

MÉTODO *BABY-LED WEANING* (BLW) NO CONTEXTO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: UMA REVISÃO

The baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding: a review

Ana Letícia Andries e Arantes^{a,b}, Felipe Silva Neves^{a,b,*},
Angélica Atala Lombelo Campos^a, Michele Pereira Netto^a

RESUMO

Objetivo: Revisar as constatações científicas a respeito do método *baby-led weaning* (BLW) no âmbito da alimentação complementar.

Fontes de dados: Buscas conduzidas na base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/PubMed em agosto de 2016 por dois examinadores independentes, sem delimitação de período. Foram utilizados os descritores: "*baby-led weaning*" OR "*baby-led*" OR "BLW". Critérios de inclusão: estudos originais, disponibilizados em inglês, que abordaram o tema do método BLW. Critérios de exclusão: referências em outros idiomas, artigos de opinião e de revisão da literatura, editoriais e publicações que não discorreram sobre o assunto pretendido. Das 97 referências identificadas, 13 foram incluídas na síntese descritiva.

Síntese dos dados: Os bebês adeptos ao BLW, quando comparados aos do grupo em conduta alimentar tradicional, foram menos propensos ao excesso de peso, menos exigentes em relação ao alimento e consumiam os mesmos alimentos da família. Os episódios de engasgo não diferiram entre os grupos. As mães que optaram pela implementação do BLW exibiram mais escolaridade, ocupavam um cargo gerencial no trabalho e apresentaram maior probabilidade de terem amamentado até o sexto mês. Foram mencionadas preocupações com bagunça nas refeições, desperdício de comida e engasgo/asfixia, mas a maioria recomendava a adoção do método. Os profissionais da saúde demonstraram receio em indicá-lo.

Conclusões: O BLW foi sugerido pelas mães que o seguiram com seus filhos, todavia relataram-se preocupações, que, somadas ao receio dos profissionais acerca da capacidade dos bebês de se autoalimentarem, refletem escassez de conhecimento sobre o método.

Palavras-chave: Criança; Desmame; Nutrição infantil; *Baby-led weaning*.

ABSTRACT

Objective: To review the scientific findings on the baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding.

Data sources: Two independent examiners searched the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)/PubMed database in August 2016. No time-period was defined for the publication dates. The following descriptors were used: "*baby-led weaning*" OR "*baby-led*" OR "BLW". Inclusion criteria were: original studies that were available in English, and which addressed the BLW method. Exclusion criteria were: references in other languages, opinion articles and literature reviews, editorials and publications that did not elaborate on the intended subject. Of the 97 references identified, 13 were included in the descriptive synthesis.

Data synthesis: The BLW group of babies, when compared to the traditional eating group, were less prone to being overweight, less demanding of food, and ate the same foods as the family. The number of choking episodes did not differ between groups. Mothers who opted for the implementation of BLW had higher levels of schooling, held managerial positions at work, and were more likely to have breastfed until the sixth month of the child's life. Concerns were raised about messes made during meals, wasting food, and choking, but most of the mothers recommended adopting the method. Health professionals were hesitant to indicate this method.

Conclusions: BLW was recommended by mothers who followed the method with their own children. However, concerns have been reported, which, coupled with professionals' fears about the inability of infants to self-feed, reflect a lack of knowledge about the method.

Keywords: Child; Weaning; Infant nutrition; Baby-led weaning.

*Autor correspondente. E-mail: felipe.sneves@hotmail.com (F.S. Neves).

^aUniversidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

^bAmbos os autores contribuíram igualmente para a realização deste estudo.

Recebido em 18 de janeiro de 2017; aprovado em 17 de maio de 2017; disponível on-line em 21 de junho de 2018.

INTRODUÇÃO

A fase que compreende a descontinuidade do aleitamento materno exclusivo e o início da alimentação complementar é repleta de inúmeros questionamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo às crianças com até seis meses de idade, sem que haja ofertas de água, chás ou quaisquer alimentos.¹ Somente após esse período, recomenda-se a alimentação complementar.^{1,2}

A introdução alimentar estabelecida com preparações em consistência pastosa figura entre as práticas tradicionalmente difundidas, mas tal questão tem sido alvo de debates. Nesse enquadramento, o método *baby-led weaning* (BLW) — nomeado por Gill Rapley, autora da obra *Baby-led weaning: helping your baby to love good food* — sugere que bebês a partir do sexto mês têm capacidade motora para guiarem a própria ingestão, e, por isso, os que exibem crescimento e desenvolvimento adequados são aptos a iniciarem o consumo de alimentos em pedaços, sendo desnecessárias alterações substanciais de consistência.^{3,4}

Segundo o marco teórico-conceitual, esse método oferece oportunidades para as crianças escolherem:

1. os momentos em que as refeições serão iniciadas;
2. o que será consumido, entre as opções saudáveis ofertadas pelos indivíduos cuidadores;
3. o ritmo em que as refeições serão realizadas;
4. a quantidade que será ingerida em cada uma das refeições.⁴

Logo, os cuidadores atuam na alimentação em caráter intermediário pelo fato de disponibilizarem alimentos e proporcionarem um ambiente agradável para que os bebês possam exercitar as habilidades motoras e, assim, conhecerem os mais variados alimentos, percebendo o ato de comer em toda a sua essência.^{3,4}

Em suma, ofertar alimentos em pedaços representa um facilitador para a autoalimentação infantil, sendo esse encorajamento o ponto fundamental do método.⁴ Todavia, não há consenso sobre a segurança dessa prática, nem ao menos em relação aos potenciais reflexos no comportamento alimentar e no crescimento/desenvolvimento. Ademais, as referências são escassas, e tampouco são encontradas publicações no idioma português.

Portanto, este estudo propõe-se a revisar as constatações científicas presentes na literatura a respeito do BLW no âmbito da alimentação complementar e, desse modo, estabelecer um corpo de conhecimento abrangente sobre o tema.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura formulada por intermédio de procedimentos ordenados, com o intuito de identificar, selecionar e analisar de maneira crítica as referências pertinentes ao assunto.

Visando auxiliar a estruturação do presente estudo, adotou-se um protocolo composto destes quesitos:^{5,6} reconhecimento do tema e elaboração da pergunta norteadora; definição de critérios para a inclusão e exclusão das referências; buscas eletrônicas na literatura; seleção e categorização das referências identificadas, efetuando-se as avaliações de títulos e resumos; condução da etapa de elegibilidade, realizando as avaliações dos textos completos; leituras críticas para a determinação das informações a serem extraídas; e, enfim, síntese descritiva do conteúdo.

Base de dados, buscas eletrônicas e leituras críticas

Os critérios metodológicos e o diagrama de fluxo foram adaptados da recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), conforme as descrições contidas nos tópicos a seguir:⁷

1. base de dados: por meio de buscas preliminares conduzidas durante a etapa de reconhecimento do tema, verificou-se que as referências de interesse eram escassas e estavam duplicadas. Por isso, optou-se unicamente pelo Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/PubMed, o qual é tido como notória fonte de informação científica em saúde;
2. descritores de assunto e operador booleano: “*baby-led weaning*” OR “*baby-led*” OR “BLW”. Segundo o mecanismo *Medical Subject Headings* (MeSH), essas terminologias não constam de vocabulário controlado, porém julgou-se fundamental utilizá-las, dado que as referências de interesse mencionavam ao menos um desses termos no título e/ou entre as palavras-chave. O acréscimo de outros possíveis descritores, por exemplo, “*weaning*”, “*complementary feeding*” e “*infant nutrition*” não seria vantajoso à triagem e, sim, problematizaria as etapas de seleção e elegibilidade;
3. critérios de inclusão: estudos originais disponibilizados no idioma inglês provenientes de pesquisas quantitativas ou qualitativas, que abordaram o tema do método BLW na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento, bem como perante os conhecimentos e/ou as condutas das mães e dos profissionais da saúde;
4. critérios de exclusão: referências em outros idiomas que não a língua inglesa, artigos de revisão da literatura, artigos de opinião, editoriais e publicações que não discorrem especificamente sobre o assunto pretendido;
5. buscas eletrônicas: realizadas por dois examinadores independentes, em agosto de 2016, sem delimitação de período. As discordâncias no decurso das etapas de seleção e elegibilidade foram solucionadas prioritariamente em consenso. Diante da persistência de controvérsias, um terceiro examinador manifestava o seu parecer;

- leituras críticas: os estudos elegíveis foram submetidos às leituras críticas, pareadas e independentes, por intermédio de *checklists* do *Critical Appraisal Skills Program* (CASP),^{8,9} sendo contemplados os respectivos critérios: primeiramente, clareza na identificação dos objetivos; em segundo lugar, adequação metodológica (recrutamento dos participantes e coleta de dados); em terceiro, relação pesquisador-participante e aspectos éticos; em quarto, análise de dados, resultados e contribuições da pesquisa.

Constituição das referências

A Figura 1 ilustra o diagrama de fluxo acerca das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências. Os examinadores avaliaram os títulos das 97 publicações obtidas na base de dados e, então, descartaram 64 arquivos. Posteriormente, foram efetuadas as verificações de 30 resumos, sendo excluídas 15 referências, entre as quais 14 se voltavam à abordagem da alimentação complementar sob outra ótica que não a do BLW, e uma consistia em artigo de revisão da literatura. É relevante esclarecer que, das 33 publicações admitidas na triagem por títulos, três não possuíam resumo e, por isso, foram encaminhadas diretamente à etapa de elegibilidade.

Ao final, foram realizadas avaliações minuciosas dos textos completos, no entanto um dos arquivos estava indisponível, um era artigo de opinião, dois eram editoriais e um foi redigido em alemão. As 13 referências remanescentes foram submetidas às leituras críticas e todas cumpriram ao menos 80% dos quesitos observados nos *checklists*, não acarretando novas exclusões.

RESULTADOS

A síntese descritiva foi composta de 13 referências¹⁰⁻²² — 10 provenientes de pesquisas quantitativas^{10-14,17,18,20-22} e 3 com metodologias qualitativas^{15,16,19} —, cujos períodos de publicação oscilaram de 2011 a 2016. No tocante aos delineamentos das quantitativas, sete eram de corte transversal,^{10,12,14,17,20-22} uma era do tipo caso controle¹³ e duas eram coortes.^{11,18} As coletas de dados das qualitativas foram estabelecidas por meio de entrevistas semiestruturadas.^{15,16,19}

O Quadro 1 expõe uma breve descrição de todas as referências mediante os seguintes itens: autoria (ano), título, local do estudo, objetivos, delineamento e amostra. O Quadro 2 contém as 13 citações que discorreram sobre o BLW na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento. Oito delas foram originárias do Reino Unido,^{10-13,16,18,19,22} uma do Reino Unido/dos Estados Unidos,¹⁴ três da Nova Zelândia^{15,17,20} e uma do Canadá.²¹ O Quadro 3 inclui as 10 referências que abordaram o BLW

na perspectiva materna. Seis delas eram procedentes do Reino Unido,^{10,12,16,18,19,22} uma do Reino Unido/dos Estados Unidos,¹⁴ duas da Nova Zelândia^{15,17} e uma do Canadá.²¹ Apenas duas citações também discorreram sobre o BLW perante os profissionais da saúde. Uma delas foi originária da Nova Zelândia,¹⁵ e a outra, do Canadá.²¹

DISCUSSÃO

O método baby-led weaning na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento

Brow e Lee¹⁰ foram pioneiras ao caracterizarem formalmente o BLW em estudo com 655 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade, residentes no condado de Swansea, Reino Unido. As pesquisadoras abrangeram informações acerca do desmame e das experiências com refeições durante a introdução alimentar. Entre os seus resultados, destaca-se que a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que aderiram ao método, fato também relatado em outras investigações.^{14-17,20,21} Na maior parte dos casos, a ingestão de alimentos complementares foi iniciada por volta do sexto mês, estando, assim, em consonância com os preceitos internacionais.

Em longo prazo, a amamentação confere às crianças efeito protetor contra infecções, má oclusão dentária, excesso de peso e diabetes.²³⁻²⁶ Ressalta-se que nas duas últimas décadas as prevalências mundiais de sobrepeso/obesidade adquiriram características epidemiológicas, acometendo a população infantojuvenil de modo alarmante e posicionando esse tema entre os graves obstáculos da saúde pública a serem enfrentados no século XXI.²⁶⁻²⁸ Em decorrência disso, a carga de enfermidades crônicas não transmissíveis exhibe proporções ascendentes em diversos países, inclusive naqueles em desenvolvimento, que são historicamente demarcados por subnutrição e desnutrição.^{29,30} Por esses motivos, condutas precoces — tal como o desempenho adequado da amamentação — têm sido reiteradas como forma de se evitar desfechos nocivos na idade adulta.^{23,26,29}

Corroborando os achados da pesquisa exploratória de Brow e Lee,¹⁰ estudos posteriores demonstraram que os bebês adeptos ao BLW foram mais propensos a consumir os mesmos alimentos ingeridos pela família e a compartilhar os momentos de refeição.^{14,16,17,21} A participação no contexto familiar é de extrema relevância, pois a imitação constitui um dos pilares do aprendizado infantil. A literatura evidencia a pertinência do processo de aprendizagem na formação do comportamento alimentar, cujos estímulos poderão persistir ao longo da infância/adolescência até a vida adulta.³¹⁻³³ Ademais, há relação positiva entre a alimentação em família e a interação de seus

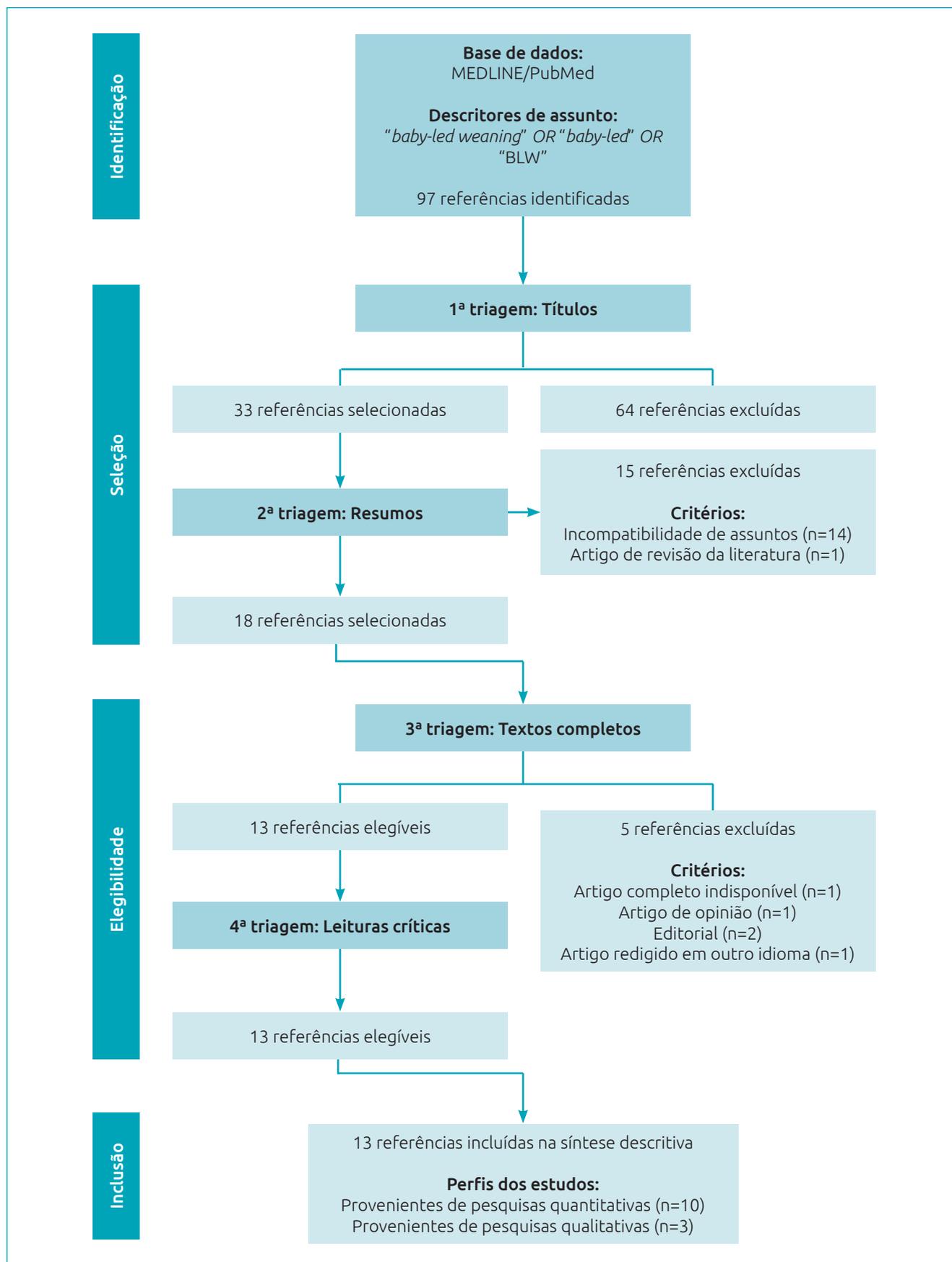


Figura 1 Diagrama de fluxo acerca das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências.

Quadro 1 Breve descrição das referências incluídas no estudo de revisão.

Autoria (ano)*	Título	Local do estudo	Objetivos	Delimitação e amostra
Brown & Lee ¹⁰ (2011)	<i>A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers</i>	Swansea, Reino Unido	Caracterizar uma amostra de mães que aderiram ao BLW como estratégia para a introdução alimentar de seus filhos, bem como descrever atitudes e comportamentos associados à prática desse método	Estudo transversal 655 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Wright et al. ¹¹ (2011)	<i>Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?</i>	Reino Unido	Descrever a faixa etária na qual as crianças estendiam as mãos pela primeira vez para agarrar os alimentos, relacionando essa atitude com a autoalimentação, os aspectos do desenvolvimento infantil e a condição socioeconômica	Estudo de coorte 510 mães de bebês nascidos em 1999 e 2000
Brown & Lee ¹² (2011)	<i>Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach</i>	Reino Unido	Comparar o perfil alimentar entre bebês adeptos ao BLW e bebês submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 604 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Townsend & Pitchford ¹³ (2012)	<i>Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample</i>	Nottingham, Reino Unido	Comparar as preferências alimentares e o IMC entre crianças que seguiam o BLW e outras que estavam submetidas à conduta alimentar tradicional	Estudo caso controle 155 mães de crianças entre 20 e 78 meses de idade
Rowan & Harris ¹⁴ (2012)	<i>Baby-led weaning and the family diet. A pilot study</i>	Estados Unidos e Reino Unido	Investigar se a implementação do BLW afetava a dieta materna e analisar se eram oferecidos aos bebês os mesmos alimentos da família	Estudo transversal 10 mães de bebês, com aproximadamente 6 meses de idade
Cameron et al. ¹⁵ (2012)	<i>Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study</i>	Dunedin, Nova Zelândia	Avaliar o conhecimento, as atitudes e as experiências de profissionais da saúde, além de mães de bebês que seguiam o BLW, acerca desse método	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 31 profissionais da saúde e 20 mães de bebês entre 8 e 24 meses de idade que aderiram ao BLW
Brown & Lee ¹⁶ (2013)	<i>An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods</i>	Reino Unido	Examinar as atitudes, as crenças e os comportamentos adotados por mães que optaram pelo BLW para a introdução alimentar de seus filhos	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 36 mães de bebês entre 12 e 18 meses de idade
Cameron et al. ¹⁷ (2013)	<i>Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families</i>	Nova Zelândia	Comparar as práticas de alimentação e os comportamentos de saúde entre bebês adeptos ao BLW e outros submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 199 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Brown & Lee ¹⁸ (2015)	<i>Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style</i>	Reino Unido	Comparar o comportamento alimentar entre bebês desmamados com o método BLW e por meio da conduta alimentar tradicional	Estudo de coorte 298 mães de bebês entre 18 e 24 meses de idade
Arden & Abbott ¹⁹ (2015)	<i>Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation</i>	Reino Unido	Investigar as experiências relatadas por mães que optaram pela prática do BLW, visando compreender os benefícios, os desafios e as crenças acerca desse método	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 15 mães de bebês entre 9 e 15 meses de idade
Morison et al. ²⁰ (2016)	<i>How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months</i>	Nova Zelândia	Comparar o perfil alimentar entre bebês adeptos ao BLW e bebês submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 51 mães de bebês entre 6 e 8 meses de idade
D'Andrea et al. ²¹ (2016)	<i>Baby-led weaning: a preliminary investigation</i>	Canadá	Investigar a prática do BLW perante os conhecimentos e as percepções de mães e profissionais da saúde acerca desse método	Estudo transversal 33 profissionais da saúde e 65 mães
Brown ²² (2016)	<i>Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles</i>	Reino Unido	Comparar os perfis demográfico e socioeconômico entre mães que utilizavam o BLW e outras que optaram pela conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 604 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade

*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*; IMC: índice de massa corporal.

Quadro 2 O método *baby-led weaning* na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento.

Autoria (ano)*	Principais resultados
Brown & Lee ¹⁰ (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que seguiram o BLW; • as cuidadoras que optaram pelo método eram mais susceptíveis a ofertarem frutas ou vegetais como primeiros alimentos; • a maioria das crianças sob a incumbência de um ambiente institucionalizado, em virtude do regresso de suas mães ao trabalho, foi alimentada com papas/purês; • o método foi associado à maior participação infantil nas refeições familiares.
Wright et al. ¹¹ (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • 56% (n=340) dos bebês haviam estendido as mãos para agarrar alimentos antes do sexto mês, entre os quais 27% (n=92) foram considerados incapazes de realizar a autoalimentação; • no geral, para muitas crianças com oito meses de idade a autoalimentação ainda não era rotina em suas refeições, sendo descritas como totalmente alimentadas por meio das cuidadoras.
Brown & Lee ¹² (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães que aderiram ao BLW perceberam maior peso de seus filhos aos 6 meses de idade.
Townsend & Pitchford ¹³ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • os carboidratos foram a categoria alimentar preferida pelos bebês que seguiam o método, ao passo que o grupo submetido à conduta alimentar tradicional teve predileção por alimentos doces; • as crianças submetidas à conduta tradicional apresentaram maior IMC, sendo mais susceptíveis ao excesso de peso.
Rowan & Harris ¹⁴ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • os bebês consumiram, em média, 57% dos mesmos alimentos ingeridos pelas mães, com similaridades mínima e máxima, respectivamente, de 44 e 86%.
Cameron et al. ¹⁵ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 90% (n=18) das mães iniciaram a prática do BLW por volta do quinto ou sexto mês de seus filhos; • os primeiros alimentos comumente ofertados foram frutas e hortaliças; • 80% (n=16) das mães afirmaram que seus filhos compartilhavam as refeições com um ou mais membros da família; • houve relatos da oferta de papas/purês e do uso de colher, entretanto restringiram-se a circunstâncias pontuais, quando os bebês estavam doentes ou aparentavam cansaço para se autoalimentar; • as mães que citaram episódios de engasgo disseram que as crianças lidaram sozinhas com o problema, expulsando o alimento por meio da tosse.
Brown & Lee ¹⁶ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • os bebês usualmente participaram das refeições em família; • no geral, as mães descreveram que a prática do método estimulava o consumo de alimentos <i>in natura</i>.
Cameron et al. ¹⁷ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • os bebês aderentes ao BLW foram mais propensos a consumir os mesmos alimentos ingeridos pela família e menos prováveis de ter recebido comida industrializada; • não houve diferença entre os grupos do método e os da conduta alimentar tradicional no tocante à ocorrência de episódios de engasgo.
Brown & Lee ¹⁸ (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • a duração da amamentação não diferiu entre os grupos do BLW e os da conduta tradicional, porém as mães que seguiram o método foram mais propensas de ter iniciado a amamentação de seus filhos no nascimento; • os bebês que aderiram ao método foram caracterizados como menos exigentes em relação aos alimentos e mais saciedade-sensíveis; • no geral, as crianças exibiram eutrofia, porém aquelas em conduta tradicional apresentaram maior peso.
Arden & Abbott ¹⁹ (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • muitas mães que seguiram o BLW relataram a utilização dos alimentos como um brinquedo no início da implementação do método.
Morison et al. ²⁰ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que aderiram ao BLW. Além do mais, as crianças em conduta tradicional ingeriram mais fórmulas infantis; • não houve diferença no consumo energético, mas as crianças que seguiram o método ingeriram maiores teores de gorduras (total e saturada) e menores quantidades de ferro, zinco e vitamina B12.
D'Andrea et al. ²¹ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães iniciaram a prática do BLW por volta do quinto ou oitavo mês de seus filhos; • os primeiros alimentos comumente ofertados foram frutas e legumes. • os bebês habitualmente participaram das refeições em família.
Brown ²² (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • a média de idade no início da introdução alimentar foi menor para o grupo submetido à conduta tradicional (19 semanas) que para o grupo adepto ao BLW (24 semanas).

*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*; IMC: índice de massa corporal.

Quadro 3 O método *baby-led weaning* na perspectiva materna.

Autoria (ano)*	Principais resultados
Brown & Lee ¹⁰ (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • 58,2% (n=384) das mães consideraram-se bem informadas sobre a prática do BLW; • o grau de conhecimento a respeito do método foi inversamente proporcional ao uso de colher e à oferta de papas/purês; • as que aderiram ao BLW eram casadas, tinham maior escolaridade e ocupavam um cargo gerencial no trabalho — ou então os respectivos parceiros apresentavam essas características; • as adeptas à conduta alimentar tradicional recorreram mais frequentemente ao apoio de profissionais da saúde, visando a esclarecimentos acerca da alimentação complementar. Também relataram mais ansiedade quanto à adequação nutricional de seus filhos, mais preocupação com a bagunça nas refeições e, além disso, sentiam-se mais inseguras com a capacidade de mastigação dos bebês.
Brown & Lee ¹² (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães que aderiram ao BLW tinham maior escolaridade, estavam empregadas e exibiram mais probabilidade de ocupar um cargo gerencial e de não ter retornado ao trabalho; • citaram níveis mais baixos quanto às preocupações com o peso dos bebês, à restrição alimentar e à pressão para comer.
Rowan & Harris ¹⁴ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • passados três meses desde a introdução do método, as mães não exibiram modificações na dieta.
Cameron et al. ¹⁵ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • o BLW foi considerado mais conveniente e menos estressante para a introdução alimentar; • as mães acreditavam que o método contribuiu para que seus filhos desenvolvessem comportamentos alimentares saudáveis; • engasgos não constituíram preocupação, pois as mães os consideravam naturalmente prováveis diante das adaptações das crianças aos novos alimentos; • a bagunça nas refeições foi realçada como a principal desvantagem desse método, entretanto todas as mães o recomendariam para outras mães.
Brown & Lee ¹⁶ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães consideraram o BLW simples e conveniente; as refeições eram vistas como mais fáceis e menos estressantes; • no geral, relataram que exerciam baixo controle sob o volume ingerido pelos bebês; • a bagunça nas refeições e o desperdício de comida resultantes da prática do método foram tidos como desafios; • mencionaram apreensão com o risco de engasgo, que foi diminuindo ao longo do tempo.
Cameron et al. ¹⁷ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • todas as famílias que aderiram ao BLW o recomendariam, porém mais da metade aconselharia a sua prática em conjunto com a alimentação complementar tradicional; • 46% (n=65) das mães adeptas à conduta alimentar tradicional, caso tivessem outro filho, estariam dispostas a experimentar o BLW; • as principais razões alegadas para não optarem pelo método foram: apreensão com engasgo; receio acerca da capacidade motora dos bebês para guiarem a autoalimentação; e insegurança quanto à adequação do volume ingerido em cada refeição, além do fato de que a conduta tradicional havia funcionado bem anteriormente.
Brown & Lee ¹⁸ (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães que aderiram ao BLW relataram níveis mais baixos de preocupação com o peso dos bebês, de pressão para comer e de restrição alimentar. Além disso, despendiam menos tempo para a vigilância das crianças nos momentos das refeições.
Arden & Abbott ¹⁹ (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães que aderiram ao BLW declararam menos ansiedade durante as refeições; • as que seguiram o método relataram um grau elevado de confiança na capacidade dos bebês de escolherem o momento, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos; • algumas declararam receio quanto ao aporte nutricional para os bebês, além da preocupação com a bagunça nas refeições.
D'Andrea et al. ²¹ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • engasgo foi a preocupação mais citada sobre o BLW, que foi diminuindo ao longo do tempo; • uma grande parcela das mães havia sido apresentada ao método por meio de pessoas amigas ou fontes <i>on-line</i>; • mais de 80% acreditava que o método teria promovido comportamentos alimentares saudáveis, o progresso das habilidades motoras finas e o desenvolvimento oral das crianças.
Brown ²² (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • as mães que aderiram ao BLW exibiam maior escolaridade e eram mais propensas a ocupar uma função gerencial; • as adeptas à conduta alimentar tradicional apresentaram maiores escores para ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo.

*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*.

membros.³³ Logo, a presença da criança no mesmo ambiente em que a família realiza as refeições — em simultaneidade com a oferta de alimentos saudáveis — é de grande valia para auxiliar a implementação/continuidade do método.

Nesse âmbito, Rowan e Harris¹⁴ investigaram a provável compatibilidade entre os alimentos ingeridos pelas crianças e suas famílias. Passados três meses desde a introdução do BLW, os bebês consumiram, em média, 57% dos mesmos alimentos ingeridos pelas mães, com similaridades mínima e máxima, nessa ordem, de 44 e 86%. Curiosamente, o participante com a menor equivalência dietética também ingeria os alimentos da família, mas em ocasiões distintas ao longo do dia. Por exemplo, a criança consumia no jantar o que fora ingerido pela mãe no almoço. Esse compartilhamento da rotina possivelmente intensifica a aderência ao método, porque os indivíduos cuidadores têm a oportunidade de poupar tarefas voltadas exclusivamente para o preparo e a oferta de refeições aos bebês, o que torna o processo menos extenuante.

Os alimentos comumente oferecidos às crianças no período inicial do BLW foram frutas e legumes frescos, em detrimento dos produtos industrializados.^{10,15,21} De acordo com D'Andrea et al.,²¹ as proteínas de origem animal compuseram o segundo grupo mais reportado, incluindo-se carnes vermelhas, aves e peixes. Os alimentos eram *in natura* ou amolecidos, sendo disponibilizados no formato de tiras ou em outros cortes gerenciáveis.^{10,14,15,21}

Em contraste, Morisson et al.²⁰ afirmaram que os bebês adeptos ao BLW haviam ingerido maiores teores de gordura e menores quantidades de ferro, zinco e vitamina B12. Não foram encontradas diferenças entre os valores energéticos consumidos pelas crianças do método e da conduta tradicional. Apesar disso, em ambos os grupos, 45 e 76% receberam, respectivamente, alimentos adoçados e ricos em sódio.

Rowan e Harris¹⁴ também verificaram em crianças do BLW, mesmo que em menor proporção, as ofertas de arroz, pães, torradas, biscoitos, iogurtes, queijos, ovos, manteiga, sopas e massas, porém é consenso que a ingestão frequente de alimentos açucarados, biscoitos e gorduras está associada ao ganho ponderal excessivo e a suas consequências.^{26,29}

Townsend e Pitchford,¹³ em estudo caso controle que avaliou 155 bebês entre 20 e 78 meses de idade, observaram que os adeptos ao BLW exibiram mais preferência por carboidratos, enquanto o grupo submetido à conduta alimentar tradicional teve predileção por alimentos doces. Constatou-se, também, que as crianças aderentes ao método exibiram menor índice de massa corporal (IMC), com classificações próximas à faixa de adequação; aquelas submetidas à conduta tradicional exibiram maior IMC, sendo mais suscetíveis ao excesso de peso.

Brow e Lee,¹⁸ em outra pesquisa com 298 bebês entre 18 e 24 meses de idade, observaram, após um ano de seguimento, que o grupo do BLW foi menos exigente em relação aos alimentos,

mais saciedade-sensível e menos propenso ao excesso de peso. As autoras reiteraram que a prática do método propiciava um ambiente protetor para amenizar o risco de obesidade, algo justificado pela prática da alimentação mais saudável.

No tocante à ocorrência de episódios de engasgo, Cameron et al.,¹⁷ em uma pesquisa *on-line* com 199 cuidadoras, não detectaram diferença entre os grupos do BLW e da conduta tradicional. Salienta-se que uma grande parcela de mães manifestou receio com asfixia por engasgo,^{16,17,21} porém tal complicação é incomum no BLW e pode ser confundida com o “reflexo de gag” (ou reflexo de vômito), especialmente pelo fato de os bebês o apresentarem em região anteriorizada, na base da língua. Assim, o alimento mal mastigado retorna à porção anterior da cavidade oral antes de ser deglutido. Consecutivamente, ou será cuspidado, ou será mastigado e engolido.³¹

D'Andrea et al.²¹ relataram que apenas três crianças (4,6%) haviam vivenciado algum incidente de engasgo durante a realização do método. Em comentários, as cuidadoras reconheceram as diferenças entre engasgo e sufocação, mas sugeriram que treinamentos de primeiros socorros seriam úteis aos praticantes do BLW. No estudo de Cameron et al.,¹⁵ as mães que citaram engasgos disseram que as crianças lidaram sozinhas com o problema, expulsando o alimento por meio da tosse.

O método baby-led weaning na perspectiva materna

Sobre as razões motivadoras para a implementação do BLW, as mães pesquisadas por Cameron et al.¹⁵ e D'Andrea et al.²¹ alegaram que o método “fazia sentido”, “parecia lógico” e “era natural”. A maioria recomendava-o por acreditar tratar-se de um procedimento facilitador de hábitos alimentares saudáveis,^{15,17,21} também contribuindo para o progresso das habilidades motoras finas e para o desenvolvimento oral dos bebês.²¹ As texturas dos alimentos favorecem a percepção sensorial e geram benefícios relacionados ao crescimento orofacial. À vista disso, a dieta de consistência mais elevada impacta positivamente na qualidade da função mastigatória.^{34,35}

As cuidadoras adeptas ao BLW, comparadas às praticantes da conduta tradicional, citaram:

1. baixo controle sob o volume alimentar ingerido pelas crianças, o que nem sempre foi encarado como positivo;^{16,19}
2. níveis significativamente mais baixos de preocupação com o peso dos bebês, com a pressão para comer e com a restrição alimentar;^{12,18}
3. menor tempo despendido para a vigilância das crianças durante as refeições;^{12,18,19}
4. menos ansiedade;^{19,22}
5. elevado grau de confiança diante das capacidades dos bebês para regular a duração das refeições, bem como para escolherem o tipo e a quantidade de alimento;¹⁹

6. menos estresse no decorrer das refeições, sendo mais simples e conveniente seguir o método.^{15,16}

Adicionalmente, notaram-se preocupações sucessivas quanto à habilidade dos bebês de guiarem a autoalimentação, além da insegurança com o volume ingerido e o aporte nutricional.^{10,16,17,19} As quantidades e as frequências em que os alimentos são ofertados devem basear-se na aceitação da criança, que varia conforme as necessidades individuais, a quantidade de leite materno ingerido e a densidade dos alimentos complementares.^{4,36} A implementação do BLW também requer sinais de destreza relativos ao desenvolvimento, incluindo equilíbrio postural para sentar-se com pouco ou nenhum auxílio, bem como estabilidade para alcançar, agarrar e conduzir os alimentos à boca.^{4,11,31} Essas aptidões são manifestadas quando a criança possui cerca de seis meses de idade,^{17,36} corroborando, assim, as recomendações da OMS, que enfatiza o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e somente após esse período indica a oferta de outros alimentos.¹²

Acentua-se que não é aconselhável conduzir o desmame de forma repentina, uma vez que no momento inicial da prática do BLW boa parte das necessidades energéticas e de micronutrientes ainda será suprida por meio da amamentação. Portanto, esse processo deverá acontecer de modo gradativo, conforme os sinais de controle evidenciados pelo bebê.^{4,31}

Wright et al.¹¹ analisaram o desenvolvimento motor perante a autoalimentação em crianças da coorte intitulada *The Gateshead Millennium Baby Study*. Os pesquisadores obtiveram os seguintes achados:

1. entre as cuidadoras que preencheram um diário sobre as primeiras 5 ocasiões em que seus filhos consumiram alimentos sólidos, 40,0% ofereceram alimentos de dedo (aqueles possíveis de ser agarrados pelos bebês) antes dos 6 meses de idade;
2. 56,0% das crianças haviam estendido as mãos para segurar alimentos antes do 6º mês, mas, ao completarem 8 meses, 36,0% receberam alimentos de dedo somente uma vez por dia e 27,0% foram consideradas incapazes de realizar a autoalimentação;
3. do total de bebês que tinha contato com os alimentos de dedo, 9,6% os receberam ao menos uma vez por dia quando atingiram 8 meses;
4. 35,0% das crianças de 8 meses foram descritas como integralmente alimentadas por meio das cuidadoras, não tendo, portanto, a capacidade de guiarem o próprio ato;
5. em suma, para muitas crianças com 8 meses de idade a autoalimentação ainda não era rotina em suas refeições.

Pode-se inferir que, embora os bebês denotassem interesse e prontidão para se autoalimentarem por volta do sexto mês,

as ocasiões concedidas a eles por parte das cuidadoras ainda eram insuficientes. Mais oportunidades naturalmente levariam à obtenção de proficiências para mastigar e deglutir.¹¹

Com o passar do tempo, as mães que haviam mencionado temores com episódios de engasgo tornaram-se mais confiantes.^{16,21} A bagunça e o desperdício de comida decorrentes da prática do BLW foram considerados os maiores desafios.^{15,16,19}

Uma grande parcela das cuidadoras havia sido apresentada ao método por meio de grupos de pais, pessoas amigas ou fontes *on-line*.^{10,15,21} De modo geral, as que aderiram ao BLW eram casadas,¹⁰ exibiam mais escolaridade, ocupavam um cargo gerencial no trabalho^{10,12,22} — ou então os respectivos parceiros apresentavam essas características¹⁰ — e eram mais prováveis de não terem retornado ao trabalho no período da introdução alimentar de seus filhos.¹² Duas investigações não encontraram diferenças quanto à idade materna, ao estado civil nem à renda.^{12,22}

Notaram-se, ainda, que as adeptas à conduta tradicional recorreram com mais frequência ao apoio de profissionais da saúde visando a esclarecimentos acerca da alimentação complementar.^{10,15}

O método baby-led weaning na perspectiva dos profissionais da saúde

Cameron et al.,¹⁵ entrevistando 31 profissionais da saúde em Dunedin, Nova Zelândia, constataram que menos da metade (41,9%) estava ciente do método. Ademais, uma grande parcela submetida à pesquisa não havia presenciado o BLW em ação e, por isso, exibia determinada resistência para compreender a habilidade da criança de coordenar a mastigação/deglutição de alimentos em pedaços. Não obstante, foram explanadas algumas vantagens decorrentes do uso do método, por exemplo:

- o compartilhamento de refeições em família;
- o incentivo a hábitos alimentares saudáveis;
- o estímulo ao desenvolvimento oral por meio da mastigação;
- menos estresse dos cuidadores nos momentos das refeições, visto que o processo é inteiramente gerenciado conforme o ritmo do bebê.

D'Andrea et al.,²¹ em levantamento com 33 profissionais canadenses, notaram que 81,8% estavam cientes do BLW e haviam conhecido essa conduta por meio de outros profissionais da saúde, pacientes ou treinamentos. Mais de 80% dos entrevistados acreditavam que o método poderia promover o progresso de habilidades motoras finas e o desenvolvimento oral das crianças. Até mesmo, conforme mencionado na seção anterior deste artigo (“O método *baby-led weaning* na perspectiva materna”), o mesmo estudo revelou que uma grande parcela de mães havia se informado sobre o método por meio de fontes *on-line*, fato que denota a carência de divulgação do BLW entre os profissionais da área pediátrica.

Apesar de considerar a abordagem benéfica, a maioria não se sentia plenamente convicta para recomendá-la, especialmente por conta da preocupação com o risco de asfixia. Além do mais, acreditava-se que a prática do BLW poderia afetar negativamente a ingestão calórica e o aporte de ferro.^{15,21}

A apreensão evidenciada pelos profissionais da saúde — que impacta na escassez de indicações ao método — é subseqüente à ausência de conhecimento teórico-prático. Fora isso, acentua-se que a OMS, tida como referência máxima para a tomada de decisão, permanece aguardando com cautela mais evidências clínicas antes de emitir uma posição efetiva, algo que indubitavelmente dificulta a aderência ao BLW.

Limitações dos estudos revisados

Em termos gerais, os estudos revisados oferecem relevantes subsídios para o entendimento do BLW no contexto da alimentação complementar. Todavia, destacam-se as seguintes limitações:

1. a inexistência de critérios normatizados para delimitar a proporção de práticas alimentares passivas no BLW resulta em distinções metodológicas na alocação dos participantes entre os grupos do método e os da conduta tradicional;
2. as informações acerca do aleitamento materno e da alimentação complementar podem ter sido influenciadas pelo viés de memória, quando os dados foram obtidos de maneira retrospectiva;
3. o predomínio de estudos com delineamento transversal não permite garantir relação de causa e efeito para as associações observadas. Aliás, os trabalhos com amostras pequenas e não probabilísticas exibem limitações inferenciais ainda maiores;
4. convém salientar que todos os estudos disponíveis na literatura avaliaram exclusivamente as populações da Europa e da América do Norte, o que restringe a extrapolação de certas constatações para os países em

desenvolvimento, pois uma série de determinantes socio-culturais estão implicados na prática do método;

5. o uso do ambiente *on-line* como forma de recrutamento e aplicação de questionários compromete a validade interna e externa dos resultados. Provavelmente, os cuidadores/responsáveis abordados por meio da autosseleção eram mais envolvidos no processo de introdução alimentar das crianças. Ademais, ressalta-se que esse procedimento metodológico tende a eleger amostras com maiores níveis de escolaridade e renda, fato que justifica, em partes, a elevada concentração de participantes com alto grau de instrução e pertencentes à classe média.

Em conclusão, o BLW foi aconselhado pelas mães que o seguiram com seus filhos. Todavia, relataram-se preocupações com a bagunça nas refeições, o desperdício de comida e as possibilidades de engasgo. Tais questões, somadas ao receio dos profissionais da saúde acerca da capacidade dos bebês de se autoalimentarem, refletem a escassez de recomendações e de incentivo para a implementação do método.

Não houve diferenças nas proporções de engasgo entre os que aderiram ao BLW e aqueles submetidos à conduta alimentar tradicional. O método foi associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo, à participação infantil nas refeições familiares, à maior autorregulação da saciedade e à menor exigência alimentar dos bebês.

Espera-se que a presente revisão contribua para ampliar os conhecimentos e incitar novas investigações, uma vez que a carência de materiais bibliográficos a respeito dessa temática sugere um vasto campo para pesquisas científicas.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
2. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Rapley G, Murkett T. Baby-led weaning: helping your baby to love good food. Reino Unido: Vermilion; 2008.
4. Rapley G, Forste R, Cameron S, Brown A, Wright C. Baby-led weaning a new frontier. ICAN. 2015;7:77-85.
5. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005;52:546-53.
6. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. Texto Contexto Enferm. 2008;17:758-64.
7. Galvão TF, Pansani TS, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24:35-42.
8. Critical Appraisal Skills Programme [homepage on the Internet]. CASP Checklists [cited 2016 Sep 2]. Available from: <http://www.casp-uk.net/>

9. Ângelo BH, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MG. Breastfeeding support provided by grandmothers: an integrative review. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2015;15:161-70.
10. Brow A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr*. 2011;7:34-47.
11. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr*. 2011;7:27-33.
12. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health J*. 2011;15:1265-71.
13. 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.
14. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58:1046-9.
15. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. *BMJ Open*. 2012;2.
16. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013;9:233-43.
17. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013;3:e003946.
18. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. 2015;10:57-66.
19. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44.
20. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 2016;6:e010665.
21. D'andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. Baby-led weaning: a preliminary investigation. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:72-7.
22. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12:826-37.
23. Schack-Nielsen L, Sorensen TI, Mortensen EL, Michaelsen KF. Late introduction of complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:619-27.
24. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:30-7.
25. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
26. World Health Organization. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Geneva:WHO; 2016.
27. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2016.
28. World Health Organization. Commission on ending childhood obesity. Geneva: WHO; 2016.
29. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinbur BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385:2510-20.
30. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*. 2014;384:766-81.
31. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract*. 2011;84:20-3.
32. Rossi A, Moreira EA, Rauen, MS. Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. *Rev Nutr*. 2008;21:739-48.
33. Silva GA, Costa KA, Giugliane ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:S2-7.
34. Araújo CM. Alimentação complementar e desenvolvimento sensorio motor oral [master's thesis]. Recife (PE): UFPE; 2004.
35. Pires SC. Influência da duração do aleitamento materno na qualidade da função mastigatória em crianças pré-escolares [master's thesis]. Porto Alegre (RS): UFRS; 2012.
36. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.