

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família

***ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA MENOR DE DOIS ANOS:
REQUISITOS FUNDAMENTAIS PARA O BOM CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO INFANTIL***

Camila Figueiredo Jácome Catão

Governador Valadares
2010

Camila Figueiredo Jácome Catão

***ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA MENOR DE DOIS ANOS:
REQUISITOS FUNDAMENTAIS PARA O BOM CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO INFANTIL***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Salete Maria de Fátima
Silqueira

**Governador Valadares
2010**

Camila Figueiredo Jácome Catão

***ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA MENOR DE DOIS ANOS:
REQUISITOS FUNDAMENTAIS PARA O BOM CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO INFANTIL***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a.Dr^a Salete Maria de Fátima Silqueira

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Annette Souza Silva Martins da Costa

Prof^a. Dr^a. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Aprovado em Belo Horizonte: 05/02/2011

RESUMO

Trata-se de um estudo com levantamento teórico sobre a Atenção a Saúde da Gestante, do Recém-Nascido e da Criança menor de dois anos, tendo como enfoque os cuidados com a alimentação qualitativa e quantitativa nutritiva destes, visando o ótimo crescimento e desenvolvimento infantil. No cotidiano laboral dos profissionais de saúde percebe-se que o padrão de alimentação das crianças brasileiras é desfavorável: a alimentação é introduzida precocemente; apesar do aumento das taxas de aleitamento materno, a prevalência e a duração dessa prática estão abaixo do recomendado atualmente; a alimentação é monótona; os alimentos complementares não suprem as necessidades de ferro e para as famílias de baixa renda, não suprem também as necessidades de vitamina A. Existem muitas crenças e tabus relacionados à alimentação da criança até dois anos de idade, que contribuem para a diminuição do uso de alimentos que são importantes fontes de vitaminas e minerais, e que, muitas vezes, estão disponíveis e são consumidos na família. A falta de conhecimento muitas vezes percebida, tanto do cliente, quanto do profissional dificulta a inversão desse quadro. Com isso, esse trabalho visou elaborar um material que facilite o trabalho da equipe de saúde permitindo que a atenção à criança, em todos os seus momentos, seja permeada pela visão da importância da alimentação no seu crescimento e desenvolvimento, de maneira que o profissional esteja presente nesse contexto identificando os fatores de risco que levam a um déficit nutricional e promovendo através de educação em saúde e de ações multidisciplinares a melhoria da alimentação infantil.

Palavras-chave: nutrição infantil; crescimento; desenvolvimento infantil; déficit nutricional

ABSTRACT

This is a study of theoretical research on the Health Care Maternity, Newborn and Child under two years, focusing on the care with nutritious food quality and quantity of these, aiming at optimal child growth and development. In the daily work of health professionals realize that the eating patterns of Brazilian children is bad: the food is introduced early on, despite the increase in breastfeeding rates, prevalence and duration of this practice are below the currently recommended; feed is monotone; complementary foods did not meet the requirements of iron and families with low incomes, also do not supply the needs of vitamin A. There are many beliefs and taboos related to food of children less than two years of age, contributing to the decreased use of foods that are important sources of vitamins and minerals, which often are available and consumed in the family. The lack of knowledge often perceived, both the client and the professional makes it difficult to reverse this situation. Thus, this work was to develop a material that facilitates the work of the team allowing the health care of children, in all its moments, is permeated by the sight of the importance of nutrition in their growth and development, so that the professional is found in this context by identifying the risk factors that lead to a nutritional deficit and promoting health through education and disciplinary actions to improve infant feeding.

Keywords: Infant nutrition, growth, child development, nutritional deficits.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
1.1	JUSTIFICATIVA	10
1.2	OBJETIVOS	10
1.3	METODOLOGIA	11
2	REVISÃO DE ASPECTOS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS BÁSICOS	12
2.1	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	12
2.1.1	O crescimento e o desenvolvimento intrauterino	12
2.1.2	O peso ao nascer	12
2.1.3	O crescimento pós-natal	13
2.1.4	Crescimento médio final.....	13
2.1.5	Desenvolvimento pré-natal.....	13
2.1.6	Desenvolvimento neonatal	13
2.1.7	Desenvolvimento na primeira infância: dos 29 dias aos dois anos	14
2.2	POTENCIAL GENÉTICO	14
2.3	ALIMENTAÇÃO COMO FATOR EXTRÍNSICO NA INFLUÊNCIA DO CRESCIMENTO	15
2.4	DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ALIMENTAR	15
2.5	FORMAÇÃO DA PREFERÊNCIA ALIMENTAR.....	16
2.6	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DA GESTANTE VISANDO CRESCIMENTO INFANTIL SATISFATÓRIO	17
2.7	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	20
2.8	ALIMENTAÇÃO PARA A GESTANTE	21
2.9	ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS ATÉ SEIS MESES	21
2.9.1	Importância do aleitamento exclusivo.....	23
2.9.2	Características e funções do leite materno	24
2.9.3	Técnicas de amamentação	25
2.10	ALIMENTAÇÃO DA NUTRIZ.....	26
2.10.1	Recomendações alimentares à nutriz.....	26
2.10.2	Manutenção da amamentação com o retorno da mãe ao trabalho.....	27
2.10.3	Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação	27
2.10.4	Restrições da amamentação.....	28
2.10.5	Contraindicação da amamentação	29
2.11	ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS DE SEIS MESES A DOIS ANOS	29
2.11.1	Alimentos de transição (desmame).....	29
2.11.2	Alimentação complementar ao leite materno	30
2.11.3	Pirâmide alimentar e dietas recomendadas.....	36

2.12	ALIMENTAÇÃO PARA RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO.....	39
2.13	ESTRATÉGIAS PARA A BOA ALIMENTAÇÃO INFANTIL.....	40
2.14	ERROS NA OFERTA DO ALIMENTO À CRIANÇA.....	40
2.15	PROBLEMAS NUTRICIONAIS	41
2.15.1	Desnutrição infantil	41
2.15.2	Obesidade infantil.....	43
2.15.3	Anemia	44
2.15.4	Hipovitaminose A.....	46
2.15.5	Outras vitaminas	47
2.16	ATENÇÃO BÁSICA NA PREPARAÇÃO DA GESTANTE PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL INFANTIL.....	48
2.17	ATENÇÃO BÁSICA NO ACOMPANHAMENTO DA NUTRIÇÃO E CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	48
2.18	ATENÇÃO BÁSICA NA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO ATRAVÉS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	50
3	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXO A – MARCOS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....	57
	ANEXO B – DESCRIÇÃO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS.....	59
	ANEXO C - DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	62
	ANEXO D – RECEITAS DE PAPAS DE CRIANÇAS	68
	ANEXO E - MARCADORES DIETÉTICOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR – FORMULÁRIO	72
	ANEXO F – ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	74

1. INTRODUÇÃO

“A alimentação e nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças brasileiras. Mais do que isso são direitos humanos fundamentais, pois representam a base da própria vida” (BRASIL,2002 p.8).

O crescimento do ser humano é um processo dinâmico, contínuo e biológico, que consiste em hiperplasia e hipertrofia celular, sendo expressos pelo aumento do tamanho corporal. Esse processo inicia na concepção e perdura por toda a vida. Já o desenvolvimento tem um conceito amplo, que inclui além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (BRASIL, 1994; BRASIL, 2002).

O crescimento e o desenvolvimento são considerados como uns dos melhores indicadores de saúde da criança. O crescimento reflete as condições de vida da criança, pelo fato de que possui relação direta com os fatores ambientais, como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. O desenvolvimento sofre a influência de fatores como características físicas, nutrição e relações sociais que provocam variações de um indivíduo para outro e que tornam único o curso do desenvolvimento de cada criança (BRASIL, 2002).

Nos primeiros anos de vida, é de fundamental importância a oferta de uma alimentação nutricionalmente balanceada para o bom crescimento e desenvolvimento da criança, para o bom funcionamento de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde, uma vez que ela é fonte de energia e nutrientes essenciais (PHILLIPI, 2003).

Atualmente, nossa cultura nos remete a dois pontos distintos. O primeiro é a restrição alimentar, devido a múltiplos fatores, indo da dificuldade econômica de determinados grupos sociais à busca pelo corpo culturalmente ditado como belo, a magreza. O segundo esbarramos nos exageros gastronômicos, com elevado índice de obesidade. Ambos podem acarretar distúrbios nutricionais. Ou seja, mesmo tendo o ser humano suas preferências alimentares, sua predisposição genética, aumenta a cada dia a força da influência cultural no hábito alimentar (RAMOS, 2000).

Nesse ponto, esbarramos na importância da família na formação da cultura alimentar, uma vez que a preferência alimentar é fundamentalmente formada pela associação de três fatores: percepção sensorial dos alimentos, consequência pós-ingesta dos alimentos e contexto social (RAMOS, 2000; BALABAN, 2004).

O desenvolvimento do padrão alimentar inicia na infância, quando a criança aprende sobre como comer, o que comer, horários das refeições, por que algumas coisas podem ser ingeridas e outras não, quais são suas preferências alimentares, quais alimentos e sabores fazem parte de sua cultura alimentar – características do desenvolvimento da criança. Durante esse processo marcos no desenvolvimento da criança vão sendo percebidos, como engatinhar, andar, socializar, e demais habilidades psicomotoras que vão sendo desenvolvidas a cada dia (RAMOS, 2000; BRASIL, 2002).

apesar de o direito inalienável de todo ser humano de não padecer de fome e desnutrição ter sido reafirmado sucessivamente em conferências dos países membros das Nações Unidas em 1948, 1978, 1989, e mais recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo um direito humano, a desnutrição infantil continua a ser um dos problemas mais importantes de saúde pública do mundo atual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A desnutrição é a segunda causa de morte mais freqüente em menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, a situação nutricional infantil melhorou nos últimos anos, devido ao desenvolvimento econômico do país e expansão de políticas sociais básicas de saúde. Entretanto, o problema não está totalmente controlado. Afinal, nas regiões Norte e Nordeste, as mais pobres do país, encontramos crianças com desnutrição grave e muitos casos menos graves, porém, não obstante, desnutrição é ainda um problema relevante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

Sabe-se que, nos países em desenvolvimento, as principais causas de crescimento inadequado são deficiência de alimento e infecções, geralmente combinadas. Segundo os dados do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), dos 63% dos óbitos ocorridos em crianças menores de sete dias, no ano de 1997, com peso declarado no atestado de óbito, 71% tinha peso menor que 2.500g. O baixo peso ao nascer além de ter maior risco de morte neonatal que os bebês com peso normal, evidências atuais indicam que também está relacionado a um maior risco de várias doenças crônicas da idade adulta. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; BRASIL, 2002)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, como conseqüência da má alimentação e repetidas infecções (BRASIL, 1996).

O tamanho corporal a ser alcançado na vida adulta não é de primordial importância; entretanto, o atraso no crescimento, devido às circunstâncias nutricionais e ambientais, está associado com maiores taxas de morbidade e mortalidade, com

deficiências no aprendizado e com menor capacidade física e intelectual na vida adulta. (PHILIPPI, 2003, p. 7).

Atualmente, na nova ordem mundial, diminuiu na totalidade o número de pessoas que passam fome, mas países subdesenvolvidos continuam a deparar com os índices mais elevados desta e tendo esse fator como causador de grande número de óbitos. Tem-se em contrapartida, a nível mundial elevadas taxas de obesidade, sendo atualmente considerada uma pandemia mundial sendo demonstrada também como problema de saúde em países não só desenvolvidos, mas como também em países subdesenvolvidos (BALABAN, 2004).

Estima-se que no Brasil haja cerca de três milhões de crianças, com idade inferior a 10 anos, apresentando excesso de peso. Destes casos, 95% estariam relacionados à má alimentação, enquanto, apenas 5% seriam decorrentes de fatores endógenos. Destas, estima-se que 80% serão obesas também na fase adulta. O que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de doenças metabólicas, problemas ortopédicos, alguns tipos de cânceres, dentre outros. Outro aspecto importante, é que apesar da prevalência em crianças de classe média a alta, há crescente ascensão na população pobre. Isso se deve ao fato de que ambas as classes compartilham de maus hábitos alimentares, aliados ao sedentarismo (BALABAN, 2004).

Segundo depoimento da médica Lizanka Marinheiro, chefe do ambulatório de endocrinologia feminina e climatério do Instituto Fernandes Figueira, da Fiocruz,,

Muitos pais trabalham fora e dispõem de pouco tempo para pensar em uma dieta balanceada para seus filhos. E realmente dá mais trabalho fazer uma salada do que servir hambúrgueres e batatas fritas às crianças. Como a prática de exercícios físicos nem sempre é incentivada, está aí formado o quadro que em geral favorece a obesidade. Os próprios pais terminam por transmitir maus exemplos aos filhos, que os veem se alimentarem de uma maneira mal equilibrada. A obesidade entre adultos influencia diretamente as crianças (BRASIL, 2010b, s.p.)

A atenção obstétrica, neonatal e infantil deve ter como características essenciais a qualidade, a humanização e a educação em saúde. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido. A implementação o mais precoce possível do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços intersetoriais e de toda a equipe responsável e constitui enorme desafio para o sistema de saúde. As gestantes e nutrizas constituem o foco principal do processo de aprendizagem,

porém não se pode deixar de atuar, também, entre os companheiros e familiares (BRASIL, 1986).

1.1 JUSTIFICATIVA

Percebo no cotidiano laboral que o padrão de alimentação das crianças brasileiras é desfavorável: a alimentação é introduzida precocemente; apesar do aumento das taxas de aleitamento materno, a prevalência e a duração dessa prática estão abaixo do recomendado atualmente; a alimentação é monótona; os alimentos complementares não suprem as necessidades de ferro e para as famílias de baixa renda, não suprem também as necessidades de vitamina A. Existem muitas crenças e tabus relacionados à alimentação da criança até dois anos de idade, que contribuem para a diminuição do uso de alimentos que são importantes fontes de vitaminas e minerais, e que, muitas vezes, estão disponíveis e são consumidos na família. A falta de conhecimento muitas vezes percebida, tanto do cliente, quanto do profissional dificulta a inversão desse quadro. O presente trabalho justifica-se pela necessidade de rever as evidências científicas atuais sobre o tema alimentação, nutrição e desnutrição em menores de dois anos e propor um processo de trabalho na atenção a crianças em risco ou com desnutrição estabelecida.

Tendo estes aspectos levantados, o presente estudo visa elaborar um material que facilite o trabalho da equipe de saúde permitindo que a atenção à criança, em todos os seus momentos, seja permeada pela visão da importância da alimentação no seu crescimento e desenvolvimento, de maneira que o profissional esteja presente nesse contexto identificando os fatores de risco que levam a um déficit nutricional e promovendo através de educação em saúde e de ações multidisciplinares a melhoria da alimentação infantil. assim, são definidos os seguintes objetivos;

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Levantar dados e instrumentos que orientem os profissionais de saúde da equipe básica de saúde no acompanhamento da alimentação e nutrição gestacional, materna e infantil adequadas para proporcionar o melhor desenvolvimento e crescimento infantil possível.

Objetivos específicos:

- Relacionar crescimento e desenvolvimento com alimentação e nutrição.
- Abordar acerca da cultura alimentar atual.
- Relacionar alimentação, desnutrição e óbito infantil.
- Abordar a importância da equipe de saúde na atenção básica no acolhimento da gestante e recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil como fonte produtora de ensino para uma correta nutrição infantil e detectora de riscos nutricionais.
 - Levantar o material técnico adequado para o profissional de saúde realizar os acompanhamentos acima abordados.
 - Destacar a importância do aleitamento materno exclusivo, suas restrições e suas complicações.
 - Destacar a importância da inserção da alimentação complementar no tempo e quantidade corretos.
 - Enumerar a alimentação saudável para gestante/bebê, nutriz/bebê e criança menor de dois anos.
 - Enumerar os problemas nutricionais mais comuns.

1.3 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão da literatura a respeito do crescimento e desenvolvimento infantil, a adequada alimentação da gestante, a adequada alimentação da criança menor de dois anos para a boa nutrição infantil, os problemas da má nutrição, e sobre a importância da enfermagem nesta linha de cuidado -- alimentação da gestante e infantil, abordados em conjunto para o bom crescimento e desenvolvimento infantil. A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros e materiais produzidos pelo Ministério da Saúde do Brasil e em consulta nas bases de dados SciELO, Lilacs e Bireme, sobre o assunto, a partir dos seguintes descritores: crescimento, desenvolvimento infantil, nutrição infantil, nutrição da gestante, desnutrição, obesidade. Foram incluídos estudos entre os anos 1986 a 2010, em língua portuguesa. A pesquisa utilizou oito artigos científicos e doze publicações do Ministério da Saúde. Também foram levantados instrumentos de educação em saúde já utilizados na prática da assistência de enfermagem. A partir disso, houve a elaboração do presente estudo.

2 REVISÃO DE ASPECTOS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS BÁSICOS

Vamos tecer breves comentários sobre os aspectos mais importantes a serem tomados como referências para o processo de atenção à criança.

2.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança, com o intuito de efetivamente diminuir a morbimortalidade infantil. A dedicação é fundamental para que a mãe consiga oferecer os cuidados, quase ininterruptos, que o bebê solicita. (BRASIL, 2002). “Crescimento e Desenvolvimento fazem parte do mesmo processo, porém exigem abordagens diferentes e específicas para sua percepção, descrição e avaliação”. (BRASIL, 2002, p.76.)

2.1.1 O crescimento e o desenvolvimento intrauterino

O período de maior velocidade de crescimento ocorre no período intrauterino, o que o torna de vital importância para o ser humano. É neste período que os riscos externos (como a malnutrição materna) de agressão para o feto são maiores, mais grave e com repercussões mais generalizadas. (BRASIL, 2002)

2.1.2 O peso ao nascer

O peso ao nascer é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como indicador de saúde e o mais importante determinante das chances de sobrevivência do neonato. É o que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal. Recém-nascidos com menos de 2.500 g são classificados como de baixo peso ao nascer. Muitos dos fatores que levam ao baixo peso ao nascer, como a deficiente nutrição da gestante, têm causas socioeconômicas na grande maioria das vezes e podem ser prevenidos com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e controle pré-natal. (MONTE, 2000; BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2006).

No Brasil a média de crianças com baixo peso ao nascer é de 10,2% variando de acordo com a região de 8,6% a 12,2%, devido à disparidade socioeconômica (MONTE, 2000). De acordo com o Ministério da Saúde, (2002, p. 20) “toda criança com história de baixo peso ao nascer

deve ser considerada como de risco nutricional e acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida”.

2.1.3 O crescimento pós-natal

Após o nascimento, há uma elevada taxa de crescimento até os dois anos de vida, depois, verifica-se um declínio gradativo até os cinco anos de idade. Essa velocidade de crescimento pode ser diminuída ou interrompida em condições adversas. Déficits de crescimento linear que ocorram até os dois anos são passíveis de recuperação total, enquanto que acima dessa idade a reversibilidade desse quadro torna-se bem mais difícil. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002)

Os principais fatores para o bom crescimento pós-natal são: as características do nascimento (principalmente o peso), a alimentação quantitativa e qualitativamente suficientes, os cuidados de saúde e vacinação adequados que eliminam ou reduzem a ocorrência de doenças, a moradia, o saneamento, básico, a estimulação psicomotora e as relações afetivas, que refletem as condições gerais de vida às quais a criança está submetida. (BRASIL, 2002)

2.1.4 Crescimento médio final

Há um fenômeno, chamado de tendência secular do crescimento, que é caracterizado pelo crescimento médio final infantil nos dois últimos séculos. Acredita-se que esse fenômeno se deve pelo fato da melhoria da condição de vida da população, permitindo dentre outros, uma melhoria na nutrição infantil (BRASIL, 2002).

2.1.5 Desenvolvimento pré-natal

“A criança existe para a mãe mesmo antes de nascer, ou até mesmo antes de ser concebida, e esse desejo materno pelo filho pode influenciar vários aspectos do seu desenvolvimento”. (BRASIL, 2002, p. 82) A interação mãe-feto pode influenciar no desenvolvimento do bebê: doenças maternas, nutrição, hábitos, situações emocionais, por exemplo. (BRASIL, 2002)

2.1.6 Desenvolvimento neonatal

Do ponto de vista da maturação, o recém-nascido demonstra capacidades surpreendentes, geralmente denominadas competências do recém-nascido. As respostas a estímulos evoluem de reflexos generalizados, envolvendo todo o corpo para ações voluntárias, definidas pelo córtex. São os chamados reflexos corticais.

Esses reflexos permitem à criança passar de reações simétricas, involuntárias em respostas ao meio ambiente (gritar, agitar os braços, dar pontapés), para movimentos assimétricos voluntários, em função de determinado estímulo (BRASIL, 2002, p. 83)

Ao se observar todas essas capacidades, deve-se considerar que suas reações, além de reflexas, possuem relação com o grau de maturidade atingido e as condições físicas em que vive, como nutrição, saciedade, afetividade, sono, dentre outros (BRASIL, 2002). Os marcos do desenvolvimento da criança podem ser observados no Anexo A.

2.1.7 Desenvolvimento na primeira infância: dos 29 dias aos dois anos

Nesse período, em que a criança é chamada de lactente, ocorrem em maior número e são mais aceleradas as modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor. O desenvolvimento acontece da seguinte maneira: o cefálico antecede o caudal, e o proximal antecede o distal. Dessa forma, a criança evolui de brincadeiras com as mãos e a boca para brincadeiras com os pés e a boca – o que lhe permite usar parte de seu próprio corpo como uma experiência de prazer desligada da necessidade. (BRASIL, 2002)

Ao final dessa fase, aparece com destaque o lugar do pai, ou de um terceiro, interpondo-se à díade mãe-criança – em que tudo aquilo que interessa à mãe também torna-se objeto de interesse da criança – e permitindo que a criança comece a aceitar dividir a mãe com outras pessoas e, também, a desenvolver laços com outras pessoas. (BRASIL, 2002)

A progressão do desenvolvimento vai de um período em que o bebê está totalmente dependente para, no final de seu primeiro ano de vida, um exercício da independência, quando, o lactente dá os seus primeiros passos, adquirindo mobilidade e habilidades que lhe permitem iniciar a exploração da maior parte do meio ambiente. O mesmo acontece com a aquisição da linguagem, que se inicia pelas trocas sonoras, ritmadas e prazerosas com sua mãe e vai evoluindo até a criança poder falar de si mesma e se afirmar dizendo não, fazendo suas escolhas, conhecendo e agindo no seu pequeno universo (BRASIL, 2002).

2.2 POTENCIAL GENÉTICO

Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Para atingir esse potencial genético, o indivíduo

sofrerá as influências de fatores genéticos, metabólicos e também de fatores como a alimentação, a higiene, a habitação, dentre outros. As condições que a criança é exposta a esses fatores é que determinará atingir ou não esse potencial genético (BRASIL, 2002, p. 11).

A expressão de seu potencial genético está intimamente ligada à alimentação. Sendo a alimentação considerada mais importante do que os fatores genéticos para essa expressão. Estudos mostram que crianças de diferentes nacionalidades submetidas a boas condições de vida apresentaram o mesmo ritmo de crescimento, enquanto crianças de famílias de baixa renda não apresentaram um bom ritmo. Sendo assim, a criança deve consumir a quantidade de alimento necessária para alcançar seu potencial genético de crescimento. (BRASIL, 2002; PHILLIPPI, 2003)

2.3 ALIMENTAÇÃO COMO FATOR EXTRÍNSICO NA INFLUÊNCIA DO CRESCIMENTO

A alimentação da gestante é o fator mais importante do crescimento intrauterino. Ingestão inadequada de nutrientes como vitamina A, ferro e zinco pela gestante, aumentam os riscos e efeitos do retardo de crescimento intrauterino. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A criança até cinco anos requer cuidados específicos na alimentação (no presente estudo, abordaremos até os dois anos). Crescer consome energia: 32% das necessidades calóricas de um recém-nascido são destinadas ao crescimento. A dieta da criança deve ter qualidade, quantidade, frequência e consistência adequadas para cada idade. (BRASIL, 2002)

2.4 DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ALIMENTAR

Os hábitos e práticas alimentares são adquiridos por toda a vida, mas é na infância, durante os primeiros anos de vida, que as preferências alimentares são formadas com mais intensidade, sendo assim um período muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares que promovam a saúde do indivíduo (RAMOS, 2001, PHILLIPPI, 2003). A literatura destaca a importância da família no que tange a formação do comportamento alimentar infantil, e depois, secundariamente, a influência de outras interações psicossociais e culturais da criança. Em termos psicossociais, o padrão alimentar resume na participação ativa e efetiva dos pais, sendo estes considerados educadores nutricionais, através das interações familiares, influenciando no comportamento alimentar da criança. (RAMOS, 2000)

A alimentação, envolvida por emoções e sensações, apresenta-se como um ato de convívio social, no qual os alimentos são fortes representações psicológicas criadas

em cada indivíduo, a partir do seu relacionamento único e intransferível com os produtos a serem ingeridos por ele. Essas experiências são conduzidas desde o nascimento, com o aleitamento materno e, posteriormente, com ações e reações diante dos alimentos, e influenciadas constantemente pela forma como eles são oferecidos. (PHILLIPPI, 2003, p.7)

O desafio é fazer a criança aceitar a gama de variedades na alimentação e ampliar suas preferências para a aquisição de um hábito alimentar mais saudável; afinal, a maioria das crianças têm medo e resistência de experimentar novos alimentos e sabores. Esse fenômeno é denominado como neofobia alimentar (RAMOS, 2001). A neofobia alimentar pode ser minimizada por métodos educativos na alimentação que permitem o aprendizado da criança sobre alimentação, fome e saciedade, substâncias comestíveis, sabores dos alimentos e quantidade de alimentos que deve ser consumida (RAMOS, 2001).

2.5 FORMAÇÃO DA PREFERÊNCIA ALIMENTAR

Os hábitos alimentares são formados por meio de complexa rede de influências genéticas e ambientais. Parece que o leite materno é uma via de transmissão de sabores e aromas de alimentos consumidos pelas nutrizes para o lactente, oferecendo diferentes experiências de sabores e aromas que vão refletir no padrão alimentar da criança. A predisposição genética tende a interferir nas preferências alimentares, e diferenças na sensibilidade para algumas preferências alimentares herdadas dos pais. Essa predisposição com a influência ambiental vão sendo moldadas por experiências adquiridas ao longo da vida. Quanto às influências ambientais, retomamos a importância do comportamento dos pais na alimentação infantil. Além de serem os responsáveis pela escolha do que será oferecido à criança, estas tendem a não gostar dos alimentos ofertados quando são submetidos à chantagem, coação ou premiação para ingeri-los. (BRASIL, 1986; RAMOS, 2001)

Desde o nascimento da criança ela começa a desenvolver a aprendizagem para a sensação da fome e da saciedade e para a percepção dos sabores. A aquisição de um padrão alimentar saudável inicia com uma socialização alimentar correta desde os primeiros anos de vida, com a oferta de alimentos saudáveis variados e realização das refeições em ambiente alimentar saudável. Crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar. (BRASIL, 1986; RAMOS, 2001)

“A tendência das preferências alimentares das crianças na idade pré-escolar conduz ao consumo de alimentos com quantidade elevada de carboidrato, açúcar, gordura e sal, e baixo

consumo de alimentos como vegetais e frutas, se comparados às quantidades recomendadas” (RAMOS, 2001, p. 2).

2.6 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DA GESTANTE VISANDO CRESCIMENTO INFANTIL SATISFATÓRIO

É de grande importância que o profissional de saúde acompanhe a gestante avaliando o aumento do seu peso durante o pré-natal, objetivando (BRASIL, 2005):

- Identificar gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso, desde o início da gestação;
- Detectar ganho ou perda excessiva de peso de acordo com a idade gestacional e com o estado nutricional prévio;
- Orientar as gestantes identificadas como de risco, fornecendo informações sobre quais condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido.

A avaliação nutricional da gestante com base em seu peso (P) x estatura (E) deve ser realizada desde a primeira consulta pré-natal. Essa avaliação permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação, auxiliando na identificação de déficits nutricionais no decorrer da gestação. Para o acompanhamento da gestante deve-se realizar:

- Primeiramente calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com a fórmula $IMC = P / E^2$;
- Depois, calcular a idade gestacional;
- Através desses dados, classificar o estado nutricional da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma . (BRASIL, 2004):
 - Baixo peso: quando o valor do IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
 - Adequado: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
 - Sobrepeso: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;

- Obesidade: quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente à obesidade

A Figura 1 mostra a avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos, segundo IMC, por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso IMC \leq	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC \geq
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	24,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7
36	24,2	24,3 28,5	28,6 32,7	32,8
37	24,4	24,5 28,7	28,8 32,8	32,9
38	24,5	24,6 28,8	28,9 32,9	33,0
39	24,7	24,8 28,9	29,0 33,0	33,1
40	24,9	25,0 29,1	29,2 33,1	33,2
41	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3
42	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3

FIG. 1 Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos, segundo IMC por semana gestacional. Fonte: Ministério da Saúde, Manual Pré-natal e Puerpério, 2006.

São as seguinte as condutas, segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:

- Baixo peso (BP): investigar história alimentar, hiperemie-se gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual;
- Adequado (A): seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Sobrepeso e obesidade (S e O): investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmio, macrossomia, gravidez múltipla; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual. (BRASIL, 2004)

Concluindo todo o levantamento dos dados e as condutas a serem realizadas, estimar o ganho de peso para a gestante (Figura 2):

Estado nutricional (IMC)	Ganho de peso total (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio (kg) no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade	–	0,3	7,0

FIG. 2 Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação, segundo estado nutricional inicial. Fonte: Ministério da Saúde. Manual Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006).

Nas consultas subseqüentes deve-se realizar os dois primeiros tópicos (cálculo do IMC e da idade gestacional), acompanhando o aumento do peso através do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, disponível no cartão da gestante e orientando-a no que for necessário. (BRASIL, 2004)

A Figura 3 mostra o gráfico de acompanhamento nutricional da gestante.

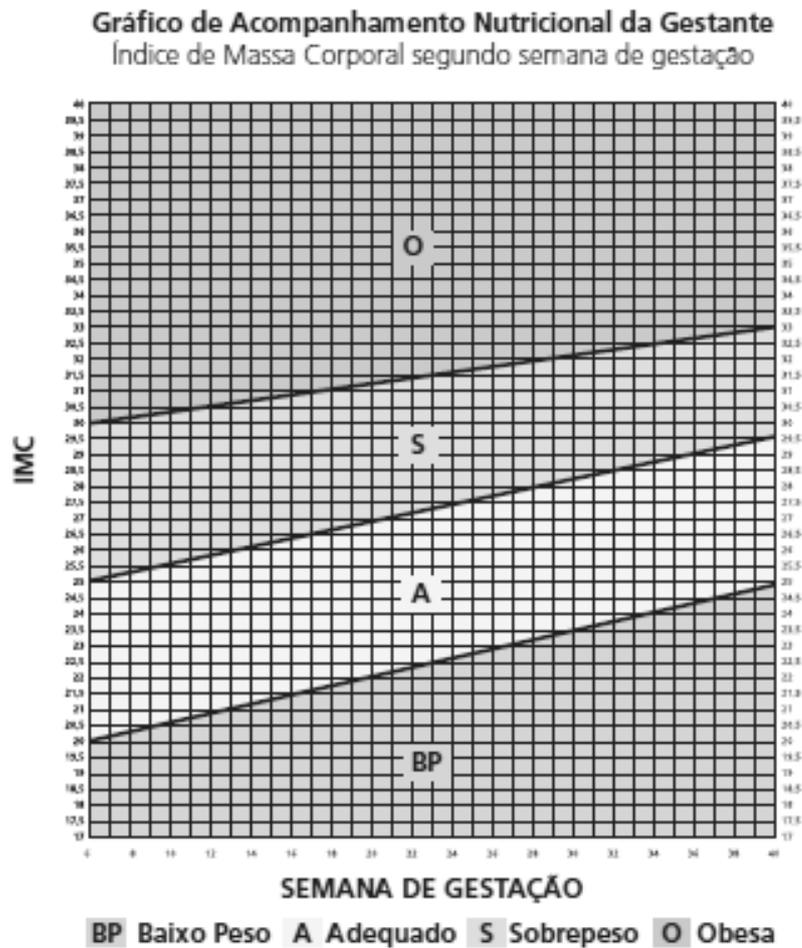


FIG. 3 Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante.

Fonte Ministério da Saúde. Manual Pré-natal e Puerpério, (BRASIL,2006).

É importante atentar que a classificação acima não é específica para gestantes adolescentes. Isso se deve ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase do ciclo da vida. (BRASIL, 2002)

2.7 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

“Entende-se por alimentação saudável aquela planejada com alimentos de todos os tipos, de procedência conhecida, preferencialmente naturais, preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais”. (BRASIL, 2002, p. 93)

A alimentação saudável deve ser realizada desde a gestação, até a realização posterior do acompanhamento personalizado da criança, compreendendo nesta, primeiramente a prática do aleitamento materno e a introdução subsequente de alimentos apropriados para cada fase que complementam o aleitamento materno. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005). Para a promoção da qualidade alimentar deve contemplar princípios como acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária. (BRASIL, 1986)

2.8 ALIMENTAÇÃO PARA A GESTANTE

Durante os três primeiros meses, a gestante deve atentar para a alimentação nos aspectos seguintes (BRASIL, 2009):

- Comer fígado e outras carnes, feijão, vegetais verdes escuros e frutas como laranja e limão. Esses alimentos ajudam a prevenir a anemia;
- O leite, o queijo e a manteiga ajudam a formar os ossos e os dentes do bebê;
- As verduras, a aveia, o milho, o trigo e as frutas ajudam a evitar a prisão de ventre;
- Evitar tomar bebidas que tenham álcool, pois o bebê pode nascer com baixo peso ou má-formação.

Do quarto ao sexto mês (BRASIL, 2009):

- - A gestante deve comer um pouco de cada vez, várias vezes ao dia para evitar azia e má digestão;
- - Comer frutas e verduras e beber muita água para evitar prisão de ventre e gases.

Do sétimo ao nono mês (BRASIL, 2009):

- Evitar comidas que pesem muito o estômago;
- Coma pouco de cada vez e não deite depois da refeição, devido a maior dificuldade de digestão.

2.9 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS ATÉ SEIS MESES

“O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil”. (BRASIL, 2009, p. 9)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Devendo ser iniciado o mais precoce possível, sendo os primeiros dias após o parto fundamentais para o sucesso da amamentação. (BRASIL, 1986; ARAÚJO, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existem cinco tipos de aleitamento materno. O preconizado é o “Aleitamento Materno Exclusivo”. Este se conceitua como:

É o recebimento exclusivo pela criança de leite materno, não importando a forma de como é oferecido, seja direto da mama ou ordenhado, ou que seja leite humano de outra fonte. Não sendo ofertados à criança outros líquidos ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. (BRASIL, 1986; ARAÚJO, 2006).

Na dinâmica fisiológica e emocional da criança, a amamentação é uma das primeiras experiências nutricionais do recém-nascido, que antes recebia uma nutrição intrauterina. O leite materno é composto por inúmeros fatores bioativos como hormônios e enzimas que vão atuar sobre o crescimento, diferenciação e maturação funcional de órgãos específicos, afetando, diretamente, o desenvolvimento do infante. O consumo energético das crianças em amamentação é inferior aos das que adotam uma dieta artificial, todavia, o consumo quantitativo nas que mamam é superior (BALABAN, 2004).

Verifica-se, contudo, a importância das políticas públicas de saúde no incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, visando atenuar a problemática da desnutrição ou obesidade na infância e, conseqüentemente, na idade adulta. (BRASIL, 1986; BALABAN, 2004).

Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a (BRASIL, 1986; ARAÚJO, 2006; MONTE, 2004):

- Maior morbimortalidade infantil.
- - Maior número de episódios de diarreia;
- - Maior número de hospitalizações por doença respiratória;

- - Maior risco de Diabetes Melito tipo I;
- - Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- - Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- - Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- - Menor duração do aleitamento materno.

O leite materno é o alimento que, apesar de ser único a cada nutriz, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do mundo. Apenas as nutrizes com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade. (BRASIL, 1986)

2.9.1 Importância do aleitamento exclusivo

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, o aleitamento materno exclusivo tem como pontos fundamentais:

- Evita mortes infantis: o leite materno possui vários fatores protetores contra infecções. Quanto menor é a criança, maior é a proteção do leite materno contra mortes infantis. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida;
- Evita diarreia: há fortes evidências de que o leite materno protege contra a diarreia, principalmente em crianças mais pobres. Essa proteção diminui quando não é aleitamento materno exclusivo. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas;
- Evita infecção respiratória;
- Diminui o risco de alergias: a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes;
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes: a OMS, em uma revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e

risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2. A mulher que amamenta também adquire essa proteção;

- Reduz a chance de obesidade: na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade;

- Melhor nutrição: Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses;

- Efeito positivo na inteligência: há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo;

- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal: o exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária;

- Menores custos financeiros: o leite já está pronto para ser ingerido pela criança, e sai direto do peito da mãe, não tendo nenhum gasto;

- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho: uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles;

- Melhor qualidade de vida: as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. (BRASIL, 1986; MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006).

2.9.2 Características e funções do leite materno

Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro (leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto). A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama. (BRASIL, 1986)

Se compararmos o leite humano com o de vaca, este tem muito mais proteína que o humano, e essas proteínas são diferentes do leite humano. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana. (BRASIL, 1986)

Há diferença também entre o leite das mães de bebês prematuros com as de bebês a termo. A Figura 4 apresenta comparativo das diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca.

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

FIG. 4 Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca. Fonte: Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: nutrição infantil, (BRASIL, 2009).

2.9.3 Técnicas de amamentação

Apesar de a sucção do bebê ser uma ação, o aprendizado de como retirar o leite do peito de forma eficiente é importante. A criança deve sugar, abocanhando o mamilo e toda ou parte da aréola, o que requer uma abertura ampla da boca, formando assim um lacre perfeito entre a boca e a mama. Isto evita fissuras e permite melhor esvaziamento dos seios laetíferos situados sob a aréola. A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal. (BRASIL, 1986)

Horário: A criança deve ser amamentada sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser (livre demanda). Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. (BRASIL, 1986)

Duração da mamada: A criança deve ter tempo livre, suficiente para ela esvaziar adequadamente a mama. Assim, a criança recebe o leite posterior, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade, ganho de peso adequado e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas, realizando manutenção da produção de leite. (BRASIL, 1986; BARROS, 1996; BRASIL, 2005).

Posição: A melhor posição para amamentar é aquela em que a mãe e o bebê sintam-se confortáveis. A amamentação deve ser prazerosa tanto para a mãe como para o bebê. (BRASIL, 1986; BARROS, 1996; BRASIL, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Quando a criança não pega adequadamente o mamilo do seio da mãe, chamamos de má pega, ou pega inadequada. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. O bebê com pega inadequada consegue retirar o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o posterior, podendo diminuir seu potencial de ganho de peso. Além disso, a má pega machuca os mamilos. Deve então todo profissional de saúde observar criticamente a mamada na hora da assistência. (BRASIL, 1986)

2.10 ALIMENTAÇÃO DA NUTRIZ

Para a produção do leite, é necessário aumentar a ingestão de calorias e de líquidos além do habitual. Acredita-se que um consumo extra de 500 calorias por dia seja o suficiente, pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2kg a 4kg para serem usados na lactação. (BRASIL, 1986)

2.10.1 Recomendações alimentares à nutriz

A seguir, a correta orientação para o aleitamento materno e para a alimentação para o desmame, segundo BRASIL, 1986.

- Consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes;
- Consumir três ou mais porções de derivados do leite por dia;
- Esforçar-se para consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A;
- Certificar-se de que a sede está sendo saciada;

- Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500g por semana);
- Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados. Deve-se observar a condição econômica da nutriz ao orientá-la quanto à alimentação ideal. A dificuldade das mulheres de baixa renda em manter uma alimentação ideal, pode interferir na sua vontade de amamentar. É fundamental levar em consideração além das preferências e hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos. É importante lembrar que as mulheres produzem leite de boa qualidade mesmo consumindo dietas subótimas.

2.10.2 Manutenção da amamentação com o retorno da mãe ao trabalho

Quando a nutriz for retornar ao trabalho deve verificar as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários). O início ideal da ordenha do leite (de preferência manualmente) e congelar o leite para usar no futuro é de 15 dias antes do retorno ao trabalho. (BRASIL, 1986)

Ao retornar para o trabalho, a nutriz deve amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite, evitar mamadeiras oferecendo o leite por meio de copo e colher. (BRASIL, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

Quando estiver no local de trabalho a nutriz deve esvaziar as mamas através da ordenha e guardar o leite em geladeira. Esse leite poderá ser oferecido à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no *freezer* ou congelador, por 15 dias. (BRASIL, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

O leite que foi congelado deve ser descongelado de preferência dentro da geladeira. Quando estiver descongelado, deve-se aquecer o leite em banho-maria fora do fogo e antes de oferecê-lo à criança, agitar levemente o recipiente para homogeneizar a gordura. (BRASIL, 1986)

2.10.3 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

Prevenir ou solucionar os problemas relacionados à amamentação é fundamental para garantir o processo de nutrição ideal da criança. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

- Bebê que não suga ou tem sucção fraca:

A mãe deve ser orientada a estimular sua mama com ordenha manual ou bomba de sucção (mínimo cinco vezes ao dia), para manter a produção de leite. Algumas vezes pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à posição inadequada do bebê para mamar, causando algum desconforto a ele. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez. A má pega também pode ser uma das razões. Essa má pega pode ser também devido a mamas tensas, ingurgitadas, mamilos invertidos ou planos. Uma mama é diferente da outra, tendo o bebê preferência por uma delas. O manejo vai depender do problema detectado. Neste caso, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição “jogador de futebol americano” (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). - Demora na “descida do leite”:

É normal em algumas mulheres essa descida demorar alguns dias. A principal medida é o profissional ajudar a mãe a desenvolver confiança nela mesma, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. - Mamilos planos ou invertidos:

Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para diagnosticar mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai, caso contrário, não é mamilo invertido. - Reflexo anormal de ejeção de leite:

A ejeção exacerbada de leite pode provocar engasgos na criança. Orienta-se ordenhar um pouco de leite antes do início da mamada. Nos casos de ingurgitamento mamário; dor nos mamilos/mamilos machucados; candidíase (monilíase); fenômeno de Raynaud; bloqueio de ductos lactíferos; mastite; abscesso mamário; galactocele; o manejo vai variar a cada situação particular da nutriz. (BRASIL, 1986)

2.10.4 Restrições da amamentação

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos como antineoplásicos e radiofármacos;
- Criança que tenha galatosemia;

- Infecção herpética, quando vesículas localizadas na pele da mama;
- Varicela;
- Doença de Chagas;
- Abscesso mamário;

Consumo de drogas de abuso. (BRASIL, 1986) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

2.10.5 Contraindicação da amamentação

- - Tuberculose;
- - Hanseníase;
- - Hepatite B;
- - Hepatite C;
- - Dengue;
- - Consumo de cigarros;
- - Consumo de álcool. (BRASIL, 1986) (WHO, 1998)
- A nutriz só deve usar medicações se indicado pelo médico ou enfermeiro (BRASIL, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

2.11 ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS DE SEIS MESES A DOIS ANOS

2.11.1 Alimentos de transição (desmame)

e a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública (BRASIL, 1986).

O início dos alimentos de transição, antigamente chamados de desmame, é a introdução de qualquer outro tipo de alimento além do leite materno. Servindo para complementar o leite materno, não substituí-lo. (ARAÚJO, 2006; WHO, 1998). São as seguintes as orientações

básicas ((MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION¹, 1998 para o início dos alimentos de transição (alimentação complementar):

- Deve ser gradual, tanto do ponto de vista da quantidade e qualidade dos alimentos quanto da consistência;
- Considerar os hábitos alimentares da família, a disponibilidade local dos alimentos, as variações sazonais e o preço de mercado;
- Os alimentos de desmame devem ser oferecidos de colher. Nunca oferecer em mamadeiras;
- A higiene no manuseio dos alimentos é de grande importância para evitar contaminação;
- Na preparação dos alimentos devem-se evitar dietas muito diluídas e volumosas.

2.11.2 Alimentação complementar ao leite materno

A introdução de novos alimentos junto ao leite materno a partir dos seis meses de idade chama-se alimentação complementar. Esse nome deve-se ao fato de que os alimentos introduzidos servem para complementar as qualidades do leite materno, que deve ser mantido de preferência até os dois anos de idade ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, introduz a criança nos hábitos alimentares da família. Casos especiais poderão requerer a introdução de alimentos complementares antes do sexto mês devendo cada caso ser analisado avaliado individualmente pelo profissional de saúde (BRASIL, 1986; MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006).

A introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil. Isso porque com a inserção do alimento diminui a ingestão de leite, logo, a diminuição dos fatores de proteção existentes no leite materno, e também pelo fato de que os alimentos complementares antes da hora são uma importante fonte de contaminação das crianças. Do ponto de vista nutricional, pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno (MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006).

Porém, introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque a partir do sexto mês a criança necessita dessa alimentação complementar para suprir os nutrientes que precisa para manter sua nutrição e o seu crescimento (MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006).

Afeto, paciência, carinho, suporte por parte da mãe e cuidadores, são fundamentais para a otimização da alimentação complementar. O papel da família é fundamental nessa fase, devendo ser estimulada. Mas problemas relacionados com a oferta inadequada da alimentação complementar são vistos comumente, sendo os mais comuns: anemia, excesso de peso e desnutrição (BRASIL, 1986).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) divulgada no ano de 2008 mostrou que a prevalência de baixo peso para a estatura em crianças menores de cinco anos no Brasil é de 1,6%, baixa estatura para a idade é de 6,8% e excesso de peso é de 7,4% (BRASIL, 2009).

Não restringir totalmente os alimentos preferidos das crianças é importante, uma vez que sua restrição pode fazê-las consumirem esses alimentos exageradamente em situações de “liberdade” (BRASIL, 1986) (RAMOS, 2001).

Novos alimentos devem ser oferecidos gradualmente e cotidianamente para a familiarização da criança com o alimento, para que não há rejeição de alimentos. Pois crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares. Esse comportamento é normal das crianças, não devem, portanto, os pais tomarem isso como uma aversão permanente, desistindo de oferecer certos alimentos rejeitados inicialmente pela criança. (BRASIL, 1986; RAMOS, 2001).

Idade de introdução de alimentos:

Até os quatro meses de idade, a criança ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos. (BRASIL, 1986; RAMOS, 2001)

“Dentre o quarto ao sexto mês de vida, a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhoram sensivelmente não só em função do desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, como também pela maturação da função gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular”. (BRASIL, 2009, p.75)

“Com a aproximação do sexto mês de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório e, por sua vez, a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura”. (BRASIL, 2009, p.75)

A quantidade e a frequência dos alimentos devem ser oferecidos de acordo com a aceitação da criança. Essa aceitação varia de criança para criança. Deve-se encorajar a criança a comer até ela ficar saciada. É importante variar ao máximo a dieta para que a criança receba todos os

nutrientes de que necessita, para ampliar sua aceitação de diversos alimentos e, também, evitar a monotonia alimentar. (BRASIL, 1986; MONTE, 2004)

Nas Figuras 6 e 7 apresenta-se uma proposta de esquema alimentar para crianças de seis meses a dois anos de idade, elaborado a partir das recomendações atuais. Esses esquemas não são rígidos, apenas servem de guia para a orientação das mães quanto à época e frequência de introdução da alimentação complementar:

Após completar 6 meses	Após completar 7 meses	Após completar 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde • 1 papa salgada no final da tarde 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno sob livre demanda • 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia) • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da manhã • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da tarde

FIG. 5 Esquema alimentar para crianças de 06 meses a 02 anos de idade.

Fonte Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: nutrição infantil, 2009.

Faixa etária	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

FIG. 6 Esquema para introdução dos alimentos complementares.

Fonte Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: nutrição infantil, 2009.

Mesmo mantendo o leite materno a livre demanda após o sexto mês, este deve ser retirado em horário que antecede as refeições principais do dia. Assim a criança realmente estará alimentando de acordo com sua necessidade alimentar e saciedade. (BRASIL, 1986)

Caloria média diária da alimentação complementar:

- De seis a oito meses, média de 200 kcal por dia;
- De nove a 11 meses, média de 300 kcal por dia;
- De 12 a 23 meses, média de 550 kcal por dia. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; MONTE, 2004)

“A energia total requerida para o crescimento saudável em criança em aleitamento é de 615 kcal/dia de seis a oito meses, 686 kcal/ dia de nove a 11 meses e 894 kcal/dia de 12 a 23 meses”. (BRASIL, 2009, p.78)

Orientações para alimentação complementar:

Deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes), sendo importante variar também os alimentos mesmo que sejam dentro do mesmo grupo, pois diferentes alimentos de um mesmo grupo podem ser fontes de diferentes nutrientes. Importante observar a quantidade ideal de oferecer à criança de cada grupo. (Ver anexo B - Descrição dos grupos de alimentos);

O ovo cozido e as carnes devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade;

O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade;

Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados;

A carne deve fazer parte das refeições desde os seis meses de idade;

Na idade de oito a dez meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal, para prevenir casos de hipertensão arterial na infância e conseqüente risco cardiovascular na vida adulta;

Alguns exemplos de temperos naturais que podem ser utilizados: alho, cebola, tomate, pimentão, limão, laranja, salsa, cebolinha, hortelã, alecrim, orégano, manjeriço, coentro, noz-moscada, canela, cominho, manjerona, gergelim, páprica, endro, louro, entre outros;

As frutas devem ser oferecidas sob a forma de papas, em colheradas;

Os sucos naturais podem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a elas, em uma dose pequena;

O mel, a recomendação de evitar o seu uso em menores de 12 meses visa à prevenção de botulismo;

O leite de vaca (responsável por 20% das alergias alimentares), não é recomendado antes dos 9 - 12 meses;

Nos intervalos é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança. (BRASIL, 1986; MONTE, 2004)

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida. O consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade infantil. Em caso de história familiar de alergia, preconiza-se evitar no primeiro ano de vida alimentos como ovo, amendoim, nozes e peixe. (BRASIL, 1986; MONTE, 2004)

Orientações da prática de preparo e consumo dos alimentos:

A água deve ser tratada, fervida ou filtrada;

Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;

Lavar as mãos da criança com água e sabão após defecação e antes das refeições;

Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;

Usar apenas alimentos que não estejam danificados e guardá-los em local seguro;

Preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição e servi-lo imediatamente após o preparo;

Os alimentos contidos nas papas salgadas devem ser bem cozidos;

As frutas devem ser bem lavadas, em água própria, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca;

A sobra do prato não deve ser oferecida novamente, tão bem como a sobra da mamadeira;

A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreia.

Orientar à higienização adequada. (BRASIL, 1986) (MONTE, 2004)

A orientação de adoção de práticas adequadas de higiene no preparo dos alimentos deve ser constante pelos profissionais de saúde. Porém, em muitos locais essa prática é dificultada pela falta de saneamento básico, água limpa, sabão e utensílios. Ainda assim deve-se tentar encontrar caminhos que diminuam o perigo de contaminação de alimentos complementares e o risco de sua introdução para o estado nutricional das crianças. (MONTE, 2004; ARAÚJO, 2006).

O Ministério da Saúde, (BRASIL,2007) faz algumas recomendações para uma alimentação saudável através do manual *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*. Estudos mostram que famílias que foram educadas para a alimentação infantil através do guia, apresentaram maior proporção de aleitamento materno exclusivo aos quatro e seis meses e amamentadas aos 12 meses e a menor proporção de crianças que apresentaram diarreia, problemas respiratórios e uso de medicamentos na faixa etária de 12 a 16 meses Associou-se também a menor prevalência de cárie dentária. Reduziu o número de crianças que receberam bala, refrigerante, mel, biscoitos do tipo recheado, chocolate e salgadinho na faixa etária de 12 a 16 meses. (Ver anexo C - Guia Alimentar)

2.11.3 Pirâmide alimentar e dietas recomendadas

A Pirâmide Alimentar é a representação gráfica do Guia alimentar para menores de dois anos do Ministério da Saúde e constitui uma ferramenta prática que permite aos indivíduos a seleção de uma alimentação adequada e saudável. É composta por oito grupos de alimentos, distribuídos em quatro níveis, apresentados da base ao topo da pirâmide, considerando a sua participação na dieta em quantidades respectivamente maiores ou menores de porções. Na Figura 7, a ilustração da pirâmide alimentar infantil:

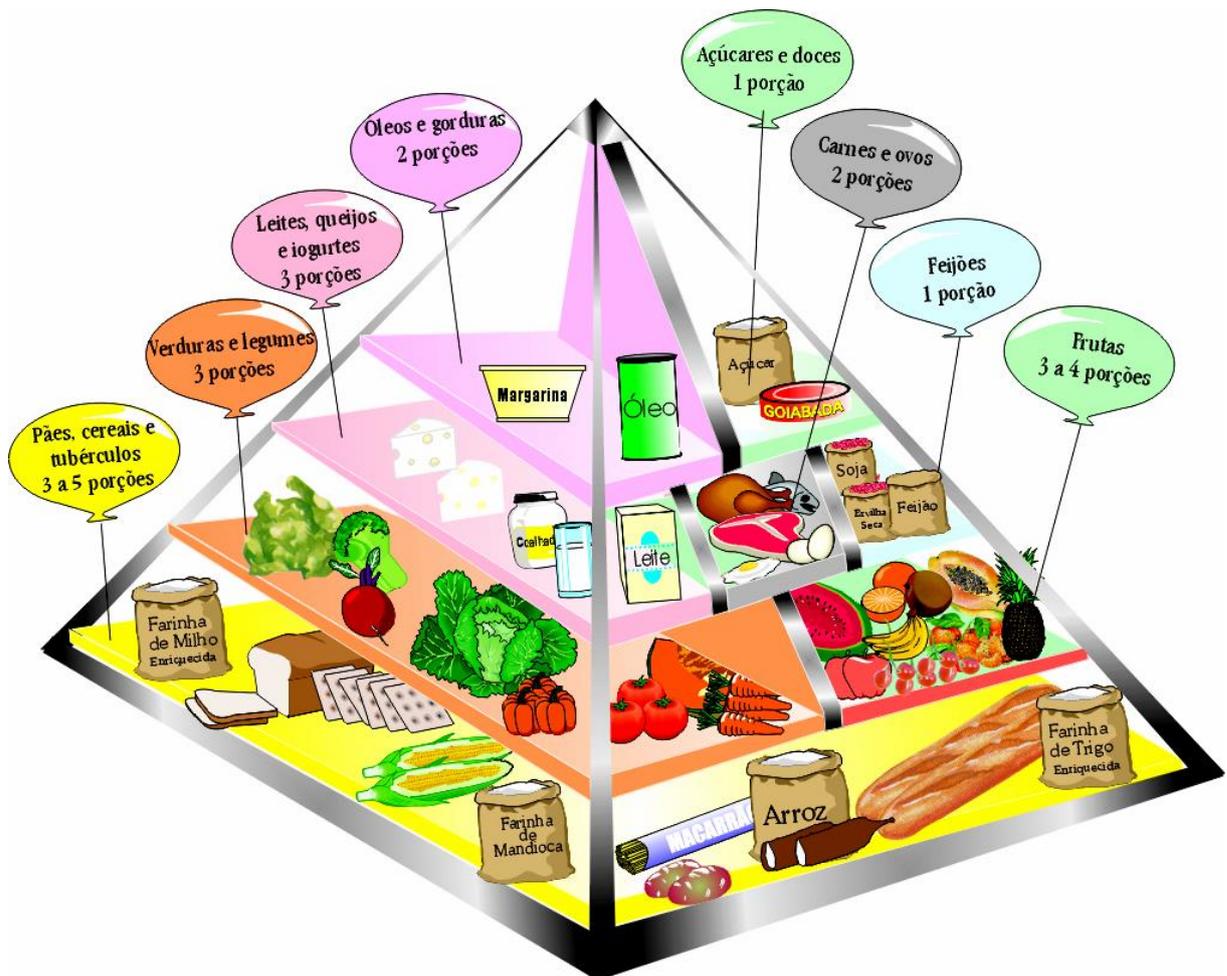


FIG. 7 Pirâmide alimentar para menores de dois anos.

Fonte: Ministério da Saúde. Guia Alimentar para menores de dois anos, 2007.

Cada nível da pirâmide é representado por diferentes grupos de alimentos:

Nível 1 – Grupo 1 - cereais, pães e tubérculos;

Nível 2 – Grupo 2 - verduras e legumes;

Grupo 3 – frutas;

Nível 3 – Grupo 4 - leites, queijos e iogurtes;

Grupo 5 - carnes e ovos;

Grupo 6 – feijões;

Nível 4 – Grupo 7 - óleos e gorduras;

Grupo 8 - açúcares e doces. (Ver anexo B - Descrição dos grupos de alimentos).

Uma dieta adequada inclui quantidades de consumo diário de cada grupo alimentar. O Guia alimentar para menores de dois anos do Ministério da Saúde sugere uma dieta para crianças de 06 a 11 meses e outra de 12 a 23 meses. (ARAÚJO, 2006)

Dieta para crianças de 06 a 11 meses:

Café da manhã:

Leite materno livre demanda

Almoço:

1 porção de Cereais

1 porção de Carnes

2 porções de Verduras e Legumes

1 porção de Óleos e Gorduras

1 porção de Frutas

Lanche da tarde:

1 porção de Frutas

1 porção de Cereais

Jantar:

1 porção de Cereais

1 porção de Feijões

1 porção de Carnes

1 porção de Verduras e Legumes

1 porção de Óleos e Gorduras

1 porção de Frutas

Dieta para crianças de 12 a 23 meses:

Café da manhã:

1 porção de Leites ou 1 xícara de chá de Leite Materno

1 porção de Cereais

1 porção de Açúcares

Almoço:

1 porção de Cereais

1 porção de Carnes

2 porções de Verduras e Legumes

1 porção de Óleos e Gorduras

3 porções de Frutas

Lanche da tarde:

1 porção de Leites

Jantar:

1 porção de Cereais

1 porção de Feijões

1 porção de Cereais

1 porção de Carnes

1 porção de Verduras e Legumes

1 porção de Óleos e Gorduras

1 porção de Frutas

Lanche da noite:

1 porção de Leites ou 1 xícara de chá de Leite Materno

1 porção de Cereais

É disponível em diversos manuais do MS sugestões de receitas para uma refeição saudável.

No Anexo D disponibilizamos algumas dessas receitas.

2.12 ALIMENTAÇÃO PARA RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

A alimentação do recém-nascido deve ser iniciada o mais precocemente possível após o parto desde que a criança esteja em condições de se alimentar por via oral (parâmetros cardiorrespiratório normais, sem distensão abdominal e/ou resíduos) para estabelecer um bom quadro nutricional. Nas crianças com peso inferior a 1800 g deverá ser iniciado logo após o nascimento, por via venosa com glicose a 10%. (MONTE, 2000)

Os recém-nascidos necessitam de um cuidado nutricional especial. Abordaremos aqui os cuidados alimentares com recém-nascidos de baixo-peso:

- Volume:

Iniciar com 1 a 2 ml/kg e aumentar gradativamente por mamada até que a criança atinja a taxa calórica;

- Número de mamadas:

- < 1.250 g: inicialmente 12/dia e depois do 3º dia 3/3 horas;

- > 1.250 g: 8 vezes/dia;

- Leite Materno:

A criança deve ser alimentada com o leite de sua própria mãe podendo, na impossibilidade, substituí-lo pelo de outras mães desde que seja pasteurizado. A concentração de cálcio e fósforo é inadequada para prematuros tanto no leite materno como no leite de banco de leite. Portanto, após a primeira semana, para prematuros com pesos inferiores a 1.200g complementar com cálcio e fósforo de modo a fornecer no total (leite + complemento) 180 - 200 mg/kg/dia de cálcio, 95 - 105 mg/kg/dia de fósforo (Fosfato tri-cálcico 12,9% preparado em farmácia de manipulação contém por 1 ml: 50 mg de Cálcio de 25 mg de Fósforo);

- Técnica:

- Seio materno: todos os RN com peso superior a 1.800 g e/ou idade gestacional igual ou superior a 35 semanas e que tenham boa aptidão para sugar e deglutir;

- Gavagem: todos os prematuros com peso inferior a 1800g e/ou idade gestacional menor que 35 semanas, ou naqueles em que a deglutição e/ou sucção sejam insuficiente;

- Fluidoterapia:

Será feita, com glicose a 10% e eletrólitos em todos recém-nascidos com peso menor de 1.800g até que os mesmos atinjam uma quantidade total de líquidos de 110ml/kg/dia por via oral. (MONTE, 2000)

2.13 ESTRATÉGIAS PARA A BOA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

O desenvolvimento do padrão alimentar da criança está diretamente relacionado com o processo de aprendizagem. E esse processo é formado tanto por aspectos sensoriais (apresentação visual, cores, formatos atrativos), à forma de preparo dos alimentos (temperos suaves, preparações simples e alimentos básicos), às porções adequadas à capacidade gástrica restrita, fazendo introdução de novos alimentos de forma gradual, levando em consideração as preferências e interesses da criança e ao ambiente onde serão realizadas as refeições. (PHILIPPI, 2003; MONTE, 2004).

É importante fazer das refeições um hábito na vida da criança. Para isso devem-se estabelecer horários regulares para realização de cada refeição, selecionar bem os utensílios que a criança utilizará, sendo adequados para sua idade. Esse hábito também auxiliará na aceitação de novos alimentos. Os lanches, como refeições intermediárias, devem ser saudáveis, pois nesta idade os hábitos alimentares estão em formação. (RAMOS, 2000; PHILIPPI, 2003)

É interessante deixar as crianças optarem pelos alimentos que gostariam consumir, porém, é importante uma pré-seleção dos alimentos por parte dos pais, para que não haja erro na escolha dos alimentos quanto aos nutrientes necessários para a saúde da criança. Uma vez que não havendo essa pré-seleção há a tendência alimentar infantil por alimentos pouco nutritivos (RAMOS, 2001).

2.14 ERROS NA OFERTA DO ALIMENTO À CRIANÇA

As crianças tendem a gostar menos dos alimentos que são forçadas, coagidas a comê-los, mesmo na existência de recompensa, resultando repudia ao alimento. Com isso acaba que o objetivo, o de estabelecer um padrão alimentar nutritivo não é atingido. (RAMOS, 2001)

As crianças desde cedo aprendem a respeitar sua saciedade. Oferecer além do que a criança necessita nutricionalmente pode resultar em alimentação inadequada. “Por exemplo, quando a criança fala que não deseja mais comer, porque está satisfeita, e os pais exigem que a criança termine de comer toda a comida oferecida, a criança passa a fixar que sua sensação interna de

saciedade não é relevante para a quantidade de comida que ela precisa consumir, podendo impedir o desenvolvimento de um autocontrole adequado”. (RAMOS, 2001, p.234)

Todas essas estratégias influenciarão no peso da criança, podendo levar inclusive à obesidade. Estudo demonstra que, quando os pais exercem maior controle na alimentação das crianças, elas demonstram menos autorregulação na sua ingesta energética. (RAMOS, 2001)

2.15 PROBLEMAS NUTRICIONAIS

2.15.1 Desnutrição infantil

A situação nutricional da criança brasileira vem melhorando, mas a desnutrição ainda preocupa, especialmente o retardo no crescimento linear, que é o reflexo da fome crônica. A desnutrição infantil ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. Assim sendo, na maioria dos casos, a desnutrição é o resultado de uma ingesta insuficiente, ou fome, e de doenças. (WHO, 1995) (ARAÚJO, 2006)

Entre os fatores que contribuem para a desnutrição na criança pequena encontram-se:

- As suas necessidades relativamente maiores, tanto de energia como de proteínas, em relação aos demais membros da família;
- O baixo conteúdo energético dos alimentos complementares utilizados e administrados com frequência insuficiente;
- A disponibilidade inadequada de alimentos devido à pobreza, desigualdade social, falta de terra para cultivar e problemas de distribuição intrafamiliar;
- As infecções virais, bacterianas e parasitárias repetidas, que podem produzir anorexia e reduzir a ingestão de nutrientes, sua absorção e utilização, ou produzir a sua perda;
- As fomes causadas por secas ou outros desastres naturais ou guerras; as práticas inadequadas de cuidado infantil tais como administração de alimentos muito diluídos e/ou não higienicamente preparados. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995)

Crianças gravemente desnutridas têm seus órgãos e sistemas afetados. Com isso, todos os processos do organismo entram em uma redução funcional adaptativa, como estratégia para garantir a sobrevivência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995)

A seguir, encontram-se os principais aspectos da fisiopatologia da desnutrição grave:

Órgão/Sistema	Alteração	Consequência funcional
Tubo digestivo	- Achatamento e atrofia das vilosidades intestinais	- Diminuição de todas as enzimas digestivas - Má digestão, má absorção e diarreia - Deficiência de micronutrientes
Fígado	- Esteatose - Lesão de hepatócitos - Alteração grave de todas as funções hepáticas - Redução da síntese de proteínas e da gliconeogênese	- Hipoproteïnemia - Edema - Hipoglicemia
Músculos	- Redução/perda de massa muscular esquelética e lisa	- Magreza acentuada - Movimentos débeis de membros e tronco - Alterações miocárdicas
Sistema Imunológico	- Atrofia de timo, amígdalas e linfonodos - Imunidade deprimida	- Infecções subclínicas - Septicemia
Metabolismo	- Metabolismo basal e bomba de sódio-potássio alterados	- Hipoglicemia - Hipotermia/hipertermia - Distúrbios eletrolíticos
Sistema circulatório	- Função renal alterada - Débito cardíaco e volume circulatório reduzidos	- Risco de morte por sobrecarga cardíaca
Sistema hormonal	- Níveis de insulina e de fator 1 de crescimento e insulina reduzidos - Hormônio do crescimento e cortisol aumentados	- Intolerância à lactose
Rim	- Redução da filtração glomerular, da excreção de sódio e de fosfato	- Risco de morte por administração de sódio - Infecções urinárias são comuns

FIG. 8 Fisiopatologia da Desnutrição.

Fonte: MONTE, 2000.

Em relação aos sinais clínicos da desnutrição, a Figura 9 apresenta as três principais formas graves de desnutrição.

Marasmo	Kwashiorkor	Kwashiorkor Marasmático
<ul style="list-style-type: none"> • Magreza extrema e atrofia muscular. • Perda intensa de tecido subcutâneo. • Abdômen proeminente devido à magreza. • Aspecto simiesco. • Pele frouxa, sobretudo nas nádegas. • Peso para idade sempre inferior ao percentil 3. • Irritabilidade. • Apetite preservado na maioria dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema geralmente generalizado. • Perda moderada de tecido subcutâneo. • Hepatomegalia. • Cabelo fraco, seco e descolorido. • Alterações cutâneas são freqüentes. • Peso para idade muito abaixo do percentil 3. • Apatia. • Anorexia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características de marasmo com edema ou sinais de kwashiorkor em crianças com perda intensa de tecido subcutâneo e peso para idade inferior ao percentil 3. • Depois de curto período de tratamento, com o desaparecimento do edema, apresentam características típicas de marasmo.

FIG. 9 Sinais Clínicos da Desnutrição.

Fonte: Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, 2002.

Os efeitos da desnutrição e da infecção, mesmo nas formas moderadas e leves, não são aditivos, mas sim multiplicativos. A efetiva prevenção da desnutrição infantil calórico protéica não pode ser então um objetivo isolado em relação a medidas gerais que visem atender às necessidades básicas dos pobres. (WORLD HEALTH ORGANIZATION , 1995)

2.15.2 Obesidade infantil

O índice de obesidade entre crianças tem aumentado alarmantemente em todo o mundo. Tornando assim um problema de saúde pública que deve perdurar por toda a vida da criança obesa. (BRASIL, 1986)

A obesidade na infância está na maioria das vezes relacionada ao consumo de alimentos hipercalóricos, atrelado ao sedentarismo, e em poucos casos ao consumo excessivo de alimentos. Além de todos os problemas para a criança que a obesidade pode causar, para o poder público é sinônimo de oneração nos cofres públicos, uma vez que aumenta a quantidade

de tratamentos, internações, e além disso, podem levar o indivíduo à morte. (BALABAN, 2004)

Estudo mostrou que uma amamentação ineficaz, atrelada a uma condição socioeconômica deficiente, pode favorecer o surgimento de um cenário propício para a gênese da obesidade infantil. O papel do aleitamento materno na prevenção do excesso de peso pediátrico é uma hipótese difundida mundialmente e respaldada em vários trabalhos científicos. Apesar disso, os mecanismos pelos quais o leite materno desempenharia uma proteção em relação à obesidade ainda não foram totalmente elucidados. (BALABAN, 2004.)

“Todavia, sabe-se também que o néctar da genitora é composto por fatores bioativos como os hormônios insulina, T3 e T4 e a leptina, que agem no centro da alimentação e saciedade, localizado no hipotálamo, regulando o balanço energético do metabolismo infantil”. (BRASIL, 2006)

Crianças que amamentam no peito, provavelmente receberam fórmulas lácteas como substituição ao leite materno. Isso eleva o consumo energético consideravelmente, sendo de 15% a 20% mais elevado quando comparado a crianças amamentadas com leite materno exclusivo. Isso aumenta o tecido adiposo, sendo uma possível causa então da obesidade infantil. (BALABAN, 2004)

Fatores endógenos, como alterações hormonais também podem influir no surgimento da obesidade infantil, assim como o estresse, que em certas ocasiões gera ansiedade e esta leva a um consumo exagerado de alimentos, acima do necessário. (BALABAN, 2004)

Quando a criança entra na alimentação complementar é importante investir em carboidratos (cereais, grãos, verduras, legumes e hortaliças, que são a base da pirâmide alimentar), proteínas (carnes magras, peixes, frangos, ovos, leite e queijos magros) e fibras. Na lista das comidas a serem evitadas estão *hot dog*, *pizza*, hambúrguer, sorvetes, batatas fritas, chocolates, balas, açúcares, refrigerantes. (BALABAN, 2004)

2.15.3 Anemia

“O ferro é um micronutriente muito importante na dieta da criança pequena. A sua deficiência está associada com anemia ferropriva, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e, diminuição das defesas do organismo e da capacidade intelectual e motora”. (ARAÚJO, 2006)

A anemia por deficiência de ferro é considerada o principal problema de saúde pública no mundo. Causa prejuízos e atrasos no desenvolvimento motor e cognitivo em crianças e que parecem não ser revertidos mesmo após a suplementação medicamentosa com ferro. O consumo de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes são causas de anemia infantil. (BRASIL, 1986)

É indiscutível que o leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança previne anemia. O leite materno quando oferecido exclusivamente, mesmo apresentando um nível baixo de ferro, supre as necessidades deste pelo organismo no lactente nascido a termo nos primeiros seis meses de vida. (BRASIL, 1986; ARAÚJO, 2006)

O ferro apresenta-se nos alimentos sob duas formas: heme e não heme. O ferro heme, presente na hemoglobina e mioglobina das carnes e vísceras têm maior biodisponibilidade, não estando exposto a fatores inibidores, sendo absorvidos em torno de 20% a 30% desse nutriente. O ferro não heme, contido no ovo, cereais, leguminosas (ex. feijão) e hortaliças (ex. beterraba), ao contrário do ferro animal, é absorvido de 2% a 10% pelo organismo. Ele pode ter suas taxas de absorção aumentadas pela presença de agentes facilitadores da sua absorção, ou agentes que diminuem sua absorção (BRASIL, 2009, p. 87)

Crianças de seis a 12 meses necessitam de uma taxa de ferro elevada. Essa taxa é de difícil absorção apenas pela alimentação. Assim, a criança fica vulnerável ao desenvolvimento de anemia por deficiência de ferro, que prejudica o seu crescimento e desenvolvimento. Por isso a equipe de saúde deve atentar na recomendação de alimentos que são fonte de ferro e na suplementação do ferro medicamentoso para crianças nessa idade. O suplemento é encontrado nas Unidades Básicas de Saúde e é indicado para todas as crianças de seis meses a um ano e meio. (BRASIL, 1986; BARROS, 1996; ARAÚJO, 2006; BRASIL, 2005).

O Programa de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde não é indicado para crianças com doenças que cursam o acúmulo de ferro, como hemossiderose e anemia falciforme, ressalvadas aquelas que tenham a indicação de profissional. (BRASIL, 2009)

Figura um quadro de alimentos comumente consumidos e fontes de ferro:

Alimentos	Quantidade (100g)	Ferro (mg)
Fontes de ferro heme		
Carne de gado cozida (lagarto)	1 bife médio	1,9
Carne de gado cozida (contrafilé sem gordura)	1 bife médio	2,4
Carne de gado cozida (patinho sem gordura)	1 bife médio	3,0
Frango cozido (coxa sem pele)	2 unidades grandes	0,8
Frango cozido (peito sem pele)	1 pedaço médio	0,3
Frango cozido (sobrecosta sem pele)	2 unidades pequenas	1,2
Coração de frango cozido	12 unidades grandes	6,5
Peixe cozido	1 filé médio	0,4
Carne de porco (bisteca grelhada)	1 pedaço médio	1,0
Carne de porco (costela assada)	1 pedaço médio	0,9
Fígado de boi cozido	1 bife médio	5,8
Fígado de galinha	2 unidades médias	9,5
Fontes de ferro não heme		
Ovo	2 unidades	1,5
Feijão preto cozido	1 concha média	1,5
Beterraba cozida	4 fatias grandes	0,2
Beterraba crua	5 colheres das de sopa cheias de beterraba ralada	0,3

FIG. 10 Quadros de alimentos fontes de ferro.

Fonte: Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: nutrição infantil, 2009.

2.15.4 Hipovitaminose A

A concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Em muitos países em desenvolvimento, as crianças pequenas ingerem quantidades adequadas de vitamina A. Entretanto, em áreas onde a deficiência é endêmica, o alimento complementar é de vital importância como fonte dessa vitamina. (ARAÚJO, 2006)

Em crianças, níveis de retinol sérico abaixo de 20µg/dl (>0,70µmol/L), caracteriza a hipovitaminose A. Nos seis primeiros meses de vida a quantidade de vitamina A presente no leite materno supera as necessidades da criança. Dos seis aos 12 meses, as crianças devem consumir 500µg/dia de vitamina A e, na idade de um a três anos, 300µg/dia. (BRASIL, 1986)

Abaixo estão listados alguns dos principais alimentos fontes de vitamina A:

Alimento	Quantidade (100g)	Vitamina A (µg)
Abóbora cozida	4 colheres das de sopa	108
Mamão papala	½ unidade média	31,22
Manga	½ unidade média	402,12
Cenoura crua	1 unidade média	2813,7
Cenoura cozida	1 unidade média	2455,25
Brócolis	3 ramos médios	139
Couve	4 colheres das de sopa	72
Espinafre	4 colheres das de sopa	819
Batata doce cozida	3 colheres das de sopa	1790,25
Fígado bovino cru	1 bife médio	10318,75

FIG. 11 Alimentos fontes de vitamina A.

Fonte: Ministério da Saúde. Manual Saúde da Criança: nutrição infantil, 2009.

2.15.5 Outras vitaminas

O leite materno e a alimentação complementar contribuem em taxas muito baixas de vitamina D. Além disso, depende da exposição direta da pele à luz solar. Em bebês amamentados exclusivamente ao seio e não expostos à luz solar, os estoques de vitamina D existentes ao nascimento provavelmente esgotariam em 8 semanas. Porém, poucas horas de exposição à luz solar da manhã – 30 minutos a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê, e 30 minutos por semana (4 minutos por dia), se o bebê estiver usando apenas fraldas – produzem vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses. Crianças que têm pigmentação escura da pele podem requerer três a seis vezes

o tempo de exposição de bebês de pigmentação clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D. (BRASIL, 1986) (MONTE, 2004).

“O suprimento de vitaminas como riboflavina, niacina, tiamina, folato e vitamina C pode ser baixo em algumas populações, assim como o de vitamina E, mas não há evidência de benefício da indicação de suplementação dessas vitaminas de forma rotineira”. (BRASIL, 1986) (MONTE, 2004)

2.16 ATENÇÃO BÁSICA NA PREPARAÇÃO DA GESTANTE PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL INFANTIL

Durante o acompanhamento pré-natal, é importante dialogar com as mulheres sobre os seguintes aspectos:

- Quais metas são estabelecidas com relação à alimentação da criança;
- Importância do aleitamento materno e seus anseios, medos, preocupações, dúvidas acerca do aleitamento materno;
- Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano;
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;
- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las. (BRASIL, 1986)

Incentivar o aleitamento materno já durante a gestação tem demonstrado impactos positivos nas prevalências de aleitamento materno, principalmente nas primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. Não é mais recomendado a “preparação” das mamas para a amamentação. A própria gravidez as prepara. (BRASIL, 1986)

2.17 ATENÇÃO BÁSICA NO ACOMPANHAMENTO DA NUTRIÇÃO E CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A avaliação periódica do ganho de peso pelo profissional de saúde, através da puericultura ou do atendimento esporádico, permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, detectando precocemente risco para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil (BRASIL, 2002) (BRASIL, 2004).

As informações colhidas durante a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, como o ganho de peso e aquisição de habilidades são os dois melhores indicadores de crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essas informações colhidas também facilitam o diálogo entre responsável e enfermeiro, facilitando as intervenções quando necessárias (BRASIL, 2002).

Vários profissionais de saúde rotulam a desnutrição infantil como sendo um “problema social” e adotam uma atitude de descaso, pouca importância ou derrotista face à criança desnutrida ou em risco de desnutrição, e de menos valia em relação à promoção da nutrição para a saúde da criança. Outros, tendo o saber da diminuição da incidência e prevalência de crianças desnutridas gravemente, passam a minimizar o problema, e esquecem de verificar a existência de uma epidemia silenciosa de fome oculta e de desnutrição, expressa de forma moderada e leve, menos evidente. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Segundo a OMS, são responsabilidades do setor de saúde, na alimentação e nutrição em nível nacional:

Definição e análise do problema nutricional; Promoção e participação em estratégias e programas multissetoriais de alimentação e nutrição; Implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995)

No ambulatório e no domicílio, as equipes do PSF, poderão atuar minuciosamente na orientação nutricional de gestante, nas infecções, no direcionamento de programas para enfrentar a falta de alimentos, sobre o fator de aparente negligência com o cuidado da criança que pode ocorrer, principalmente, por falta de informação adequada às mães, sobre “aleitamento materno, alimentação complementar para crianças a partir de 6 meses, incluindo alimentos ricos em vitamina A, ferro, zinco, vitamina B6, alimentação da criança doente e reidratação oral na diarreia”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995)

grande desafio do profissional de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável (BRASIL, 2009, p.66).

O Ministério da Saúde, (BRASIL, 2009) padroniza um formulário de marcadores do consumo alimentar que é de grande ajuda ao profissional de acompanhamento da nutrição infantil.

Podendo ser aplicado tanto nas consultas, quanto nas visitas domiciliares. (Ver anexo E – Formulário Avaliação Nutricional Infantil)

É importante educar os pais também para o acompanhamento e estímulo ao crescimento e desenvolvimento infantil. (Ver anexo F - Estímulo ao Desenvolvimento da Criança)

2.18 ATENÇÃO BÁSICA NA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO ATRAVÉS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

O crescimento individual das crianças pode ter uma grande variação. Por isso a importância de acompanhar individualmente o crescimento da criança avaliando sua evolução através de sua história pontualmente e como um todo. Sendo o registro periódico do peso no Gráfico Peso/Idade do Cartão da Criança do Ministério da Saúde a melhor forma desse acompanhamento. (BRASIL, 2002; BARROS, 1996; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Orientação em caso de deficiências identificadas:

No caso dos percentis indicados em cada gráfico do Cartão da Criança estarem fora da faixa de “normalidade”, as crianças devem ser encaminhadas a um profissional capacitado em distúrbios do crescimento, para avaliação detalhada e orientação mais específica. Contudo, caso esse déficit seja muito acentuado, ou em crianças de famílias com boa condição financeira, deve, ser encaminhados a especialistas para afastar diagnósticos de doenças metabólicas ou infecções crônicas. (BRASIL, 2002)

3 CONCLUSÃO

A alimentação complementar adequada da criança amamentada é crítica para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, torna-se um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação.

A literatura evidencia a relevância do processo de aprendizagem na formação do comportamento alimentar da criança, através do condicionamento associado da sugestão do sabor dos alimentos, da consequência fisiológica da alimentação e do contexto social. As estratégias alimentares dos pais na hora da refeição contribuem para aquisição das preferências alimentares da criança e para o controle interno da fome e saciedade. Recomenda também que os pais sejam informados sobre como deve ser uma alimentação saudável para a criança, e sobre os métodos de aprendizagem das preferências alimentares, a fim de que possam ampliar a variabilidade dos alimentos, reduzindo a neofobia alimentar infantil.

Além disso, os pais devem ser orientados para permitir que a criança aprenda sobre a sugestão interna da fome e da saciedade, desenvolvendo o autocontrole do seu consumo alimentar, minimizando problemas de sobrepeso.

A diversidade conceitual não deve desviar nossa atenção do que é essencial: conhecer o crescimento e desenvolvimento normal e suas variações para que, se possam oferecer orientações à família, e em caso de necessidade, fazer o encaminhamento para diagnóstico e intervenção, o mais precocemente possível.

A redução da desnutrição infantil depende de intervenções integradas que reduzam a pobreza e melhorem a qualidade de vida das famílias menos favorecidas. Isso implica estratégias amplas no nível governamental, com intensa participação da sociedade civil. Não é função do profissional de saúde mudar a estrutura política e econômica de uma sociedade, mas é sua responsabilidade entender as desigualdades e limitações vividas pela população por ele atendida, e ser capaz de, neste contexto, aplicar o conhecimento científico disponível.

O desafio não deve ter como base a redução do número de crianças desnutridas, mas sim a melhoria na oferta nutricional das crianças que necessitam e da manutenção da qualidade nutricional daquelas que já possuem. Tendo o foco preventivo, através da melhoria da qualidade de vida da criança.

Quanto à obesidade, a vulnerabilidade infantil frente a um padrão de alimentação ineficaz, é uma temática relevante para a pesquisa e atuação terapêutica de enfermagem na prevenção dessa doença metabólica.

A alimentação saudável é então obrigação de quem? Como se trata de um direito das crianças pequenas e suas mães, cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil. Aos profissionais de saúde cabe repassar os conhecimentos atuais sobre alimentação infantil adequada, visando promover o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança.

Estudos nesta área, se possível envolvendo uma perspectiva multidisciplinar, fazem-se necessários para um maior entendimento do fenômeno do comportamento alimentar infantil, permitindo o desenvolvimento de ações e programas de prevenção com base na realidade psicossocial e cultural brasileira, levando assim para uma efetiva mudança dos padrões alimentares infantis, contribuindo na promoção de sua saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.M.; BESERRA, E.P.; CHAVES, E.S. **O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem.** Acta Paul Enfermagem. v.19, n.4, p. 450-5, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/> Acesso em: 6 dez 2010

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. **Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil.** Jornal da Pediatria - Rio de Janeiro. v.80, n.1. p.7-16, 2004. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 28 nov 2010

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.; DIAS, M.L.C.M.; DIAS, M.C.M.; FORTALEZA, G.T.M.; MOROTÓ, F.M.M.; ROCHA, E.C.V. **O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?** Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil. v.4, n.3. p.263-8, 2004. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 05 nov 2010

BARROS, F.C.; TOMASI, E.; VICTORA, C.G. **As mães e suas gestações: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, vol 12, Supl. 1, p. 21-25, 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/> Acesso em: 6 dez 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame.** Brasília, 1986. p.6-13. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 8 dez 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação Materno Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: 1994. p.42,46,49. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 11 dez 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal: Manual técnico** - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000. 66p.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 6 dez 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 11-100. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 15 nov 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Álbum seriado / Ministério da Saúde,. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 20 p.8: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 11 dez 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde infantil - menina**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). p.15-21.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 15 nov 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde infantil - menino**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). p.15-21.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 6 dez 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.9-67. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 28 nov 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 12 dez 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 6 dez 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. **Obesidade Infantil**. Depoimento de Lizanka Marinheiro, chefe do ambulatório de endocrinologia feminina e climatério do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>. Acesso em: 31 jul. 2010.

MONTE, C.M.G. **Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil**. *Jornal de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria*. v. 76, Supl.3, 2000. Disponível em: www.jped.com.br Acesso em: 28 nov 2010

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. **Alimentação da criança amamentada**. *Jornal de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria*. v. 80, n.5, 2004. Disponível em: www.jped.com.br Acesso em: 12 dez 2010

PHILLIPPI, S.T.; CRUZ, A.T.R.; COLUCCI, A.C.A. **Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos**. *Rev. Nutr., Campinas*, v.16, n.1, p.5-19, jan./mar., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 15 nov 2010

RAMOS, M.; STEIN, L.M. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil**. Jornal de Pediatria - v. 76, Supl.3, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/> Acesso em: 16 out 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World health report 1995: Bridging the gaps**. Geneva: World health organization, 1995. Disponível em: www.who.int/whr/1995/en/index.html Acesso em: 15 nov 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva, 1998. Disponível em: www.who.int/.../complementary_feeding/.../index.html Acesso em: 08 dez 2010

ANEXO A – MARCOS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



O bebê deve começar a mamar logo após o nascimento.

Amamentar logo após o nascimento é muito importante para a saúde do bebê e da mãe, contribuindo para o vínculo entre mãe e filho. O bebê gosta de ouvir a mãe falar e cantarolar enquanto cuida dele. Ele já consegue demonstrar sinais de prazer (sorrir) e desconforto (chorar ou resmungar).



1 a 2 meses

O bebê fica protegido pelo leite materno e raramente adocece. No colo da mãe, se sente seguro e acalentado. Ele gosta de ficar em várias posições e olhar para objetos coloridos. Mas sobretudo, gosta de ver o rosto da mãe.

Responde ao sorriso.



3 a 4 meses

O bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o olhar e responde com balbucios quando alguém conversa com ele. Gosta de por as mãos e objetos na boca. Aprecia a companhia da mãe e gosta de trocar de lugar, mas atenção, porque já não fica quieto, pode cair.

De bruços, levanta a cabeça e ombros.



5 a 6 meses

O bebê sabe quando se dirigem à ele e gosta de conversar. Quando ouve uma voz, procura com o olhar. Olha e pega tudo: cuidado com objetos pequenos para não engasgar. Para que ele se movimente melhor, a mãe ou quem cuida dele, deve colocá-lo no chão.

Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.



7 a 9 meses

Mesmo estando amamentando, o bebê começa a querer provar outros alimentos. Ele gosta de brincar com a mãe e com os familiares. Às vezes, estranha pessoas de fora de casa. Não gosta de ficar só. Já fica sentado e também pode se arrastar ou engatinhar, pode até mesmo tentar se por de pé. É muito curioso, por isso não se deve deixar ao seu alcance: remédios, inseticidas e pequenos objetos.

Já fica sentado sem apoio.

10 a 12 meses

O bebê está crescendo, gosta de imitar os pais, dá adeus, bate palmas. Fala, pelo menos, uma palavra com sentido e aponta para as coisas que ele quer. Come comida da casa, porém precisa comer mais vezes que um adulto. Gosta de ficar em pé apoiando-se nos móveis ou nas pessoas.

Engatinha ou anda com apoio.



13 a 18 meses

A criança está cada vez mais independente: quer comer sozinha e já se reconhece no espelho. Anda alguns passos mas sempre busca o olhar dos pais ou familiares. Fala algumas palavras e, às vezes, frases de duas ou três palavras. Brinca com brinquedos e pode ter um predileto.

Anda sozinho.



19 meses a 2 anos

A criança já anda com segurança, dá pequenas corridas, sobe e desce escadas. Brinca com vários brinquedos. Aceita a companhia de outras crianças, porém brinca sozinha. Já tem vontade própria, fala muito a palavra não. Sobe e mexe em tudo: deve-se ter cuidado com o fogo e cabos de panelas.

Corre e/ou sobe degraus baixos.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. . Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.: il. . (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) . (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ANEXO B – DESCRIÇÃO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Uma porção equivale a
Cereais, pães e tubérculos:	Alimentos ricos em carboidratos devem aparecer em quantidades maiores nas refeições, principalmente nas papas, pois aumentam a densidade energética, além de fornecer proteínas.	Três porções	Cinco porções	Arroz (60g) – 2 colheres das de sopa Mandioca (70g) – 1 colher das de servir Batata (100g) – 1 unidade média Macarrão (50g) – 2 colheres das de sopa Amido de milho/farinhas (20g) – 1 colher das de sopa de amido de milho Pão francês (25g) – ½ unidade Pão de forma (25g) – 1 fatia
Verduras e legumes:	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. Devem ser variados, pois existem diferentes fontes de vitaminas nesse mesmo grupo. Os alimentos de coloração alaranjada são fonte de betacaroteno (pró-vitamina A). As folhas verde-escuras possuem, além de betacaroteno, ferro não heme, que é mais absorvido quando oferecido junto com alimentos com fonte de vitamina C.	Três porções	Três porções	Legumes (20g) – 1 colher das de sopa do alimento picado Verduras (30g) – 2 folhas médias ou 4 pequenas Exemplos: Cenoura – 4 fatias Couve picada – 1 colher das de sopa Abobrinha picada – 1 ½ colher das de sopa Brócolis picado – 1 ½ colher das de sopa Chuchu picado – 1 ½ colher das de sopa

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Uma porção equivale a
Frutas:	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. São também importante fonte de energia. Após o sexto mês, a criança deve receber duas frutas por dia e nenhuma fruta é contra-indicada.	Três porções	Quatro porções	60 a 80g (½ unidade média) Exemplos: Banana nanica – ½ unidade Maçã – ½ unidade Laranja – 1 unidade Mamão papaia – 1/3 unidade Abacaxi – ½ fatia
Leites e produtos lácteos:	Para crianças menores de dois anos, o leite materno pode ser o único alimento desse grupo. Para crianças maiores de quatro meses totalmente desmamadas, não se recomenda a oferta de leite de vaca (ou outro) na forma pura, e sim adicionado a cereais, tubérculos e frutas. Esse grupo é básico para crianças menores de um ano e complementar para crianças maiores de um ano. Fornece cálcio e proteína. O cálcio é fundamental para o desenvolvimento ósseo da criança.	Três porções	Três porções	Leite materno: LIVRE DEMANDA Leite artificial – 150ml (1 copo americano) Iogurte (150g) – 1 pote Queijo (30g) – 1 fatia fina
Carnes, miúdos e ovos:	Esse grupo é fonte de proteína de origem animal (carne e ovos). As carnes possuem ferro de alta biodisponibilidade e, portanto, previnem a anemia. A oferta desses alimentos deve fazer parte da papa oferecida para a criança. As carnes são oferecidas trituradas, desfiadas ou cortadas em pedaços pequenos. Os miúdos contêm grande quantidade de ferro e devem ser recomendados para consumo no mínimo uma vez por semana. Não existem restrições para carnes e ovos a partir dos seis meses de idade.	Duas porções	Duas porções	Carnes (frango, gado, peixe, porco etc.) e miúdos (50g) – 2 colheres das de sopa Ovo (50g) – 1 unidade

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Uma porção equivale a
Leguminosas:	Esses alimentos são fonte de proteína, além de oferecerem quantidades importantes de ferro não heme e de carboidratos. Quando combinados com o cereal, como por exemplo o arroz, e um alimento rico em vitamina C, podem ser comparáveis ao valor protéico das carnes.	Uma porção	Uma porção	Grãos cozidos – 1 colher das de sopa
Óleos e gorduras:	A gordura está presente naturalmente nas carnes e no preparo das refeições salgadas, devendo ser evitado o excesso e as frituras antes de dois anos de idade.	Duas porções	Duas porções	Óleo vegetal (5g) – 1 colher das de sobremesa Manteiga (5g) – 1 colher das de chá
Açúcares e doces:	Antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar, pois a criança está formando seus hábitos alimentares, que perpetuarão para a vida toda. Sabe-se que os alimentos oferecidos nos primeiros anos de vida, com frequência, passam a fazer parte do hábito alimentar.	Nenhuma porção	Uma porção	Descrição: antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar. Alimentos industrializados podem conter açúcares. Açúcar (10g) – 1 colher das de sobremesa

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

ANEXO C - DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Passo 1 Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Colostro – é o leite dos primeiros dias pós-parto, é ideal nos primeiros dias de vida, principalmente se o bebê for prematuro, pelo alto teor de proteína.

O leite materno contém tudo que o bebê precisa até o 6º mês de vida, inclusive água, além de proteger contra infecções.

O leite materno contém quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes. A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo.

A criança que recebe outros alimentos além do leite materno, antes dos 6 meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, pode adoecer mais e ficar desnutrida.

A pega errada prejudica o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite do final da mamada, que é rico em gordura e que dá maior saciedade.

O tempo de esvaziamento da mama depende de cada bebê; existem aqueles que conseguem fazê-lo em pouco minutos e aqueles que o fazem em trinta minutos ou mais.

A produção adequada de leite vai depender basicamente da sucção do bebê, da pega correta e da frequência de mamadas.

A mãe que amamenta deve beber, no mínimo, dois litros de água pura diariamente e estimular o bebê a sugar corretamente e com mais frequência.

Passo 2 A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

A partir dos 6 meses, o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares.

A alimentação complementar, como o nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. O bebê tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimento(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor.

No início, a quantidade de alimentos que a criança ingere é pequena e a mãe pode oferecer o peito após a refeição com os alimentos complementares. Há crianças que se adaptam facilmente às novas etapas e aceitam muito bem os novos alimentos.

Quando introduzir a alimentação complementar, é importante que a criança receba água nos intervalos das refeições.

Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.

Passo 3 A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Os alimentos complementares são constituídos pela maioria dos alimentos básicos que compõem a alimentação das famílias.

Complementa-se a oferta de leite materno com alimentos que são mais comuns à região e ao hábito alimentar da família.

A introdução dos alimentos complementares deve ser feita com colher ou copo no caso da oferta de líquidos.

Se a criança está mamando no peito, três refeições por dia com alimentos adequados são suficientes para garantir uma boa nutrição e crescimento, no primeiro ano de vida.

No segundo ano de vida, devem ser acrescentados mais dois lanches, além das três refeições.

Se a criança não está mamando no peito, deve receber cinco refeições por dia com alimentos complementares a partir do sexto mês.

A partir do momento que a criança começa a receber qualquer outro alimento, a absorção do ferro do leite materno reduz significativamente: por esse motivo a introdução de carnes e vísceras (fígado, rim, coração, moela de frango, etc.), mesmo em pequena quantidade, é muito importante.

Passo 4 A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Crianças amamentadas no peito, em livre demanda, desenvolvem muito cedo a capacidade de auto-controle sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após períodos sem oferta de alimentos.

É importante a mãe distinguir o desconforto da criança com fome de outras situações como: sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas. Não se deve oferecer comida, ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome.

Oferecer a alimentação complementar regularmente, sem rigidez de horários, nos períodos que coincidem com o desejo de comer demonstrado pela criança. Após a oferta dos alimentos, a criança deve receber leite materno, caso demonstre que não está saciada.

Oferecer três refeições complementares (no meio da manhã, no almoço, no meio da tarde) para crianças em aleitamento materno; para aquelas já desmamadas, adicionar mais duas refeições: no início da manhã e no início da noite.

Não é aconselhável a prática de gratificação (prêmios) ou castigos para conseguir que a criança coma o que os pais acreditam que seja o necessário para ela.

Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer, nunca forçadas.

Passo 5 A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela. Os alimentos devem ser bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos apenas em água suficiente para amaciá-los.

Ao colocar os alimentos no prato, amasse-os bem com o garfo e a consistência deverá ter o aspecto pastoso (papa/purê). Não há necessidade de passar pela peneira e nem bater no liquidificador.

A partir dos 8 meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.

Sopas e comidas ralas/moles não fornecem energia suficiente para a criança.

Deve-se evitar o uso da mamadeira, pois a mesma pode atrapalhar a amamentação e é a principal fonte de contaminação e transmissão de doenças.

Recomenda-se o uso de copinhos para oferecer água ou outros líquidos; dar os alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e com colher.

Passo 6 Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Desde cedo a criança deve acostumar-se a comer alimentos variados. Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequado.

Ofereça duas frutas diferentes por dia; escolha a fruta da época.

Faça a introdução de alimentos novos de maneira gradual, oferecendo apenas um alimento novo a cada refeição.

O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição carne e frutas ricas em vitamina C. Alimentos fontes de ferro: carne vermelha, fígado, rins, moela de frango, vegetais de folhas verde escuro, feijão, melado de cana, rapadura, inhame e batata doce. Alimentos fontes de vitamina C: laranja, limão, acerola, caju e goiaba.

Sempre que possível escolha alimentos diferentes para o preparo das papas salgadas, variando o tipo, o sabor, o cheiro e a cor do alimento para cada refeição.

A formação dos hábitos alimentares é muito importante e começa muito cedo. É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas, e não nas primeiras. O que pode parecer rejeição aos novos alimentos é resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas, e da própria evolução da maturação dos reflexos da criança.

Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de cada alimento no prato, sem misturá-las.

Passo 7 Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

As frutas e as hortaliças (legumes e verduras) são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibra.

Normalmente, os alimentos do grupo dos vegetais são inicialmente pouco aceitos pelas crianças porque, em parte, a criança pequena aceita melhor os alimentos doces.

Quando a criança recusa determinado alimento, deve-se oferecer novamente em outras refeições. Para que um novo alimento seja aceito pela criança, é necessário em média, 8 a 10 repetições, em momentos diferentes.

No primeiro ano de vida, não é recomendado que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas.

Deve ser oferecida uma fruta, uma hortaliça de cada vez, na forma de papa ou purê.

Para temperar os alimentos, recomenda-se o uso de cebola, alho, pouco óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha e coentro)

Quando a criança já senta à mesa, o exemplo do consumo dos alimentos pela família vai encorajar a criança a consumi-los. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

Passo 8 Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

É comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida.

Até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, portanto, as substâncias presentes no café, enlatados e refrigerantes podem irritá-la, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de terem baixo valor nutritivo.

Deve ser evitado o uso de alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras, que contenham gordura e sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais.

A família deve ser orientada para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes para a criança pequena.

É importante também, ler o rótulo dos alimentos infantis antes de comprá-los para evitar oferecer à criança alimentos que contenham aditivos e conservantes artificiais.

Os alimentos muito condimentados também devem ser evitados como: pimenta, mostarda, catchup, temperos industrializados e outros.

Passo 9 Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o armazenamento e a conservação adequados.

Quando a criança passa a receber a alimentação complementar aumenta a possibilidade de doenças diarreicas que constituem importante causa de adoecimento e morte, entre as crianças pequenas.

Para uma alimentação saudável, deve-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação. Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo e nunca oferecer restos de uma refeição.

Para evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos, assim como os utensílios em que serão preparados e servidos.

Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais.

Oferecer água limpa (tratada, filtrada ou fervida) para a criança beber. O mesmo cuidado deve ser observado em relação à água usada para preparar os alimentos.

Lavar as mãos com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança.

Passo 10 Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

As crianças doentes, em geral, têm menos apetite, ingerindo menos alimentos e gastando mais energia devido à febre. Por isso, devem ser estimuladas a se alimentarem, no entanto, não devem ser forçadas a comer.

Se a criança estiver sendo amamentada exclusivamente no peito, aumentar a frequência da oferta, várias vezes ao dia. O leite materno é o alimento que a criança aceita melhor.

Para garantir uma melhor nutrição e hidratação da criança doente, aconselha-se oferecer os alimentos de sua preferência, sob a forma que a criança aceita melhor e aumentar a oferta de líquidos.

Oferecer quantidades pequenas de alimentos por refeição, porém, com maior frequência. Se a criança aceitar apenas um tipo de preparação, mantê-la até que se recupere.

É importante sentar-se ao lado da criança na hora da refeição e ser mais flexível com horários e regras.

Não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado / Ministério da Saúde,. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ANEXO D – RECEITAS DE PAPAS DE CRIANÇAS

As receitas de papas apresentadas a seguir são alguns exemplos que podem ser utilizados em oficinas sobre alimentação complementar com as mães e/ou responsáveis ou reproduzir e ser entregue. Outras receitas podem ser acrescentadas, de acordo com a cultura alimentar regional.

Papa de abóbora (jerimum), folha de taioba e carne

Ingredientes:

- 1 pedaço médio de jerimum (150g)
- 1 colher das de sopa cheia picada de taioba (ou outra folha verde escura)
- 2 colheres das de sopa cheias de carne moída (50g)
- 1 colher das de chá de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 pitada de orégano

Modo de preparo:

Descascar o jerimum e cortá-lo em pedaços pequenos. Lavar bem as folhas de taioba e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, colocar os pedaços de jerimum e a carne moída e acrescentar dois copos de água. Deixar cozinhar até o jerimum ficar macio. Antes de a água secar, adicionar a taioba picada e o orégano. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de batata, espinafre, cenoura e galinha

Ingredientes:

- 1 batata média (100g)
- ½ cenoura (50g)
- 1 colher das de sopa cheia picada de espinafre (ou outra folha verde escura)

- 2 colheres das de sopa cheias de galinha desfiada ou 1 coxa (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 colher das de chá de tomate picado

Modo de preparo:

Descascar a batata e cortá-la em pedaços pequenos. Picar a cenoura. Lavar bem as folhas de espinafre e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola e o tomate. Colocar os pedaços de batata, cenoura e galinha desfiada e acrescentar dois copos de água. Deixar cozinhar até a batata ficar macia. Antes de a água secar, adicionar o espinafre picado. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de mandioca/macaxeira/aipim, brócolis, beterraba e fígado

Ingredientes:

- ½ mandioca média (150g)
- 2 ramos de brócolis
- 2 fatias de beterraba
- 2 colheres das de sopa cheias de fígado picado (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 colher das de chá de cheiro verde picado

Modo de preparo:

Descascar a mandioca e a beterraba e cortá-las em pedaços pequenos. Lavar bem os brócolis e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, colocar

os pedaços de mandioca, beterraba e fígado. Acrescentar o cheiro verde e dois copos de água. Deixar cozinhar até que a mandioca e a beterraba fiquem macias.

Antes de a água secar, adicionar os brócolis picados. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de feijão, arroz, espinafre e ovo

Ingredientes:

- ½ concha com feijão
- 3 colheres das de sopa cheias de arroz
- 1 colher de sopa cheia picada de espinafre (ou outra folha verde escura)
- 1 ovo (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 dente de alho picado

Modo de preparo:

Lavar bem as folhas e talhos do espinafre e picá-los. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, o alho e o arroz, e acrescentar dois copos de água.

Deixar cozinhar até que o arroz esteja quase pronto. Antes de a água secar, acrescentar as folhas e talos picados de espinafre. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar e adicionar o feijão e o ovo cozido. Amassar.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –

Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

ANEXO E - MARCADORES DIETÉTICOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR – FORMULÁRIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/DAB/CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou matrícula do profissional de saúde	
Nome completo*	Data de nascimento:* / /
Endereço completo*	
Documentação (tipo, número e outras especificações)*	Data de preenchimento: / /

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES
1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca ___ meses OU ___ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> Ainda mama no peito <input type="checkbox"/> < 1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses
4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) <input type="checkbox"/> Leite do peito <input type="checkbox"/> Chá/água <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Suco de fruta <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Papa salgada <input type="checkbox"/> Outros

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE SEIS MESES E MENOS DE DOIS ANOS
1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca ___ meses OU ___ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> < 1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda mama no peito
4. Ontem quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras)
5. Ontem a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

6. Ontem a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Ontem a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Ontem a criança comeu feijão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Ontem a criança comeu assistindo à televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Ontem a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de seis meses de idade consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de seis meses de idade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. A criança tomou refrigerante no último mês? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

ANEXO F – ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Desenvolver-se é crescer, aprender e fazer coisas novas, diferentes. Cada criança tem um jeito próprio de se desenvolver. Conversar, acariciar e brincar com ela, desde o nascimento, é muito importante para o seu desenvolvimento.

Acompanhe o desenvolvimento da criança juntamente com o profissional de saúde. Se achar que algo não vai bem, não deixe de alertá-lo para que possa examiná-la melhor.

Desde o nascimento até 2 meses de idade

- Para que o bebê se desenvolva bem é necessário, antes de tudo, que seja amado e desejado pela sua família e que esta tente compreender seus sentimentos e satisfazer suas necessidades. A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida, por isso deve ser fortalecida.
- Converse com o bebê, buscando contato visual (olho no olho). Não tenha vergonha de falar com ele de forma carinhosa, aparentemente infantil. É desse modo que se iniciam as primeiras conversas.
- Preste atenção no choro do bebê. Ele chora de jeito diferente dependendo do que está sentindo: fome, frio/calor, dor, necessidade de aconchego.
- Estimule o bebê mostrando-lhe objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm.
- Para fortalecer os músculos do pescoço do bebê, deite-o com a barriga para baixo, busque chamar sua atenção com brinquedos ou chamando por ele, estimulando-o a levantar a cabeça. Isto o ajudará a sustentar a cabeça.



2 a 4 meses

- Brinque com o bebê conversando e olhando para ele.
- Ofereça objetos para ele pegar, tocar com as mãos.
- Coloque o bebê de bruços, apoiado nos seus braços, e brinque com ele, conversando ou mostrando-lhes brinquedos a sua frente.

4 a 6 meses

- Ao oferecer algo para o bebê (comida, brinquedo, etc.), espere um pouco para ver sua reação. Com isto ele aprenderá a expressar aceitação, prazer e desconforto.
- Acostume o bebê a dormir mais a noite.
- Ofereça brinquedos a pequenas distâncias, dando a ele a chance de alcançá-los.
- Proporcione estímulos sonoros ao bebê, fora do seu alcance visual, para que ele tente localizar de onde vem o som.
- Estimule-o a rolar, mudando de posição (de barriga para baixo para barriga para cima). Use objetos e outros recursos (brinquedos, palmas, etc.).

6 a 9 meses

- Nesta idade a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las e obter sua aprovação. De atenção a ela demonstrando que está atento aos seus pedidos.
- De a criança brinquedos fáceis de segurar, para que ela treine passar de uma mão para a outra.
- Converse bastante com a criança usando palavras de fácil repetição (dada, papa, etc.).
- Coloque a criança no chão (esteira, colchonete) estimulando-a a sentar, se arrastar e engatinhar.



9 meses a 1 ano

- Brinque com a criança com músicas, fazendo gestos (bater palmas, dar tchau, etc.), solicitando sua resposta.
- Coloque ao alcance da criança, sempre na presença de um adulto, objetos pequenos como tampinhas ou bolinha de papel pequena, para que ela possa apanhá-los, usando o movimento de pinça (dois dedinhos). Muito cuidado para que ela não coloque esses objetos na boca, nariz ou ouvidos.
- Converse com a criança e use livros com figuras estimulando-a a repetir o nome das pessoas, animais e objetos ao seu redor.
- Deixe a criança no chão para que ela possa levantar-se e andar apoiando-se.



1 ano a 1 ano e 3 meses

- Seja firme e claro com a criança, mostrando-lhe o que pode e o que não pode fazer.
- Afaste-se da criança por períodos curtos, para que ela não tenha medo da sua ausência.
- Estimule o uso das palavras em vez de gestos, usando rimas, músicas e sons comumente falados.
- Ofereça a criança objetos de diversos tamanhos para que ela aprenda a encaixar e retirar um objeto do outro.
- Crie oportunidades para ela locomover-se com segurança para aprender a andar sozinha.



1 ano e 3 meses a 1 ano e meio



- Continue sendo claro e firme com a criança para que ela aprenda a ter limites.
- Solicite a ela as coisas pelo nome, ajudando-a a aumentar seu vocabulário e aprender a dar, pegar e largar.
- Dê a criança papel e giz de cera (tipo estaca, grosso) para que ela inicie os seus rabiscos. Isto estimula a sua criatividade.
- Crie oportunidades para a criança andar não só para frente, como também para trás (puxando carrinho, etc.).

1 ano e meio a 2 anos

- Nesta idade a criança já sabe o que é dela e o que é dos outros, mas quer ter o controle sobre tudo. É importante que você se sinta seguro em não satisfazer todas as suas vontades.
- Estimule a criança a colocar e tirar suas roupas, inicialmente com ajuda.
- Ofereça brinquedos de encaixe, que possam ser empilhados, e mostre como fazer.
- Mostre figuras nos livros e revistas falando seus nomes.
- Brinque de chutar bola (fazer gol).



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de saúde infantil - menino/menina. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).