



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**ATITUDE E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM
CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL FACE AO *BABY-LED WEANING***

Ana Raquel Miranda Loureiro

Coimbra, novembro de 2025



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**ATITUDE E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM
CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL FACE AO *BABY-LED WEANING***

Ana Raquel Miranda Loureiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo, Professor Coordenador
Aposentado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Mestre Sandra Ilda Morais Lopes, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, novembro de 2025

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa, através de Ricardo Reis.

Aos meus pais, Rosa e Amadeu pelo amor, paciência e incentivo constante nesta etapa. Pela minha ausência em momentos importantes em família, na busca de uma melhor formação profissional.

Ao meu irmão Luís, pela prontidão em providenciar os artigos considerados relevantes.

À minha prima Diana, por ser um pilar fundamental da minha vida. Melhor amiga e confidente, ajuda preciosa em todos os momentos difíceis e camarada essencial nos momentos de diversão.

Ao meu namorado, Stéphane, por estar presente em todas as etapas pessoais e profissionais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, Professor Doutor Jorge Apóstolo, por toda a paciência, vontade, compreensão e envolvimento na construção deste trabalho, um Professor que ficou um amigo.

À Professora Sandra Lopes por toda a disponibilidade em encontrar soluções para os meus pequenos obstáculos.

À Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por permitir a concretização deste trabalho nesta área tão específica.

À Ordem dos Enfermeiros pela disponibilidade em partilhar o meu questionário na sua página, permitindo uma maior amostra para o meu estudo.

À Unidade Local de Saúde da Região Centro do País, pela divulgação do questionário junto dos colegas.

Aos meus pais, irmão, prima e namorado, pilares essenciais da minha vida. Agradeço-lhes hoje e sempre todas as formas de amor e todas as palavras de incentivo.

À minha amiga Isa pela revisão linguística e aos meus amigos pela minha ausência justificada.

Ao meu serviço do coração, a Cirurgia, Queimados e Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica, aos meus colegas e chefes que permitiram a minha frequência nesta formação. Sem eles não era possível a sua concretização.

RESUMO

Enquadramento: O processo de diversificação alimentar do lactente inicia-se entre a 17.^a e a 26.^a semana de vida, termina aos 12 meses, deve ser objeto de cuidado antecipatório e orientação posterior. A Organização Mundial da Saúde (2009) recomenda a introdução de alimentos complementares aos seis meses, mantendo o aleitamento materno. O método *Baby-Led Weaning* surge como alternativa ao modelo tradicional, ainda amplamente maioritário. Os enfermeiros têm um papel central na capacitação dos pais, devendo ser sensíveis e disponíveis para os apoiar se e quando decidem por tal método.

Objetivos: Analisar a atitude, o conhecimento e as práticas dos enfermeiros na introdução à diversificação alimentar em lactentes, seguidos em Consultas de Saúde Infantil pelo método *Baby-Led Weaning*, bem como identificar vantagens e barreiras que influenciam as recomendações clínicas.

Metodologia: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo (nível I/II), cujo instrumento de colheita de dados foi um questionário de aplicação *online*, dirigido a enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, que realizam Consultas de Saúde Infantil. O instrumento foi construído para o efeito, incluindo uma escala parcialmente adaptada de estudos anteriores. A amostra obtida foi de carácter intencional, com um total de 144 enfermeiros. Destes, mais de 50% são Enfermeiros Especialistas.

Resultados: Cerca de 64,6% dos enfermeiros posicionam-se com uma atitude favorável face ao *Baby-Led Weaning*, embora na escala esse valor seja muito superior. Relativamente ao conhecimento sobre as vantagens e barreiras na utilização do método, verificou-se que 86,8%, afirmou algum conhecimento. As vantagens identificadas estão associadas à promoção da autonomia, exploração sensorial e envolvimento familiar, enquanto as barreiras relacionam-se com limitações de conhecimento sobre o método, potenciais riscos quanto a défices nutricionais, receios parentais e constrangimentos práticos.

Conclusões: Consideramos que atitudes globalmente favoráveis ao *Baby-Led Weaning*, criam condições para decisões tranquilas dos pais acerca do método e sua putativa intenção de o adotar. No entanto, persistem lacunas teóricas que enfatizam em demasia riscos potenciais. O método é seguro e, deste modo, evidencia-se a necessidade de formação adicional nesta vertente por forma a uma orientação precisa e que valide decisões parentais sobre o mesmo.

Palavras-Chave: *Baby-Led Weaning*; Parentalidade; Família; Enfermagem; Diversificação alimentar; Saúde Infantil.

ABSTRACT

Background: The process of infant complementary feeding starts between the 17th and 26th week of life, concludes at 12 months, and requires anticipatory guidance and subsequent orientation. The World Health Organization (2009) recommends the introduction of complementary foods at six months while maintaining breastfeeding. The Baby-Led Weaning method emerges as an alternative to the traditional model, which is still widely predominant. Nurses have a central role in empowering parents and must be sensitive and available to support them if and when they decide on this method.

Objectives: Analyze the attitude, knowledge, and practices of nurses in the introduction of complementary feeding in infants, followed in Child Health Consultations using the Baby-Led Weaning method, as well as identify the advantages and barriers that influence clinical recommendations.

Methodology: A quantitative, exploratory, and descriptive study (level I/II) was conducted. The data collection instrument was an online questionnaire administered to nurses working in Primary Health Care in Portugal who perform Child Health Consultations. The instrument was purpose-built for the study, including a scale partially adapted from previous studies. The obtained sample was intentional (purposive), totaling 144 nurses. Of these, more than 50% are Specialist Nurses.

Results: Approximately 64.6% of nurses hold a favorable attitude towards Baby-Led Weaning, although this value is much higher on the scale. Regarding knowledge about the advantages and barriers in using the method, 86.8% reported having some knowledge. The identified advantages are associated with the promotion of autonomy, sensory exploration, and family involvement, while the barriers relate to knowledge limitations about the method, potential risks concerning nutritional deficiencies, parental fears, and practical constraints.

Conclusions: We consider that globally favorable attitudes towards Baby-Led Weaning create conditions for parents' peaceful decisions about the method and their putative intention to adopt it. However, theoretical gaps persist, which unduly emphasize potential risks. The method is safe, and thus, the need for additional training in this area is evident to provide accurate guidance and validate parental decisions regarding the method.

Keywords: Baby-Led Weaning; Parenting; Family; Nursing; Complementary feeding; Child Health.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BLW – *Baby-Led Weaning*

BLISS – *Baby-Led Introduction to SolidS*

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CSI – Consultas de Saúde Infantil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

EACPMIDABLW – *Escala de Atitude, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning*

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESPGHAN - *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

Nº – Número

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ULS – Unidade Local de Saúde

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Itens constituintes da escala EACPMIDABWL	44
Tabela 2. Resumo estatístico em número e percentagem referente às características sociais da amostra	47
Tabela 3. Resumo estatístico em número e percentagem sobre o tempo a desempenhar funções nos CSP	49
Tabela 4. Fontes de conhecimento do BLW identificadas pelos enfermeiros por ordem decrescente do número de respostas	50
Tabela 5. Posição global em relação à prática do BLW em número e percentagem.....	51
Tabela 6. Atitude dos enfermeiros considerando o ponto de corte da escala, em relação ao BLW	51
Tabela 7. Resumo estatístico referente à escala EACPMIDABWL.....	52
Tabela 8. Recomendação do BLW nas CSI em número e percentagem.....	52
Tabela 9. Respostas abertas agrupadas por categorias e indicadores sobre a posição tomada quanto ao método BLW	53
Tabela 10. Motivos porque não recomendam o BLW, apresentados por ordem decrescente em número e percentagem.....	55
Tabela 11. Respostas abertas agrupadas por categorias e indicadores sobre os motivos porque não recomendam o BLW.....	56
Tabela 12. Estatística resumo referente aos itens da escala (n=144).....	61

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA UMA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR.....	14
2. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO TRADICIONAL	17
3. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO <i>BABY-LED WEANING</i>	20
3.1. VANTAGENS	20
3.2. DESVANTAGENS E POTENCIAIS RISCOS	24
3.3. FATORES DETERMINANTES NO SUCESSO DO <i>BABY-LED WEANING</i>	27
3.3.1 A parentalidade – caraterísticas dos pais e família.....	27
3.3.2 O papel dos Enfermeiros nas Consultas de Saúde Infantil	29
4. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO <i>BABY-LED INTRODUCTION TO SOLIDS</i>	34
5. LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL.....	36
CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	38
1. METODOLOGIA.....	39
1.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	39
1.3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS	39
1.4. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	40
1.5. INSTRUMENTO, PROCESSO DE CONSTRUÇÃO, VALIDADE E FIDELIDADE .	42
1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
1.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	46
2. RESULTADOS.....	47
2.1 CARATERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	47
2.2 ATITUDE E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL FACE AO <i>BABY LED WEANING</i> – VANTAGENS E BARREIRAS .	48

2.2.1. Contextos profissionais e pessoais potencialmente influenciadores de atitude face ao <i>Baby-Led Weaning</i>	48
2.2.2. De que forma é expressa a Atitude e o Conhecimento dos Enfermeiros que realizam Consultas de Saúde Infantil face ao <i>Baby-Led Weaning</i>.....	50
2.2.3. Análise detalhada aos itens constituintes da <i>Escala de Atitude, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning</i>	57
3. DISCUSSÃO.....	66
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação da Investigação pelo Conselho Técnico Científico

ANEXO 2– Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ANEXO 3 – Autorização da divulgação do questionário na Unidade Local de Saúde da Região Centro do País

ANEXO 4 - Autorização da divulgação do questionário no site da Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário enviado para os Enfermeiros

APÊNDICE 2 – Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida é uma etapa crítica no desenvolvimento da criança. A nutrição é um fator decisivo neste processo, sendo que a existência de uma dieta com qualidade nutricional ajuda a formar hábitos e aumentar competências que tendem a perdurar no tempo.

Nos primeiros seis meses de vida, o aleitamento materno exclusivo é a melhor opção, no entanto, a partir, o mais tardar da 26ª semana, é mandatória a diversificação alimentar (Direção Geral da Saúde – DGS, 2019). Também a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009a; 2023) refere que até aos seis meses de vida, o leite materno fornece todos os nutrientes necessários ao crescimento do lactente, sendo que após essa altura, a alimentação deve ser complementada com alimentos sólidos, que geralmente se apresentam sob a forma de sopas e purés e são oferecidos ao lactente com o auxílio de uma colher – chamado de método de introdução à diversificação alimentar tradicional. A introdução alimentar pelo *Baby-Led Weaning* (BLW) é um método alternativo ao tradicional, que se caracteriza pela própria criança em alimentar-se sozinha, utilizando as mãos, manipulando os alimentos que lhe são oferecidos (Castro & Costa, 2022). Foi desenvolvido inicialmente por Rapley e Murkett (2008) e defendido posteriormente por outros autores.

Estão descritas diversas vantagens associadas à introdução da diversificação alimentar pelo método BLW, tais como o desenvolvimento da motricidade na criança tanto ao nível da coordenação motora, quanto à apreensão dos alimentos e mastigação (Cameron, et al., 2012; Brown & Lee, 2011; Green, et al. 2015; Daniels et al., 2015 citado por Vaz, 2018), entre outros. O BLW permite facilmente a introdução de novos alimentos, uma vez que com a oferta variada de alimentos inteiros, os lactentes poderão conjugá-los de maneira mais prazerosa (Rapley & Murkett, 2010), aceitando melhor as novas experiências alimentares. Este método também melhora os hábitos de alimentação da família estando os lactentes menos expostos a alimentos processados, sal e açúcar (Vieira et al., 2020 citado por Castro & Costa, 2022).

Tal como o método de introdução alimentar tradicional, o BLW apresenta algumas desvantagens potenciais e riscos que podem ser contornados, existindo mesmo algum consenso quanto a um balanço positivo no que se refere aos seus benefícios (Branco, 2023). Acresce ainda que o BLW pode ser conjugado com a opção mais tradicional, traduzindo-se num método misto que se denomina de *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), que pode em muitas situações, ser mais realista para os pais.

Existem vários fatores determinantes que podem condicionar o sucesso na implementação pelo método de introdução alimentar BLW: as características dos pais e família, onde se engloba a literacia, as fontes de informação a que recorrem para conhecimento deste método, ao tipo de agregado familiar (Branco, 2023) e o papel dos profissionais de saúde na

abordagem à alimentação complementar (Rubio et al., 2018; Arias-Ramos, 2022). As características de cada lactente também podem ser determinantes, como a sua idade no início da introdução alimentar, o seu desenvolvimento psicomotor, as necessidades nutricionais a partir dos seis meses de idade acompanhadas da maturação do sistema digestivo do lactente (DGS, 2019). Importa referir que o BLW não é indicado a todas as situações, estando contraindicado para crianças com atraso no desenvolvimento, com doença neuromuscular associada, lesão cerebral ou quaisquer outras condições que possam afetar a coordenação neuromuscular envolvida no processo de deglutição (Martin et al., 2022).

O ensino, o treino e a capacitação das famílias quanto ao crescimento e desenvolvimento das crianças por forma a satisfazer as suas necessidades, faz parte das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Embora muitos dos enfermeiros a prestarem cuidados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) não sejam especialistas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, obedecem igualmente a regulamentos gerais da Profissão de Enfermagem, como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento n.º 190/2015 do Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Estes documentos têm em comum o facto do enfermeiro ser responsável por informar e capacitar tendo em conta as normas e evidências mais recentes, inclusive, sobre a alimentação durante o primeiro ano de vida.

As Consultas de Saúde Infantil (CSI) apresentam-se como uma janela de oportunidade para os enfermeiros abordarem a temática da introdução alimentar pelo método BLW, uma vez que a alimentação é um dos principais focos de atenção nos momentos definidos em Programa Nacional. Além disso, os enfermeiros neste local de trabalho, já apresentam um conhecimento prévio da família e do seu contexto próximo e alargado, o que impulsiona uma relação de confiança entre profissionais e pais.

Pese embora o que se sabe sobre o BLW, em Portugal, este é minoritário, mantendo-se preferência pelo método tradicional. Nos contextos clínicos em Saúde Infantil, os enfermeiros não são alheios a esta preferência. Por vezes, pode mesmo criar-se algum desajuste entre expectativas parentais e a atitude destes e/ou equipas de saúde quando pais/cuidadores, estão mais despertados para o BLW, desejando encontrar acolhimento nas equipas de saúde que valorizem as suas opções. Neste contexto, torna-se fulcral analisar as atitudes e os conhecimentos dos enfermeiros acerca deste método, em contextos de saúde infantil, uma vez que atitudes positivas ou, pelo menos, compreensivas, poderão ajudar os pais em tomadas de decisão tranquilas e seguras sentindo apoio quando optam por este método.

Desta forma, traçou-se o seguinte objetivo central:

1. Analisar a atitude, o conhecimento e as práticas dos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar em lactentes, seguidos em Consultas de Saúde Infantil, pelo método *Baby-Led Weaning*.

Também foram definidos dois objetivos complementares:

1. Identificar as vantagens atribuídas pelos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar nos lactentes, pelo método *Baby-Led Weaning*.
2. Identificar as barreiras que levam os Enfermeiros a condicionar as suas recomendações sobre o método *Baby-Led Weaning*, na introdução à diversificação alimentar nos lactentes.

O relatório de investigação está estruturado em duas partes: na primeira parte é realizado um enquadramento teórico da problemática em estudo, onde se aborda a alimentação infantil no primeiro ano de vida e os requisitos necessários para uma diversificação alimentar, a diversificação alimentar pelo método tradicional, a diversificação alimentar pelo método BLW, a diversificação alimentar pelo método BLISS e a legislação existente em Portugal; Na segunda parte do trabalho é abordada a componente empírica, centrada na metodologia, resultados e discussão. Por último são apresentadas as conclusões da investigação e sugestões.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA UMA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Os primeiros 1000 dias de vida, incluindo o período pré-natal, são cruciais e revelam-se críticos para a saúde, bem-estar e produtividade das crianças, adolescentes e adultos (OMS & *United Nations International Children's Emergency Fund* - UNICEF, 2018).

Durante os primeiros seis meses de vida, o lactente apresenta um crescimento rápido, necessitando de grandes quantidades de nutrientes e que estão presentes no leite materno. Este apresenta-se como ideal no primeiro semestre de vida, criando condições para um crescimento rápido, aliado a uma maturação do sistema nervoso central. Importa realçar que existe consenso entre a European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e a OMS sobre as necessidades do leite materno em exclusivo, especialmente nos primeiros seis meses de vida ou, na sua ausência, uma fórmula para lactente.

Em Portugal, o aleitamento materno exclusivo é muito valorizado, constituindo uma área de atenção dos Planos Nacionais de Saúde. De facto, e de acordo com Bértolo e Levy (2012), é um alimento vivo, encontra-se completo e natural, pelo que é aquele que é mais adequado para os recém-nascidos, excetuando algumas situações em particular. Segundo os mesmos autores, existem inúmeras vantagens do aleitamento materno, devendo constituir a principal fonte de alimentação exclusiva até aos seis meses de vida. Apresenta bastantes vantagens a médio e longo prazo, mas, para apresentar um bom estado nutricional, o lactente deve aumentar de peso de forma adequada e demonstrando um bom desenvolvimento psicomotor. Por outro lado, a relação que é criada entre a mãe e o recém-nascido no momento da mamada proporciona o contacto físico e visual entre ambos. Assim, o desenvolvimento da diáde durante a mamada, vai desenvolver, ao longo do tempo, uma relação cada vez mais rica e complexa entre ambos (Bértolo & Levy, 2012). Também para Rapley et al. (2015), os primeiros seis meses de vida do lactente, com amamentação exclusiva é suficiente para ele, uma vez que o leite materno fornece a melhor nutrição para os lactentes, assim como a passagem de anticorpos para prevenir doenças.

Apesar destas evidências, não podemos esquecer que há necessidade de suplementação com vitamina K, no nascimento, e vitamina D, pelo menos, até ao primeiro ano de vida ou mesmo até ao segundo ano de vida (DGS, 2019).

No entanto, até aos 12 meses, existe a necessidade de introdução de outros alimentos que se inserem na dieta familiar.

A OMS (2006) citada pela DGS (2019), refere que, a partir dos quatro meses de idade, observa-se que a atividade cognitiva e motora do lactente se encontra mais intensa, com o

controlo cefálico - pela maior estabilidade do pescoço e do maxilar, que se agrega à modificação da sucção; a partir dos seis meses, adquire o controlo axial pela posição de sentado, apresenta uma atividade exploratória e maior sociabilização pelo ambiente envolvente, permitindo uma descoberta pelos alimentos que lhe são oferecidos; aos sete/oito meses, o lactente acaba por aprender a gatinhar; aos 12 meses aprende a andar, passando a apresentar elevada atividade que se repercute nas necessidades alimentares.

Também Rapley e Murkett (2021) consideram que os lactentes se encontram verdadeiramente preparados para iniciar a alimentação com alimentos sólidos quando reúnem um conjunto de características que aparecem, em geral, por volta dos seis meses de idade, destacando o facto do lactente ter a capacidade de roubar comida do prato dos pais, seguidamente, levá-la à boca e, posteriormente, mastigá-la. Assim, é expectável que só o consiga fazer porque: “senta-se com pouco ou nenhum apoio, estende a mão e pega em coisas eficazmente, transporta objetos até à boca de forma rápida e com precisão, faz movimentos de roer e mastigar” (Rapley & Murkett, 2021, p.13). As autoras consideram, ainda, que o leite transmite quase todos os nutrientes indispensáveis aos lactentes até estes perfazerem um ano de vida, sendo que por volta dos seis meses de idade, os lactentes demonstram necessitar de mais nutrientes do que aqueles que o leite oferece.

Também Guerra et al., em 2012 e a DGS, em 2019, identificavam os cinco/seis meses de idade como uma das fases de desaceleração da velocidade de crescimento, coincidindo com uma mudança progressiva das funções oromotoras e aumento da atividade motora, que forçariam a uma mudança na alimentação. As alterações ao nível da sucção para a mastigação requerem que o lactente seja estimulado para uma inclusão na alimentação familiar. Acresce ainda que existe um período crucial de introdução de alimentos sólidos, que deve ocorrer até aos dez meses, sendo que, a partir desta idade, aumentará o risco da sua aceitação natural, podendo gerar um impacto negativo nos hábitos alimentares (Guerra et al., 2012).

Um dos requisitos para a diversificação alimentar tem a ver com outros processos maturativos como o do sistema digestivo e do imunológico. Também há um aumento gradual do volume gástrico, com progressiva produção de enzimas digestivas que tornam a aceitação de outros alimentos que não somente o leite (DGS, 2019). Guerra et al. (2012) também valorizavam a maturação fisiológica da função gastrointestinal, renal e do neuro desenvolvimento, pois consideram-se essenciais para uma adequada digestão, absorção e metabolização de todos os nutrientes encontrados nos alimentos, além do leite.

A ESPGHAN citada pela DGS (2019), ainda menciona que devem ser introduzidos todos os alimentos, independentemente da história prévia familiar acerca de alergias. Por sua vez, a

DGS (2019) também referencia que a oferta de alimentos na diversificação alimentar, deve ser variada e de qualidade, não devendo ser oferecidos alimentos processados, com adição de açúcar e sal, sendo estes últimos proibidos no primeiro ano de vida.

2. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO TRADICIONAL

A diversificação alimentar pelo método tradicional com colher, era a mais recomendada pela OMS (2009a). Atualmente, a OMS afirma - como parte do guia geral sobre alimentação complementar - que à medida que o lactente cresce, deve-se aumentar gradualmente a consistência e a variedade dos alimentos, podendo começar a comer alimentos em puré, esmagados e semissólidos a partir dos seis meses. Recomendações mais recentes da OMS (2023) falam em “*responsive feeding*”, que explica que: as crianças entre os seis e os 23 meses devem ser alimentadas de maneira responsiva, ou seja, por meio de práticas que promovem a participação ativa da criança no ato de comer, respeitando as suas necessidades fisiológicas e o seu estágio de desenvolvimento - este tipo de abordagem favorece a autorregulação da ingestão alimentar e contribui para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

Neste método, os alimentos são fornecidos pelos pais/cuidadores com colher e os primeiros alimentos são oferecidos em forma de puré, gradualmente com textura e sabor diferente, até chegar à introdução dos alimentos como a restante família (Morison et al., 2016).

A diversificação alimentar pelo método tradicional deve ser iniciada pelos cinco-seis meses de vida, estando o lactente em aleitamento materno exclusivo ou suplementado com leite de fórmula - o lactente apresenta-se mais desenvolvido e necessita progressivamente de mais necessidades nutricionais. Assim, na introdução alimentar através deste método, prevê-se a oferta de alimentos de textura progressivamente menos homogênea até à inserção da totalidade da dieta familiar, pelos 12 meses de idade, respeitando as características maturativas de cada lactente, culturais e socioeconómicas de cada família (Guerra et al., 2012).

O documento emitido pela DGS em 2019 prevê que o primeiro grupo de alimentos a introduzir na alimentação do lactente, seja o dos cereais ou o dos hortofrutícolas, através de cremes de legumes, papas ou frutas (trituradas), respeitando-se intervalos de 2-3 dias entre cada grupo introduzido, tudo isto oferecido através de uma colher.

De acordo com Guerra et al. (2012), um dos primeiros alimentos que pode ser introduzido na alimentação do lactente é o cereal, sob a forma de farinha - que pode ser láctea ou não láctea - e que podem ou não, ser isentas de glúten. As últimas recomendações acerca deste tema revelam que o glúten não deve ser introduzido antes dos quatro meses nem após os sete meses, devendo ter uma introdução progressiva, acompanhada do aleitamento materno; os cereais acabam por ser fornecedores essencialmente de hidratos de carbono, proteína (vegetal), ácidos gordos essenciais, minerais, vitaminas e ferro, evitando o risco de anemia característicos desta idade.

A DGS (2019) emitiu um documento apresentando valores de referência dos alimentos: no que diz respeito às necessidades proteicas, podem variar entre 9-12g/dia entre os seis e doze meses; os lípidos, sendo componentes do sistema nervoso central, das membranas celulares e da retina, devem corresponder a 40% do valor energético total por dia; quanto aos hidratos de carbono e à fibra, não existe evidência da quantidade ideal para se oferecer nestes meses.

Nos lactentes não há necessidade de treinar o sabor doce, uma vez que este já se encontra inato. Deve, no primeiro ano de vida, treinar-se sabores não doces, recorrendo a um caldo ou puré de legumes com batata, cenoura, abóbora, cebola, alho, alho francês, alface, curgete, brócolo e couve branca, que devem ser agrupados quatro a cinco; as hortícolas e tubérculos caracterizam-se por elevadas fontes de macro e micronutrientes, assim, a cada dose de caldo/puré podem ser colocado azeite (5-7,5ml), cru. Este está associado à criação das membranas celulares assim como ao amadurecimento do sistema nervoso central, sistema imunitário e retina; o espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo apenas se devem introduzir após os 12 meses de idade por apresentarem elevados nitratos e fitatos (Guerra et al., 2012).

Os autores anteriores consideram alguns aspetos relevantes para a diversificação alimentar pelo método tradicional: a carne e o peixe são grandes provedores de proteína, que devem ser oferecidos no caldo/puré de legumes aos seis meses, desfiados, com porções pequenas de 10g, até atingir um total de 25-30g por dia (sendo que a carne deve rondar quatro vezes por semana e o peixe três vezes por semana); posteriormente, com oito-nove meses, poderá oferecer-se a dose de proteína recomendada, juntamente com arroz branco ou massa, sempre acompanhada com legumes; o ovo, por sua vez, é rico em proteínas, lípidos e ferro e apresenta algumas regras na sua introdução – a gema deve-se introduzir a partir do nono mês de forma progressiva e lenta, não excedendo duas/três gemas por semana e a clara a partir do décimo primeiro mês; o sal não é recomendado ao longo do primeiro ano de vida, defendendo que o sódio presente nos vários alimentos se considera eficaz para a maturação renal que se encontra em desenvolvimento progressivo; o feijão, a ervilha, a fava, a lentilha e o grão apresentam-se como uma elevada fonte de proteína vegetal e hidratos de carbono que podem ser introduzidos entre os nove-onze meses, após serem previamente demolhados, inicialmente sem casca e apresentados em porções pequenas; as frutas como a maçã e pera podem ser assadas ou cozidas e associam-se à banana como principais frutos na introdução alimentar - reduzidas a puré e oferecidas individualmente, com cores variadas diariamente, para garantir uma elevada variedade nutricional. No primeiro ano de vida, devem-se evitar frutas como o morango, a amora, o kiwi e o maracujá pelo risco de se observar alergia alimentar; o iogurte poderá ser oferecido a partir dos nove meses de idade como alternativa à papa ou ao leite, em lanches e deve ser natural, não conter aromas, açúcares ou natas; a

água deve ser a única bebida a oferecer ao lactente, descartando sumos (mesmo de frutas) ou chás. Assim, segundo os mesmos autores, a textura dos alimentos deverá progredir de forma a ser cada vez menos homogênea para estimular o desenvolvimento do movimento de mastigação.

Para Vaz (2018) com a utilização do método tradicional, a alimentação ao ser iniciada com purés, diferencia-se da refeição da restante família, pelo que a refeição da criança pode ser separada da sua família. Assim, pode levar ao atraso de competências alimentares e sociais da criança (Cameron et al., 2013).

3. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO *BABY-LED WEANING*

O BLW surgiu em Inglaterra (Reino Unido), é considerado um método alternativo para a diversificação alimentar e embora seja relativamente recente, tem ganhado cada vez mais seguidores no mundo (Rapley & Murkett, 2010; Cameron et al., 2012).

Foi desenvolvido e sistematizado por Rapley e Murkett (2008) que conceberam a base para quem quer conhecer e colocar em prática esta forma de diversificação, caracterizando-se por permitir a oferta de alimentos em pedaços (ou tiras) a partir do sexto mês de vida, de forma a ser desenvolvido no lactente, a sua perceção, a articulação motora e visual e a sua autonomia (Brown, 2016). Desta forma, este método diferencia-se da introdução alimentar pelo método tradicional, que se baseia na oferta de alimentos em forma de purés.

Nesta forma de diversificação alimentar as características das crianças revelam-se importantes, uma vez que alterações no seu desenvolvimento que envolvam o pegar nos alimentos ou a sua mastigação, mas também a prematuridade, podem condicionar a sua alimentação (Rapley & Murkett, 2021). Contudo, segundo as mesmas autoras, desde que seja efetiva a sua segurança, deve promover-se a manipulação dos alimentos com o intuito de ajudar a criança a suprimir as dificuldades observadas.

O BLW apresenta algumas vantagens e desvantagens potenciais. De forma geral, o lactente fica apto a partilhar refeições em família, facilita a adaptação aos sabores e consistências dos alimentos, favorece a mastigação (através das várias consistências dos alimentos), existe o desenvolvimento das suas capacidades motoras, enriquece a autorregulação da saciedade e promove menor exigência alimentar. Este método, no entanto, causa alguma discordância no que diz respeito ao facto de causar menos preocupação e ansiedade aos pais/cuidadores (Neves et al., 2022; Castro & Costa, 2022; Arias-Ramos et al., 2022).

3.1. VANTAGENS

De seguida, serão descritas as vantagens associadas aos BLW agrupadas por temáticas.

Maior prevalência de aleitamento materno aos seis meses ou mais

De entre as vantagens descritas na introdução deste método alimentar, salienta-se que a prática do aleitamento materno parece estar concordante com o que é preconizado com a OMS.

O que se observa em vários estudos citados por Vaz (2018) é que os pais que pretendem seguir este método de introdução alimentar (BLW) compreendem e respeitam, mais frequentemente, as recomendações em relação ao aleitamento materno ou são aqueles que amamentam por mais tempo os seus filhos. Existe consenso entre as várias comissões de

nutrição conhecidas, como a ESPGHAN, a Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria e pela OMS, no sentido de que, nos primeiros seis meses de idade, o lactente pode ser exclusivamente alimentado por leite materno e, após este período, deve manter-se a amamentação em consonância com a diversificação alimentar que se pode arrastar dos 12 aos 24 meses (OMS 2009a citado por DGS, 2019). Importa realçar que o BLW tanto pode ser seguido por lactentes que se encontrem sob leite materno exclusivo ou por leites de fórmula, no entanto, o aleitamento materno, continua a ser apoiado e incitada a sua continuação até aos dois anos de idade (Rapley & Murkett, 2010; Morison et al., 2016).

Os lactentes cujos pais utilizam o método BLW são menos tendentes ao uso de fórmulas lácteas ou espessantes e outros elementos que se distanciam do leite materno, existindo, assim, uma maior taxa de amamentação por parte das mães, quando comparado com a diversificação alimentar pelo método tradicional (Vieira et al. 2020 citado por Castro & Costa, 2022).

De acordo com o Relatório de Saúde Infantil e Juvenil de Portugal, emitido pela DGS em 2018, observa-se que, até aos seis meses, existe uma propensão favorável à amamentação exclusiva quando comparado com relatórios anteriores, existindo uma evolução, quando comparado, de 20,6% (1995/1996) para 32,3% (2014). Embora a evolução destes dados (sobre a amamentação exclusiva até aos seis meses), seja positiva quando comparada com anos anteriores, preconiza-se que estes valores possam melhorar através de políticas nacionais integradoras que unifiquem e coloquem em prática a Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena em consonância com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2018).

Em Dezembro de 2023 surgiu, em Diário da República, a Constituição da Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, que realça que o aleitamento materno “consegue satisfazer todas as necessidades nutricionais, promover o fortalecimento do sistema imunitário, prevenir doenças, bem como beneficiar a saúde da mãe” (Despacho n.º 13056/2023, p.272), onde se assinala a meta de que, até 2030, a taxa de aleitamento materno exclusivo alcance os 50%.

Diminuição do risco de engasgamento

Comparativamente com o método tradicional, Rapley e Murkett (2008) acreditam que existe diminuição da probabilidade de engasgamento pelo método BLW, uma vez que no primeiro, o lactente tende a sugar a comida que é oferecida por colher, dirigindo-se esta para a parte posterior da orofaringe, o que poderá levar a maior risco de engasgamento, uma vez que o lactente não a mastiga; no BLW, os alimentos chegados à boca entram em contacto com a parte anterior da língua e, com movimentos transversais desta, os alimentos vão-se

movimentando cada vez mais para a zona posterior da língua, aumentando, de forma controlada, o contacto dos alimentos digeridos para com a orofaringe (Rapley & Murkett, 2010). Segundo as autoras mencionados anteriormente, o facto de a criança estar sentada convenientemente na vertical ajudará a que os alimentos caiam da boca se o mecanismo fisiológico não ocorrer perfeitamente, além de que se espera que os pais estejam presentes e nunca deixem a criança sozinha durante o momento da refeição.

Desenvolvimento da motricidade na criança

O método BLW permite estimular o progresso dos movimentos motores finos, uma vez que se espera que o lactente agarre os alimentos com a sua mão, sozinho, e que os leve à boca de forma a alimentar-se, envolvendo movimentos de coordenação dos olhos - mão - boca (Cameron et al., 2012a). Também desenvolve os movimentos do maxilar e músculos envolventes e fortalece a atividade motora da orofaringe pela presença de alimentos mais espessos e grumosos (Brown & Lee, 2011; Green et al. 2015). Através dos movimentos repetidos de agarrar os alimentos e levá-los à boca, o lactente irá desenvolver a motricidade fina e ajudar no próprio processo de diversificação alimentar (Daniels et al., 2015 citado por Vaz, 2018). Como referido anteriormente, também estimula a coordenação olho-mão e a mastigação precoce, além de que contribui para uma melhor adaptação a diferentes sabores e texturas (Arias-Ramos et al., 2022).

Momento prazeroso para a criança e maior sociabilização/poupança de tempo e dinheiro

No estudo de Vaz (2018) observa-se que, desta forma, as refeições para as crianças consideram-se mais prazerosas e divertidas, uma vez que a criança não é obrigada a comer por alguém, mas sim participa nas refeições, controlando ela própria o que ingere, a quantidade e o ritmo. Deste modo, as refeições consideram-se mais descontraídas e menos stressantes, uma vez que não existem birras, diminuindo os conflitos e tornando-se mais agradáveis (Brown & Lee, 2015; Cameron et al., 2012a; Arias-Ramos et al., 2022). Nos momentos de refeição, por conseguinte, não são necessários jogos nem distrações para que a criança coma, aceitando diversos alimentos (Cameron et al., 2012a).

Através do BLW, a criança vai integrando as refeições da família, contribuindo para o desenvolvimento de competências sociais, de linguagem, executa uma alimentação saudável e desenvolve-se o seu bem-estar psicológico (Wright et al., 2011).

Este método considera-se simples e prático, com baixos custos e tempo de preparação, uma vez que esta tende a ser igual à preparação da alimentação da restante família, facilitando também a possibilidade de almoços fora (Rapley & Murkett, 2010; Cameron et al., 2012a).

Facilidade na introdução de novos alimentos/atitudes positivas na presença de novos alimentos

Rapley e Murkett (2010) defendem que se deve providenciar alimentos à criança e incentivá-la a que ela própria os explore ao seu ritmo, sabendo que assim irá aprender, com mais facilidade, sobre o seu cheiro e textura e como combiná-los em termos de sabor, de forma a memorizar quais os mais agradáveis e desagradáveis. As autoras ainda consideram que os alimentos devem ser oferecidos inteiros, em vez de serem oferecidos como purés, uma vez que a criança tem tendência a reconhecê-los e assim irá memorizar mais facilmente os mais saciantes.

Com o BLW, ao longo do tempo, as crianças vão se capacitando do controlo da sua alimentação, sentindo-se menos desconfiadas na introdução de novos alimentos, uma vez que decidirão se os vão ou não provar (Rapley & Murkett, 2010; Brown & Lee, 2013). Além disso, tornam-se menos irritadas/reativas com a sua alimentação no futuro (Brown & Lee, 2015).

Maior saciedade e melhoria dos hábitos de alimentação da família

Uma vez que é a própria criança a decidir o que come e o ritmo que ingere os alimentos, desenvolve um mecanismo de autorregulação da saciedade (Brown & Lee, 2015). Os autores anteriormente mencionados referem que as crianças que seguiam o BLW eram significativamente mais leves, do que as crianças que seguiam o método tradicional, por existirem padrões alimentares saudáveis em consonância com o apetite da criança. Também no estudo de Arias-Ramos et al. (2022) foram reconhecidos, como benefícios, a promoção da autonomia e da autorregulação alimentar, uma vez que o lactente participa ativamente no processo de alimentação e aprende a reconhecer os seus próprios sinais de fome e saciedade.

No estudo de Vaz (2018) o BLW parece estar associado a um risco menor de excesso de peso e apetite controlado, por existir aumento do tempo da amamentação e pelas características maternas (com traços de personalidade semelhantes - menos ansiosas, menos controladoras, menos restritivas na alimentação). Por sua vez, no estudo de Arias-Ramos et al., (2022), este método apresenta um efeito protetor contra o excesso de peso, associando o método a uma alimentação mais autorregulada e equilibrada.

Com o método BLW, as crianças tendem a manter as mesmas refeições com a restante família: quando os hábitos alimentares são considerados saudáveis, não são necessárias adequações à alimentação da criança; quando existe maior consumo de sal, gordura e açúcar, seria prudente existir uma redução destes componentes na alimentação oferecida à criança (Rapley & Murkett, 2010; Brown & Lee 2013). Assim, nas entrevistas realizadas às mães que

implementavam BLW, observou-se que estas alteravam a dieta familiar de toda a família para adequar às necessidades dos lactentes (Brown & Lee, 2013).

Com a diversificação alimentar pelo método BLW, observa-se, no entanto, que os lactentes estão menos expostos a alimentos ultra processados, sal e açúcar, apresentando melhores condições para dar continuidade à amamentação, ao mesmo tempo que se introduz a alimentação complementar (Vieira et al., 2020 citado por Castro & Costa, 2022).

3.2. DESVANTAGENS E POTENCIAIS RISCOS

Subsequentemente, serão descritas as desvantagens potenciais e riscos associados ao BLW.

Desarrumação, sujidade, desperdício e preocupação sentida por familiares e amigos

A criadora e a coautora deste método de introdução de alimentação (Rapley e Murkett, 2008), apenas consideram duas desvantagens na utilização deste método: a sujidade, desarrumação e desperdício e a preocupação sentida por familiares, amigos e de outras pessoas no geral. Sobre a primeira desvantagem, o lactente rapidamente adquire destreza na manipulação dos alimentos, através da frequência com que come e aumenta a sua autoconfiança, diminuindo também o tempo de refeição. Assim, os pais tendem a adotar estratégias para minimizar a sujidade, a desarrumação e o desperdício - este último pode também ser preocupante pelos gastos financeiros (Cameron et al., 2012a; Brown & Lee, 2013); No que respeita à preocupação sentida pelos familiares e pelas pessoas que rodeiam a criança, este método pode ser aceite ou pelo contrário, encarado com alguma estranheza por se diferenciar do tradicional, causando até alguma desconfiança (Brown & Lee, 2013).

Risco de engasgamento

Segundo Vaz (2018), esta é uma das preocupações mais frequente quando se fala no método BLW, principalmente mencionada pelos profissionais de saúde e pais. Quando existe formação por parte dos pais na distinção de uma situação de engasgamento e de uma situação de vômito, estes acabam por se encontrar mais relaxados na aplicação do método (Brown & Lee, 2013).

Nesta altura é importante desmistificar os mecanismos que podem ocorrer na alimentação: asfixia e o *gag reflex*. A asfixia ocorre quando não existe passagem de ar completa ou parcial na orofaringe, uma vez que esta é bloqueada pelo alimento, assim, o lactente aciona a resposta reflexa (tosse), que se pode tornar eficaz ou ineficaz – podendo ser necessárias manobras de suporte básico de vida (Rapley, 2011). Por sua vez, o *gag reflex*, ou reflexo faríngeo, refere-se à contração involuntária dos músculos existentes na faringe que é provocada quando se toca na úvula ou palato mole podendo, caraterizar-se, como um

mecanismo contra a asfixia, uma vez que é instigado no meio da língua, e empurra os alimentos de volta para a frente da boca quando estes se encontram com maiores dimensões que a passagem de ar (não dura mais que 15 segundos) (Rodrigues, 2018).

No estudo de D'Andrea et al. (2016) as principais preocupações das mães com as crianças também se focavam no risco de engasgamento e na ansiedade parental. Da mesma forma, os profissionais de saúde, também apontam como uma possível desvantagem (Arantes et al., 2018; Arias-Ramos et al., 2022).

No estudo de Rubio et al. (2018) as principais razões dos pediatras não recomendarem o BLW, prende-se com a falta de informação - 67,2% - com a escassa evidência científica - 10,6% - seguindo-se o risco de engasgamento - 10,6%.

Atraso na diversificação alimentar/ risco nutricional/ adequado apenas para algumas crianças

Embora esteja preconizado iniciar-se o BLW aos seis meses de vida do lactente, este pode ser adiado pelo facto do lactente ainda não se encontrar apto para a alimentação guiada, uma vez que o alimento é visto como brincadeira e não como algo necessário à alimentação (Arden & Abbott, 2015). No mesmo estudo observa-se, inclusive, que a introdução de alimentos sólidos, foi superior à preconizada pela OMS (180 dias) e não existia grande preocupação por quem controlava as refeições, com vista a uma ingestão adequada de cada nutriente.

No que diz respeito ao risco nutricional o que se verifica é que, uma vez que a alimentação é preparada para toda a família, é oferecido às crianças um aporte elevado de sódio, açúcar, gorduras saturadas e alimentos processados e menos aporte de ferro, zinco e vitamina B12 (Morison et al. 2016). Após se colocarem os alimentos à disposição, a criança acaba por decidir o que come e em que quantidade, devendo, também, ser observado a quantidade que é desperdiçada por ela. No estudo anterior, observou-se igualmente que, quando comparadas crianças de seis a oito meses de idade utilizando o método BLW ou a alimentação pelo método tradicional pela colher, existiam diferenças ao nível de menor consumo de proteínas, hidratos de carbono, fibras, ferro, zinco, cálcio e vitaminas B12 e C pelo primeiro método.

Os profissionais de saúde destacaram, como desvantagem, o risco de engasgamento, baixa ingestão energética e de ferro, surgindo mesmo a possibilidade de existência de dietas nutricionalmente desequilibradas (D'Andrea et al., 2016; Arias-Ramos et al., 2022). Indo ao encontro desta ideia, no estudo de Rubio et al. (2018), os pediatras identificaram o baixo aporte energético e a possível deficiência de ferro como inconvenientes associados ao BLW, salientando potenciais riscos nutricionais caso não sejam oferecidos alimentos adequados desde o início da diversificação alimentar.

O BLW considera-se um método não adequado para todas as crianças, isto é, aquelas crianças que apresentem deficiências, que foram grandes prematuros, que apresentem atrasos de desenvolvimento e que se enquadrem na incompatibilidade para se alimentarem autonomamente - ainda que apresentem um desenvolvimento normal para a idade, mas com atrasos ligeiros de desenvolvimento - devem evitar este método. Assim, pela sua condição, poderá colocar o lactente em risco inadequado de nutrientes (Rapley & Murkett, 2010; Vaz, 2018)

Os leites (materno ou de fórmula) serem insuficientes para fornecer todos os nutrientes após os seis meses de idade

A literatura científica é consensual ao afirmar que a introdução alimentar não pode ser substituída pelo leite materno ou de fórmula, uma vez que, a partir dos seis meses de idade, estas fontes isoladas deixam de suprir as necessidades energéticas e nutricionais do lactente, especialmente no que se refere ao ferro, zinco e outros micronutrientes essenciais (OMS, 2009a; Martín et al., 2022;). Também Guerra et al. (2012) afirmam que as crianças, a partir desta idade, necessitam de outros alimentos capazes de lhes proporcionar mais quantidades de ferro, zinco e vitaminas A e D. Assim, a diversificação alimentar, deve ser introduzida de forma progressiva, mantendo o aleitamento materno como componente central da dieta, mas em articulação com alimentos sólidos e variados que favoreçam o crescimento, o desenvolvimento e a adaptação alimentar da criança (D'Andrea et al., 2016; Arantes et al., 2018; Neves et al., 2022).

Em contrapartida, no estudo de Cameron et al. (2012b), as mães que adotaram o BLW referiram considerar que o leite materno continuava a desempenhar um papel importante na satisfação das necessidades nutricionais do lactente. Esta perceção sugere que, durante o processo de transição alimentar, as mães encaram o aleitamento como um complemento natural, capaz de atenuar eventuais ingestões reduzidas de alimentos sólidos, reforçando assim o papel do leite materno na segurança alimentar e no conforto do lactente.

Diminuição da capacidade para se alimentar sozinho e tempo utilizado

Sabe-se que, no contexto do BLW, o apetite e o interesse alimentar do lactente podem variar ao longo do tempo. As mães que seguem este método tendem a respeitar essas flutuações, confiando na autorregulação da criança e ajustando o processo alimentar de forma flexível (Brown & Lee, 2013; Cameron et al., 2012b; Arden & Abbott, 2015). Assim, quando o lactente manifesta menor interesse em comer — seja por fadiga, doença, desconforto ou variação natural do apetite — os pais podem adequar a oferta alimentar, mantendo uma atitude responsiva e centrada nas necessidades individuais da criança. Este comportamento está em consonância com o princípio da alimentação responsiva, preconizado pela OMS (2023), que

ênfatiza a importância de os cuidadores responderem de forma sensível e adequada aos sinais de fome e saciedade do lactente.

Em relação ao tempo despendido, Rapley e Murkett (2010) consideram que, o BLW exige mais tempo de duração da refeição e, dadas as atuais atividades de vida, pode ser difícil reunir toda a família para as refeições conjuntas.

3.3. FATORES DETERMINANTES NO SUCESSO DO *BABY-LED WEANING*

Existem diversos fatores que podem levar ao sucesso do BLW onde se destacam as transições no processo da parentalidade, as características dos pais e família e o papel do enfermeiro nas CSI.

3.3.1 A parentalidade – características dos pais e família

A parentalidade destaca-se por uma transição de “nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação do sistema familiar, com conseqüente redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida” (Martins et al., 2017, p. 40). A parentalidade pode interferir ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, podendo influenciar o saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, levando a alterações de saúde e também sociais, que podem ser significativos para ela (Gage et al., 2006).

Assim, a satisfação das necessidades fisiológicas, emocionais, cognitivas e linguísticas são o principal objetivo do crescimento e desenvolvimento de uma criança, devendo para isso, estar sustentado na segurança e estabilidade que a sua família compõe. O contexto familiar no qual a criança está inserida, caracteriza-se como um monstruoso promotor do desenvolvimento infantil e, por essa razão, é essencial que a família compreenda as necessidades da criança e promova as melhores e mais adequadas condições para as satisfazer (Hockenberry & Wilson, 2015).

A parentalidade acaba por se caracterizar como um processo desenvolvido ao longo da vida, dinâmico, através do qual a família pode aprender, compreender e crescer reciprocamente com as crianças, consistindo num processo cada vez mais desafiante e proveitoso (Bessa, 2022).

Existem vários modelos teóricos inerentes à profissão de enfermagem, em que podemos sustentar a prática dos cuidados e que permitem promover a parentalidade. O modelo de Parceria de Cuidados foi desenvolvido por Anne Casey em 1988 e foi considerado o primeiro modelo de cuidados pediátricos que destaca o envolvimento dos pais nos cuidados à criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Este modelo salienta e coloca no centro a criança e a

sua família como objeto de cuidados, incluindo-os na sua tomada de decisão e vai mais além: refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Alves et al., 2017). Indo ao encontro deste modelo, existem ainda os cuidados Centrados na Família que identificam, não só a criança como objeto de cuidados, mas tem como princípio a envolvimento de toda a família no plano de cuidados (Mendes, 2018). Desta forma, destaca-se o papel do enfermeiro na inclusão dos pais nos cuidados, avaliando a disponibilidade deles para os mesmos, por forma a comportar ganhos em saúde para a criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Quanto às características dos pais, através do estudo de Vaz (2018), foi possível observar diante da sua revisão, que as mães que praticam o BLW são mais velhas, com nível superior de habilitações literárias, valorizam a autonomia do lactente e com traços de personalidade semelhantes. Mais recentemente, Branco (2023) observou que a maioria das mães que praticam BLW são jovens - entre os 25 e os 34 anos - possuem grau académico superior, sendo que algumas delas até são profissionais de saúde. Relativamente às fontes de conhecimento do BLW experienciadas pelos pais para a sua tomada de decisão por este método, foram a *internet*, seguindo-se de profissionais de saúde: pediatra, enfermeiro, médico de família e, por fim, os livros (Branco, 2023). O estudo de Brown e Lee (2011), também considera a *internet* como o primeiro passo no esclarecimento desta temática e em seguida os profissionais de saúde.

No estudo de Branco (2023), os pais também consideram que este método pode ser adequado para todas as crianças, não atribuindo valor a outras desvantagens como a preocupação de terceiros, a possibilidade de risco de desadequação nutricional e a associação encontrada nos atrasos do processo de diversificação alimentar. Em contrapartida, no estudo de Arden e Abbott (2015), os pais referem como principal preocupação o facto de não saberem se o seu filho se alimenta de forma suficiente. No entanto, é fundamental que os pais estejam devidamente esclarecidos sobre os princípios de uma alimentação saudável e equilibrada, considerando a qualidade, a variedade, a textura e o formato dos alimentos que oferecem à criança (Rapley & Murkett, 2010).

Interessa ressaltar que os pais que praticam BLW seguem os padrões da criança, estando, pelo menos, um dos pais a realizar a refeição ao mesmo tempo em que a criança se alimenta (Cameron et al., 2012a) ou que a maior parte das crianças faz as refeições no mesmo *timing* que a restante família (Branco, 2023).

No estudo de Fernandes et al., (2023) observou-se que os pais/cuidadores que praticam uma diversificação alimentar pelo método BLW/misto pressionam menos os filhos (em ambiente pré-escolar), a alimentarem-se mais ou a alimentarem-se de alguns alimentos específicos.

Embora com algumas limitações, este estudo concluiu que a decisão dos pais para implementar determinado método de diversificação alimentar, tem em conta a personalidade da criança, problemas anteriores relacionados com alimentação/ excesso de peso do lactente, experiências de engasgamento e condições dos próprios pais como ansiedade, o conhecimento sobre os métodos e suas vantagens e desvantagens, medos e preocupações.

Do ponto de vista das mães, estas identificaram ansiedade e receio inicial relacionados com a autoalimentação do lactente e a falta de apoio profissional, o que pode dificultar a implementação do BLW (Arias-Ramos et al., 2022)

Relativamente ao agregado familiar, verifica-se que é, predominantemente, constituído pelos pais, o que poderá indicar que a maioria das crianças são filhas únicas. De igual modo, constata-se que a frequência do infantário é uma realidade comum, não representando, contudo, um obstáculo à implementação do método BLW no contexto familiar (Branco, 2023). Por outro lado, no estudo de Arden e Abbott (2015), as mães não se sentem à vontade que outras pessoas pratiquem BLW com os seus filhos, optando por os deixar comer como as restantes crianças noutros contextos que não seja a sua própria casa.

3.3.2 O papel dos Enfermeiros nas Consultas de Saúde Infantil

Os CSP constituem o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tornando os cuidados de saúde o mais próximos possível das populações (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). De acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017, os CSP constituem um elemento central do SNS, integram e articulam-se com outros serviços para a continuidade de cuidados, de forma a existir um acompanhamento a vários níveis que prima pela qualidade e proximidade às populações.

Nos CSP, os enfermeiros dão resposta a uma variedade de assuntos nas CSI, no que se refere à saúde infantil, onde se engloba a alimentação nos lactentes. Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)(DGS, 2013), as consultas destinam-se a realizar vigilâncias do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, incentivar e promover comportamentos promotores de saúde, mas também a detetar precocemente e encaminhar situações que possam condicionar a qualidade de vida da criança e do adolescente. As consultas realizam-se em idades-chave, coincidentes com acontecimentos que se caracterizam como relevantes ao longo do ciclo de vida, tanto do lactente, como da criança e do adolescente, tendo em conta as etapas do desenvolvimento dos envolvidos. Cumpre acrescentar que as consultas destinam-se a promover o desenvolvimento individual e a autodeterminação das crianças e jovens, bem como apoiar e estimular o exercício da parentalidade, tendo em conta que cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento e

desenvolvimento e, por isso, é aceitável que nem todas chegam à mesma idade estando no mesmo estágio de desenvolvimento (DGS, 2013).

Como parte integrante das CSI, encontra-se o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), que constitui um instrumento essencial para a análise crítica das curvas de percentil dos dados de crescimento. Através das curvas de percentil é possível compreender o crescimento da criança e, observar rapidamente, alterações decorrentes do seu desenvolvimento. Os percentis referem-se aos valores padrão que são apresentados como curvas ou valores estruturados, sendo que essas curvas de crescimento são frequentemente usadas para observar padrões de crescimento individuais (OMS, 2009b). O BSIJ constitui uma ferramenta acessível e de fácil leitura, que recapitula o que é expectável no desenvolvimento da criança durante o intervalo entre consultas e que pode e deve ser lido pelos pais. Neste contexto, o enfermeiro, assume um papel fundamental na mediação e interpretação dessa informação, orientando os cuidadores, quanto às práticas adequadas de aleitamento materno e alimentação infantil, promovendo assim a literacia em saúde e o acompanhamento informado do crescimento e desenvolvimento da criança.

Segundo a DGS (2018), intervenções variadas na alimentação, estimulação sensorial dos sentidos, proteção e apoio afetivo à criança, neste tempo cronológico, apresentam um impacto importante e progressivo no seu crescimento, na capacidade de aprender e engrandecer tendo efeitos positivos na saúde e sociedade em si.

Indo ao encontro do preconizado pela UNICEF, o Despacho n.º 13056/2023 da Constituição da Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, considera que este período (primeiros 1000 dias de vida) é um “período sensível e crítico, durante o qual há escolhas fundamentais para promover um adequado desenvolvimento, com efeitos ao longo de toda a vida, como é o caso do aleitamento materno” (Despacho n.º 13056/2023, p.272). Assim, o papel do enfermeiro acaba por ser o de dotar as famílias de instrumentos, que as permitam transpor, de forma saudável, à mudança de hábitos alimentares do lactente, ultrapassando dificuldades e maximizando a saúde da criança e da própria família, providenciando a parentalidade.

Importa referir que as CSI encaram-se como os momentos em que mais tempo o enfermeiro tem para transmitir informações e aconselhamento acerca dos cuidados, que se evidenciam melhores, naquele instante, para o lactente, criança e jovem e das próprias famílias/pais/cuidadores colocarem questões variadas, inclusive sobre a introdução alimentar e alimentação.

Embora o método BLW esteja disseminado por todo o mundo, em especial nos países de Inglaterra, na Nova Zelândia e no Canadá, constata-se, que não existem evidências robustas sobre esta prática, existindo, alguns estudos que evidenciam que o BLW se demonstra com

dubiedade entre os profissionais de saúde que prestam cuidados em pediatria (Neves et al., 2022). Os cuidados de enfermagem, quando são sustentados em modelos e teorias, orientam o raciocínio clínico de forma fundamentada, existindo intervenções de enfermagem de qualidade que vão ser específicas de acordo com a particularidade do binómio criança-família (Ribeiro et al., 2016) e, é por este facto, que se torna essencial o desenvolvimento da temática do BLW. Sabe-se que uma atuação fundamentada através de uma prática baseada na evidência científica, é essencial para a atualização de conhecimentos pelos enfermeiros, tendo em conta, em primeiro lugar, o superior interesse da criança, exercendo os seus direitos e compreendendo as suas escolhas - ou da sua família (Bessa, 2022).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), impõe, na prestação e gestão de cuidados, o binómio de criança-família que se encontra indissociável, independentemente do contexto onde a criança se encontra. Refere ainda que “o exercício profissional (...) é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes” (OE, 2015, p.4). Souza (2017) refere ainda que as crianças “devem ser abordadas de forma singular em cada fase de seu crescimento e desenvolvimento, o que exige, do profissional, um cuidado técnico e subjetivo, que envolve a individualidade de cada criança e da família” (p. 15).

Segundo Neves et al., (2022) os profissionais de saúde, apresentam de maneira direta ou indireta, responsabilidades pelas decisões dos pais/cuidadores no que diz respeito à alimentação infantil, uma vez que cabe a estes, serem os geradores de informação, tendo em conta que este período de início da alimentação em lactentes se considera existirem diversas dúvidas. De acordo com o estudo dos autores anteriores, verificou-se que as fontes de informação dos profissionais de saúde sobre o BLW eram originárias de algum curso, palestra, encontro profissional ou simpósio/congresso, seguindo-se da literatura científica.

Um estudo recente sobre esta temática que entrevistou pais e profissionais de saúde em Espanha, constatou que cerca de 90% dos profissionais de saúde entrevistados já conheciam o método BLW e os seus benefícios sociais, da maturação e desenvolvimento dos lactentes e, ambos - pais e profissionais - recomendavam a sua prática (Martin et al., 2022). Ainda neste estudo, ambos os grupos discordavam dos riscos que frequentemente estão associados ao método BLW, como o défice energético, a ingestão insuficiente de micronutrientes ou menor ganho de peso, podendo ser considerado como um método alternativo à “papa de colher”.

Atualmente, os profissionais de saúde, embora reconheçam algumas vantagens associadas ao método BLW, alertam também para os potenciais riscos inerentes à sua aplicação. Entre estes destacam-se o possível défice nutricional, energético e de ferro, a suscetibilidade de

originar atrasos no crescimento e desenvolvimento infantil, refletindo-se numa evolução ponderal desfavorável. Por outro lado, salienta-se, ainda, a possibilidade de, no contexto familiar, serem oferecidos alimentos processados e calóricos, desadequados às reais necessidades nutricionais da criança (Cameron et al., 2013). Os mesmos autores, no estudo desenvolvido na Nova Zelândia com profissionais de saúde, referem que estes reconheceram no método BLW benefícios ao nível do desenvolvimento infantil — nomeadamente no aperfeiçoamento da motricidade fina, na manipulação dos alimentos e na coordenação dos movimentos orais e mandibulares, decorrentes da repetição dos gestos de agarrar, levar à boca e mastigar. Identificaram igualmente vantagens na promoção de uma melhor aceitação de novos alimentos e na adoção de comportamentos alimentares mais saudáveis. Destacaram ainda a partilha das refeições em família, contribuindo para momentos mais tranquilos e harmoniosos. No entanto, apontam como principal desvantagem, o risco de engasgamento, considerando que alguns lactentes de seis meses poderão não possuir ainda maturidade suficiente para processar os alimentos de forma segura, quer pela mastigação, quer pela manipulação, motivo pelo qual muitos destes profissionais não recomendam a implementação do método BLW na sua prática clínica (Cameron et al., 2012b).

Brown e Lee (2013), no seu estudo, concluíram que as mães que praticavam BLW, não apresentavam orientação e aconselhamento deste método pelos profissionais de saúde que acompanhavam a criança, uma vez que estes se apresentavam contra este método ou não o compreendiam. Por sua vez, no Canadá, observou-se que menos de metade dos profissionais inquiridos estavam dispostos a introduzir este método na sua prática, pelo risco de asfixia, possibilidades de dificuldade de crescimento e pela baixa ingestão do ferro (D'Andrea et al., 2016); Na Nova Zelândia, como referido anteriormente, os profissionais apresentavam preocupações quanto à oferta energética oferecida nos alimentos e a impossibilidade de os lactentes se auto alimentarem pela falta de habilidade (Morison et al., 2016).

O estudo conduzido por Rubio et al. (2018), direcionado para pediatras, conclui que existe ainda uma grande variedade de orientação dadas por estes quanto à diversificação alimentar, estando cada vez mais familiarizados com o BLW, no entanto, ainda não se sentem preparados para o usar de forma rotineira na sua orientação em consultas.

O facto de existir desperdício alimentar foi outro dos obstáculos ao BLW, que os profissionais de saúde identificavam, todavia, como vantagem, nomearam a existência de maior convívio com a família às refeições, existindo menor probabilidade de conflito (Vaz, 2018).

Também no estudo de D'Andrea et al., (2016) verificou-se que as mães e os profissionais de saúde têm perceções diferentes sobre o BLW: as mães tendem a adaptar o método, muitas vezes não seguindo rigorosamente a versão original. Por outro lado, poucos profissionais

estavam suficientemente informados sobre o BLW, o que pode limitar o apoio oferecido às famílias, evidenciando a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre este para oferecer orientações seguras e baseadas em evidência científica. Embora existam muitas vantagens na utilização do método, a opinião dos pais e a opinião dos profissionais de saúde difere pelas desvantagens mencionadas anteriormente (Rodrigues, 2018), levando à reflexão sobre a relevância desta temática na práxis de enfermagem.

Considera-se que o interesse cada vez maior dos pais por este método, se deve aliar ao desenvolvimento de formação nesta área pelos profissionais de saúde, de forma a que estes últimos possam capacitar os pais, tendo em conta o conhecimento científico mais atual (Vaz, 2018).

4. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR PELO MÉTODO *BABY-LED INTRODUCTION TO SOLIDS*

Uma vez que não existe nenhuma fórmula absoluta relativa à sequência da diversificação alimentar (mas tendo em conta aspetos individuais de cada lactente e aspetos culturais), a ESPGHAN assumiu princípios básicos, resultante das diferentes práticas de diversificação alimentar, preconizando:

1) para uma criança europeia saudável; 2) independentemente de ter ou não história familiar positiva para alergia; 3) todos os alimentos podem ser introduzidos a partir da diversificação alimentar; 4) exceto o sal, o açúcar, o mel, bebidas açucaradas e chás (nomeadamente por alguns deles conterem funcho); 5) com aumento progressivo da textura e até à introdução na dieta familiar; 6) enfatizando claramente a proibição do uso de leite de vaca como fonte láctea principal até aos 12 meses (DGS, 2019, p. 61).

Nos diferentes países, pela diversidade cultural e de tradições religiosas/regionais, observam-se diferenças consideráveis nas recomendações alimentares para a diversificação alimentar (Guerra et al., 2012). Assim, e embora qualquer que seja a forma utilizada na diversificação alimentar, deve-se afiançar que é fornecido o aporte energético adequado, sendo distribuído pelos diferentes macronutrientes, tendo em conta a sua quantidade e qualidade (DGS, 2019).

O BLW levanta algumas questões devido à qualidade e adequação da oferta energética, à existência ou não do equilíbrio nutricional, à oferta de alguns micronutrientes e pelo risco de engasgamento. O método BLISS, pode ser uma alternativa, pela forma modificada como é apresentado o BLW, poderá minimizar estas desvantagens e preocupações anteriormente identificadas.

O BLISS foi desenvolvido por um grupo de investigadores na Nova Zelândia que pretendiam fazer uma nova adaptação do BLW com o intuito de suprimir as desvantagens principais deste método, como a carência de ferro, densidade energética adequada e risco de engasgamento/asfixia. Este, pode ser definido como um método misto, utilizando características do método tradicional e o do BLW (Branco, 2023; Xavier & Rocha, 2019). Assim, esta nova versão, apresenta algumas características essenciais tais como: a oferta de alimentos adequados para que o lactente consiga levar à boca, a cozedura adequada dos alimentos para minimizar risco de asfixia e, em cada refeição, fazer coexistir pelo menos um alimento rico em ferro e em calorias (Cameron et al., 2015). Assim, tanto o BLW como a sua versão alterada BLISS, estimulam o lactente para o desenvolvimento de aptidões motoras e autonomia, enriquecem o contacto social e promovem o crescimento dos laços familiares na partilha da refeição, aperfeiçoando o seu processo de crescimento e desenvolvimento (Rodrigues, 2018).

Morison et al. (2018) destacam ainda que os lactentes que seguem este método tendem a apresentar uma maior aceitação alimentar e menor seletividade - *food fussiness* - quando comparados com aqueles que seguem a alimentação convencional com colher. Estes resultados sugerem que o BLISS constitui uma alternativa segura e positiva para promover hábitos alimentares saudáveis, desde o início da diversificação alimentar, mantendo os princípios de autorregulação e exploração alimentar característicos do BLW.

5. LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL

Um Enfermeiro que exerça a sua profissão em Portugal deve cumprir as normas exigidas, tendo em conta a sua conduta ética e profissional, através do REPE e do CDE.

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento profissional, o Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, preconiza que os enfermeiros apresentam a responsabilidade de contribuir para a sua valorização profissional, assim como em contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e desenvolver processos de formação contínua (Regulamento n.º 190/2015). Em especial, os enfermeiros com título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que apresentam competências específicas na área da negociação de planos de cuidados, devem capacitar e treinar habilidades da criança e da família, designadamente, promovendo a amamentação, demonstrando conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento das crianças, transmitindo orientações antecipatórias à família com o propósito de envolver a família no processo de cuidados, a um nível avançado e seguro (Regulamento n.º 422/2018).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), expressos pela OE, sugerem pilares fundamentais da enfermagem: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Através destes, prevê-se que o enfermeiro, de um modo sucinto, procure a excelência do seu exercício profissional nas suas várias vertentes. Surgiu posteriormente, pela OE, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que se destina a todos os enfermeiros especialistas, proporcionando uma reflexão ativa sobre a qualidade do seu exercício profissional, uma referência do que se pretende numa prática especializada, de forma a apoiar e a evoluir em todos os processos que se destinem a uma melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 351/2015).

Por sua vez, os Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, elaborados por peritos na área de saúde infantil e pediátrica, destinam-se a servir de base para estruturar as intervenções de enfermagem (OE, 2010). No Guia Orientador de Boa Prática: *Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos* (2010), é possível compreender o papel do enfermeiro na amamentação e diversificação alimentar, onde se encoraja, que os momentos de refeição sejam momentos de convívio entre todos os membros da família, considerando ser um momento de prazer e harmonia. Além disso, enfatiza que, a partir do sexto mês de vida, o lactente desenvolve o seu sistema sensorial pelo toque das suas mãos na comida, através da palpação de diferentes alimentos e texturas.

Por outro lado, a nível nacional, foi elaborado o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030, que vai ao encontro do preconizado pela Sociedade

Portuguesa de Pediatria: foi criado inicialmente em 2012, em consonância com as prioridades estratégicas referidas pela União Europeia e pela OMS, adquirindo como prioridades a promoção da alimentação saudável e a prevenção de todas as formas de malnutrição.

A Lei de Bases de Saúde, em Portugal, subjacente aos documentos apresentados anteriormente neste capítulo, prevê nos direitos e deveres das pessoas que:

Todas as pessoas têm direito: (...) f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (Lei nº 95/2019, p.56),

Salvaguardando, desta forma, que cada família possa escolher, consoante a informação que lhe é dada, a melhor forma para a diversificação alimentar para o seu filho. Assim, considera-se essencial, para a prática do BLW, que todos os enfermeiros na área da saúde infantil e pediátrica conheçam, no exercício da profissão, os regulamentos a que devem dar resposta para, desta forma, se obterem ganhos em saúde para a criança e família, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

A Metodologia é fundamental para se obter determinado conhecimento de forma estruturada e científica. Assim, importa neste capítulo, apresentar todas as fases metodológicas utilizadas para a investigação como: o tipo de estudo; as questões de investigação; a população, a amostra e os procedimentos na colheita de dados; as variáveis e sua operacionalização; o instrumento, processo de construção, validade e fidelidade; as considerações éticas e, por fim, a análise estatística.

1.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação fundamentalmente quantitativa, exploratória e descritiva, nível I/II. De acordo com Fortin (2009), uma investigação deste género identifica as características de um fenómeno, de forma a obter uma visão geral de uma situação, ou de uma população e, permite obter resultados que podem ser suscetíveis de generalizações a outras populações ou contextos.

1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Face à problemática descrita na introdução e aos objetivos definidos, a principal questão de investigação foi:

1. Qual a atitude, o conhecimento e as práticas dos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar em lactentes, seguidos em consultas de Saúde Infantil, pelo método *Baby-Led Weaning*?

As questões de investigação complementares definidas foram:

1. Quais as vantagens atribuídas pelos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar nos lactentes, pelo método *Baby-Led Weaning*?
2. Quais as barreiras que levam os Enfermeiros a condicionar as suas recomendações sobre o método *Baby-Led Weaning* na introdução à diversificação alimentar nos lactentes?

1.3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS

Numa população potencial de todos os enfermeiros que exercem funções em contextos de CSP, em ambientes de saúde infantil, obtivemos uma amostra, de carácter intencional, com um total de 144 enfermeiros.

As respostas foram obtidas através do instrumento de colheita de dados (um questionário) que foi preenchido *online* através da ferramenta “*Google Forms*” e envio automático para a

investigadora. Numa fase inicial, o processo de amostragem contou com a articulação realizada com a direção de Enfermagem de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro de Portugal.

Após entrevista com a direção de Enfermagem e explicados os objetivos do estudo, este mereceu o seu interesse e apoio. Foi a partir da direção de Enfermagem que se procedeu ao envio dos questionários, via *e-mail*, para os enfermeiros que se encontravam a prestar funções nos CSP (em ambientes de Saúde Infantil) dessa ULS.

Tendo alcançado 64 respostas através da direção de Enfermagem, procurámos aumentar o tamanho da amostra por via de contacto com a OE, que se disponibilizou para a divulgação da proposta de estudo. Este foi publicitado na sua página oficial e, de igual forma, os dados foram recolhidos através de questionário *online*, *Google Forms*, aos enfermeiros que trabalhavam em contexto de Saúde Infantil e que voluntariamente realizaram o preenchimento deste, no total de mais 80 respostas, gerando uma amostra global de 144.

1.4. VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para Fortin (2009), as variáveis representam as características ou qualidades de pessoas, objetos ou situações que vão ser estudadas numa investigação e podem expressar-se através de valores ou categorias distintas.

A variável central no estudo é designada de *“Atitudes, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning”* e é direcionada a enfermeiros.

Importa desde já clarificar, concetualmente, o que designamos por atitude. De acordo com a *Social Psychology* (2024), uma atitude é uma predisposição aprendida para responder a uma pessoa, objeto ou ideia de maneira consistente, seja favorável ou desfavoravelmente. Isso significa que as atitudes não são inatas, mas sim desenvolvidas ao longo do tempo, tendo por base, as experiências, interações sociais e influências culturais.

As atitudes não são estados mentais isolados, pelo contrário, influenciam como nos comportamos, pensamos e sentimos sobre os diversos temas nos nossos contextos. As atitudes são multidimensionais, consistindo em diferentes elementos que se articulam, moldando a forma como respondemos a objetos, pessoas ou eventos. São três as componentes principais definidas pela *Social Psychology* (2024): cognitivo, afetivo e comportamental.

Componente cognitivo

O componente cognitivo de uma atitude refere-se a crenças, pensamentos e ideias que temos sobre um determinado objeto ou assunto. Baseiam-se nas informações e no conhecimento que desenvolvemos.

Componente afetivo

O componente afetivo refere-se a sentimentos ou emoções que experimentamos em relação a um determinado objeto, pessoa ou questão, refletindo reações emocionais, felicidade, irritação, desejo de interação. As emoções são frequentemente fortes motivadoras do comportamento.

Componente comportamental

O componente comportamental de uma atitude, refere-se às ações ou comportamentos influenciados pelas atitudes. Reflete como tendemos a agir em relação ao objeto da nossa atitude, seja consciente ou inconscientemente.

No contexto de enfermagem, estas dimensões traduzem-se em crenças e conhecimentos (componente cognitiva), valores e percepções emocionais face ao objeto de atitude (componente afetiva) e tendências de atuação ou decisão clínica (componente comportamental). No caso da orientação alimentar infantil, as atitudes dos enfermeiros face ao método BLW, podem refletir o modo como estes interpretam, valorizam e integram esse modelo nas suas práticas.

A mensuração das atitudes constitui um desafio metodológico complexo: as escalas que procuram avaliá-las, frequentemente, incorporam itens de natureza cognitiva ou afetiva, o que pode influenciar a resposta e confundir o constructo atitudinal com o conhecimento ou a experiência profissional. Além disso, é reconhecido, que o nível de conhecimento sobre um tema pode modificar as atitudes - por exemplo, um maior domínio sobre os fundamentos e evidências do BLW pode conduzir a maior aceitação e confiança no método, enquanto o desconhecimento ou a incerteza podem reforçar atitudes de reserva ou resistência na prática clínica.

Nesta investigação a variável central foi operacionalizada através de uma escala de tipo *Likert*, construída para o efeito, assim como em outras questões, algumas de resposta aberta, que foram colocadas ao longo do instrumento de colheita de dados. A escala tem 20 itens, com pontuação de um a cinco, pelo que o valor mínimo da escala é de 20 pontos e o valor máximo é de 100 pontos. Assume-se que valores superiores a 60 são considerados como havendo uma atitude *tendencialmente favorável*. Pelo contrário, valores inferiores a 60 são considerados como havendo uma atitude *tendencialmente desfavorável*. Este ponto de corte, assume,

assim, que a média das médias dos 20 itens, não pode ser considerada como *favorável* se for inferior a três.

Frisamos, ainda, que há questões de resposta aberta que possibilitam uma análise mais completa. Estas são, de alguma forma mediadoras, possibilitando uma confirmação ou não confirmação da avaliação pela escala.

Foram ainda analisadas variáveis sociodemográficas, como: *sexo, grupo etário, tempo de experiência profissional, grau académico e a região do país onde desempenham funções*; e outras de contexto, como: *tempo a desempenhar funções nos CSP, as fontes de conhecimento do BLW, o facto de recomendar o método BLW nas CSI, conhecimento genérico do método BLW, o principal motivo porque não recomendar o método BLW, a oportunidade de presenciar a introdução alimentar pelo BLW, o atendimento à família que praticava o método BLW e o seu posicionamento global em relação à prática do BLW*. Estas variáveis foram operacionalizadas em questões no instrumento de colheita de dados.

As respostas obtidas nas questões de resposta aberta, foram organizadas e classificadas em indicadores e categorias, permitindo extrair sentido, identificar padrões e construir interpretações fundamentadas (Bardin, 2011).

1.5. INSTRUMENTO, PROCESSO DE CONSTRUÇÃO, VALIDADE E FIDELIDADE

Considerando o tipo de estudo, optámos por colher os dados através de um questionário autoadministrado, com base na revisão da literatura existente sobre o tema.

Segundo a ordem de apresentação aos enfermeiros constituintes desta amostra, os instrumentos utilizados foram os seguintes:

- Questionário sociodemográfico e de contexto;
- Escala de “*Atitude, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar BLW*” (EACPMIDABLW)

Construção e Validação da Escala de “*Atitude, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar BLW*” (EACPMIDABLW)

A validade de um instrumento refere-se ao grau de precisão de um instrumento, isto é, de que forma este mede o que se supõe medir.

Neste estudo, era crucial a sua *validade de conteúdo*. Esta relaciona-se com a adequação da amostra de conteúdo à área que se mede.

A atividade como enfermeira especialista na área, os estágios em CSP em centros de saúde durante a formação especializada e os aportes de um perito e professor na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deram-nos o suporte de conhecimentos que nos permitiu, à partida, identificar muitos indicadores fundamentais.

Para a construção do instrumento concorreu, ainda, de forma decisiva, a identificação de vários instrumentos dispersos na bibliografia dos últimos anos, possibilitando a criação de uma base para o nosso questionário e para a escala integrante do mesmo. Evidenciamos como fortemente significativos, os contributos dos documentos/instrumentos de Cameron et al. (2012b), D'Andrea et al. (2016), Arias-Ramos et al. (2022) e, particularmente o de Rubio et al. (2018) e o de Neves et al. (2022), que se encontram disseminados na literatura.

Importa salientar que este instrumento foi direcionado apenas para os enfermeiros, enquanto os instrumentos existentes na literatura se direcionam aos pais/cuidadores e a outros profissionais de saúde (não apenas enfermeiros).

Procurámos elaborar um instrumento com indicadores que refletisse o estado da arte nesta área e, simultaneamente, desse resposta ao desafio que é construir uma escala de atitudes.

Neste contexto, identificámos 20 indicadores cujo conteúdo reflete, de forma adequada, o conceito de atitude que foi explicitado. Embora parecendo que a maioria privilegia a componente cognitiva, eles contêm em si mesmos as outras componentes.

Em virtude da proximidade linguística entre o português europeu e o português do Brasil, foi viável a utilização dos itens n.º 3, 13, 16, 17, 18, 19 e 20, do estudo de Neves et al. (2022), também adotados pelos autores, para identificar e descrever as perceções do BLW entre profissionais de saúde.

Cada item foi classificado de um a cinco (como referido anteriormente), solicitando a cada sujeito uma resposta em função da sua concordância ou discordância, tendo cinco hipóteses de resposta: *concordo totalmente* – 5, *concordo* – 4, *não concordo nem discordo* – 3, *discordo* – 2 e *discordo totalmente* – 1.

Em alguns itens, as pontuações foram invertidas para evitar respostas automáticas, reduzir viés de aquiescência e aumentar a atenção dos enfermeiros. Estão nesta situação as proposições nºs 2, 10, 11, 15, 19 e 20 (*concordo totalmente* – 1, *concordo* – 2, *não concordo nem discordo* – 3, *discordo* – 4, *discordo totalmente* – 5.)

A validade facial foi obtida por participação de enfermeiros especialistas que exercem funções em ambientes pediátricos e que não encontraram dificuldades no seu preenchimento. Assim, o instrumento passou para a fase seguinte.

A recolha dos dados foi efetuada de 27 de dezembro 2024 a 23 de março de 2025.

Como referido anteriormente, foi utilizado um questionário *online* (Apêndice 1), direcionado aos enfermeiros que realizam CSI, em Portugal, que se divide em duas partes: numa primeira parte, engloba características sociodemográficas e de contexto; numa segunda parte é utilizada uma escala de *Likert* que reflete indicadores de atitude, conhecimento e práticas dos enfermeiros sobre possíveis vantagens e barreiras da introdução à diversificação alimentar pelo método BLW. Este instrumento (EACPMIDABW) apresenta as preposições seguintes (tabela 1), com base nos instrumentos já realizados nesta área e que foram mencionados anteriormente.

Tabela 1

Itens constituintes da escala EACPMIDABW

1 – O BLW promove o aleitamento materno
2 - O BLW aumenta o risco de engasgamento no bebé
3 – O BLW desenvolve a motricidade/habilidades motoras do bebé
4 - O BLW pode tornar-se um momento prazeroso para a criança promovendo a socialização com a restante família
5 – O BLW é um método com baixo tempo de preparação
6 – O BLW facilita na introdução de novos alimentos ao bebé
7 – O BLW regula a saciedade do bebé
8 – O BLW melhora os hábitos de alimentação da família
9 – No BLW algum potencial desperdício e desorganização durante a refeição podem ser geridos
10 – Quando a criança se alimenta pouco com BLW, os alimentos podem ser substituídos por leite materno ou de fórmulas
11 – O BLW atrasa a diversificação alimentar
12 – Com o BLW os bebés podem apresentar baixo risco nutricional
13 - O BLW geralmente não resulta em carências de alguns nutrientes para os bebés
14 – O BLW desenvolve a capacidade do bebé se alimentar sozinho
15 – O BLW adequa-se a todos os bebés
16 – O BLW pode ser muito cómodo, uma vez que os pais/cuidadores não necessitam de preparar comidas especiais para o bebé
17 – O BLW facilita a adaptação do bebé aos novos sabores e consistências dos alimentos
18 – O BLW potencializa a mastigação do bebé
19 – O BLW pode prevenir o excesso de peso nos bebés

Nota: EACPMIDABLW = Escala de Atitudes, Conhecimentos e Práticas acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning

A fidelidade da Escala

Já com os próprios dados fizemos um estudo da consistência interna da escala. Deste modo, e utilizando em relação à estatística de confiabilidade no teste *de Alfa de Cronbach*, foi possível observar valores de 0,598 e com base em itens padronizados de 0,710. De acordo com Taber (2018), o coeficiente de *Alfa de Cronbach* é amplamente utilizado na investigação científica para avaliar a consistência interna de instrumentos de medição e “um valor em torno de 0,70 ou superior é geralmente considerado desejável” (p.1284).

Embora o *Alfa de Cronbach* sem itens padronizados (0,598) fique abaixo de 0,70, isto sugere que itens do questionário não têm uma consistência interna muito alta (consistência interna moderada). No entanto, com o *Alfa de Cronbach* com itens padronizados (0,710), o valor ultrapassa 0,70, apresentando uma boa consistência interna. Os itens estão razoavelmente correlacionados, e tal explica-se pelo facto de resultados em vários itens, com pontuações mais baixas, refletirem componentes de conhecimento com nível relativamente baixo. Este fenómeno sugere de forma enfática, a dificuldade em mensurar atitudes moduladas por conhecimento.

1.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os investigadores responsabilizaram-se a manter o sigilo desde a recolha dos dados à análise destes, bem como no momento de publicitação dos resultados e conclusões do estudo.

Inicialmente o projeto de investigação do estudo foi submetido à aprovação pelo Conselho Técnico Científico (Anexo 1) e também na Comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), tendo obtido o parecer favorável (Anexo 2) – Parecer n.º P1059_07_2024.

Importa também referir que o questionário foi realizado na aplicação *Google Forms*, uma vez que esta ferramenta é de fácil divulgação, permitiu manter a privacidade e o anonimato dos enfermeiros, a manutenção da confidencialidade e sem obrigatoriedade para o seu preenchimento. O questionário era acompanhado do consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), que era inicialmente exposto aos enfermeiros e, só após a sua leitura e permissão, evoluíam para o questionário propriamente dito.

Foi realizado o pedido de autorização para divulgação do estudo na ULS da Região Centro do País (Anexo 3), e posteriormente, foi realizado o pedido de autorização para divulgação do estudo na OE (Anexo 4).

Assim, foram assegurados os procedimentos éticos, essenciais numa investigação, garantindo o respeito pelos direitos dos enfermeiros envolvidos.

1.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados colhidos foram analisados e tratados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0.

Já com os dados analisámos a consistência interna da escala com o teste de *Alfa Cronbach* e, caracterizámos a amostra com a estatística descritiva adequada - frequências, médias, mediana, moda, Desvio Padrão (DP) e variância. Assim, inicialmente, os resultados apresentados são da caracterização da amostra. Os resultados referentes às questões de investigação e resultante da análise do construto “*Escala de Atitudes, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning*” serão demonstrados com estatística descritiva. A opção por uma estatística descritiva, com análise detalhada nas respostas às questões abertas no instrumento de colheita de dados, incluindo a escala utilizada, foi uma opção de fundo do investigador, face à problemática em estudo. Assim, serão tidas em consideração as questões de resposta aberta, como fundamento para os resultados obtidos às questões de investigação.

2. RESULTADOS

De seguida serão apresentados e analisados os resultados do estudo. Em alguns casos optou-se pela realização de tabelas para melhor observação e descrição dos dados.

2.1 CARATERÍSTICAS DA AMOSTRA

O estudo contou com a resposta de 144 Enfermeiros que realizam CSI em CSP, sendo que 136 - 94,4% - da amostra são do sexo feminino e 8 - 5,6% - são do sexo masculino. Em relação às idades da amostra, existiram 10 - 6,9% - entre os 22 - 30 anos, 34 - 23,6% - entre os 31-40 anos, 45 - 31,3% - entre 41 - 50 anos, 39 - 27,1% - entre os 51 - 60 anos e 16 - 11,1% - com idade superior a 60 anos (tabela 2).

Relativamente ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros, estes posicionam-se da seguinte forma: 10 - 6,9% - encontra-se entre 1 -5 anos de experiência, 5 - 3,5 %- entre 6 - 10 anos de experiência, 15 - 10,4% - entre 11 - 15 anos de experiência, 25 - 7,4% entre os 16-20 anos de experiência e 89 - 61,8%- com 21 ou mais anos de experiência profissional. No que diz respeito ao grau académico, 60 - 41,7% - apresentam Licenciatura, 27 - 18,8% - apresentam Mestrado, 16 - 11,1% - apresentam Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização, 39 - 27,0% - apresentam Pós-Licenciatura de Especialização, 1 - 0,7% - apresenta Doutoramento e 1 - 0,7% - apresenta Bacharelato (tabela 2).

Em relação à região do país (Portugal) onde desempenham funções, 31 - 21,5% - exercem na Região Norte, 74 - 51,3% - na Região do Centro, 24 - 16,7% - na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 5 - 3,5% - corresponde à Região do Alentejo, 2 - 1,4% - corresponde à Região do Algarve, 8 - 5,6% - corresponde à Região dos Açores.

De seguida, na tabela 2, encontram-se discriminados os dados anteriormente mencionados.

Tabela 2

Resumo estatístico em número e percentagem referente às caraterísticas sociais da amostra

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	136	94,4
Masculino	8	5,6
Grupo etário		
22-30 anos	10	6,9
31-40 anos	34	23,6
41-50 anos	45	31,3
51-60 anos	39	27,0
Acima de 60 anos	16	11,1

Tempo de experiência profissional		
1-5 anos	10	6,9
6-10 anos	5	3,5
11-15 anos	15	10,4
16-20 anos	25	17,4
21 ou mais anos	89	61,8
Grau académico		
Licenciatura	60	41,7
Pós-Licenciatura de Especialização	39	27,1
Mestrado	27	18,8
Mestrado e Pós-Licenciatura de especialização	16	11,1
Doutoramento	1	0,7
Bacharelato	1	0,7
Região do País		
Região do Centro	74	51,3
Região do Norte	31	21,5
Região de Lisboa e Vale do Tejo	24	16,7
Açores	8	5,6
Região do Alentejo	5	3,5
Região do Algarve	2	1,4
Madeira	0	0

2.2 ATITUDE E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL FACE AO *BABY LED WEANING* – VANTAGENS E BARREIRAS

A compreensão das atitudes e do nível de conhecimento dos enfermeiros que realizam CSI relativamente ao BLW, constitui um elemento fundamental para perceber como esta abordagem é integrada na prática clínica.

2.2.1. Contextos profissionais e pessoais potencialmente influenciadores de atitude face ao *Baby-Led Weaning*

Neste subcapítulo aborda-se a forma como diferentes contextos, tanto profissionais como pessoais, podem influenciar a atitude dos enfermeiros face ao BLW. A experiência acumulada em serviços de saúde infantil, a formação específica recebida, as práticas instituídas na equipa e até vivências pessoais relacionadas com alimentação infantil podem moldar perceções. A análise destes contextos como o tempo de exercício em CSP, o conhecimento autodeclarado sobre os benefícios genéricos e dificuldades na utilização do BLW, as fontes usadas para ter conhecimento, a experiência de observação de introdução alimentar pelo

método e a experiência de atendimento a famílias que praticavam o BLW permitem compreender, com maior profundidade, os fatores que condicionam ou potenciam a forma como os enfermeiros interpretam e orientam esta abordagem alimentar junto das famílias.

Tempo de exercício em CSP

No que diz respeito ao tempo a desempenhar funções em CSP, 28 - 19,4%- encontra-se entre 1-5 anos, 14 - 9,7% - entre 6-10 anos, 15 - 10,4% - entre 11-15 anos, 24 -16,7% - entre 16-20 anos e 63 - 43,8% - com 21 ou mais anos a desempenhar funções (tabela 3). Estes resultados sugerem uma amostra com experiência alargada em CSP, mas com enfermeiros jovens em número importante, pois cerca de um terço têm menos de 10 anos de experiência profissional.

Tabela 3

Resumo estatístico em número e percentagem sobre o tempo a desempenhar funções nos CSP

Variáveis	Nº	%
Tempo a desempenhar funções nos CSP		
1-5 anos	28	19,4
6-10 anos	14	9,7
11-15 anos	15	10,4
16-20 anos	24	16,7
21 ou mais anos	63	43,8

Nota: CSP = Cuidados de Saúde Primários

Conhecimento autodeclarado sobre os benefícios genéricos e dificuldades na utilização do BLW

Relativamente ao conhecimento demonstrado por enfermeiros, quando questionados sobre se conhecem genericamente os benefícios e dificuldades na utilização do BLW, 125 - 86,8% - refere que “sim” e 19 - 13,2% - refere que “não”.

Fontes usadas para ter conhecimento acerca do método BLW

Seguidamente foi apresentada outra questão que se focava nas fontes usadas para ter conhecimento acerca do método BLW. Importa referir que esta questão se encontrava com várias opções de resposta, considerando que, por vezes, os enfermeiros apontaram que conheciam o método BLW por mais do que uma fonte, conjugando assim várias opções de resposta. Desta forma, 75 enfermeiros referem que foi através da Literatura Científica, 69 enfermeiros referem que foi através de Cursos ou Formação esporádica (palestra, encontro profissional ou seminário/simpósio/congresso), 54 referem que foi por Colegas de Profissão, 53 referem que foi através de Páginas na Web, 48 enfermeiros foi através de Redes Sociais, 39 enfermeiros foi pelos próprios pais/cuidadores do lactente e 6 ao longo do curso

académico. Na tabela 4 é possível observar as respostas a esta questão de forma mais clara e sucinta.

Tabela 4

Fontes de conhecimento do BLW identificadas pelos enfermeiros por ordem decrescente do número de respostas

Variáveis	N
Literatura Científica	75
Cursos ou Formação esporádica: palestra, encontro profissional ou seminário/simpósio/congresso	69
Colegas de Profissão	54
Páginas na Web	53
Redes Sociais	48
Os próprios pais/cuidadores do bebé	39
Ao longo do curso académico	6

Nota: BLW = *Baby-Led Weaning*

Experiência de observação de introdução alimentar pelo método BLW

No que concerne aos enfermeiros já terem presenciado a introdução alimentar pelo método BLW, 87 - 60,4%- referem que “*sim*” e 57 - 39,6%- refere que “*não*”.

Experiência de atendimento a famílias que praticavam o BLW

Relativamente à experiência em atender famílias que praticavam o BLW, a grande maioria, 121 - 84% - respondeu que “*sim*” e 23 - 16% - respondeu que “*não*”.

Estes fatores de contexto profissional e pessoal podem estar associados à atitude percecionada pelos próprios, bem como aos resultados obtidos na escala utilizada no estudo.

2.2.2. De que forma é expressa a Atitude e o Conhecimento dos Enfermeiros que realizam Consultas de Saúde Infantil face ao *Baby-Led Weaning*

Como referido em capítulo anterior e dadas as dificuldades de mensuração de atitudes, a resposta à questão de investigação tomou em conta, não só os resultados na escala, mas outros dados obtidos a partir das respostas analisadas.

Assim, observando-se o posicionamento global dos enfermeiros quanto à prática do BLW, 49 - 34% - consideram-se, segundo a tabela 5, numa posição de *favorável*; 44 - 30,6% - consideram-se posicionados de forma *parcialmente favorável*; 40 - 27,8% - considera ter uma posição *nem favorável nem desfavorável*; 8 - 5,6% - considera-se posicionado *desfavorável parcialmente*; e 3 - 2,0% - considera-se *desfavorável*.

Tabela 5

Posição global em relação à prática do BLW em número e percentagem

Variáveis	N	%
Favorável	49	34,0
Favorável parcialmente	44	30,6
Nem favorável nem desfavorável	40	27,8
Desfavorável parcialmente	8	5,6
Desfavorável	3	2,0

Nota: BLW = Baby-Led Weaning

Para análise da “*Escala de Atitudes, Conhecimentos e Práticas acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning*” (EACPMIDABLW), tendo em conta a tabela 6, e considerado o ponto de corte definido na metodologia, verificamos que há uma evidente tendência favorável ao BLW, quase 98%, sendo residual uma tendência desfavorável - 2,1%.

Tabela 6

Atitude dos enfermeiros considerando o ponto de corte da escala, em relação ao BLW

Variáveis	Valores de corte	Nº	%	Atitude
EACPMIDABLW	>60	141	97,9	Favorável
	=<60	3	2,1	Desfavorável

Nota: BLW = Baby-Led Weaning

No entanto, considerando a estatística da escala, verifica-se uma média não muito elevada e com um DP pouco robusto em relação à média, sugerindo dados sem significativa dispersão. A amplitude entre máximo e mínimo também o confirma como mostra a tabela 7.

Tabela 7

Resumo estatístico referente à escala EACPMIDABW

Mínimo	Máximo	Média	Variância	Desvio Padrão (DP)	N de itens
52	87	71,79	44,60	6,67	20

Nota: EACPMIDABW = Escala de Atitudes, Conhecimentos e Práticas acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning

O facto de a média global ser superior a 60 sugere que, de modo geral, se reflete numa atitude positiva sobre o método BLW. Em termos estatísticos, a média de 71,79 está mais de 1,7 DP, acima do ponto de corte $((71,79 - 60) / 6,67 \approx 1,77)$, o que reforça a evidência de que a maioria da amostra pontua consistentemente acima do limiar definido.

Sobre a prática de recomendação nas CSI, uma componente global da atitude e inserida em perguntas de resposta aberta, como se pode observar na tabela 8, 81,3% recomendam: *sempre* – 6,3%; *frequentemente* - 23,6%; e *às vezes* - 51,4%. Não recomendam em absoluto 18,7%.

Tabela 8

Recomendação do BLW nas CSI em número e percentagem

Variáveis	N	%
Sempre	9	6,3
Frequentemente	34	23,6
Às vezes	74	51,4
Nunca	27	18,7

Nota: BLW = Baby-Led Weaning; CSI = Consultas de Saúde Infantil

Mas, porque existem determinados posicionamentos globais e diferentes tipos de recomendação?

As respostas abertas obtidas foram sujeitas a uma análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Este processo permitiu classificar elementos do texto em categorias temáticas, que compartilham um sentido comum, proporcionando uma interpretação sistemática. Emergiram as seguintes categorias: *formação e necessidade de informação*, *benefícios para a criança*, *condições*, *adaptação e segurança* e *prática e adesão das famílias* (tabela 9). Os excertos que suportam estas categorias são elucidativos sobre as vantagens e barreiras

autodeclaradas pelos enfermeiros sobre o BLW. Os indicadores referentes à primeira categoria sugerem, claramente, a necessidade de formação, pelo que a falta de conhecimento sobre o método funciona como uma barreira a uma atitude mais favorável dos profissionais acerca do BLW. Certamente, e como se observa na categoria dois, compreender os benefícios e vantagens cria condições para uma atitude mais favorável.

Percebe-se também a necessidade de atenção às práticas de adesão das famílias a este método. Práticas muito minoritárias estimulam menos os profissionais à informação e ensino aos pais.

Tabela 9

Respostas abertas agrupadas por categorias e indicadores sobre a posição tomada quanto ao método BLW

Categorias	Indicadores
Formação e Necessidade de Informação	<i>"Seria importante mais formação acerca do mesmo".</i> <i>"Gostaria de receber formação sobre esta temática".</i> <i>"Creio que ainda precisamos de desmistificar muita coisa! Eu fiz formação específica, por minha iniciativa, com uma nutricionista infantil e foi o que quebrou as minhas crenças (porque anteriormente eu era pelo método tradicional porque não conhecia os verdadeiros fundamentos do BLW). Hoje, se os pais estão informados, tranquilizados e sobretudo treinados para desobstrução da via aérea/SBV, recomendo. Mas sem julgamento".</i> <i>"Embora sendo EESMO e não ESSIP, abordo sempre este tema nos grupos de recuperação no pós-parto. Desconhecendo os conteúdos funcionais das disciplinas da licenciatura e especialidades atualmente, considero que este é um tema bastante relevante que deveria ser aprofundado em contexto académico".</i> <i>"Considero importante que os pais estejam bem informados e fazer uma introdução alimentar mista (sólidos e pastoso)".</i>

Benefícios para a Criança	<i>“Criança saboreia os alimentos individualmente, maior probabilidade de preferência e não rejeição quando iniciar a alimentação familiar”.</i> <i>“É uma experiência, uma aprendizagem sobre independência e uma aventura à descoberta”.</i> <i>“Sem dúvida, a criança não apresenta desnutrição, adora comer a variedade de alimentos que lhe colocam.”</i> <i>“O BLW permite olhar para os momentos da refeição como uma rotina familiar importante, onde todos os membros estão envolvidos. O bebé tem a oportunidade de experimentar diversos sabores, texturas, cores, objetos e aprender pela observação da sua família. Os nutrientes não se encontram em falta caso os ensinamentos às famílias sejam adequados, quanto à composição alimentar de cada refeição. O BLW permite que o bebé e a família tenha uma alimentação saudável, equilibrada”.</i>
Condições, Adaptação e Segurança	<i>“Depende da criança e dos pais”.</i> <i>“O BLW tem benefícios descritos nas evidências mais recentes, mas mais importante é respeitar o que a família prefere e se adequada a sua situação.”</i> <i>“Desde que não haja défice nutricional e risco de carência de nutrientes.”</i> <i>“Penso que não se adapta a todas as famílias, pelo risco de engasgamento quando não é feito corretamente (sei que também há risco de engasgamento no método tradicional, mas como este é mais conhecido, mais famílias sabem usá-lo mais corretamente sem muito acompanhamento)”.</i> <i>“A introduzir gradualmente e numa idade mais avançada”.</i>
Prática de Adesão das Famílias	<i>“Na minha prática verifico que são poucos os pais que praticam esta forma de iniciar a alimentação. Regra geral são as mães que prolongam a sua licença de maternidade que o fazem, dado que as crianças que vão para as creches cedo seguem o esquema habitual de diversificação alimentar”.</i> <i>“Não é prática habitual entre pais informados optarem pelo BLW”.</i> <i>“Costumo recomendar aos pais que forneçam aos filhos alimentos com maior consistência deixando as papas, mas não sigo o método BLW”.</i> <i>“Opto mais pelo método Bliss”.</i>

Nota: BLW = Baby-Led Weaning

Da mesma forma em relação aos principais motivos pelos quais os enfermeiros não recomendam o BLW (tabela 8), foi também efetuada ordenação decrescente de motivos pelos quais não é recomendado o BLW a partir de motivos enunciados no questionário. Estes focam-se como mostra a tabela 10: 24 - 16,7% - no desconhecimento do método e suas vantagens, 20 - 13,9% - pelo risco de défice nutricional/risco de carência de nutrientes, 18 - 12,5% - pelo risco de engasgamento/asfixia, 14 - 9,7% - pelo risco de engasgamento/asfixia e risco de défice nutricional/risco de carências de alguns nutrientes, 11 - 7,6% -, pela falta de evidência

científica sobre este método, 6 - 4,1% - pelo desconhecimento do método e suas vantagens e risco de engasgamento/asfixia, 4 - 2,8% - pela falta de evidências científicas sobre este método e risco de déficit nutricional/risco de carências de alguns nutrientes, 3 - 2,1% - pela falta de evidências científicas sobre este método, risco de engasgamento/asfixia e risco de déficit nutricional/risco de carências de alguns nutrientes, 2 - 1,4% - pelo desconhecimento do método e suas vantagens e falta de evidências científicas sobre este método, 1 - 0,7% - pelo desconhecimento do método e suas vantagens, falta de evidências científicas sobre este método, risco de engasgamento/asfixia e risco de déficit nutricional/risco de carência de alguns nutrientes e 1 - 0,7% - pela falta de evidências científicas sobre este método e risco de engasgamento/asfixia (tabela 10).

Tabela 10

Motivos porque não recomendam o BLW, apresentados por ordem decrescente em número e percentagem

Variáveis	N	%
Desconhecimento do método e suas vantagens	24	16,7
Risco de déficit nutricional/risco de carência de nutrientes	20	13,9
Risco de engasgamento/asfixia	18	12,5
Risco de engasgamento/asfixia e risco de déficit nutricional/risco de carências de alguns nutrientes	14	9,7
Falta de evidência científica sobre este método	11	7,6
Desconhecimento do método e suas vantagens e risco de engasgamento/asfixia	6	4,1
Falta de evidências científicas sobre este método e risco de déficit nutricional/risco de carências de alguns nutrientes	4	2,8
Falta de evidências científicas sobre este método, risco de engasgamento/asfixia e risco de déficit nutricional/risco de carências de alguns nutrientes	3	2,1
Desconhecimento do método e suas vantagens e falta de evidências científicas sobre este método	2	1,4
Desconhecimento do método e suas vantagens, falta de evidências científicas sobre este método, risco de engasgamento/asfixia e risco de déficit nutricional/risco de carência de alguns nutrientes	1	0,7
Falta de evidências científicas sobre este método e risco de engasgamento/asfixia	1	0,7

Nota: BLW = Baby-Led Weaning

Como se vê na tabela 10, os motivos focam-se, fundamentalmente, em barreiras de ordem teórica, desconhecimento do método e das suas vantagens, riscos ainda percecionados, como déficit nutricional e riscos de asfixia por engasgamentos e por suposta falta de evidência

sobre as vantagens do método. Os dados revelam que a decisão sobre BLW vai muito além de uma simples avaliação de evidências científicas, sendo influenciada por fatores relacionais, contextuais e profissionais. A não recomendação do BLW é multifatorial como se depreende da tabela anterior.

As restantes 40 respostas, que correspondem a 27,8% dos enfermeiros, identificam outros motivos não mencionados nos motivos enunciados e podem ser agrupadas em categorias, segundo Bardin (2011): *capacidade ou competência parental, receio, medo ou insegurança dos pais (ou profissionais), contexto ou características familiares e sua disponibilidade, autonomia e decisão parental, necessidade de formação dos Enfermeiros, fatores culturais e preferências pessoais/profissionais, condições clínicas ou limitações médicas/ especiais de cada criança e aspetos práticos ou logísticos* (tabela 11). Convém salientar que indicadores de vantagens e barreiras também podem ser identificados nas declarações que cada enfermeiro expressa.

Tabela 11

Respostas abertas agrupadas por categorias e indicadores sobre os motivos porque não recomendam o BLW

Categorias	Indicadores
Capacidade ou competência parental	<i>“falta de conhecimento dos pais”; “falta de capacidade e conhecimento dos pais”; “capacidade dos pais”; “falta de conhecimento e confiança dos pais/cuidadores para o fazerem”; “Competência parental”;</i>
Receio, medo ou insegurança dos pais (ou profissionais)	<i>“receio por parte dos pais”; “receio parental”; “insegurança dos pais relativamente ao método”; “medo e insegurança, dificuldade em ajustar refeições bebé/ pais, com recusa dos mesmos”; “receio da inexperiência dos pais e de não conseguir transmitir todas as etapas importantes deste método durante a consulta (que tem uma duração muito pequena)”;</i> <i>“se os pais não se sentirem confortáveis com outros métodos além do ‘tradicional’”</i>
Contexto ou características familiares e sua disponibilidade	<i>“contexto familiar”; “características dos pais/ cuidadores”; “depende da criança e ou família”; “não se adequa aquela família”; “falta de disponibilidade dos pais”; “desinteresse/desmotivação dos pais”; “falta de questionamento pelos pais”</i>
Autonomia e decisão parental	<i>“os pais decidem”; “os pais são livres da sua escolha, apenas apoio quando os pais assim decidem avançar com este método”; “informo sempre os pais”</i>
Necessidade de formação dos Enfermeiros	<i>“Seria importante mais formação acerca do mesmo”; “não possuo conhecimento acerca do método para capacitar os pais”</i>

Fatores culturais e preferências pessoais/profissionais	"cultural - considero que a criança deve ser incentivada a comer sopa, pelo que opto frequentemente pelo BLISS"; "gosto de um método misto"; "recomendo sempre"
Condições clínicas ou limitações médicas/especiais de cada criança	"patologia específica do trato gastrointestinal/oral pré existente a introdução alimentar"; "não tenho motivos para não o recomendar, apenas se perceber que as normas de segurança/ sinais de prontidão do bebe não tivessem presentes"
Aspetos práticos ou logísticos	"suja todo o local onde está a alimentar-se"

Nota: BLW = Baby-Led Weaning

2.2.3. Análise detalhada aos itens constituintes da *Escala de Atitude, Conhecimentos e Práticas Acerca do Método de Introdução à Diversificação Alimentar Baby-Led Weaning*

Como referido no capítulo anterior, os itens da escala EACPMIDABWL foram apresentadas em cinco categorias de respostas: *concordo totalmente*, *concordo*, *não concordo nem discordo*, *discordo* e *discordo totalmente*. Estas categorias foram pontuadas de um a cinco em cada item e invertidas em alguns casos, conforme a literatura se apresenta posicionada em cada item. Os itens nºs 2, 10, 11, 15, 19 e 20 são itens invertidos.

Ao caracterizarmos a atitude como *favorável* ou *desfavorável* a partir dos resultados globais, face à natureza descritiva da investigação, foi decidido realizar uma análise detalhada aos resultados em cada item que a constitui. Para cada item foram calculadas as medidas de tendência central: média, mediana e moda – e as medidas de dispersão mais habituais, DP e variância. Face ao conteúdo de cada uma, podemos também inferir algumas vantagens e barreiras, que completarão as análises anteriores referidas em questões abertas.

No que respeita ao **item 1** - "*O BLW promove o aleitamento materno*" - verificou-se uma média de 3,61, mediana de 4 e moda de 3, com um DP de 1,10 e variância de 1,21. Estes valores indicam uma tendência de concordância, sugerindo que os enfermeiros reconhecem o potencial do BLW em favorecer o aleitamento materno.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

No **item 2**, - "*O BLW aumenta o risco de engasgamento no bebé*" - a média de 3,22, mediana de 3 e moda de 2, com DP de 1,17 e variância de 1,38. Estes resultados revelam divisão mais acentuada. Parece haver níveis distintos de confiança no método, o que pode ser encarado como uma barreira potencial, isto é, continua a existir uma perceção de que o método aparenta mais riscos de engasgamento do lactente do que o método tradicional.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja, ainda, considerada uma barreira ao BLW.

No **item 3**, - “O BLW desenvolve a motricidade e habilidades motoras do bebé” - apresentou uma das médias mais elevadas de 4,47, mediana de 5 e uma moda de 5, com baixo DP de 0,65 e variância 0,43. Este resultado demonstra forte concordância e homogeneidade de respostas, confirmando que os inquiridos reconhecem amplamente o impacto positivo do BLW no desenvolvimento da motricidade e da coordenação no lactente, encarando-se como um potencial benefício.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

No **item 4** - “O BLW pode tornar-se um momento prazeroso para a criança, promovendo a socialização com a restante família” - registou-se uma média de 4,40, mediana de 4, moda de 5, com DP de 0,65 e variância de 0,42. Estes resultados reforçam a perceção de que o BLW é uma prática afetiva e integradora, capaz de promover a socialização familiar durante as refeições, mostrando-se como benefício do BLW.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Relativamente ao **item 5** - “O BLW é um método com baixo tempo de preparação” - obteve média de 3,13, mediana de 3 e moda de 4, com DP de 1,08 e variância de 1,17, sugerindo divergência de opiniões. Embora alguns enfermeiros percecionem o método como prático, outros consideram que o BLW pode exigir maior tempo de preparação ou limpeza, apresentando alguma dubiedade com aspetos positivos e negativos.

Assumimos, portanto, que os dados são não conclusivos para efeitos de consideração como vantagem ou barreira.

Relativamente ao **item 6** - “O BLW facilita na introdução de novos alimentos ao bebé” - verificou-se uma média de 4,02, mediana de 4 e moda de 4, com DP reduzido 0,83 e variância de 0,69, indicando elevada concordância e baixa variabilidade. Este resultado evidencia o reconhecimento do BLW como promotor da diversificação alimentar e da aceitação de diferentes sabores e texturas. Este resultado mostra um potencial benefício do BLW.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Relativamente ao **item 7** - “O BLW regula a saciedade do bebé” - apresentou média de 3,83, mediana de 4 e moda de 4, com DP de 0,93 e variância de 0,88. Demonstra perceção positiva e apontam o BLW como facilitador da autorregulação do apetite.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

De modo semelhante, o **item 8** - “*O BLW melhora os hábitos de alimentação da família*” - registou média de 3,93, mediana de 4 e moda de 4, com DP de 0,91 e variância de 0,84. Estes resultados revelam que os enfermeiros reconhecem a influência positiva do método nos hábitos alimentares familiares, possivelmente pela promoção de refeições mais equilibradas e partilhadas, interpretando como um benefício identificado por eles.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Relativamente ao **item 9** - “*No BLW algum potencial desperdício e desorganização podem ser geridos*” - apresentou média de 3,63 e mediana de 4 e moda de 4, com DP de 0,90 e variância de 0,82, o que indica que, apesar de se reconhecer a existência de algum desperdício, os enfermeiros acreditam que este pode ser gerido, eficazmente, pelos cuidadores.

Assim, não deve ser identificado como uma barreira

Relativamente ao **item 10** - “*Quando a criança se alimenta pouco com BLW, os alimentos podem ser substituídos por leite materno ou de fórmulas*” – alcançou a média de 2,84, mediana de 3 e moda de 2, com DP de 1,17 e variância de 1,38. Estes valores sugerem que seria apropriado suplementar a baixa ingestão sólida com leite. Este valor pode ser encarado como uma barreira, por défice de conhecimento.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que a falta de conhecimento relacionado ao item seja, de facto, uma barreira.

O **item 11**- “*O BLW atrasa a diversificação alimentar*” - obteve média de 3,92, mediana de 4 e moda de 4, com DP de 1,03 e variância de 1,07, o que revela valores elevados. Este dado é particularmente relevante, uma vez que indica que o BLW tende a não atrasar a diversificação alimentar, podendo ser visto como um benefício.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Relativamente ao **item 12** - “*Com o BLW os bebés podem apresentar baixo risco nutricional*” – registou a média de 2,70, mediana de 3 e moda de 3, com DP de 1,05 e variância de 1,11. Estes resultados evidenciam preocupações nutricionais associadas ao método, que podem ser interpretadas como uma barreira potencial.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja ainda considerada uma barreira ao BLW.

Relativamente ao **item 13**, - “*O BLW geralmente não resulta em carências de alguns nutrientes para os bebés*” - apresentou média de 3,42, mediana de 3,50 e moda de 4, com DP de 0,95 e variância de 0,90. Estes dados sugerem, apesar da média, alguma falta de consistência sobre o BLW, por si mesmo, não resultar em carências.

A falta de conhecimento a este nível funciona, assim, como barreira a uma opção mais generalizada por este método.

Relativamente ao **item 14** - “*O BLW desenvolve a capacidade do bebé se alimentar sozinho*” - destacou-se com média de 4,32, mediana de 4 e moda de 5, com DP de 0,72 e variância de 0,52, evidenciando forte concordância. Este é um dos aspetos mais valorizados do método, confirmando que os enfermeiros reconhecem o BLW como promotor de autonomia alimentar e competências de autogestão. Sugere um dos benefícios identificado pelos enfermeiros.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Relativamente ao **item 15**, - “*O BLW adequa-se a todos os bebés*” - registou média de 3,27, mediana de 3 e moda de 4, com DP de 1,13 e variância de 1,29, indicando perceções divididas. A maioria tende a reconhecer que o BLW não é universalmente aplicável, sendo necessário considerar as características individuais do bebé. Os dados sugerem, apesar desta média, que o conhecimento a este nível funciona, assim, como barreira a uma opção mais generalizada por este método.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que a falta de conhecimento relacionado ao item seja de facto uma barreira.

No **item 16**, - “*O BLW pode ser muito cómodo, uma vez que os pais/cuidadores não necessitam de preparar comidas especiais para o bebé*” – alcançou a média de 3,14, mediana de 3 e moda de 2, com DP de 1,21 e variância de 1,48, que demonstram heterogeneidade de opiniões. Embora alguns enfermeiros percebam conveniência na ausência de necessidade de preparação de comidas especiais (purés), outros apontam dificuldades logísticas ou maior exigência no acompanhamento da refeição.

Os dados sugerem, apesar desta média, que a falta de conhecimento a este nível funciona, assim, como barreira a uma opção mais generalizada por este método.

Relativamente ao **item 17** - “*O BLW facilita a adaptação do bebé aos novos sabores e consistências dos alimentos*” - apresentou a média de 4,25, mediana de 4 e moda de 4, com DP de 0,82 e variância de 0,67. Estes valores confirmam a percepção de que o BLW facilita a adaptação a novos sabores e consistências dos alimentos, evidenciando-se como um dos benefícios identificado pelos enfermeiros.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Indo ao encontro do item anterior, o **item 18** - “*O BLW potencializa a mastigação do bebé*” - apresentou a média de 4,31, mediana de 4 e moda de 4, com DP de 0,75 e variância de 0,56. Uma vez que apresenta média mais alta, confirma a percepção de que o BLW potencia a mastigação, sugerindo como benefício identificado pelos enfermeiros.

Assumimos, portanto, que os dados apontam para que seja uma vantagem no BLW.

Por outro lado, o **item 19** - “O BLW pode prevenir o excesso de peso nos bebês” - obteve média de 2,30, mediana de 2 e moda de 2, com DP de 1,09 e variância de 1,19, revelando discordância expressiva. Estes dados sugerem que os enfermeiros percebem o BLW como preventivo da obesidade o que, por si mesmo, e como fator único, não corresponde à evidência.

Deste modo, podemos assumir que a falta de conhecimento a este nível pode funcionar como uma barreira a uma opção mais consciente por este método.

Finalmente, acerca do **item 20**, - “O BLW gera menos preocupação e ansiedade aos pais/cuidadores” - apresentou média de 2,97, mediana de 3 e moda de 3, com DP de 1,07 e variância de 1,15. O resultado sugere que o método é associado a menor ansiedade, embora a mediana e a moda se encontrem numa posição de neutralidade.

Estes dados insinuam alguma dúvida quanto à posição tomada por cada enfermeiro.

Os resultados anteriores encontram-se descritos, para fácil visualização, na tabela 12.

Tabela 12

Estatística resumo referente aos itens da escala (n=144)

	Variáveis possíveis	Pontuação do item		Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão (DP)	Variância
		Nº	%					
1.O BLW promove o aleitamento materno	1	5	3,5	3,61	4,00	3,00	1,10	1,21
	2	16	11,1					
	3	48	33,3					
	4	36	25,0					
	5	39	27,1					
2.O BLW aumenta o risco de engasgamento no bebê	1	4	2,8	3,22	3,00	2,00	1,17	1,38
	2	49	34,0					
	3	26	18,1					
	4	40	27,8					
	5	25	17,4					
	1	1	0,7	4,47	5,00	5,00	0,65	0,43

3.O BLW desenvolve a motricidade/habilidades motoras do bebé	2	0	0					
	3	7	4,9					
	4	57	39,6					
	5	79	54,9					
4.O BLW pode tornar-se um momento prazeroso para a criança promovendo a socialização com a restante família	1	0	0	4,40	4,00	5,00	0,65	0,42
	2	2	1,4					
	3	7	4,9					
	4	65	45,1					
	5	70	48,6					
5.O BLW é um método com baixo tempo de preparação	1	9	6,3	3,13	3,00	4,00	1,08	1,17
	2	35	24,3					
	3	42	29,2					
	4	44	30,6					
	5	14	9,7					
6.O BLW facilita na introdução de novos alimentos ao bebé	1	0	0	4,02	4,00	4,00	0,83	0,69
	2	8	5,6					
	3	24	16,7					
	4	68	47,2					
	5	44	30,6					
7.O BLW regula a saciedade do bebé	1	0	0	3,83	4,00	4,00	0,93	0,88
	2	11	7,6					
	3	44	30,6					
	4	47	32,6					
	5	42	29,2					
8.O BLW melhora os hábitos de alimentação da família	1	1	0,7	3,93	4,00	4,00	0,91	0,84
	2	8	5,6					
	3	35	24,3					
	4	55	38,2					
	5	45	31,3					
9.No BLW algum potencial desperdício e	1	3	2,1	3,63	4,00	4,00	0,90	0,82
	2	13	9,0					

desorganização durante a refeição podem ser geridos	3	38	26,4						
	4	70	48,6						
	5	20	13,9						
10.Quando a criança se alimenta pouco com BLW, os alimentos podem ser substituídos por leite materno ou de fórmulas	1	19	13,2	2,84	3,00	2,00	1,17	1,38	
	2	44	30,6						
	3	32	22,2						
	4	38	26,4						
	5	11	7,6						
11.O BLW atrasa a diversificação alimentar	1	4	2,8	3,92	4,00	4,00	1,03	1,07	
	2	10	6,9						
	3	29	20,1						
	4	51	35,4						
	5	50	34,7						
12.Com o BLW os bebés podem apresentar baixo risco nutricional	1	18	12,5	2,70	3,00	3,00	1,05	1,11	
	2	46	31,9						
	3	47	32,6						
	4	26	18,1						
	5	7	4,9						
13.O BLW geralmente não resulta em carências de alguns nutrientes para os bebés	1	2	1,4	3,42	3,50	4,00	0,95	0,90	
	2	24	16,7						
	3	46	31,9						
	4	55	38,2						
	5	17	11,8						
14.O BLW desenvolve a capacidade do bebé se alimentar sozinho	1	0	0	4,32	4,00	5,00	0,72	0,52	
	2	2	1,4						
	3	16	11,1						
	4	59	41,0						
	5	67	46,5						
15.O BLW adequa se a todos os bebés	1	13	9,0	3,27	3,00	4,00	1,13	1,29	
	2	22	15,3						
	3	39	27,1						

	4	53	36,8					
	5	17	11,8					
16.O BLW pode ser muito cómodo, uma vez que os pais/cuidadores não necessitam de preparar comidas especiais para o bebé	1	10	6,9	3,14	3,00	2,00	1,21	1,48
	2	44	30,6					
	3	28	19,4					
	4	39	27,1					
	5	23	16,0					
17.O BLW facilita a adaptação do bebé aos novos sabores e consistências dos alimentos	1	1	0,7	4,25	4,00	4,00	0,82	0,67
	2	6	4,2					
	3	11	7,6					
	4	64	44,4					
	5	62	43,1					
18.O BLW potencializa a mastigação do bebé	1	1	0,7	4,31	4,00	4,00	0,75	0,56
	2	3	2,1					
	3	10	6,9					
	4	65	45,1					
	5	65	45,1					
19.O BLW pode prevenir o excesso de peso nos bebés	1	40	27,8	2,30	2,00	2,00	1,09	1,19
	2	44	30,6					
	3	42	29,2					
	4	12	8,3					
	5	6	4,2					
20.O BLW gera menos preocupação e ansiedade aos pais/cuidadores	1	15	10,4	2,97	3,00	3,00	1,07	1,15
	2	30	20,8					
	3	51	35,4					
	4	39	27,1					
	5	9	6,3					

Nota: BLW = Baby-Led Weaning; DP = Desvio Padrão

De forma geral, as médias mais elevadas (superiores a 4), foram observadas nos itens 3, 4, 6, 14, 17 e 18, que correspondem a aspetos positivos e amplamente reconhecidos do BLW, como o desenvolvimento motor, a autonomia, a mastigação e a socialização familiar. Assim,

as vantagens atribuídas pelos enfermeiros na introdução à diversificação alimentar nos lactentes pelo método BLW, são perceptíveis pelos itens com médias mais altas, observando-se uma concordância consistente nesses itens. Assim sendo, os enfermeiros consideram como vantagens no método BLW:

- Desenvolve a motricidade/habilidades motoras do lactente (item 3);
- Tornar-se um momento prazeroso para a criança promovendo a socialização com a restante família (item 4);
- Facilitar na introdução de novos alimentos (item 6);
- Desenvolve a capacidade do lactente se alimentar sozinho (item 14);
- Facilitar na adaptação do lactente aos novos sabores e consistências dos alimentos (item 17);
- Potencializar a mastigação do lactente (item 18).

Existem outros itens onde são observadas médias superiores a 3 (valor central - são os itens 1, 7, 8 e 9) e podem ser consideradas como vantagens potenciais do método BLW:

- Promove o aleitamento materno (item 1);
- Regula a saciedade do lactente (item 7);
- Melhora os hábitos de alimentação da família (item 8);
- Algum potencial desperdício e desorganização durante a refeição podem ser geridos (item 9);

Em contrapartida, as médias mais baixas (inferiores a 3), observadas nos itens 10, 12, 19 e 20, evidenciam reservas do BLW relacionadas com a nutrição, a prevenção do excesso de peso e a confiança parental:

- Os alimentos podem ser substituídos por leite materno ou de fórmulas (item 10 - tendencialmente respostas de *concordo*)
- Os lactentes podem apresentar baixo risco nutricional (item 12 – tendencialmente respostas de *discordo*);
- Pode prevenir o excesso de peso nos lactentes (item 19 – tendencialmente respostas de *concordo*);
- Gera menos preocupação e ansiedade aos pais/cuidadores (item 20 – tendencialmente respostas de *concordo*)

Os itens com maior dispersão ($DP > 1$), como os itens 1, 2, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 19 e 20, indicam heterogeneidade nas perceções, possivelmente influenciada por experiências prévias distintas ou por diferentes níveis de conhecimento sobre o método.

3. DISCUSSÃO

Neste capítulo proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior com a devida apreciação crítica, tendo em conta as questões de investigação formuladas. Serão também confrontados os resultados obtidos com estudos anteriores existentes sobre esta temática, de forma a apreciar-se o contraste existente entre este estudo de investigação e a evidência científica já conhecida anteriormente.

A amostra do estudo foi composta por 144 enfermeiros dos CSP, a predominância de profissionais entre os 41 e 60 anos - 58,4% - e com 21 ou mais anos de experiência profissional - 61,8% - sugere um grupo com elevada maturidade e experiência profissional; em termos académicos, observou-se uma diversidade formativa, com uma proporção significativa de enfermeiros com formação após a licenciatura, o que pode refletir interesse em atualização contínua do conhecimento em Enfermagem. A distribuição geográfica mostra maior representatividade na Região Centro - 51,3% - revelando dispersão amostral. Este valor pode ser justificado dado que, numa primeira fase, o questionário foi enviado para os enfermeiros de uma ULS da Região Centro do País e, posteriormente, ficou novamente disponível para respostas através da OE, aumentando o tempo disponível para os enfermeiros desta região do país – poderá, de certa forma, criar-se um viés geográfico derivado do processo. Os dados anteriores reforçam que a amostra representa um grupo profissional experiente e qualificado, o que confere robustez e credibilidade às perceções recolhidas, mas também pode limitar a generalização de contextos.

Dando resposta ao objetivo central da investigação, a análise dos resultados evidencia uma perceção globalmente positiva do BLW. No que diz respeito à atitude e conhecimento dos enfermeiros face ao método, a análise da pontuação na Escala de Atitudes, Conhecimentos e Práticas confirma a tendência: a média global de 71,79 (DP = 6,67), claramente acima do ponto de corte (60), revela uma atitude global positiva. Os resultados evidenciam um conhecimento generalizado e uma atitude predominantemente favorável, quando questionados diretamente face ao método BLW - 64,6%. Este valor difere dos 97,9% que se encontra acima do valor de corte da escala. Esta discrepância de dados encontrados na escala poderá decorrer da necessidade de ser aferida por um ponto de corte diferente ou pela própria elaboração dos itens. Importa também considerar que a escala inclui indicadores de conhecimento, sendo as respostas também influenciadas pelos contextos de trabalho e pelo facto, de alguns enfermeiros referirem nunca ter presenciado o método. Embora com um valor mínimo da escala se situe nos 52 pontos, apenas três enfermeiros se inserem abaixo do valor de corte, este dado é coerente com a minoria que se encontra numa posição de neutralidade e/ou desconforto na sua posição global sobre o BLW - 35,4%. Nas questões de resposta aberta, verifica-se que, embora os enfermeiros manifestem uma posição inicialmente

favorável, emergem dúvidas e incertezas que acabam por contrariar, em parte, a posição assumida no início.

A maioria dos enfermeiros possui um conhecimento genérico sobre o método BLW reconhecendo simultaneamente alguns dos seus benefícios e dificuldades. As principais fontes de informação identificadas foram a literatura científica e formações esporádicas, o que sugere uma procura ativa por atualização baseada em evidência. Existe, contudo, alguma dispersão, que pode indicar heterogeneidade no nível de compreensão e confiança relativamente ao método, possivelmente influenciada por experiências, práticas distintas, pela ausência de formação deste método e sobre o tema em geral nos cursos académicos (Rubio et al., 2018; Neves et al., 2022).

Os enfermeiros reforçaram, nas respostas abertas, a necessidade de mais formação, em consonância com D'Andrea et al. (2016) e Neves et al. (2022), que salientam a importância de os profissionais de saúde aprofundarem o conhecimento sobre o BLW, dada a crescente adesão das famílias a este método. O estudo de Rubio et al. (2018), por sua vez, aponta como a principal preocupação dos pediatras entrevistados, a falta de informação - 67,2% - sobre o BLW.

Para além da lacuna formativa, emergiram como temas relevantes, a valorização dos benefícios associados ao BLW — já documentados por Arias-Ramos et al. (2022) e Martin et al. (2022) — bem como questões relacionadas com segurança, adaptação e aspetos práticos, nomeadamente a dificuldade de implementar um BLW totalmente “puro” em contextos familiares diversos.

As respostas aos itens da EACPMIDABLW revelaram fragilidades teóricas significativas. O item 10, referente à eventual substituição de alimentos sólidos por leite em situações de menor ingestão, demonstra desconhecimento dos princípios estruturantes do método, que preconiza a continuação natural do aleitamento materno sem substituir a exposição aos alimentos sólidos. A elevada dispersão das respostas confirma confusão entre os conceitos de suplementação e substituição alimentar, alinhando-se com o que é discutido por Guenetxea-Gorostiza et al. (2025), para quem o BLW deve ser entendido como complementar à ingestão de leite. Também os itens 12 e 13, relacionados com o risco nutricional, evidenciam incertezas quanto à adequação do método. A literatura científica descreve que, embora o BLW possa ser vantajoso no que respeita a padrões alimentares mais saudáveis, existem riscos de défices de ferro, zinco, cálcio ou vitamina B12, bem como maior exposição a sal (Guenetxea-Gorostiza et al., 2025; Cameron et al., 2012b; D'Andrea et al., 2016), aspetos que justificam a hesitação demonstrada pelos enfermeiros. Esta conclusão também foi encontrada na revisão realizada por Arantes et al. (2018), de acordo com a qual, na perspetiva de

profissionais de saúde, a prática do BLW poderia afetar negativamente a ingestão calórica, mas também o aporte de ferro.

A percepção de que o BLW se adequa a todos os lactentes, evidenciada no item 15, constitui outro indicador de insegurança teórica, na medida em que a implementação do método depende da maturidade e do desenvolvimento motor da criança. Adicionalmente, a divergência de opiniões relativamente ao tempo de preparação e à comodidade do método (itens 5 e 16), reforça a ausência de consenso e sugere insuficiente experiência prática entre os enfermeiros.

No que se refere à experiência profissional, uma proporção significativa dos enfermeiros (mais de metade) já teve contacto direto com famílias que aplicam o BLW, este valor quase igualado à posição predominantemente favorável - 64,6% - quanto ao uso do mesmo, mostra, de forma consistente, a posição positiva dos enfermeiros. Contudo, no contexto das CSI, a recomendação do BLW surge frequentemente condicionada, embora 51,4% referem que “às vezes” o realiza. Os motivos anteriores puderam ser conjugados entre si e, quando analisados com rigor, observa-se que a percentagem aumenta. Entre os motivos apontados, destacam-se o desconhecimento do método e das suas vantagens, o receio de défices nutricionais e o risco de engasgamento, fatores que estão amplamente documentados na literatura internacional (D’Andrea et al., 2016; Rubio et al., 2018; Arias-Ramos et al., 2022). Para além destes, foram mencionados outros fatores condicionantes, como o medo e a insegurança dos pais, o contexto e a disponibilidade familiar, as preferências culturais e profissionais, as condições clínicas específicas da criança e aspetos práticos ou logísticos. Estes resultados enquadram-se no que é descrito por D’Auria et al. (2018), citado pela DGS (2019), que destaca a influência dos determinantes culturais, socioeconómicos e familiares na adoção de práticas de alimentação complementar. Branco (2023) acrescenta que existem perfis familiares mais predispostos a incorporar hábitos alimentares saudáveis, reforçando a importância de considerar variáveis relacionais e contextuais no aconselhamento profissional. Neste sentido, reconhece-se que as variáveis relacionais, culturais e contextuais desempenham um papel determinante na aceitação e recomendação do BLW. Assim, a capacitação dos enfermeiros e o fortalecimento de estratégias educativas baseadas em evidência tornam-se fundamentais para que estes profissionais possam atuar como mediadores informados, promovendo uma introdução alimentar segura, participativa e adequada às características individuais da criança e da família.

No que respeita aos objetivos complementares deste estudo, estes centraram-se em identificar as vantagens e as barreiras percecionadas pelos enfermeiros relativamente ao BLW, as quais poderiam influenciar ou condicionar a sua implementação no processo de introdução da diversificação alimentar nos lactentes. Quanto às vantagens percecionadas, os

enfermeiros reconhecem amplamente o potencial do BLW no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar, facto que vai ao encontro de estudos anteriores como referenciado na revisão de Sarreira-de-Oliveira et al. (2024). Entre estas vantagens destaca-se a sua contribuição para a manutenção do aleitamento materno, já evidenciada por Białek-Dratwa et al. (2022) - que salienta que mães que aplicam o BLW amamentaram durante um período significativamente mais longo e fizeram-no com mais frequência do que as mães que não utilizavam o método BLW - bem como para o desenvolvimento da motricidade fina, da coordenação e da autonomia alimentar. O método é frequentemente descrito como uma prática promotora de socialização e de refeições partilhadas em família, confirmando os resultados dos estudos de Cameron et al. (2012a) e Martin et al. (2022) e está associado à melhoria dos hábitos alimentares familiares (Arias-Ramos et al., 2022). Os enfermeiros identificaram ainda outras vantagens, como a facilidade na introdução de novos alimentos, sabores e texturas, resultados que corroboram o estudo de Martin et al. (2022) e de Neves et al. (2022). Além disso, o BLW é percebido como uma rotina familiar significativa, em que todos os membros participam ativamente, reforçando os laços afetivos e sociais durante as refeições. Também resulta deste estudo que os enfermeiros identificam vantagens no facto, da criança saborear os alimentos de forma individual, o que favorece o desenvolvimento do paladar e aumenta a probabilidade de aceitação. Desta forma, estimula o prazer e a variedade alimentar, visto que as crianças demonstram entusiasmo em experimentar diferentes tipos de alimentos. Estes dados são similares ao estudo de Białek-Dratwa et al. (2022), onde se concluiu que lactentes que utilizam o BLW têm mais probabilidade de receberem produtos da mesa da família do que as crianças alimentadas tradicionalmente com colher.

Os enfermeiros também reconheceram o papel do BLW na promoção da autorregulação da saciedade e na potenciação da mastigação, reforçando a sua contribuição para o desenvolvimento oral e comportamental do lactente, resultados que vão ao encontro do estudo de Neves et al. (2022). Adicionalmente, alguns enfermeiros consideraram que, apesar do potencial desperdício de alimentos, este é controlável pelos cuidadores. De forma oposta, o desperdício alimentar foi assinalado no estudo de Cameron et al. (2012a), como uma possível barreira no uso do método.

No entanto, persistem outras barreiras importantes. O risco de engasgamento é a preocupação mais frequentemente mencionada, sendo amplamente discutido na literatura desde os primeiros estudos sobre o método (Cameron et al., 2012a; D'Andrea et al., 2016; Rubio et al., 2018; Arias-Ramos et al., 2022). Num estudo desenvolvido por Białek-Dratwa et al. (2022), que teve em conta a frequência do risco de engasgamento, regurgitação de alimentos ou ocorrência de vômitos durante uma refeição, que decorreu na Polónia, observa-se que estas intercorrências eram mais comuns entre crianças alimentadas pelo BLW (6,9%),

havendo apenas ligeiras diferenças quando comparadas com o grupo de crianças alimentadas com colher - 5,4%. Por outro lado, Toluç e Altuncevahir (2024) referiram que o risco de engasgamento é transversal a diferentes métodos de introdução alimentar e depende sobretudo dos alimentos oferecidos e do estado de prontidão do lactente para o processo de diversificação alimentar.

A insegurança relativamente à adequação nutricional, já identificada nos itens da escala, constitui outra barreira central e é consistente com trabalhos anteriores (Cameron et al., 2012a; D'Andrea et al., 2016; Martin et al., 2022). A supervisão constante por parte dos pais ou cuidadores revela-se fundamental para a minimização de riscos potenciais durante a alimentação e pela observação constante da quantidade de nutrientes ingerida. É imprescindível que estes sejam devidamente informados acerca dos alimentos que podem desencadear episódios de engasgamento, bem como das estratégias adequadas para evitar tais situações.

Outros obstáculos à implementação do BLW dizem respeito à aplicabilidade prática do método, às exigências logísticas, ao tempo disponível das famílias e à tendência para recorrer a abordagens mistas ou ao método BLISS, percecionados como mais adaptáveis às realidades quotidianas. A divergência de opiniões quanto ao BLW como fator preventivo do excesso de peso e a neutralidade observada na redução da ansiedade parental revelam uma certa reserva e falta de consenso entre os profissionais, sugerindo que a formação e a clarificação científica sobre o método permanecem insuficientes, o que converge com o que conclui Neves et al. (2022) no seu estudo. Pelo contrário, no estudo de Cameron et al. (2012b), faz-se notar que as mães que utilizaram BLW, demonstraram grande familiaridade com o método, sentiram-se confiantes e relataram experiências positivas - segundo elas, é mais prático e transmite menos stresse, mais barato e promotor de maior autonomia e aceitação de uma variedade maior de alimentos, recomendando o método a outras famílias. Os dados são coerentes com a revisão feita por Arantes et al. (2018), onde foi evidenciado que grande parte das mães aderentes ao método BLW descrevem também as vantagens anteriormente referidas.

No que diz respeito à diminuição do risco de obesidade, Toluç e Altuncevahir (2024) identificam várias divergências, visto que existem estudos que não apresentam diferenças significativas quanto a este, quando comparado com grupos de lactentes em que não é aplicado o BLW. Mas, anteriormente, no estudo de Rubio et al. (2018), pediatras inquiridos concordaram total ou parcialmente com a afirmação de que o BLW pode prevenir a obesidade. Em relação a esta temática, a evidência científica é limitada, sendo inconclusiva (Roldão et al., 2024), o que se sabe é que não é considerado como uma “vacina” que irá prevenir o excesso de peso ou a obesidade.

As respostas abertas evidenciaram ainda dificuldades relacionadas com o desconhecimento dos profissionais e a falta de formação. Como já foi referido no início deste capítulo, destaca-se a falta de formação e de informação adequada sobre o método, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos pais e cuidadores, sabendo-se que o desconhecimento dos primeiros, poderá influenciar a tomada de decisão dos segundos. Outras barreiras identificadas foram as crenças e tradições alimentares familiares, o desconforto com a sujidade gerada e a valorização de práticas culturais específicas, como o consumo de sopa, que podem dificultar a adoção do BLW. Sarreira-de-Oliveira et al. (2024) apontam, como principal resultado, que os pais procuram aconselhamento credível junto dos profissionais de saúde, mas estes nem sempre dispõem do conhecimento necessário para orientar adequadamente as famílias. Em concordância, Neves et al. (2022) e Guenetxea-Gorostiza et al. (2025) sublinham a necessidade de investigação adicional que possibilite recomendações baseadas em evidência mais robusta.

Em síntese, apesar dos enfermeiros reconhecerem amplamente os benefícios do BLW e demonstrarem alguma familiaridade com o método, persistem lacunas significativas de conhecimento que limitam a sua confiança e capacidade de recomendação. A ausência de conhecimento específico gera insegurança, medo e falta de confiança relativamente à aplicação prática do BLW. A formação específica, a clarificação de conceitos e a uniformização de orientações baseadas em evidência apresentam-se, assim, como elementos cruciais para promover uma prática profissional mais segura, informada e ajustada às necessidades das crianças e das famílias. Observa-se também que muitos profissionais e cuidadores optam por métodos mistos ou pelo método BLISS, pelo facto de os considerarem mais adequados à realidade das famílias. O receio parental, a falta de experiência prática e a dificuldade de ajustar as refeições familiares às necessidades do lactente surgem, igualmente, como barreiras significativas.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, reconhecem-se algumas limitações inerentes ao presente estudo. Em primeiro lugar, a população de enfermeiros a prestarem cuidados de saúde em CSP em Portugal revela-se bastante alargada, a dimensão reduzida da amostra e o recurso a uma amostragem por conveniência podem limitar a generalização dos resultados. Adicionalmente, o carácter quantitativo, exploratório e descritivo da investigação não permitem o estabelecimento de relações de associação, correlação ou diferenças entre as variáveis analisadas, restringindo-se à descrição de tendências e percepções observadas. A escala EACPMIDABWL corresponde a uma versão inicial adaptada de outros autores, inspirada em trabalhos anteriores e aprimorada nesta investigação, incorporando novas dimensões e indicadores relevantes. Assim, por se encontrar em fase inicial de desenvolvimento e validação, há necessidade de estudos adicionais de aferição de conteúdo e psicométrica. Por

fim, fatores como a subjetividade das respostas, a possível influência do contexto profissional e pessoal da amostra, assim como o tempo disponível para o preenchimento dos questionários podem ter condicionado, em certa medida, a profundidade e a exatidão das respostas.

CONCLUSÃO

O BLW encara-se como uma alternativa ao método tradicional, sendo a sua divulgação relativamente recente (2008). Existem diversos estudos nesse período que mostram a importância deste na introdução à diversificação alimentar nos lactentes, no entanto, dada a importância da temática, são ainda escassos aqueles onde se evidencia a solidez e consistência deste método.

A abordagem efetuada nesta dissertação sobre o BLW surge pertinente, dada a insuficiência ainda maior de estudos dirigidos a enfermeiros, às suas perceções, atitudes, conhecimentos e práticas clínicas no contexto da introdução alimentar. O interesse por esta temática, especialmente dirigido ao grupo profissional mencionado, associa-se à necessidade de dar a conhecer as vantagens e as barreiras potenciais experienciadas por este método, que podem - e devem - fazer parte da formação académica.

Sabe-se que em Portugal este tema é pouco mencionado, existindo, em grande parte, revisões da literatura que visam o aprofundar do método em causa. Atualmente, ouve-se falar do mesmo nas redes sociais e, em grande parte, por pessoas mais jovens – em relação aos quais existe o mito de apresentarem pouca experiência profissional na área e, por isso, não dotarem de conhecimentos específicos na área da introdução à diversificação alimentar – gerando também algumas dúvidas pela fonte de conhecimento em si.

Os profissionais de saúde são responsáveis pela atualização de conhecimentos nas suas várias áreas de atuação. Os enfermeiros, por sua vez, assumem um papel preponderante no que concerne à transmissão de informações, com especial enfoque nos CSP e nas CSI, que se consideram momentos de ensino e capacitação para pais/cuidadores nas várias etapas da vida da criança. A formação em serviço nesta área específica pode ser uma opção nos contextos profissionais para a atualização de conhecimentos e práticas.

É certo que os seguidores e apoiantes do BLW centram-se nas necessidades de cada criança, respeitando o tempo certo para iniciar a diversificação alimentar, isto é, as condições especiais de cada uma e a etapa de desenvolvimento em que se encontram. De facto, observa-se que as crianças que iniciam este método se tornam mais autónomas no momento da refeição, existindo a sua participação ativa nesse momento, além de que autorregulam o seu apetite e, com isso, podem equilibrar o seu peso.

A amostra do estudo permite-nos observar um perfil de enfermeiros num grupo etário intermédio, com uma elevada experiência profissional, sendo a maioria detentora de um percurso prolongado na área e com funções consolidadas nos CSP. Em termos académicos, destaca-se um nível de qualificação elevado, com predominância da formação pós-graduada.

Com base na análise da EACPMIDABLW, alicerçada em estudos anteriores, particularmente o de Rubio et al. (2018) e o de Neves et al. (2022), verificou-se uma tendência claramente favorável por parte dos enfermeiros em relação ao método BLW. Existe grande predominância de pontuações acima do ponto de corte definido, o que reflete uma atitude globalmente positiva. A média obtida na escala, situada acima do valor de referência, reforça esta evidência. Paralelamente, a maioria dos enfermeiros identificou-se como *favorável* ou *parcialmente favorável* à prática do BLW. No entanto, embora a sua atitude se considere globalmente positiva, os dados do estudo revelam que nem sempre os enfermeiros recomendam o método nas CSI, devido aos potenciais riscos (barreiras) e/ou falta de conhecimento sobre este.

No que respeita ao seu conhecimento sobre BLW, observou-se que a grande maioria demonstra familiaridade com os seus benefícios e dificuldades. As fontes de informação utilizadas foram diversas, o que demonstra uma combinação de recursos formais e informais na construção do “saber profissional”. Embora o contacto com o tema durante a formação académica tenha sido residual ou nulo, o envolvimento posterior, em contextos de prática clínica e formativos, parece ter contribuído, significativamente, para o desenvolvimento desse conhecimento. A maioria dos enfermeiros referiu já ter presenciado a introdução alimentar pelo método BLW e atendido famílias que o praticavam, evidenciando uma experiência prática. Todavia, os resultados indicam que os enfermeiros possuem conhecimento sobre o método, reconhecendo, porém, a necessidade de o aprofundar, uma vez que a sua aplicação na prática clínica tem vindo a aumentar. Constata-se que esse conhecimento é, em grande parte, adquirido por vias informais, em detrimento de uma formação académica e científica estruturada, considerada mais adequada para a consolidação de competências nesta área.

As vantagens do BLW atribuídas pelos enfermeiros e reconhecidas neste estudo, vão ao encontro das já identificadas noutros estudos, que envolvem outros profissionais de saúde. As vantagens centram-se em benefícios desenvolvimentais e psicossociais para o lactente, nomeadamente o desenvolvimento motor, da mastigação e da coordenação, da autonomia alimentar, da socialização, do prazer nas refeições em família e da introdução facilitada de novos alimentos e sabores. Pode também (potencialmente) promover o aleitamento materno, melhorar a autorregulação da saciedade do lactente, promover uma diversificação alimentar mais rápida, melhorar os hábitos alimentares da família e há margem para melhorar a gestão de desperdícios e organização durante a refeição.

Como barreiras identificadas à implementação do BLW, surgiu, neste estudo, o risco de engasgamento, potenciais défices nutricionais, falta de universalidade do método caracterizada pela falta de informação/formação formal e a necessidade de maior conhecimento e segurança profissional.

De forma global, foi possível observar que, embora os enfermeiros reconheçam os benefícios do BLW, persistem zonas de incerteza teórica e/ou conceptual e técnica, particularmente no que se refere à adequação nutricional que o leite apresenta nesta fase, à carência de alguns nutrientes, segurança e aplicabilidade do método e à exigência no tempo de preparação deste. Também existem divergência de opiniões quanto à prevenção do excesso de peso e ao facto da sua utilização gerar ansiedade aos pais/cuidadores. Tais resultados reforçam a necessidade de formação específica e baseada em evidência científica, de modo a capacitar os profissionais para orientar adequadamente as famílias durante a introdução da diversificação alimentar. Esta formação estruturada garante a transmissão correta de instruções sobre este tema e, assim, a correta utilização do BLW pelos pais/cuidadores. Por conseguinte, reduzem-se as barreiras associadas a este método e, simultaneamente, minimiza-se o risco de exposição das crianças a situações potencialmente prejudiciais à sua saúde.

Tendo em conta as limitações identificadas e os resultados obtidos, emergem diversas linhas de investigação futura que poderão contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema. Sugere-se a realização de estudos com amostras mais alargadas e representativas, dentro deste grupo profissional, de modo a reforçar a validade externa dos resultados e a permitir comparações entre diferentes contextos institucionais e regionais do país. Seria igualmente pertinente desenvolver investigações longitudinais que possibilitem compreender a evolução das atitudes, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao longo do tempo, bem como o impacto de ações formativas específicas sobre o método BLW. Para além disso, recomenda-se a validação da escala EACPMIDABW, consolidando o seu uso como instrumento de avaliação fiável nesta área. Finalmente, estudos futuros de carácter qualitativo poderão complementar a abordagem quantitativa aqui utilizada, permitindo explorar em profundidade as perceções, experiências e barreiras vivenciadas pelos enfermeiros no aconselhamento às famílias relativamente à introdução da diversificação alimentar infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J., Amendoeira, J., & Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), e2017-0043. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/v5BnNmww4jPFT6pmS37ZZwr/?format=pdf&lang=pt>
- Arantes, A. L. A., Neves, F. S., Campos, A. A. L., & Pereira Netto, M. (2018). The baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding: A review. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(3), 353–363. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>
- Arden, M., & Abbott, R. (2015). Experiences of baby-led weaning: Trust, control and renegotiation. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 829–844. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>
- Arias-Ramos, N., Andina-Díaz, E., Granado-Soto, M., Rodriguez, R. & Liébana-Presa, C. (2022). Baby-led weaning: Health professionals' knowledge and attitudes and parents' experiences from Spain: A mixed methods approach. *Health & Social Care in the Community*, 30, e1352–e1363. <https://doi.org/10.1111/hsc.13543>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (1.^a ed.). Edições 70.
- Bessa, J. (2022). *O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/38243>
- Branco, A. (2023). *Baby-led weaning como método de diversificação alimentar no lactente – processo de implementação e opções parentais* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:13999>
- Bértolo, H., & Levy, L. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF – Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Białek-Dratwa, A., Kowalski, O., & Szczepańska, E. (2022). Traditional complementary feeding or BLW (Baby Led Weaning) method? – A cross-sectional study of Polish infants during complementary feeding. *Frontiers in Pediatrics*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.992244>
- Brown, A., & Lee, M. (2011). A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 34–47. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>

- Brown, A., & Lee, M. (2013). An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: Developmental readiness for complementary foods. *Maternal & Child Nutrition*, 9(2), 233–243. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x>
- Brown, A., & Lee, M. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: The role of weaning style. *Pediatric Obesity*, 10(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
- Brown, A. (2016). Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Maternal & Child Nutrition*, 12(4), 826–837. <https://doi.org/10.1111/mcn.12172>
- Cameron, S., Heath, A., & Taylor, R. (2012a). How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*, 4(11), 1575–1609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
- Cameron, S., Heath, A., & Taylor, R. (2012b). Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with baby-led weaning: A content analysis study. *BMJ Open*, 2(6), e001542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
- Cameron, S., Taylor, R., & Heath, A. (2013). Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*, 3(12), e003946. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>
- Cameron, S., Taylor, R., & Heath, A. (2015). Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS: A version of baby-led weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics*, 15(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
- Castro, A., & Costa, M. (2022). *Alimentação complementar tradicional e método BLW: Uma análise na introdução alimentar* [Trabalho de conclusão de curso de licenciatura, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde de Brasília]. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/16254>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/relacoesinternacionais/Documents/Organizacoes_Internacionais/ICN/Kit_DIE_2008.pdf
- D'Andrea, E., Jenkins, K., Mathews, M., & Roebathan, B. (2016). Baby-led weaning: A preliminary investigation. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 77(2), 72–77. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2015-045>

- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. (2017). Relativa aos Cuidados de Saúde Primários. Em *Diário da República: 1.ª série, n.º 118, 3128 – 3140*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107816829>
- Despacho n.º 13056/2023, de 20 de dezembro. (2023). Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno. Em *Diário da República, 2.ª série, n.º 244, 272 – 273*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13056-2023-223983446>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Relatório de Saúde Infantil e Juvenil – Portugal 2018*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Ministério da Saúde, Portugal. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%C3%A7%C3%A3o-Saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Ministério da Saúde, Portugal. https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2023/03/DGS_PNPAS_202230_02_03_23.pdf
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A., Fernandes, M., & Veríssimo, M. (2023). Complementary feeding methods: Associations with feeding and emotional responsiveness. *Children (Basel)*, 10(3), 464-466. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 56–62. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x>
- Guenetxea-Gorostiza, M., López-Sobaler, A. M., Landaeta-Díaz, L. L., Cuadrado-Soto, E., & Ortega, R. M. (2025). Nutrient intake and fruit and vegetable offering in baby-led weaning compared with parent-led weaning in healthy 6- to 13-month-olds. *Journal of the American College of Nutrition*, 137(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2025.112812>
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), 17–40. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf

- Green, R., Samy, G., Miqdady, M., Salah, M., Sleiman, R., Abdelrahman, H., Haddad, F., Reda, M., Lewis, H., Ekanem, E., & Vandenplas, Y. (2015). How to improve eating behaviour during early childhood. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.5223/pghn.2015.18.1.1>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2015). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Lusociência.
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55–66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Martin, I., Vilar, E., Guerra, G., & Martín, M. (2022). Knowledge and attitudes towards baby-led weaning by health professionals and parents: A cross-sectional study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 32(1), 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.005>
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. In *Atas do 6.º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (Vol 2, pp. 40–49). <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/46966>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. In *Atas do 7.º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa* (Vol 2, pp. 203–212). <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>
- Morison, B., Taylor, R., Haszard, J., Schramm, C., Williams Erickson, L., Fangupo, L., Fleming, E., Luciano, A., & Heath, A. (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open*, 6(5), e010665. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
- Morison, B., Taylor, R., Haszard, J., Schramm, C., Erickson, L., Fleming, E., Heath, A., & Cameron, S. (2018). Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants. *Nutrients*, 10(8), 1092–1099. <https://doi.org/10.3390/nu10081092>
- Neves, F., Romano, B., Campos, A., Pavam, C., Oliveira, R., Cândido, A., & Netto, M. (2022). Percepções de profissionais de saúde brasileiros acerca da prática do método baby-led weaning (BLW) para alimentação complementar: Um estudo exploratório. *Revista Paulista de Pediatria*, 40(1), e2020321. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020321>

- Organização Mundial da Saúde. (2009a). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597494>
- Organização Mundial da Saúde. (2009b). *WHO child growth standards: Growth velocity based on weight, length and head circumference: Methods and development*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547635>
- Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância: Plano global para ação e resultados*. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cuidados-de-criacao-para-o-desenvolvimento-na-primeira-infancia-plano/>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico do Enfermeiro)*. *Diário da República*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-372083>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, 8 de março de 2011. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/161-2011-1605793>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (2ª ed.). Lidel.

- Rapley, G., & Murkett, T. (2008). *Baby-led weaning: Helping your baby to love good food* (3^a ed.). Vermilion.
- Rapley, G., & Murkett, T. (2010). *Baby-led weaning: The essential guide to introducing solid foods and helping your baby to grow up as a happy and confident eater* (2^a ed.). Vermilion.
- Rapley, G. (2011). Baby-led weaning: Transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner*, 84(6), 20–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21739856/>
- Rapley, G., Forste, R., Cameron, S., Brown, A., & Wright, C. (2015). Baby-led weaning: A new frontier? *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 7(2), 77–85. <https://doi.org/10.1177/1941406415575931>
- Rapley, G., & Murkett, T. (2021). *Os bebés sabem comer sozinhos* (P. Sequeira & J. Quina, Trans.; 2^a ed.). Matéria-Prima Edições. (Obra original publicada em 2010).
- Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Em *Diário da República*, 2.^a série, n.º 119, 16660 – 16665. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-68071028>
- Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Em *Diário da República*, 2.^a série, n.º 133, 19192 – 19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115905180>
- Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Em *Diário da República*, 2.^a série, n.º 79, 10087 – 10090. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-66778761>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Nursing professional practice models: An integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125–133. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>
- Rodrigues, G. (2018). *Baby-led weaning: Um método alternativo à introdução da alimentação complementar* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8478/1/6163_13184.pdf
- Roldão, C., Lopes, R., Silva, J. M., Neves, N., Gomes, J. C., Gavina, C., & Taveira-Gomes, T. (2024). Can breastfeeding prevent long-term overweight and obesity in children? A population-based cohort study. *Nutrients*, 16(2), 2728–2738. <https://doi.org/10.3390/nu16162728>

- Rubio, A. M., Vallejo, D. C., & Jaime, B. E. (2018). ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 20(1), 35–44. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322018000100006&script=sci_arttext
- Sarreira-de-Oliveira, P., Fernandes, S., Ramalho, R., & Loureiro, F. (2024). Health professionals' knowledge, perceptions, and attitudes toward baby-led weaning: Scoping review. *SAGE Open Nursing*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/23779608241285417>
- Social Psychology (2024). *Exploring the Essence of Attitudes*. <https://psychology.town/social/essence-attitudes-social-psychology/#what-are-attitudes-an-introduction-to-their-definition>
- Souza, E. (2017). *Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em unidades pediátricas de hospitais escola do município de Belo Horizonte* [Tese de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ANDO-AMTLGX>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(1), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Toluç, Ö. M., & Öztürk Altunçevahir, İ. (2024). A new look to complementary feeding: Baby-led weaning approach. *BAU Health and Innovation*, 2(3), 120–124. <https://doi.org/10.14744/bauh.2024.77487>
- Vaz, P. (2018). *Baby-led weaning: O estado da arte* [Tese de mestrado, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33792/1/202103870.pdf>
- Wright, C., Cameron, K., Tsiaka, M., & Parkinson, K. (2011). Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 27–33. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x>
- Xavier, L., & Rocha, M. (2019). *Perfil nutricional de bebés em fase de introdução alimentar* [Trabalho de conclusão de curso de licenciatura, Universidade Católica de Brasília]. <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/handle/123456789/12557>

ANEXOS

ANEXO 1

**APROVAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO PELO
CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE PROPOSTA DO ESTUDO E DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR DA DISSERTAÇÃO

(Regulamento n.º 42/2020, Regulamento Geral do Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem - Versão 2.1 do DR II Série, nº11 de 16/01/20. Anexo II-Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio)

Este documento será enviado à UICISA:E para agregação ao Projeto Estruturante indicado.

Curso de Mestrado em: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* _____

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação: *Jorge Manuel Amado Apóstolo* _____

Estudante: *Ana Raquel Miranda Loureiro* _____

Orientador proposto: *Jorge Manuel Amado Apóstolo* _____

Coorientador proposto: *Sandra Ilda Morais Lopes* _____

Justificação da proposta de coorientação: *É uma professora adjunta recém-entrada na escola. Será uma forma de continuar integração à área/UCP, particularmente no domínio da Investigação em Saúde Infantil* _____

Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Promoção do Crescimento e Desenvolvimento da Criança _____

Responsável do Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Jorge Manuel Amado Apóstolo _____

Título da Dissertação:

Atitude e conhecimento dos Enfermeiros face ao Baby Led-Weaning _____

Assinaturas:

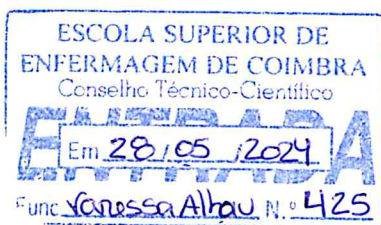
Estudante *Ana Raquel Miranda Loureiro* _____

Orientador *Jorge Manuel Amado Apóstolo* _____

Co-Orientador *Sandra Ilda Morais Lopes* _____

Responsável pelo projeto estruturante da UICISA:E *Jorge Manuel Amado Apóstolo* _____

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação *Jorge Manuel Amado Apóstolo* _____



→ Ver Art.º 6.º do Regulamento
n.º 1242/2007, 20 Novembro
sobre Ref. 15162n

RESUMO DO PROJETO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
(Máximo 250 palavras)

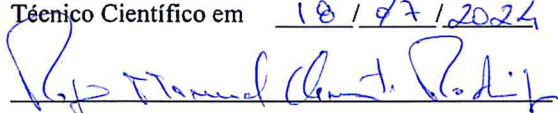
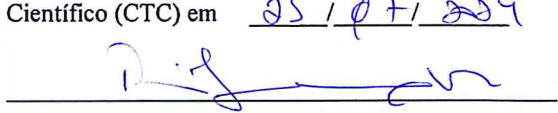
Enquadramento: O *Baby Led-Weaning (BLW)* é um método de introdução alimentar relativamente recente angariando vários defensores em todo o mundo. Existem vantagens associadas a este método para o bebé e sua família e este pode ser associado paralelamente ao método de introdução alimentar tradicional. Cabe aos enfermeiros abordarem esta temática ao longo das suas consultas de forma a informarem da possibilidade de escolhas dos pais/cuidadores quando iniciam a alimentação nos seus bebés.

Objetivos: Analisar a atitude e conhecimentos dos Enfermeiros face à introdução alimentar em bebés pelo método *BLW* em Cuidados de Saúde Primários (CSP); Identificar as vantagens e as barreiras atribuídas pelos Enfermeiros na introdução alimentar nos bebés por este método.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo. População/amostra são Enfermeiros dos CSP na zona centro do país que realizem Consultas de Saúde Infantil (CSI) e a amostra é não probabilística, de conveniência. Como critérios de inclusão considera-se Enfermeiros a trabalhar nos CSP da zona centro e Enfermeiros que realizem CSI. Será utilizado um questionário, elaborado para este efeito, que engloba características sociodemográficas e utilizada uma escala de atitudes, tipo Likert adaptada a partir de outros estudos. Será garantida a confidencialidade dos questionários e o anonimato dos participantes.

Resultados esperados: Identificação por parte dos enfermeiros das atitudes, conhecimentos - vantagens e barreiras - que os podem levar a sugerir e a apoiar este método aos pais/cuidadores de bebés, quando abordam a introdução alimentar nas CSI.

Palavras-chave: Nutrição infantil; Bebé; Desmame; *Baby Led-Weaning*; Enfermeiros; Consultas

A proposta apresentada é pertinente, adequada, exequível e de relevância para a qualificação futura dos cuidados de enfermagem, estando assegurada a sua orientação por professores devidamente qualificados.	
Validado pela Comissão Permanente do Conselho Técnico Científico em <u>18 / 07 / 2024</u>  Assinatura do Professor Responsável	Aprovado pelo Presidente do Conselho Técnico Científico (CTC) em <u>23 / 07 / 2024</u>  Assinatura do Presidente do CTC

ANEXO 2

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA: E)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer n.º P1059_07_2024

Título do Projeto: “Atitude e conhecimento dos Enfermeiros que realizam Consultas de Saúde Infantil face ao Baby Led Weaning”

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Ana Raquel Miranda Loureiro

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável /Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Exmo.(s) Senhor(es) Investigador(es),

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra analisou a submissão do seu projeto com o intuito de obter a avaliação ética do projeto supramencionado. Foram analisados os documentos remetidos.

Nenhum dos investigadores deste estudo participou da tomada de decisão e do procedimento de votação para esta avaliação.

Com base na análise dos documentos, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra emite um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado.

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra espera ser informada sobre o progresso do estudo, qualquer revisão no protocolo e na informação/consentimento informado dos participantes, e solicita que lhe seja fornecida uma cópia do relatório final.

O relator:



Data: 08/11/2024

A Presidente da Comissão de Ética:

Nádia Flomena Bokello

ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO DA DIVULGAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO NA UNIDADE LOCAL DE
SAÚDE DA REGIÃO CENTRO DO PAÍS

Pedido de autorização/colaboração no estudo de investigação

Caixa de entrada x



Ana Raquel Loureiro <armloureiro@gmail.com>
para enfdiretor, Jorge

sábado, 6/07/2024, 18:07 ☆ 😊 ↩ ⋮

Exma Srª Enfermeira Diretora [REDACTED],

Chamo-me Ana Raquel Miranda Loureiro e sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desde 2022, a desempenhar funções no Hospital Pediátrico de Coimbra (Serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática), com número mecanográfico 16644.

Desde 2023 que me encontro inscrita no Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e encontro-me neste momento a iniciar o processo de investigação: um estudo quantitativo e descritivo de nível II. Neste momento o projeto de investigação encontra-se em análise pela Comissão de Ética da mesma escola para posterior implementação sob orientação e coordenação do Professor Doutor Jorge Apóstolo.

O estudo intitular-se-á de "*Atitude e conhecimento dos Enfermeiros que realizam Consultas de Saúde Infantil face ao Baby Led Weaning*" e tem como objetivos analisar a atitude e conhecimento dos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar em bebés pelo método *Baby Led Weaning* (BLW) em Cuidados de Saúde Primários; identificar as vantagens atribuídas pelos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar nos bebés pelo método *Baby Led Weaning*; identificar as barreiras que levam os Enfermeiros a condicionar as suas recomendações sobre o método *Baby Led Weaning* na introdução à diversificação alimentar nos bebés.

O método de introdução à diversificação alimentar BLW, considera-se relativamente recente e apresenta inúmeras vantagens tanto para a criança como para a sua família, salientando principalmente, a aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Surge desta forma a necessidade de perceber a atitude e conhecimento dos Enfermeiros acerca deste novo método em Portugal, uma vez que existem poucos estudos sobre esta temática no nosso país. A introdução à diversificação alimentar faz parte das temáticas preconizadas pela Direção Geral da Saúde aquando da capacitação dos pais/cuidadores sobre a alimentação infantil e prevê-se que seja abordada ao longo das Consultas de Saúde Infantil que se realizam nos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde). Concomitantemente, a Organização Mundial da Saúde considera o tema da introdução alimentar bastante relevante, existindo inclusive diretrizes emitidas para orientação de todos os profissionais de saúde sobre as mais recentes abordagens nesta temática.

Como instrumento de Colheita de Dados, vai ser utilizado um questionário direcionado aos Enfermeiros sobre o conhecimento da temática na prática clínica e uma escala de Likert que refletirá as percepções dos enfermeiros sobre possíveis vantagens e barreiras da introdução alimentar pelo método BLW. Este questionário vai ser implementado via *google forms*. Os questionários não apresentarão qualquer questão acerca da identidade dos Enfermeiros, assegurando o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Embora o projeto de investigação ainda se encontre em análise pela Comissão de Ética da ESENFC, necessitava de saber a sua disponibilidade na colaboração/divulgação do mesmo junto dos enfermeiros que fazem parte dos Conselhos Técnicos das Unidades de Saúde Familiares (USF's) da ULS Coimbra (para que estes o divulguem junto de todos os outros enfermeiros que fazem parte das USF's) e/ou que reencaminhe diretamente a todos os enfermeiros que fazem parte das USF's (e que desta forma realizem Consultas de Saúde Infantil nos Cuidados de Saúde Primários). Excluem-se do estudo enfermeiros a prestarem cuidados a adultos, enfermeiros de bloco operatórios, urgências, enfermeiros de consultas externas dos vários hospitais da ULS Coimbra e internamento pediátrico.

Esta divulgação que solicito é via e-mail, uma vez que atualmente qualquer enfermeiro tem acesso a internet e responde rapidamente a questionários via *google forms* através do seu e-mail profissional. Assim, embora se encontre em análise pela Comissão de Ética da ESENFC, gostaria de saber da sua disponibilidade em o divulgar junto da população/amostra que pretendo estudar, para, assim que possível, posterior reencaminhamento do instrumento de Colheita de Dados para a Exma Srª Diretora.

Estou disponível para qualquer questão adicional.
Agradeço desde já toda a sua atenção.

Com os respeitosos cumprimentos,
Raquel Loureiro



[REDACTED] <[REDACTED]@ulsc Coimbra.min-saude.pt>
para Secretariado, mim

09/07/2024, 01:18 ☆ 😊 ↩ ⋮

Sr.ª Enf.ª Raquel

Estarei disponível para proceder à divulgação do Trabalho de Investigação que pretende realizar, quando a situação estiver nesse ponto. Nessa altura envie-me a informação completa que precisa que seja divulgada, que procederemos à divulgação.

Atenciosamente e ao dispor

Com os melhores cumprimentos, *pessoais*

[REDACTED]
[REDACTED]

Conselho de Administração



[REDACTED], EPE

[REDACTED]

Secretariado : Telefone: [REDACTED]

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO DA DIVULGAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO NO SITE DA ORDEM DOS
ENFERMEIROS

SAI-OE/2025/1057 - Pedido de autorização/colaboração no estudo de investigação

Caixa de entrada x



Gabinete de Investigação e Desenvolvimento <@ordemenfermeiros.pt>
para mim, Gabinete ▾

31/01/2025, 12:35 ☆ ☺ ↶ ⋮

Exma. Senhora Enfermeira Ana Raquel Miranda Loureiro.

Cumpre-nos em nome da Sra. Enf.ª Ana Fonseca, Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros (OE), informar que a Ordem tem implementado que qualquer solicitação de colaboração feita em matéria de investigação deverá incluir, segundo o Parecer 51/2013 do Conselho de Enfermagem, que anexamos, uma instrução do processo composta pelos seguintes documentos:

- Pedido dirigido ao Digníssimo Bastonário da Ordem, acompanhado de referências e parecer do orientador;
- Fundamentação científica (teórica e metodológica) do projeto, se se trata de um projeto académico: declaração da instituição de ensino onde conste que o projeto e respetivo orientador foram aprovados pelo órgão competente, no caso de um projeto não académico, declaração da instituição ou instituições onde ele decorre onde conste que o projeto está institucionalmente aprovado e o seu desenvolvimento é pertinente para a instituição;
- Parecer da comissão de ética ou justificação clara da sua não necessidade; [documento enviado](#)
- Declaração de investigador principal, onde conste:
 - Compromisso de não introduzir qualquer alteração ao projeto apresentado a apreciação;
 - Compromisso de respeito pelos pressupostos éticos e científicos inerentes à investigação;
 - Compromisso de disponibilização de resultados à OE;
 - Compromisso de publicação dos resultados;
 - Compromisso de referência de colaboração da OE no relatório final e na publicação.

No sentido de analisarmos o pedido que foi endereçado, necessitamos que seja cumprida a instrução de processo supra mencionada, a acompanhar o respetivo projecto.

Aguardamos pelo envio da documentação em questão e encontramos-nos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Poderá contactar-nos através do nosso número directo – 210105917.

Atenciosamente,

Técnica de Comunicação e Imagem
gid@ordemenfermeiros.pt



Ordem dos Enfermeiros – SEDE
Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, R/C
1700-031 Lisboa
Portugal
+351 218 455 230/ 210105917 ☎ Teif
+351 218 455 259 ☎ Fax
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>



Ana Raquel Loureiro <armloureiro@gmail.com>
para Gabinete, Jorge ▾

05/02/2025, 15:09 ☆ ☺ ↶ ⋮

Boa tarde

Envio em anexo os documentos solicitados para dar seguimento ao processo.
Envio novamente o link para preenchimento do questionário: <https://forms.gle/DpxNAa7DmaUj2m46>

Por favor confirme a receção do e-mail.
Estou disponível para qualquer esclarecimento adicional pelo meu contacto: 915101283.

Cumprimentos,
Raquel Loureiro

5 anexos • Verificado pelo Gmail ⓘ



Gabinete de Investigação e Desenvolvimento <@ordemenfermeiros.pt>
para mim, Gabinete ▾

27/02/2025, 16:24 ☆ ☺ ↶ ⋮

Exma. Sra. Enf.ª Ana Raquel Loureiro.

Cumpre-nos em nome da Sra. Enf.ª Ana Fonseca, Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros (OE), informar que a notícia relativa ao seu projecto de investigação foi publicada na homepage do site da Ordem.

Poderá aceder à mesma através do link <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/atitude-e-conhecimento-dos-enfermeiros-que-realizam-consultas-de-sa%C3%BAdade-infantil-face-ao-baby-led-weaning/>

Encontramo-nos disponíveis para mais esclarecimentos.

Poderá contactar-nos através do nosso número directo – 210105917.

Atenciosamente,

Técnica de Comunicação e Imagem
gid@ordemenfermeiros.pt



Ordem dos Enfermeiros – SEDE
Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, R/C
1700-031 Lisboa
Portugal
+351 218 455 230/ 210105917 ☎ Teif
+351 218 455 259 ☎ Fax
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>



Ana Raquel Loureiro <armloureiro@gmail.com>
para Jorge, sandralda ▾

quinta, 27/02, 18:53 ☆ ☺ ↶ ⋮

Agradeço o envio da informação.
Cumprimentos
Raquel Loureiro
Enviado do meu iPhone

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO ENVIADO PARA OS ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Assinala com uma X a resposta que melhor se adequa à sua situação.

1 –Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

2 – Grupo etário:

☐ 22-30 anos

☐ 31-40 anos

☐ 41-50 anos

☐ 51-60 anos

☐ Acima de 60 anos

3 – Tempo de experiência profissional:

☐ 1-5 anos

☐ 6 – 10 anos

☐ 11-15 anos

☐ 16- 20 anos

☐ 21 ou mais anos

4 – Grau académico:

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Pós Licenciatura de Especialização (se sim identifique qual a área)_____

5 - Qual a região do país onde desempenha funções?

☐ Região do Norte

☐ Região do Centro

☐ Região de Lisboa e Vale do Tejo

☐ Região do Alentejo

- ☐ Região do Algarve
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

6 – Tempo a desempenhar funções em Cuidados de Saúde Primários:

- ☐ 1-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ 11-15 anos
- ☐ 16- 20 anos
- ☐ 21 ou mais anos

7 – Qual/Quais a(s) fonte(s) que usou para ter conhecimento acerca do BLW?

- ☐ Literatura científica
- ☐ Páginas na Web
- ☐ Redes Sociais
- ☐ Colegas de Profissão
- ☐ Ao longo do curso académico
- ☐ Cursos ou Formação esporádica: palestra, encontro profissional ou seminário/simpósio/congresso
- ☐ Os próprios pais/cuidadores do bebé

8 – Conhece genericamente os benefícios e dificuldades da utilização deste método?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9 – Costuma recomendar o método BLW nas Consultas de Saúde Infantil?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

10 – Principal motivo porque não recomendaria o método BLW?

- ☐ Desconhecimento do método e suas vantagens
- ☐ Falta de evidências científicas sobre este método
- ☐ Risco de engasgamento/asfixia
- ☐ Risco de déficit nutricional/ risco de carências de alguns nutrientes
- ☐

Outro(s): _____

11 – Já presenciou a introdução alimentar com o método BLW?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12 – Já atendeu alguma família que praticava o BLW?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13 - Como se posiciona globalmente em relação à prática do BLW?

- ☐ Desfavorável
- ☐ Desfavorável parcialmente
- ☐ Nem Favorável nem Desfavorável
- ☐ Favorável parcialmente
- ☐ Favorável

Comentários:-

PARTE II – ESCALA DE ATITUDES, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ACERCA DO
MÉTODO DE INTRODUÇÃO À DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR *BABY LED-
WEANING* (BLW) - EACPMIDABLW

As afirmações seguintes apresentam cinco categorias de resposta: *concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente*.

Este instrumento de colheita de dados foi realizado pelo investigador a partir da revisão da literatura realizada sobre esta temática.

Por favor selecione com um X a que mais se identifica com a sua opinião.

	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1 – O BLW promove o aleitamento materno					
2 - O BLW aumenta o risco de engasgamento no bebé					
3 – O BLW desenvolve a motricidade/habilidades motoras do bebé					
4 - O BLW pode tornar-se um momento prazeroso para a criança promovendo a socialização com a restante família					
5 – O BLW é um método com baixo tempo de preparação					
6 – O BLW facilita na introdução de novos alimentos ao bebé					
7 – O BLW regula a saciedade do bebé					
8 – O BLW melhora os hábitos de alimentação da família					
9 – No BLW algum potencial desperdício e desorganização durante a refeição podem ser geridos					
10 – Quando a criança se alimenta pouco com BLW, os alimentos podem ser substituídos por leite materno ou de fórmulas					

11 – O BLW atrasa a diversificação alimentar					
12 – Com o BLW os bebés podem apresentar baixo risco nutricional					
13 - O BLW geralmente não resulta em carências de alguns nutrientes para os bebés					
14 – O BLW desenvolve a capacidade do bebé se alimentar sozinho					
15 – O BLW adequa-se a todos os bebés					
16 – O BLW pode ser muito cómodo, uma vez que os pais/cuidadores não necessitam de preparar comidas especiais para o bebé					
17 – O BLW facilita a adaptação do bebé aos novos sabores e consistências dos alimentos					
18 – O BLW potencializa a mastigação do bebé					
19 – O BLW pode prevenir o excesso de peso nos bebés					
20 - O BLW gera menos preocupação e ansiedade aos pais/cuidadores					

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO, BEM HAJA!

APÊNDICE 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM
(UICISA:E)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação decorrente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O estudo **intitula-se** de “Atitude e conhecimento dos Enfermeiros que realizam Consultas de Saúde Infantil face ao *Baby-Led Weaning*” e tem como **objetivos** principais analisar a atitude e conhecimento dos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar em bebés seguidos, em consultas de Saúde Infantil, pelo método *Baby-Led Weaning*; identificar as vantagens atribuídas pelos Enfermeiros na introdução à diversificação alimentar nos bebés pelo método Baby Led Weaning; identificar as barreiras que levam os Enfermeiros a condicionar as suas recomendações sobre o método *Baby-Led Weaning* na introdução à diversificação alimentar nos bebés.

Os investigadores serão responsáveis pelo tratamento dos dados recolhidos que se destinam exclusivamente para as finalidades do estudo. Por isso a participação neste estudo é **confidencial**. Os dados recolhidos serão anónimos nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas. A participação no estudo também é estritamente **voluntária** podendo escolher livremente participar ou não participar e livre de abandoná-lo a qualquer momento.

A sua participação neste estudo será considerada como muito relevante para o conhecimento e desenvolvimento desta temática, consiste em preencher o questionário que lhe irá ser entregue de seguida.

☐ Declaro que tomei conhecimento de todos os procedimentos relativos à investigação em curso e que estes foram claros. Autorizo a participação no estudo referido, preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

