

Leticia Cristine Welke¹ 
Adriela Azevedo Souza Mariath² 
Juliana Rombaldi Bernardi^{3,4} 
Leandro Meirelles Nunes^{4,5} 
Erissandra Gomes² 

Métodos de introdução da alimentação complementar e distúrbio alimentar pediátrico no primeiro ano de vida: um ensaio clínico randomizado

Complementary feeding introduction methods and pediatric feeding disorder in the first year of life: a randomized clinical trial

Descritores

Comportamento Alimentar
Lactente
Alimentação Infantil
Alimentação Complementar
Métodos de Alimentação

Keywords

Feeding Behavior
Infant
Child Feeding
Complementary Feeding
Feeding Methods

Endereço para correspondência:

Erissandra Gomes
Departamento de Cirurgia e Ortopedia,
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul – UFRGS
Rua Barão do Triunfo, 380/905, Porto
Alegre (RS), Brasil, CEP: 90130-100.
E-mail: erifono@hotmail.com

Recebido em: Agosto 11, 2025

Aceito em: Dezembro 22, 2025

Editora: Aline Mansueto Mourão.

RESUMO

Objetivo: Verificar se há relação entre o método de introdução da alimentação complementar (AC) e o distúrbio alimentar pediátrico (DAP), no primeiro ano de vida. **Método:** Ensaio clínico com 128 pares mãe-crianças randomizados em grupos de intervenção por métodos de AC: tradicional; Baby-Led Introduction to Solids (BLISS); ou misto. A intervenção foi realizada aos cinco meses e meio de idade do lactente, em cozinha experimental com as refeições preparadas segundo o método randomizado. Houve seguimento aos sete e nove meses de idade dos lactentes. Aos 12 meses foi aplicada a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) para rastreio do DAP. Este estudo foi registrado no Brazilian Clinical Trials Registry (ReBEC). **Resultados:** O DAP esteve presente em 16 (12,5%) crianças: 5 (3,9%) do método tradicional (3 com DAP de grau leve e 2 de grau severo), 9 (7%) do método BLISS (5 com DAP de grau leve, 2 de grau moderado e 2 de grau severo) e 2 (1,6%) do método misto (ambos de grau leve). Na análise das 14 questões que compõem o EBAI, as respostas tenderam para o aspecto adequado e/ou favorável para todos os métodos de IAC, sem diferenças estatisticamente significativas. **Conclusão:** O DAP não foi influenciado pelo método de AC na amostra pesquisada.

ABSTRACT

Purpose: To investigate whether the method of introducing complementary feeding (CF) is related to pediatric feeding disorders (PFD) in the first year of life. **Methods:** Clinical trial with 128 mother-child pairs randomized into intervention groups by CF methods: traditional, Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), or mixed. The intervention was carried out at the infants' 5 and a half months of age in an experimental kitchen with meals prepared according to the randomized method. Follow-up was conducted at their 7 and 9 months of age. At 12 months, the Brazilian Child Feeding Scale (EBAI) was applied to screen for PFD. This study was registered in the Brazilian Clinical Trials Registry (ReBEC). **Results:** PFD was present in 16 (12.5%) children: 5 (3.9%) from the traditional method (3 with mild PFD and 2 with severe PFD), 9 (7%) from the BLISS method (5 with mild PFD, 2 with moderate PFD, and 2 with severe PFD), and 2 (1.6%) from the mixed method (both with mild PFD). In the analysis of the 14 EBAI questions, the responses tended towards the adequate and/or favorable aspects across all CF methods, with no statistically significant differences. **Conclusion:** PFD was not influenced by the CF method in the study sample.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA - Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

² Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Departamento de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: FIPE (2019-0230).

Conflito de interesses: nada a declarar.

Disponibilidade de Dados: Os dados da pesquisa estão disponíveis apenas mediante solicitação.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A introdução da alimentação complementar (AC) ao leite materno ou fórmula infantil é realizada com a apresentação de outros líquidos e, especialmente, de alimentos sólidos. Para que a AC ocorra, os lactentes devem apresentar sinais de prontidão e habilidades associadas ao controle cervical e motor global amplo e fino, evolução dos aspectos orais, demonstração de interesse pelos alimentos, além de maturação gastrointestinal e do sistema imunológico^(1,2).

O Ministério da Saúde recomenda que a AC seja iniciada aos seis meses de idade do lactente, com o controle quanto à ingestão da criança realizada pelo cuidador, ofertando alimentos inicialmente na textura de papas e/ou purês, com uso de utensílios, aproximando-se gradualmente à consistência alimentar da família com um ano de idade⁽¹⁾. Esse método tem sido descrito como tradicional ou *Parent-Led Weaning (PLW)*, entretanto nos últimos anos a literatura tem considerado outros métodos de AC que promovem a autonomia da criança⁽³⁻⁵⁾. O *Baby-Led Weaning (BLW)* é um método de introdução da AC que visa permitir que a criança guie o momento de alimentação, com objetivo principal de desenvolver a noção de saciedade e autonomia, sendo os alimentos ofertados em formato de tiras ou bastões e sem adaptações de suas consistências⁽⁶⁾. Considerando os questionamentos apontados por pesquisadores e profissionais de saúde em relação ao método BLW, foi criada uma versão modificada, denominada de *Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS)*. As recomendações BLISS são as mesmas do método BLW, contudo, com alguns aspectos adicionais: garantir uma fonte de alimentos ricos em ferro em cada refeição; oferecer um alimento de alto teor calórico em cada refeição; oferecer alimentos preparados em uma textura e formato que reduz o risco de engasgo e evitar alimentos listados como de alto risco de aspiração⁽⁷⁾.

No decorrer do processo de AC do lactente podem ocorrer dificuldades alimentares que, se não observadas e orientadas de maneira adequada, podem resultar no Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) e se perpetuar ao longo do desenvolvimento infantil. O DAP é definido como ingestão oral prejudicada ou não apropriada para a idade, associada a condição médica, nutricional, alimentar e/ou psicossocial⁽⁸⁾. O DAP pode ocorrer tanto em crianças com desenvolvimento neurotípico, com prevalência de 25-35%, como naquelas com comorbidades, em até 80%. As manifestações clínicas vão desde comportamentos atípicos até aspectos clínicos alterados, afetando o desenvolvimento global e repercutindo nas questões biopsicossociais, especialmente nas relações familiares e na qualidade de vida^(9,10). Apesar de haver diferentes protocolos para triagem de DAP na literatura, um dos mais utilizados e o único validado no Brasil é a *Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS)*, denominada nacionalmente como Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)⁽¹¹⁾.

A AC é motivo de grande preocupação para os pais e/ou responsáveis dos lactentes, principalmente quando há dificuldades alimentares que ocorrem no processo de introdução alimentar, que podem culminar em DAP e ocasionar diversas consequências à criança⁽¹²⁾. Considerando que a AC é um momento importante no desenvolvimento infantil e para um adequado relacionamento da criança com a alimentação, este estudo justifica-se pela importância de pesquisas voltadas à relação entre os métodos

de AC e o DAP. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar se há relação entre o método de introdução da AC e o DAP, no primeiro ano de vida do lactente.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o parecer nº 3.094.555 (CAAE: 01537018.5.0000.5327) e registrado no *Brazilian Clinical Trials Registry (ReBEC)* com número RBR-229SCM. As mães das crianças concordaram em participar do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O protocolo do estudo ao qual este pertence foi previamente publicado⁽⁵⁾. Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado, com três braços de intervenção em relação ao método de introdução da AC:

- a) método tradicional⁽¹⁾: pais foram orientados a iniciar a oferta da alimentação complementar por colher pelo adulto a partir do sexto mês de vida, de forma lenta e gradual. Oferecer alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e verduras) três vezes ao dia, sem horários rígidos e respeitando o apetite, aumentando a oferta ao longo dos meses; a consistência da alimentação deve ser inicialmente pastosa, amassada com garfo (de seis a oito meses na forma de mingau e purê) e progredir gradativamente até atingir a consistência da alimentação da família aos 12 meses de idade, com variedade de cores e grupos de alimentos em todas as refeições, sem misturar ou peneirar os alimentos;
- b) método *BLISS*⁽⁵⁾: pais foram orientados a incentivar o lactente a se alimentar sozinho, mas sempre acompanhado por um adulto e participando das refeições em família. A consistência da alimentação oferecida desde os seis meses de vida deve ser firme, em formas que permitam que o lactente se alimente com as próprias mãos; cortados em formas alongadas, como tiras ou palitos, para facilitar o movimento de pinça dos dedos e evitar engasgos. Foi aconselhado respeitar o tempo da criança para explorar os sabores e texturas, e oferecer três tipos de alimentos em cada refeição: um alimento fonte de ferro (por exemplo, carne vermelha), um alimento fonte de energia e uma fonte alimentar de fibra, como frutas ou vegetais;
- c) método misto⁽¹⁾: pais foram orientados a aplicar inicialmente o método *BLISS*. Caso a criança não estivesse satisfeita ou desinteressada pelo alimento, foi orientado oferecer o alimento pelo método tradicional durante a mesma refeição. Os cuidadores foram treinados e receberam material impresso sobre como perceber os sinais de satisfação do filho. Trata-se de abordagem que considera o desejo e o comportamento da criança.

A amostra foi composta por mães residentes em Porto Alegre e região metropolitana, e por seus filhos saudáveis, nascidos a termo, não gemelares, com peso ao nascer maior ou igual a 2.500 gramas e que não tivessem iniciado a AC. Foram considerados critérios de exclusão crianças que apresentassem malformações congênitas, déficits neurológicos ou restrições

alimentares no primeiro ano de vida. O recrutamento ocorreu por meio de convite *online* nas redes sociais, páginas e grupos relacionados a mães, bem como por cartazes de divulgação em locais pertinentes ao tema da pesquisa. A randomização da amostra ocorreu em blocos de três, até que fosse atingido o número de pares calculado, utilizando o site Randomization⁽¹³⁾ por um pesquisador não envolvido nas coletas e análise.

A partir da randomização dos grupos, foram realizados encontros para a intervenção com grupos de quatro a oito mães quando os lactentes completassem cinco meses e meio de idade, em uma clínica de nutrição, com uma nutricionista e uma fonoaudióloga. Em virtude da pandemia pelo Covid-19, algumas intervenções ocorreram por via remota, por vídeo-chamada em aplicativos de comunicação virtual com as mesmas orientações e equipe envolvidas na intervenção presencial. Houve reforço do aconselhamento em alimentação infantil, realizado por meio de contato telefônico aos sete meses e por visitas domiciliares aos nove meses, e aos 12 meses de vida foram realizadas avaliações, em um encontro presencial ou por via remota. Para este estudo foram utilizados os dados coletados no questionário inicial para a caracterização da amostra e os dados coletados aos 12 meses para obtenção de dados de saúde geral, alimentares e orais, assim como a aplicação da EBAI. Ambos foram aplicados de forma remota e auto respondidos pelos pais individualmente; após enviado para os pesquisadores, que estavam à disposição caso houvesse alguma dúvida no preenchimento.

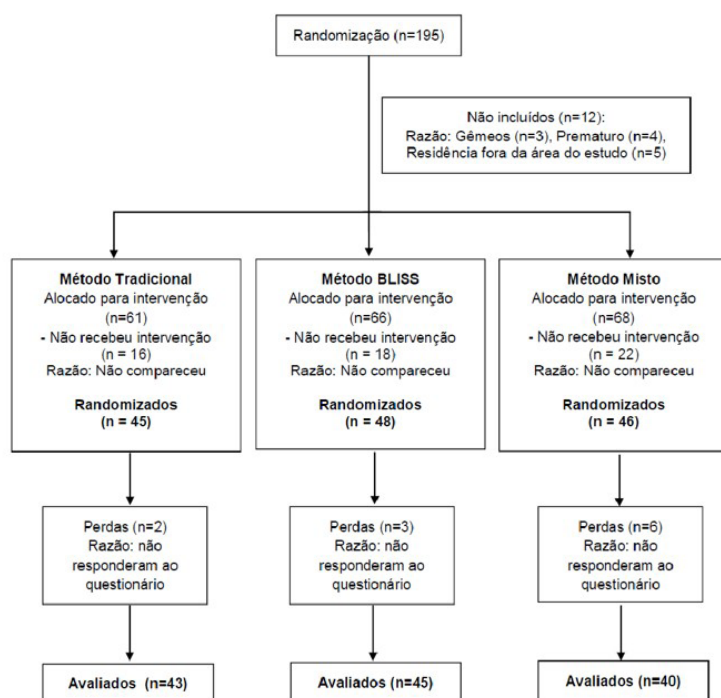
O EBAI é um instrumento que objetiva avaliar o comportamento alimentar de crianças. O protocolo foi publicado no Canadá, em 2011, com o nome de *Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS)*. A *MCH-FS* classifica a dificuldade a partir dos escores obtidos, ou seja, *T-score* entre 61 e 65 é classificada como

dificuldade leve, 66 a 70 a dificuldade é moderada e acima de 70 a dificuldade é severa. Caracteriza-se por ser uma ferramenta de triagem simples e rápida de problemas alimentares de crianças de seis meses a seis anos e 11 meses de idade. Possui 14 itens a serem respondidos pelo responsável que esteja presente na maior parte das refeições da criança, com respostas que variam de 1 a 7, mas que cada variável tem uma classificação. Os itens são relacionados aos sintomas sensorio-motores orais, sensoriais orais, apetite, preocupações e comportamentos no momento da refeição, estratégias utilizadas e reações dos cuidadores⁽¹⁴⁾. Desde 2011, a *MCH-FS* foi validada no Canadá, seu país de origem, e em mais outros países; no Brasil foi validada e adaptada para o português brasileiro, resultando na EBAI⁽¹¹⁾.

O banco de dados foi elaborado utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0, com entrada dupla e posterior validação. Para manter o anonimato, cada par de mãe e bebê foi identificado com um número. As variáveis categóricas foram apresentadas através de percentual relativo e absoluto e as variáveis quantitativas através de média (desvio padrão), mediana (mínima e máxima) ou mediana (P_{25} e P_{75}). Foi utilizado o valor de significância de p de 5%, adotando o teste do Qui-quadrado de Pearson e teste ANOVA.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 128 díades mães-lactentes, divididas pelo método de AC: 43 (33,6%) no método tradicional, 45 (35,1%) no método *BLISS* e 40 (31,2%) no método misto, conforme o fluxograma apresentado na Figura 1. Os dados de caracterização inicial da amostra total e pelo método de AC estão descritos na Tabela 1; e na Tabela 2 estão os dados aos



Legenda: BLISS = Baby-Led Introduction to Solids

Figura 1. Fluxograma do estudo

Tabela 1. Caracterização da amostra total e por método de introdução da AC, aos 5 meses e meio de idade (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Sexo da criança – n(%)					
Masculino	58(45,3)	17(39,5)	21(46,7)	20(50)	0,617*
Feminino	70(54,7)	26(60,5)	24(53,3)	20(50)	
Escolaridade materna – média±desvio-padrão	17,6±5,3	16,9±5,3	18±6,1	17,9±4,4	0,627**
Raça materna – n(%)					
Branca	109(85,2)	35(81,4)	38(84,4)	36(90)	0,697
Outras	19(14,8)	8(18,6)	7(15,6)	4(10)	
Renda familiar (R\$) – Mediana (P25-P75)	6000 (4000 - 10000)	5000 (3700 - 10000)	8000 (4000 - 14500)	6000 (4550 - 10000)	0,164**

* Teste do Qui-quadrado de Pearson; **Teste ANOVA; p<0,05

Legenda: BLISS = *Baby-Led Introduction to Solids*; AC = alimentação complementar**Tabela 2.** Caracterização da amostra total e por método de introdução da AC, aos 12 meses (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Peso da criança (kg) – média±desvio-padrão	9,6±1,2	9,8±1,4	9,5±1,0	9,6±1,1	0,582**
Idade da introdução AC (em dias) – média±desvio-padrão	172,5±24,2	168,2±28,7	174,0±22,7	175,5±20,1	0,343**
Frequente creche – n(%)	37(28,9)	18(41,9)	12(26,7)	7(17,5)	0,046*
Está em AM – n(%)	96(75)	34(79)	34(75,5)	28(70)	0,631*
Faz uso de mamadeira – n(%)	77(60,2)	27(62,8)	30(66,7)	20(50)	0,267*
Faz uso de chupeta – n(%)	42(32,8)	14(32,5)	18(40)	10(25)	0,339*

*Teste do Qui-quadrado de Pearson; **Teste ANOVA; p<0,05

Legenda: BLISS = *Baby-Led Introduction to Solids*; AM = aleitamento materno; AC = alimentação complementar**Tabela 3.** EBAI, por amostra total e por método de introdução AC aos 12 meses de idade (n=128)

Variáveis	Total	Métodos			Valor p*
		Tradicional n=43	BLISS n=45	Misto n=40	
Pontuação média±desvio padrão	51,4±7,6	51,2±8,3	52,5±8,5	50,3±5,5	0,394
IC 95%	50,1-52,7	48,6-53,7	50-55,1	48,6-52,1	
mediana (mínima - máxima)	50 (36-74)	50 (36-74)	51 (40-72)	49 (39-64)	

*Teste ANOVA; p<0,05

Legenda: BLISS = *Baby-Led Introduction to Solids*; EBAI = Escala Brasileira de Alimentação Infantil; IC = intervalo de confiança; AC = alimentação complementar

12 meses. Comparando as variáveis descritas com os métodos de AC não houve diferença significativa, exceto para a variável “frequente a creche” (p<0,05), mas sem repercussão na análise final comparativa.

A pontuação do questionário EBAI está descrita na Tabela 3. Não houve diferença estatisticamente significativa (p>0,05) entre os diferentes métodos de AC. Considerando o ponto de corte do *T-score* para DAP, verificou-se que 16 (12,5%) crianças apresentaram DAP: 5 (3,9%) eram pertencentes ao método tradicional (3 com DAP de grau leve e 2 de grau severo), 9 (7%) ao método BLISS (5 com DAP de grau leve, 2 de grau moderado e 2 de grau severo) e 2 (1,6%) ao método misto (ambas classificadas como de grau leve).

No Quadro 1 estão descritas as 14 variáveis, considerando as respostas para cada uma das questões. Na análise das respostas, percebe-se que a maioria da amostra, independente do grupo que pertence, atribui características favoráveis ao processo de AC. Não foram encontradas diferenças significativas (p>0,05) entre os métodos de AC para as questões.

Considerando os aspectos de saúde geral, 43 (33,6%) das crianças apresentaram alguma doença ao longo dos 12 meses de vida, com maior prevalência para as doenças respiratórias e alérgicas. Não houve diferença significativa na pontuação do EBAI comparando o método de AC, com o fato de ter apresentado doença (p>0,05).

Quadro 1. Distribuição absoluta e relativa das respostas ao EBAI (n=128)

Variáveis	Respostas						
	1	2	3	4	5	6	7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O que acha dos momentos de refeições com a criança?	Muito difícil			Fácil			
Total	-	2 (1,6)	13 (10,2)	22 (17,2)	27 (21,1)	34 (26,6)	30 (23,4)
Tradicional	-	2 (1,6)	1 (0,8)	8 (6,3)	11 (8,6)	11 (8,6)	10 (7,8)
BLISS	-	-	10 (7,8)	10 (7,8)	6 (4,7)	8 (6,3)	11 (8,6)
Misto	-	-	2 (1,6)	4 (3,1)	10 (7,8)	15 (11,7)	9 (7)
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	Não estou preocupado			Estou muito preocupado			
Total	10 (7,8)	10 (7,8)	9 (7)	14 (10,9)	26 (20,3)	23 (18)	36 (28,1)
Tradicional	4 (3,1)	3 (2,3)	2 (1,6)	7 (5,5)	8 (6,3)	6 (4,7)	13 (10,2)
BLISS	3 (2,3)	4 (3,1)	4 (3,1)	3 (2,3)	8 (6,3)	9 (7)	14 (10,9)
Misto	3 (2,3)	3 (2,3)	3 (2,3)	4 (3,1)	10 (7,8)	8 (6,3)	9 (7)
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	Nunca tem fome			Tem um bom apetite			
Total	-	4 (3,1)	6 (4,7)	17 (13,3)	24 (18,8)	29 (22,7)	48 (37,5)
Tradicional	-	2 (1,6)	3 (2,3)	3 (2,3)	6 (4,7)	10 (7,8)	19 (14,8)
BLISS	-	1 (0,8)	2 (1,6)	9 (7)	9 (7)	7 (5,5)	17 (13,3)
Misto	-	1 (0,8)	1 (0,8)	5 (3,9)	9 (7)	12 (9,4)	12 (9,4)
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	No início da refeição			No fim da refeição			
Total	6 (4,7)	5 (3,9)	7 (5,5)	19 (14,8)	20 (15,6)	29 (22,7)	42 (32,8)
Tradicional	3 (2,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	7 (5,5)	4 (3,1)	10 (7,8)	16 (12,5)
BLISS	1 (0,8)	2 (1,6)	4 (3,1)	10 (7,8)	8 (6,3)	7 (5,5)	13 (10,2)
Misto	2 (1,6)	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)	8 (6,3)	12 (9,4)	13 (10,2)
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	01-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60
Total	17 (13,3)	43 (33,6)	42 (32,8)	16 (12,5)	6 (4,7)	2 (1,6)	2 (1,6)
Tradicional	12 (9,4)	11 (8,6)	9 (7)	7 (5,5)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)
BLISS	2 (1,6)	16 (12,5)	19 (14,8)	4 (3,1)	3 (2,3)	1 (0,8)	-
Misto	3 (2,3)	16 (12,5)	14 (10,9)	5 (3,9)	1 (0,8)	-	1 (0,8)
6. Como sua criança se comporta durante a refeição?	Se comporta muito bem			Faz grande bagunça, birra, manha			
Total	21 (16,4)	35 (27,3)	19 (14,8)	25 (19,5)	18 (14,1)	5 (3,9)	5 (3,9)
Tradicional	10 (7,8)	8 (6,3)	5 (3,9)	11 (8,6)	5 (3,9)	3 (2,3)	1 (0,8)
BLISS	5 (3,9)	13 (10,2)	8 (6,3)	7 (5,5)	7 (5,5)	1 (0,8)	4 (3,1)
Misto	6 (4,7)	14 (10,9)	6 (4,7)	7 (5,5)	6 (4,7)	1 (0,8)	-
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento	Nunca			Na maioria das vezes			
Total	41 (32)	53 (41,4)	13 (10,2)	9 (7)	8 (6,3)	2 (1,6)	2 (1,6)
Tradicional	12 (9,4)	18 (14,1)	5 (3,9)	3 (2,3)	2 (1,6)	2 (1,6)	1 (0,8)
BLISS	11 (8,6)	20 (15,6)	6 (4,7)	3 (2,3)	4 (3,1)	-	1 (0,8)
Misto	18 (14,1)	15 (11,7)	2 (1,6)	3 (2,3)	2 (1,6)	-	-
8. A sua criança fica com a comida parada na boca?	Na maioria das vezes			Nunca			
Total	2 (1,6)	1 (0,8)	10 (7,8)	5 (3,9)	10 (7,8)	39 (30,5)	61 (47,7)
Tradicional	-	-	4 (3,1)	2 (1,6)	5 (3,9)	13 (10,2)	19 (14,8)
BLISS	1 (0,8)	1 (0,8)	2 (1,6)	3 (2,3)	3 (2,3)	12 (9,4)	23 (18)
Misto	1 (0,8)	-	4 (3,1)	-	2 (1,6)	14 (10,9)	19 (14,8)

Legenda: BLISS = Baby-Led Introduction to Solids; EBAI = Escala Brasileira de Alimentação Infantil

Quadro 1. Continuação...

Variáveis	Respostas						
	1	2	3	4	5	6	7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo brinquedos, TV) durante a refeição para que ele coma?	Nunca						Na maioria das vezes
Total	62 (48,4)	26 (20,3)	15 (11,7)	6 (4,7)	10 (7,8)	6 (4,7)	3 (2,3)
Tradicional	24 (18,8)	6 (4,7)	4 (3,1)	1 (0,8)	5 (3,9)	1 (0,8)	2 (1,6)
BLISS	21 (16,4)	10 (7,8)	4 (3,1)	2 (1,6)	3 (2,3)	4 (3,1)	1 (0,8)
Misto	17 (13,3)	10 (7,8)	7 (5,5)	3 (2,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	-
10. Você precisa forçar sua criança a comer ou beber?	Na maioria das vezes						Nunca
Total	3 (2,3)	4 (3,1)	-	4 (3,1)	7 (5,5)	29 (22,7)	81 (63,3)
Tradicional	1 (0,8)	2 (1,6)	-	1 (0,8)	3 (2,3)	6 (4,7)	30 (23,4)
BLISS	2 (1,6)	1 (0,8)	-	3 (2,3)	2 (1,6)	12 (9,4)	25 (19,5)
Misto	-	1 (0,8)	-	-	2 (1,6)	11 (8,6)	26 (20,3)
11. Como é a habilidade de mastigação (e sucção) da sua criança?	Boa						Muito Ruim
Total	91 (71,1)	24 (18,8)	5 (3,9)	1 (0,8)	1 (0,8)	3 (2,3)	3 (2,3)
Tradicional	31 (24,2)	6 (4,7)	3 (2,3)	-	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
BLISS	30 (23,4)	10 (7,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	-	2 (1,6)	1 (0,8)
Misto	30 (23,4)	8 (6,3)	1 (0,8)	-	-	-	1 (0,8)
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	Crescendo pouco						Crescendo bem
Total	1 (0,8)	-	2 (1,6)	6 (4,7)	9 (7)	18 (14,1)	92 (71,9)
Tradicional	-	-	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,1)	6 (4,7)	31 (24,2)
BLISS	-	-	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)	6 (4,7)	34 (26,6)
Misto	1 (0,8)	-	-	3 (2,3)	3 (2,3)	6 (4,7)	27 (21,1)
13. Como a alimentação da sua criança influencia sua relação com ela?	De forma muito negativa						Não influencia nada
Total	1 (0,8)	-	2 (1,6)	17 (13,3)	17 (13,3)	27 (21,1)	64 (50)
Tradicional	1 (0,8)	-	-	6 (4,7)	10 (7,8)	6 (4,7)	20 (15,6)
BLISS	-	-	1 (0,8)	5 (3,9)	4 (3,1)	11 (8,6)	24 (18,8)
Misto	-	-	1 (0,8)	6 (4,7)	3 (2,3)	10 (7,8)	20 (15,6)
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?							De forma muito negativa
Total	50 (39,1)	31 (24,2)	18 (14,1)	14 (10,9)	10 (7,8)	5 (3,9)	-
Tradicional	21 (16,4)	7 (5,5)	8 (6,3)	3 (2,3)	4 (3,1)	-	-
BLISS	14 (10,9)	15 (11,7)	6 (4,7)	5 (3,9)	3 (2,3)	2 (1,6)	-
Misto	15 (11,7)	9 (7)	4 (3,1)	6 (4,7)	3 (2,3)	3 (2,3)	-

Legenda: BLISS = *Baby-Led Introduction to Solids*; EBAI = Escala Brasileira de Alimentação Infantil

DISCUSSÃO

Na amostra pesquisada, tanto para os dados apresentados quantitativamente através da pontuação geral para cada grupo de introdução da AC, como da análise das 14 alternativas do questionário, verificou-se que o método de AC não se relacionou com o fato de apresentar ou não sinais e sintomas indicativos de DwAP. No entanto, as crianças que estavam no grupo do método misto, que também considera a autonomia da criança, tiveram comportamentos mais favoráveis em relação à AC.

A literatura tem abordado a prevalência de DAP, em sua maioria, em estudos envolvendo crianças com alterações no

desenvolvimento, considerando especialmente a condição médica, em detrimento à nutricional, alimentar e/ou psicossocial⁽⁸⁾. Em função da relação cultural e social atreladas ao comportamento e desenvolvimento alimentar, priorizou-se em elencar estudos nacionais^(11,15,16) ou que utilizaram a mesma escala do presente estudo^(17,18). Além desses, dois estudos mais atuais que, além de utilizarem a mesma escala, abordaram a relação com a AC^(19,20).

Dois estudos brasileiros buscaram identificar as dificuldades alimentares em crianças neurotípicas maiores de dois anos de idade, utilizando protocolos diferentes do utilizado neste estudo. Um estudo pesquisou a prevalência em crianças com idade

escolar e obteve que 25,1% das mães participantes do estudo referiram que seus filhos possuíam DAP. Os autores realizaram avaliação das questões alimentares da amostra e com isso puderam concluir que 37,2% da amostra apresentava dificuldade alimentar⁽¹⁵⁾. Outro estudo também avaliou os comportamentos alimentares de crianças e concluiu que 51% das crianças da amostra possuíam alterações nas questões alimentares⁽¹⁶⁾.

Outro estudo nacional é o de validação, adaptação e tradução do protocolo utilizado, que resultou no EBAI. O estudo foi realizado com 242 crianças com idades entre seis meses e seis anos e 11 meses. A amostra foi dividida em grupo controle e grupo de casos, compostos respectivamente por crianças saudáveis e crianças encaminhadas para avaliação fonoaudiológica em um hospital municipal da cidade de Porto Alegre. Como resultados, 79% do grupo de casos apresentaram DAP e 13% do grupo controle, ambos a partir dos resultados obtidos com a aplicação da EBAI⁽¹¹⁾. Os dados do presente estudo corroboram com os dados descritos acima, fato a ser considerado, pois a amostra utilizou o mesmo protocolo para triagem e é da mesma região, o que considera aspectos regionais e sociais.

Outros dois estudos realizados na África do Sul buscaram identificar DAP em crianças através do mesmo protocolo deste estudo. Um estudo buscou determinar a relação entre a alimentação e desenvolvimento de bebês com idade média de 8,8 meses de idade. A partir dos resultados da *MCH-FS* os autores concluíram que 4,9% da amostra possuía dificuldade alimentar, divididos entre grau leve (71,4%) e grau moderado a severo (28,6%). Na análise qualitativa, os responsáveis consideraram que suas crianças estavam crescendo bem e que a alimentação não influenciava em sua relação ou com os familiares⁽¹⁷⁾. O outro estudo buscou descrever características alimentares e determinar a natureza das dificuldades alimentares de 200 crianças com idades entre seis e 12 meses. Como resultados, obtiveram-se dados de que 6,5% das crianças apresentaram dificuldade alimentar (61,5% de grau leve, 15,4% de grau moderado e 23,1% de grau severo). Por fim, em relação ao crescimento de suas crianças, os responsáveis referiram que elas estavam crescendo bem e o percentual da maioria das questões chegou próximo ao limite máximo⁽¹⁸⁾. O percentual de crianças que apresentaram DAP neste estudo foi maior que em ambos os estudos supracitados, o que pode ser explicado pela diferença regional e socioeconômica. Entretanto, na análise qualitativa das questões, os dados do presente estudo corroboram com os estudos acima.

Recentemente, dois estudos poloneses da mesma equipe^(19,20) utilizaram a *MCH-FS* como instrumento para a identificação de DAP (descrito no estudo como neofobia alimentar) em crianças que foram submetidas a dois grupos de AC, nomeados como *BLW* e não-*BLW*. Os dois estudos são com crianças de dois a sete anos, sendo o primeiro com o objetivo de avaliar a prevalência de DAP e o segundo com o objetivo de verificar a influência do método de AC no DAP, objetivo semelhante ao presente estudo.

Crianças que durante a AC receberam alimentos com método tradicional apresentaram maiores riscos para questões alimentares adversas, enquanto àquelas com *BLW* não. Os autores não perceberam diferenças quanto ao apetite e variedade de alimentos, porém no grupo com a AC realizada por meio do *BLW*, os responsáveis não precisavam estimular a criança a

comer, diferindo do grupo não-*BLW*. Além disso, crianças do grupo não-*BLW* apresentaram propensão a escolher alimentos de acordo com a preferência das mães^(19,20).

Os estudos poloneses afirmam que a opção pelo método *BLW* completo durante a AC pode proteger a criança contra a ocorrência de problemas de alimentação, como seletividade alimentar ou alimentação seletiva no futuro. Na presente pesquisa optou-se pelo método *BLISS* em detrimento ao *BLW* pelas vantagens descritas na literatura⁽⁷⁾.

No presente estudo, o método considerado misto, que atribui a criança total autonomia na escolha, foi o que menos apresentou prevalência de dificuldade alimentar. O método *BLISS* aponta a autonomia das crianças, do ponto de vista do quanto e quando comer, mas não da forma como será ofertado. Este estudo considerou como ponto fundamental a característica individual da criança de forma mais ampla, oferecendo também à criança a escolha da forma de apresentação dos alimentos. Respeita-se a característica individual da criança como ponto principal na AC⁽⁵⁾. Na literatura a postura dos pais e/ou cuidadores na AC é um fator que frequentemente está associado à rejeição de alimentos pelas crianças⁽²¹⁾.

Ressalta-se, também, que a oferta passiva de alimentos pode limitar o desenvolvimento da criança, além de prejudicar o desenvolvimento da habilidade na mastigação e deglutição e aumentar o risco de seletividade alimentar. A falta de evolução da consistência impede que a criança atinja seu pleno potencial de desenvolvimento das habilidades motoras orais e de motricidade fina, habilidades oferecidas pelos métodos alternativos. A exploração de diferentes texturas, a ampliação dos aspectos sensoriais e a habilidade do manejo oral dos alimentos é fundamental no desenvolvimento⁽²²⁾. Na presente pesquisa teve-se o cuidado de verificar que os grupos eram homogêneos em relação aos aspectos prévios e atuais em relação aos hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva, pois os mesmos podem interferir na habilidade motora oral.

Deve-se destacar que a amostra deste estudo foi composta por mães de crianças que receberam orientações sobre alimentação, possuíam alta escolaridade e renda familiar superiores à média nacional e que as mães estavam constantemente presentes nos momentos de refeições dos filhos; fatores, esses, que podem interferir nos resultados. Outra limitação é o fato dos questionários de acompanhamento terem sido aplicados remotamente e auto respondidos.

Por fim, faz-se necessária a realização de outros estudos em diferentes populações que se proponham a relacionar métodos de AC e DAP.

CONCLUSÃO

Na amostra deste estudo, 12,5% das crianças apresentaram DAP e desempenho favorável nas 14 questões quanto ao comportamento das crianças e dos responsáveis em relação aos aspectos alimentares. Não houve associação entre os métodos de AC e o DAP, mas no método misto o distúrbio foi menos prevalente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças

- brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 265 p.
2. SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização: alimentação complementar e o método BLW (Baby-led Weaning) [Internet]. São Paulo: SBP; 2017 [citado em 2025 Ago 11]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19491c-GP_-_AlimCompl_-_Metodo_BLW.pdf
3. Scarpatto CH, Forte GC. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): uma revisão de literatura. Clin Biomed Res. 2018;38(3):292-6. <https://doi.org/10.4322/2357-9730.83278>.
4. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALML. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. BMJ Open. 2013;3(12):e003946. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>. PMID:24327363.
5. Nunes LM, Führ J, Belin CHS, Moreira PR, Neves RO, Brito ML, et al. Complementary feeding methods in the first year of life: a study protocol for a randomized clinical trial. Trials. 2021;22(1):687. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05647-1>. PMID:34627344.
6. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. Community Pract. 2011;84(6):20-3. PMID:21739856.
7. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. BMC Pediatr. 2015;15(1):179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>. PMID:26563757.
8. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019;68(1):124-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>. PMID:30358739.
9. Pergeline H, Gonnet L, Fernandez A, Solla F, Poinso F, Guivarch J. Diagnosis and treatment of pediatric feeding disorders: a narrative literature review. Children. 2025;12(3):333. <https://doi.org/10.3390/children12030333>. PMID:40150615.
10. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. Korean J Pediatr. 2017;60(12):379-84. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.12.379>. PMID:29302261.
11. Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Adaptação transcultural e validação da escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil. Rev Paul Pediatr. 2021;39:e2019377. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019377>. PMID:33656142.
12. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015;135(2):344-53. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>. PMID:25560449.
13. Randomization [Internet]. 2025 [citado em 2025 Ago 11]. Disponível em: www.randomization.com
14. Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. Paediatr Child Health. 2011;16(3):147-e17. <https://doi.org/10.1093/pch/16.3.147>. PMID:22379377.
15. Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. Rev Paul Pediatr. 2017;36(1):45-51. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00004>. PMID:29091129.
16. Passos DR, Gigante DP, Maciel FV, Matijasevich A. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. Rev Paul Pediatr. 2015;33(1):42-9. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.11.007>. PMID:25662562.
17. Eales B, Krüger E, Graham M, van der Linde J. Feeding and developmental outcomes of infants in a South African Community. Prim Health Care Res Dev. 2020;21:e8. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000067>. PMID:32209147.
18. Fuls N, Krüger E, van der Linde J. Feeding characteristics of infant in a lower-middle-income country. J Paediatr Child Health. 2020;56(7):1083-9. <https://doi.org/10.1111/jpc.14823>. PMID:32073196.
19. Bialek-Dratwa A, Kowalski O. Prevalence of feeding problems in children and associated factors - a cross-sectional study among polish children aged 2-7 years. Nutrients. 2023;15(14):3185. <https://doi.org/10.3390/nu15143185>. PMID:37513602.
20. Bialek-Dratwa A, Kowalski O. Complementary feeding methods, feeding problems, food neophobia, and picky eating among polish children. Children. 2023;11(1):45. <https://doi.org/10.3390/children11010045>. PMID:38255359.
21. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. Appetite. 2013;60(1):85-94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>. PMID:23017468.
22. Arantes ALA, Neves FS, Campos AAL, Netto MP. Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. Rev Paul Pediatr. 2018;36(3):353-63. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>. PMID:29995141.

Contribuição dos autores

LCW foi responsável pela análise de dados, pesquisa, redação do manuscrito original; AASM, JRB, LMN and EG foram responsáveis pela conceitualização, curadoria de dados, análise de dados, recebimento de financiamento, pesquisa, metodologia, administração do projeto, disponibilização de ferramentas, supervisão, redação do manuscrito original, redação - revisão e edição.

Utilização de tecnologia assistida por inteligência artificial

Os autores declaram que nenhuma ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na pesquisa aqui relatada ou na preparação deste artigo.