca e outras doenças alérgicas (14,17).

O creme de legumes, no princípio, deve ser simples e pouco consistente, contendo alimentos como batata, abóbora, cenoura, courgete, alho francês, brócolos, couve branca ou cebola. Espinafre, nabiça, nabo, beterraba, aipo, pimento e tomate são alimentos que não devem ser dados antes dos 12 meses, devido ao elevado teor de nitratos e de reação alérgica. Os produtos hortícolas e os tubérculos, embora contendo baixo valor energético, são ricos em macronutrientes e micronutrientes (como vitamina B1, zinco, magnésio, potássio, cálcio, fósforo e ferro). Deve ser acrescentado ao puré, depois de pronto, 5ml de azeite “em cru” visto que a gordura tem um papel importante na maturação do sistema nervoso central, sistema imunológico e retina, bem como na estruturação das membranas celulares (14,18).

A fruta pode ser introduzida simultaneamente com o creme de legumes, mas deve ser respeitado o intervalo de tempo entre os diferentes alimentos. Normalmente as primeiras a ser introduzidas são a maçã, a pera e a banana, podendo incluir-se outros como melão, meloa e manga. Frutos silvestres (morangos, framboesas e amoras), maracujá, kiwi e citrinos (laranja, toranja, clementina e limão) devem também ser evitados antes dos 12 meses, pelo grande risco de desenvolver alergias, já que libertam histamina. Frutos com alto teor de vitamina C devem ser oferecidos juntamente com cereais ou legumes ricos em ferro (agrião, feijão, lentilhas), pois melhoram a absorção deste micronutriente. De salientar que os frutos nunca substituem uma refeição e devem ser dados um de cada vez, e não sob a forma de puré e sumo, por forma a permitir o treino do paladar e impedir a rejeição da água (14,18).

A água é um bem essencial e poderá ser dada várias vezes ao dia, em pequenas quantidades. Chás, sumos de fruta ou artificiais estão contra-indicados (19). O iogurte de fórmula de transição também poderá ser dado a partir dos 6 meses, em alternativa a uma refeição de leite. É normalmente bem aceite, regulando a flora intestinal e protegendo o bebé contra infeções intestinais. No entanto, os queijos só devem ser dados após os 12 meses (14,20).

A introdução de fontes de proteína animal como a carne e o peixe no creme de legumes faz-se a partir dos 6 e 7 meses, respetivamente. Deve-se começar por carnes brancas, tais como, frango e peru, seguido por borrego, coelho e vitela. Relativamente ao peixe, é recomendado oferecer dourada, linguado, perca e solha e evitar peixe-espada, tubarão, espadarte e atum devido ao elevado teor de mercúrio. O polvo e as lulas devem ser introduzidas apenas após os 24 meses. A partir dos 7 meses é aconselhado oferecer uma refeição de carne e uma refeição de peixe por dia, devendo a massa e o arroz fazer parte da alimentação complementar do bebé (14,19,20).

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

Já com 9 meses poder-se-á introduzir a gema de ovo em substituição da carne ou do peixe, uma vez que apresenta alto teor de proteínas, lípidos e ferro. O ovo inteiro (clara mais gema) deve ser introduzido somente depois dos 12 meses, não devendo ser consumidos mais do que três ovos por semana. Nos casos de história familiar de alergia, este só deve ser oferecido após os 2 anos de idade (14,20).

Relativamente às leguminosas (grão-de-bico, ervilhas, lentilhas, feijão-frade, feijão branco ou preto, favas) são fontes de proteína vegetal e de hidratos de carbono e apenas devem ser dados a partir dos 11 meses. Já os frutos secos (nozes, amendoins, amêndoas, pinhões), devido a apresentarem um elevado risco de sufocação, devem ser introduzidos depois dos 5 anos de idade (19).

Para finalizar, todos os alimentos preparados para o bebé devem ser isentos de sal e açúcar, proporcionando uma melhor habituação ao sabor natural dos alimentos e uma redução das doenças cardiovasculares e metabólicas na adolescência e na idade adulta (18,21).

4 BLW

O BLW é uma abordagem idealizada pela britânica Gill Rapley, que consiste num método alternativo à introdução da alimentação complementar, visando estimular o bebé a alimentar-se sozinho a partir dos 6 meses de vida (13).

A sua prática implica três princípios básicos: (i) a forma de apresentação não pode ser alterada, ou seja, os alimentos são dados em pequenos pedaços e não triturados ou ralados; (ii) o bebé tem a autonomia de escolher e agarrar no alimento que deseja, provando e ingerindo-o ao seu ritmo; (iii) todo este processo deve ser supervisionado e partilhado pela família (22).

O BLW não é um método específico, pelo contrário, consiste numa filosofia de desmame que encoraja os pais a acreditarem na capacidade inerente aos bebés de se autoalimentarem. Contrariamente ao que acontece no método tradicional, no BLW o bebé apresenta uma atitude ativa, uma vez que todo o processo de introdução da alimentação complementar passa por ele. Os pais terão a responsabilidade de confeccionar corretamente os alimentos e apresentá-los ao bebé com uma textura apropriada (cozidos/crus, firmes/moles), um tamanho ligeiramente maior que o punho do bebé e um formato adequado (palitos ou laminas), deixando-o decidir quais os alimentos que pretende ingerir, a quantidade que deseja e o tempo necessário para o fazer. Nesta abordagem, os pais terão uma atitude passiva e observadora, atuando apenas em caso de necessidade (15,16).

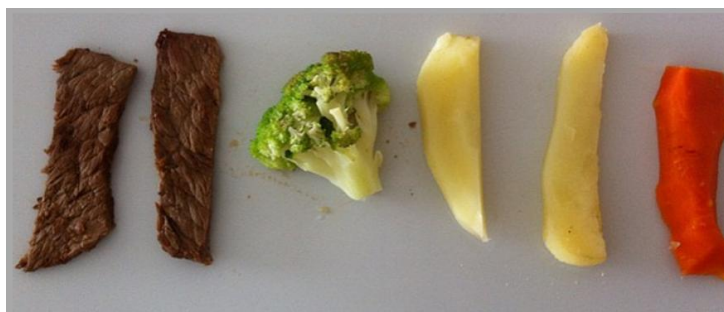


Figura 1: Forma de apresentação dos alimentos (32)

A partir dos 6 meses de vida, um bebé que tenha adquirido competências motoras, como a capacidade de se manter sentado, alcançar os alimentos, levá-los à boca, conseguir succionar/amassagear/mastigar e deglutir (7), bem como mostrar interesse pela comida, atingiu as condições essenciais para que consiga acompanhar as suas necessidades e não correr o risco de desnutrição e défices de crescimento (13).

Paralelamente ao que acontece no método tradicional, também no método BLW é recomendada a amamentação exclusiva até aos 6 meses e mantida pelo menos até aos 2 anos. A alimentação complementar, tal como o próprio nome indica, é para complementar o leite materno/adaptado e não para substituí-lo (23). Na Figura 2 está evidenciada a percentagem de energia consumida através do leite materno e dos sólidos, em diferentes faixas etárias,

salientando novamente a importância de manter a amamentação juntamente com a introdução de alimentos sólidos para que o bebé consiga toda a energia que necessita (24).

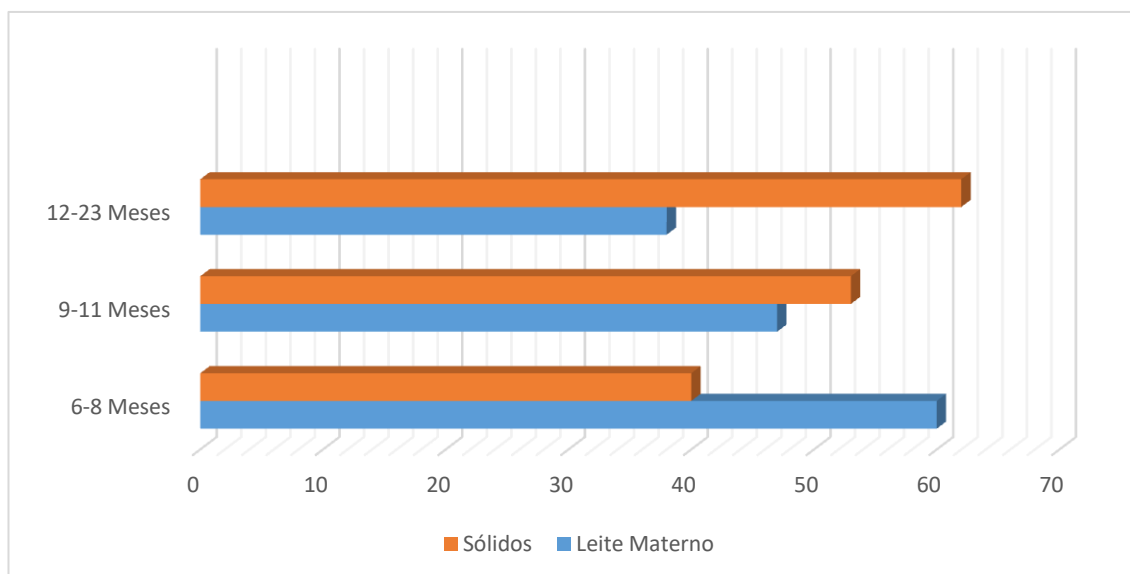


Figura 2: Percentagem de energia consumida através do leite materno e sólidos em diferentes faixas etárias. Adaptado de (24).

O tipo de alimento e a ordem dessa introdução na diversificação alimentar do BLW assemelha-se à usada no método tradicional, contudo, neste método alternativo não são oferecidas papas de cereais nem cremes de legumes, mas sim alimentos no seu formato natural e individualmente (Tabela 1) (16).

Devido ao risco de sufocação, de défice de ferro e de calorias que o método pode acatar, um grupo de neozelandeses criou uma versão modificada do BLW chamada de BLISS - Baby-Led Introduction to SolidS. Esta versão apresenta como características fundamentais: (i) oferecer alimentos que o bebé consiga segurar e levar à boca; (ii) a confeção ser adequada evitando o risco de sufocação; (iii) em cada refeição existir um alimento rico em ferro e (iv) rico em calorias (25). Em comparação com o BLW, o BLISS apresenta, desde o início, uma maior introdução de alimentos ricos em ferro e oferece mais porções de tais alimentos aos seis meses (26).

Tanto o BLW como a versão modificada BLISS encorajam o bebé a adquirir autonomia e a aperfeiçoar as aptidões motoras, bem como a aumentar o contacto social e desenvolver os laços familiares, ao promover a partilha com todos os membros da família durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

Tabela 1: Esquema de diversificação alimentar (14, 16-19, 32)

Faixa etária	Alimentos recomendados	Alimentos a evitar	Método Tradicional	Método BLW	Observações
0 aos 6 meses	Leite materno/fórmula		Aleitamento materno exclusivo/fórmula	Aleitamento materno exclusivo/fórmula	Manter pelo menos até os 2 anos
A partir dos 6 meses	Papa de cereais: láctea ou não láctea, com glúten		Pode fazer parte	Não faz parte	
	Batata Cebola Cenoura Abóbora Courgette Alho francês Couve branca Brócolos	Beterraba Nabo Aipo Nabiça Espinafres Pimento Tomate	Creme de legumes	Cozinhados em água, forno ou vapor; Devem ser firmes para que o bebe os consiga agarrar sem esmagar ou moles de forma a serem esmagados pela força das gengivas; Palitos e laminas cortadas no sentido do comprimento ou em troços	O puré de legumes deve conter 4/5 alimentos; Adicionar 1 colher de chá de azeite cru; Os legumes a evitar devem ser introduzidos após os 12 meses devido ao alto teor de nitratos e fitatos e ao elevado risco alérgico
	Água	Chás Sumos de fruta Sumos artificiais	Faz parte	Faz parte	Dar água várias vezes ao dia e em pequenas quantidades
	logurte de fórmula de transição	Queijo	Pode fazer parte		Alternativa ao leite numa refeição; O queijo dado a partir dos 12 meses
	Carne de: Frango Peru Borrego Coelho Vitela	Carne de porco	Introduzida no creme de legumes	Bem cozidas, macias, cortadas em tiras ou cubos, no sentido transversal das fibras; Carne moída apresentada no formato de hamburger, almôndega ou croquete	
	Frutas: Maça Pera Banana Melão Meloá	Frutos silvestres (morangos, framboesas, amoras) Maracujá Kiwi Citrinos	Cruas ou cozinhadas em água, forno, vapor; Em pedaços ou triturada;	Cozidas ou cruas; Cortadas no sentido longitudinal em duas ou quatro partes;	Os frutos evitados só devem ser introduzidos após os 12 meses devido à libertação de histamina e o risco alérgico que provocam

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

Faixa etária	Alimentos recomendados	Alimentos evitados	Método Tradicional	Método BLW	Observações
A partir dos 7 meses	Peixes: Dourada Linguado Solha Perca	Peixe-espada Tubarão Espadarte Atum Salmão Pescada Lulas Polvo	Introduzido no creme de legumes	Cozidos; Formato de medalhões	O salmão pelo seu elevado teor de gordura só ser iniciado após os 10-12 meses pois pode causar intolerância digestiva; As lulas e o polvo devem ser introduzidos após os 24 meses; Os restantes peixes devem ser evitados devido ao alto teor de mercúrio
A partir dos 8 meses	Massa Arroz		Triturados e introduzidos no creme de legumes logo aos 6 meses	Cozidos	
A partir dos 9 meses	Gema de ovo		Misturada com o creme de legumes ou cozida	Cozida	A gema de ovo é introduzida em substituição de uma refeição de carne ou de peixe; Ovo inteiro apenas a partir dos 12 meses; Em caso de alergia só depois dos 24 meses

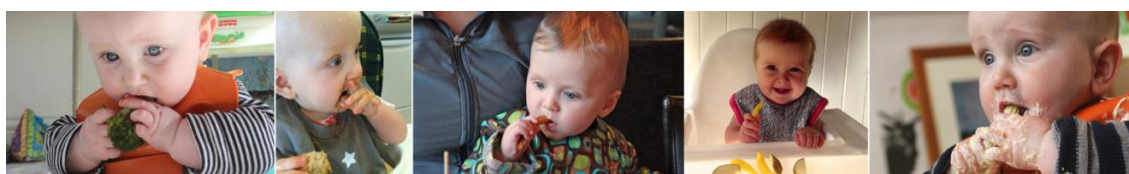


Figura 3: Método BLW (39)

5 Quais as vantagens?

O método escolhido pelos pais para introduzir a alimentação complementar deve ser bem ponderado e discutido com sensatez, avaliando tanto os prós como os contras, uma vez que o primeiro ano de vida é um período crucial para o desenvolvimento do comportamento alimentar e social do bebé (27).

Quer se adote o BLW ou o método tradicional, a amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses e mantida, em regime complementar, pelo menos até aos 2 anos pelas propriedades nutricionais, imunológicas, anti-inflamatórias e anti-infecciosas que proporcionam tanto ao bebé como à mãe (28), bem como pela diminuição do risco do bebé desenvolver asma brônquica e dermatite atópica, futuramente (6).

Mudanças como a maturação do trato gastrointestinal, o desenvolvimento do sistema renal, assim como a capacidade de fazer a digestão e a absorção de proteínas, ácidos gordos e hidratos de carbono permitem que os bebés consigam tolerar a alimentação complementar. Adquiridas as mudanças fisiológicas e físicas necessárias e atingida a idade recomendada pela OMS, o BLW pode ser introduzido (29).

O BLW prima sobretudo pela autonomia dada ao bebé, deixando-o decidir o que comer, quanto e com que rapidez, melhorando e ensinando a diferença entre fome e saciedade, necessidade de se alimentar e vontade de comer, respetivamente (30). Visto que os pais não exercem qualquer tipo de pressão para comer nem restringem a variedade de alimentos oferecidos, os bebés possuem a capacidade de autorregular o que comem, estando este método associado a um menor risco de obesidade na infância ou em idade adulta (31).

A ideia de introduzir alimentos sólidos exige muita dedicação, paciência e, fundamentalmente, “mente aberta” de modo a não criar demasiadas expectativas, pois cada bebé é um ser individual com necessidade de cuidados diferenciados (32). Esta introdução deve ser gradual e variada em termos de texturas e sabores, sendo que o ideal é oferecer ao bebé os mesmos alimentos que a restante família esteja a partilhar na refeição.

Os alimentos propostos devem ter consistência e tamanhos adequados à idade do bebé e não possuir quantidades elevadas nem de sal nem de açúcar, de modo a permitir melhorar a qualidade da dieta.

Ao incentivar a partilha com todos os membros da família, serão promovidos os laços familiares e estabelecidas rotinas de refeições (5,32).

Por fim, é pertinente o facto de o método BLW auxiliar no desenvolvimento das habilidades motoras da orofaringe, através da exposição a alimentos mais espessos e granulosos (33) e ainda estimular o desenvolvimento de movimentos motores finos, ao incentivar desde início o bebé a segurar os alimentos e a alimentar-se sozinho (5).

6 Quais as desvantagens?

O leite materno fornece as reservas essenciais de ferro e zinco nos primeiros 6 meses de vida, mas a alimentação complementar é, posteriormente, necessária. A deficiência de ferro, uma deficiência nutricional comum em todo o mundo, pode ter como consequência a anemia ferroprópica, que está relacionada com atrasos irreversíveis na função cognitiva (34). Assim sendo, os pais terão que decidir qual o melhor método a utilizar para satisfazer as necessidades nutricionais do bebé.

No conceito do BLW, as crianças têm um papel ativo em todo o processo, não dependendo diretamente dos pais para se alimentarem. Contudo, esta autonomia é suscetível de gerar incertezas e preocupações aos pais.

É no período de transição do leite materno/fórmula para os sólidos que surge a maior apreensão por parte dos pais e também dos profissionais de saúde, dado o risco elevado de sufocação, pois a coordenação dos atos de mastigar, respirar e engolir ainda não está completamente desenvolvida (35). Como tal, os alimentos oferecidos terão que ter tamanho e consistência adequados à idade para que os bebés consigam agarrá-los e levá-los à boca sem dificuldade. Nesta fase é importante saber distinguir corretamente dois mecanismos: *gag reflex* e sufocação. O primeiro, também chamado de reflexo faríngeo, diz respeito à contração involuntária dos músculos da faringe provocada ao tocar-se na úvula ou no palato mole. É um mecanismo de defesa contra a sufocação, induzido no meio da língua e ativo quando alimentos maiores que a passagem de ar se transpõem desse ponto, impulsionando os alimentos de volta para a frente da boca. O mais comum é a criança conseguir expelir bem o alimento e voltar a comer em seguida, não durando este reflexo mais que 15 segundos. Salientar que a frequência deste reflexo vai diminuindo com o aumento da idade do bebé. O segundo mecanismo acontece quando a passagem de ar na orofaringe fica completa ou parcialmente bloqueada pelo alimento. Havendo uma obstrução parcial no bebé, a tosse é acionada como uma resposta reflexa e é normalmente efetiva. Um bebé que não consiga tossir, respirar nem emitir sons indica obstrução total das vias aéreas e é necessário intervir com manobras de suporte básico (36-38). De modo a evitar o engasgamento, é importante seguir algumas recomendações: (i) manter o bebé bem sentado e encostado numa posição ereta; (ii) não alimentá-lo enquanto está a gatinhar, a andar e a brincar; (iii) acompanhá-lo em todas as refeições; (iv) não ter objetos que o distraiam como a televisão e os brinquedos; (v) não impor limites de tempo nem pressionar a comer; (vi) ter em atenção a forma e o tamanho dos alimentos; (vii) alimentos como a maçã crua, pera e uvas inteiras devem ser evitados devido ao elevado risco de sufocação (36,38,39).

Outra grande preocupação consiste na possibilidade de não existir um cuidado redobrado por parte dos pais no que respeita à preparação dos alimentos, de modo a evitar que o bebé ingira quantidades excessivas de sal e de gorduras, aumentando, desta forma, o risco de doenças cardiovasculares (DCV) futuramente (40). Para além das DCV, uma má gestão da alimentação

aumenta a probabilidade de desenvolver obesidade infantil ou obesidade em idade adulta (41).

A incerteza de que os bebés sozinhos consigam obter todos os nutrientes de que precisam, bem como a de possuírem as capacidades motoras para o fazer, são algumas das razões que levam os pais a desistir do BLW e a adotarem o método tradicional. Dessa forma, garantem que são proporcionados os níveis de ferro e de calorias necessários ao desenvolvimento motor e cognitivo (42,43).

7 Qual a opinião dos pais que o praticam?

As variáveis maternas como a baixa idade da mãe (44,45), o nível de escolaridade abaixo do ensino básico (46), a etnia não caucasiana (47,48), o baixo nível socioeconómico (48), a substituição do leite materno por fórmula ao primeiro mês de vida (46,49), índice de massa corporal elevado (50), o estado psicológico depressivo e ansioso (51), as crenças, os hábitos tabágicos (45), as variáveis infantis como o temperamento (52), o peso à nascença (53) e o sexo masculino (44) são fatores que fazem com que a introdução da alimentação complementar seja mais precoce.

Os pais que optam por colocar em prática o BLW concedem ao bebé a autonomia para se alimentar sozinho e regular a sua própria ingestão, não existindo a pressão para comer nem o controle excessivo durante as refeições, o que normalmente acontece no método tradicional. Os pais mostram, por isso, menores níveis de ansiedade em relação à alimentação dos seus filhos (54).

Em relação ao momento das refeições, conclui-se que é visto como um período tranquilo e de partilha no qual o bebé participa, não sendo apenas alimentado (8).

Assim, os aspetos atrás enumerados terão a capacidade de promover a criação de padrões saudáveis de alimentação e a melhoria do bem-estar psicológico (55).

Uma outra grande vantagem relatada pelos pais consiste no facto de não sentirem necessidade de serem controladores e, por isso, apresentarem menores níveis de restrições alimentares, o que resultará no benefício do período de amamentação e atrasará a introdução da alimentação complementar. Para além do mais, importa salientar que moderadas restrições contribuem para menores níveis de teimosia, mais recetividades e, portanto, menores riscos de desenvolver obesidade em idade adulta (56-58).

Embora seja um método que apresenta grandes vantagens para os pais que o praticam também exige que sejam ultrapassados vários desafios ao longo tempo.

Nos primeiros meses, o primeiro desafio é lidar com a confusão e a desorganização que os bebés fazem com a comida, visto que esta será muitas vezes esmagada, espalhada e deitada para o chão. Para contornar essa situação, os pais adotam medidas práticas como proteger o chão no lugar onde o bebé vai comer, colocar babetes e usar roupas confortáveis (8).

Além da desordem, os pais terão que saber lidar com os grandes desperdícios de comida, já que no início os bebés encaram os alimentos como brinquedos e, naturalmente, atiram-nos para o chão ou simplesmente decidem não comer mais. Mas tanto o nível de confusão como o nível de desperdício diminuem à medida que os bebés adquirem mais habilidades motoras e mais coordenação (8).

Por fim, o terceiro desafio diz respeito à principal preocupação causada por este método, que é o risco de sufocação. A excessiva apreensão acerca da capacidade de os bebés conseguirem succionar/mastigar e engolir rapidamente vários tipos de alimentos sem sufocarem faz com

Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar

que muitos pais, principalmente os mais ansiosos, desistam do BLW. Contudo, com o tempo, os pais conseguem distinguir entre *gag reflex* e sufocação, permitindo que desfrutem ao máximo deste processo juntamente com os filhos (5,8,54). É importante referir que vários estudos foram feitos para comparar a incidência do risco de sufocação e do *gag reflex*, utilizando o método tradicional e o BLW e nenhum deles revelou existir maior incidência desses mecanismos em bebés cujos pais optam pelo BLW (5,25,56,59).

Embora existam pais que reportem desagrado pelos desperdícios de comida e medo pelo risco de sufocação, a maioria dos pais não desiste do BLW e aconselha-o a familiares, a amigos e a outros pais (5).

8 Qual a opinião dos profissionais de saúde?

Os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais, têm como função assegurar uma assistência integral que englobe a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Mas, para que seja conseguida esta assistência, é necessário trabalho de equipa que conte com a colaboração de todos os profissionais e da família (60).

Em relação ao BLW, os profissionais de saúde são uma importante fonte de informação para os pais durante o processo de alimentação complementar, acrescentando o facto de exercerem influência nas decisões sobre a amamentação e a introdução dos sólidos. No entanto, diga-se que, até ao momento, não foi realizado qualquer estudo que correlacione a atitude dos profissionais de saúde sobre o BLW e famílias jovens (5).

Um estudo aprovado pela Comissão de Ética Humana da Universidade de Otago, Dunedin, Nova Zelândia, reuniu 31 profissionais de saúde e, através de entrevistas, avaliou o conhecimento, as atitudes e as experiências a respeito do método BLW (5). Verificou-se, então, que a maior parte destes profissionais ainda não contemplou o BLW na prática clínica e tem dificuldade em compreender como é que um bebé de seis meses consegue processar a mastigação, bem como ter habilidades motoras para manusear de uma forma segura pedaços inteiros de comida. Constatou-se, também, que a principal preocupação expressa pelos profissionais de saúde diz respeito ao risco de sufocação, daí se mostrarem relutantes à prática deste método. Foram inferidas também duas possíveis desvantagens deste tipo de dieta: um atraso no crescimento e um défice de ferro (5). Todavia, consideram que o BLW poderá apresentar benefícios para a família e para o bebé, principalmente porque dispõem de uma oportunidade única de puderem partilhar as refeições, tornando-as mais agradáveis e mais fáceis de controlar. Para além do que acaba de ser referido, os profissionais de saúde acreditam que o novo método encoraja o enraizamento de comportamentos dietéticos mais saudáveis, pelo facto de ser disponibilizada uma vasta variedade de alimentos que permitem ao bebé descobrir e aprender tudo ao seu ritmo. Por fim, consideram que é aumentada a possibilidade quer de desenvolvimento dos movimentos finos, no que concerne à manipulação dos alimentos com as mãos, quer de desenvolvimento dos movimentos da boca e da mandíbula (5).

9 BLW, a melhor escolha?

Em 2002, a OMS modificou a *guideline* sobre a alimentação infantil, prolongando o período de amamentação exclusiva de 4-6 meses para 6 meses (4). Conseqüentemente, a idade para introdução da alimentação complementar também foi alterada para os 6 meses (11).

Visto que existem diferenças consideráveis no desenvolvimento das crianças de 4 e 6 meses de idade, questiona-se se o método tradicional é o melhor método para introduzir a alimentação complementar (35). Desta forma, surge o método BLW, como um método alternativo e revolucionário para a introdução da alimentação.

De forma concisa, o BLW demonstrou ser capaz de estimular o desenvolvimento das funções motoras a vários níveis e, ainda, ser notavelmente inovador ao dar mais autonomia ao bebê e reforçar, ao mesmo tempo, a relação parental (5,30,32).

Apesar de ser um método com muitos benefícios quer para o bebê quer para a família, existem ainda muitas questões que não foram respondidas, tais como: (i) se é seguro; (ii) se aos 6 meses de idade existem nos bebês as capacidades motoras necessárias para pegar na comida e se alimentarem sozinhos; (iii) se as crianças consomem alimentos com micronutrientes suficientes; (iv) se afeta o relacionamento entre os familiares; (v) se altera os comportamentos alimentares dos pais; (vi) se a comida da família é apropriada aos bebês; (vii) qual o impacto no crescimento e desenvolvimento do bebê; (viii) se é um método complementar aceite pelos pais (35,39).

Atualmente existem vários dados longitudinais, contudo muito limitados e nenhum deles obtido por ensaio clínico randomizado. É então pressurosamente necessária a realização deste tipo de estudo científico, que investigue as respetivas conseqüências na infância, na adolescência e na idade adulta em bebês que utilizaram o BLW, tentando responder assim às questões previamente referidas (39).

10 Conclusão

O interesse em desenvolver esta revisão bibliográfica deveu-se ao facto de o BLW ser um método de introdução da alimentação complementar relativamente recente e, conseqüentemente, origina uma maior curiosidade de saber em que consiste e o que traz de novo, em relação ao método tradicional.

Embora sejam referidas inúmeras vantagens na prática deste novo método, a opinião dos pais que o praticam difere muito da opinião dos profissionais de saúde. Ainda que estes últimos considerem o BLW um método que promova o desenvolvimento das habilidades motoras da orofaringe e dos movimentos finos e também a partilha das refeições em família, a problemática do ferro e o risco aumentado de sufocação faz com que os profissionais de saúde não sejam apologistas desta prática. Contudo existem estudos que demonstram não haver uma maior incidência, nem do *gag reflex* nem de sufocação, quando utilizado o BLW, o que permitirá uma maior tranquilidade aquando da sua prática.

A instrução e a preparação dos profissionais de saúde, bem como a divulgação da informação através dos *media* sobre o BLW permitirá a amplificação do conceito e a sua correta utilização. Será também importante promover a formação dos pais em suporte básico de vida, de forma a poderem atuar rápida e eficazmente nos casos mais graves de sufocação.

Visto ser um método novo, os diversos estudos que existem realçam apenas os efeitos a curto prazo, não havendo nenhum que mostre os benefícios a longo prazo. Como perspectiva futura, seria vantajoso poder acompanhar a evolução de um grupo de bebés que utilizou como método complementar de alimentação o BLW, e determinar os seus benefícios quer alimentares, educacionais/comportamentais e físicos na infância, adolescência e em idade adulta.

Referências

1. Netting MJ, Makrides M. Complementary foods: Guidelines and practices. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2017;87:1-12.
2. Kuriyan R, Kurpad A V. Complementary feeding patterns in India. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012;22(10):799-805.
3. European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants 1 EFSA Panel on Dietetic Products , Nutrition and Allergies (NDA) 2 , 3. EFSA J. 2009;7(12):1-38.
4. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane database Syst Rev. 2002;554(1):CD003517.
5. Cameron SL, Heath ALM, 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):1-9.
6. Prell C, Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(25):435-44.
7. 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. Acad Educ Dev. 2001;(May):1-36.
8. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: Developmental readiness for complementary foods. Matern Child Nutr. 2013;9(2):233-43.
9. Horta B, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. World Heal Organ. 2007;1-52.
10. Scott MI. Book Review: Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, With Emphasis on the Former Soviet Countries. J Hum Lact. 2001;17(3):265-6.
11. Kathryn Dewey. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed (PAHO and WHO). Pan Am Heal Organ World Heal Organ. 2001;18-25.
12. Lanigan JA, Bishop JA, Kimber AC, Morgan J. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. Eur J Clin Nutr. 2001;55(5):309-20.
13. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. Vol. 4, Nutrients. 2012. 1575-1609 p.
14. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Alimentação e nutrição do lactente. Acta Pediátrica Port. 2012;43(5):S17-40.
15. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? Matern Child Nutr. 2011;7(1):27-33.

16. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res.* 2016;77(2):72-7.
17. Committee E, Agostoni AC, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, et al. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. 2007;1-12.
18. Santos A. Alimentação no Primeiro Ano de Vida : hábitos de aleitamento e de diversificação alimentar. 2010;
19. Azul VOU. Alimentação 1ºano de vida. 2010;
20. Port AM, Silva AI, Aguiar G, Baseada M. No Primeiro Ano De Vida. 2011;24:1035-40.
21. Macé K, Shahkhalili Y, Aprikian O, Stan S. Dietary fat and fat types as early determinants of childhood obesity: A reappraisal. *Int J Obes.* 2006;30:S50-7.
22. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr.* 2011;7(1):34-47.
23. Prefeitura Municipal de Curitiba. Alimentação Infantil: Cartilha de orientação aos pais. 2007;1-86.
24. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2016;73(5):338-56.
25. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 2015;15(1):1-11.
26. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep.* 2017;6(2):148-56.
27. Ortega FB, Ruiz JR, Sjostrom M. Physical activity, overweight and central adiposity in Swedish children and adolescents: the European Youth Heart Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2007;4:61-71.
28. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90.
29. 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. *Acad Educ Dev.* 2001;(April):1-36.
30. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 2016;6(5).
31. Joyce JL, Zimmer-Gembeck MJ. Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite.* 2009;52(3):726-34.
32. Weaning B. Guia Prático. 2017;

33. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HMA, et al. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2015;18(1):1.
34. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, et al. Iron requirements of infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(1):119-29.
35. Cameron SL, Heath ALM, Taylor RW. How feasible is Baby-Led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients.* 2012;4(11):1575-609.
36. Roper HP, David TJ. Decline in deaths from choking on food in infancy: an association with change in feeding practice? *J R Soc Med [Internet].* 1987;80(1):2-3. Available from:
http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed3&AN=17710021%5Cnhttp://sfx.nottingham.ac.uk:80/sfx_local?genre=article&atitle=Decline+in+deaths+from+choking+on+food+in+infancy%3A+an+association+with+change+in+feeding+practice%3F&
37. Accident C, Foundation P, Accident C, Foundation P, Accident C, Foundation P. Prevention of choking , suffocation and strangulation in young children. 2010;
38. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract [Internet].* 2011;84(6):20-3. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739856>
39. Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015;15(1):1-15.
40. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 2012;58(3):1046-9.
41. Black MM, Hurley KM. Responsive feeding: Strategies to promote healthy mealtime interactions. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2017;87:153-65.
42. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. 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):1-9.
43. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr.* 2015;41(1):1-9.
44. Alder EM, Williams FLR, Anderson AS, Forsyth S, Florey C du V., van der Velde P. What influences the timing of the introduction of solid food to infants? *Br J Nutr.* 2004;92(3):527.
45. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Predictors of the early introduction of solid foods in infants: Results of a cohort study. *BMC Pediatr.* 2009;9:60.
46. Griffiths LJ, Tate AR. Do early infant feeding practices vary by maternal ethnic group? *Public Health Nutr.* 2007;10(9):957-64.
47. Rifas-shiman SL. Racial/Ethnic Differences in Early Life Risk Factors for Childhood Obesity. *Pediatrics.* 2013;125(4):1-18.

48. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, et al. Socioeconomic Status in Health Research. *Jama*. 2005;294(22):2879.
49. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B V, Fromme H. Infant feeding practices and associated factors through the first 9 months of life in Bavaria, Germany. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49(4):467-73.
50. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7.
51. Meltzer M, D P, Vollrath M. Choices for Their Infants. *Int J*. 2010;34(2):1-9.
52. Wasser H, Bentley M, Borja J, Davis Goldman B, Thompson A, Slining M, et al. Infants Perceived as “Fussy” Are More Likely to Receive Complementary Foods Before 4 Months. *Pediatrics*. 2011;127(2):229-37.
53. Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, Veehof SHE, Sala M, et al. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2004;93(4):492-7.
54. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12(4):826-37.
55. Beckley AL, Caspi A, Broadbent J, Harrington H, Houts RM, Poulton R, et al. Association of Childhood Blood Lead Levels With Criminal Offending. *JAMA Pediatr*. 2017;172(2):166-73.
56. 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(1):1-6.
57. Manuscript A, Nanostructures SPC. NIH Public Access. imPORTANT HENT NY VERSION. 2008;6(9):2166-71.
58. R.F. R, S.J. P, R. M, K.J. C, E.H. W, H. S. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10:no pagination.
59. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. 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):1-10.
60. Junqueira SR. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. 2010;148-66.