



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS PESQUISA E EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O SUS (NUEPES)
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

ANA CHRISTINA CARVALHO DOS SANTOS

**INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAÚDAVEL, ÀS CRIANÇAS DE ZERO A
DOIS ANOS DE IDADE NA UBS MUTIRÃO DO MUNICÍPIO DE COCAL-PI**

TERESINA

2018

ANA CHRISTINA CARVALHO DOS SANTOS

**INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAÚDAVEL, ÀS CRIANÇAS DE ZERO A
DOIS ANOS DE IDADE NA UBS MUTIRÃO DO MUNICÍPIO DE COCAL-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em saúde da família e
comunidade, como requisito parcial à obtenção
do título de especialista.

Orientadora - Flávia Fernandes Araújo Cardoso

TERESINA

2018

ANA CHRISTINA CARVALHO DOS SANTOS

**INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAÚDAVEL, ÀS CRIANÇAS DE ZERO A
DOIS ANOS DE IDADE NA UBS MUTIRÃO DO MUNICÍPIO DE COCAL-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em saúde da família e comunidade, como
requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Aprovada em _____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

1º membro da banca - Nome do (a) tutor (a)

2º membro da banca

3º membro da banca

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

RESUMO

O município de Cocal-PI tem uma população estimada em 27.725 habitantes. De acordo com os indicadores de saúde observou-se que a TMB não mudou no período de 2015 a 2016, já a taxa de mortalidade infantil teve um aumento significativo. A TMNP teve um aumento menos significativo que a TMI. A TMPN saiu de zero em 2015 para oito óbitos em 2016. A taxa de mortalidade de menores de cinco anos teve um aumento significativo no mesmo período, no ano de 2015 foram 17 óbitos e em 2016 28. O aleitamento materno se destaca como uma das bases fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. O projeto será apresentado a equipe pela nutricionista autora do projeto, os ACS farão o levantamento das crianças de 0 a 2 anos da área, serão ainda, capacitados para realizar as medidas antropométricas das crianças. Os convites serão entregues as mães pelos ACS, a partir do primeiro encontro, as mães participarão de palestras, rodas de conversa, atividade lúdica, peça teatral, oficinas e visitas domiciliar, atividades realizadas por todos os profissionais da equipe, recebendo assim o suporte necessário. A realização do Projeto de intervenção possibilitará dar o suporte necessário a nutriz durante o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar saudável na área de abrangência da ESF Mutirão.

Descritores: Aleitamento materno. Alimentação complementar saudável.

SUMMARY

The municipality of Cocal-PI has an estimated population of 27,725. According to the health indicators it was observed that the BMR did not change in the period from 2015 to 2016, and the infant mortality rate had a significant increase. TMNP had a less significant increase than TMI. The TMPN went from zero in 2015 to eight deaths in 2016. The under-five mortality rate increased significantly over the same period in 2015, 17 deaths and in 2016 28. Breastfeeding stands out as one of the fundamental bases for the promotion and protection of the health of children around the world.

The importance of breastfeeding has been a relevant theme in several campaigns to promote child health, including among Brazilian government programs since the implementation of the National Breastfeeding Policy. In addition to breastfeeding, the adequate feeding of children includes the introduction of complementary foods. After the sixth month of life, studies show that human milk no longer offers the nutritional support that the child needs to grow and stay healthy. age it is necessary to start complementary feeding. The project will be presented to the team by the nutritionist author of the project, the ACS will survey children from 0 to 2 years of age, will also be able to carry out the anthropometric measurements of the children. The invitations will be delivered to the mothers by the ACS, from the first meeting, the mothers will participate in lectures, talk wheels, play activity, play, workshops and home visits, activities carried out by all staff members, thus receiving the necessary support. The implementation of the project "Incentive to Breastfeeding and Promotion of Healthy Supplementary Feeding, to children from zero to two years of age at ESF Mutirão", could provide the necessary support to the nurse during breastfeeding and the introduction of complementary feeding in the scope of ESF Mutirão.

Keywords: Breastfeeding. Healthy complementary food.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

AMC- Aleitamento Materno Complementado

OMS- Organização Mundial da Saúde

MS- Ministério da Saúde

ESF- Equipe de Saúde da Família

TMB- Taxa de Mortalidade Bruta

TMI- Taxa de Mortalidade Infantil

TMNP- Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce

TMPN- Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal

SUMÁRIO

	PG
1. INTRODUÇÃO	10
1.2 OBJETIVOS	
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
3. PLANO OPERATIVO	31
4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO	33
5. CONCLUSÃO	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	46

1– INTRODUÇÃO

1.1-Análise de situação problema do território

O município de Cocal-PI tem uma população estimada em 27.725 habitantes. De acordo com os indicadores de saúde do referido município (tabela 1), nota-se que a taxa de mortalidade bruta (TMB) não mudou no período de 2015 a 2016, já a taxa de mortalidade infantil (TMI) teve um aumento significativo. Dentre os indicadores existentes, a TMI é amplamente usada como importante indicador do nível de saúde de um povo. De certa forma, esse indicador retrata não somente aspectos da saúde de crianças menores de um ano de idade, mas também as condições de saúde, nível de vida e desenvolvimento socioeconômico da população, já que as mortes infantis estão associadas a um conjunto de fatores como: assistência médica, condições hospitalares, habitação, saneamento básico, alimentação, educação, etc.

A taxa de mortalidade neonatal precoce (TMNP) também teve um aumento, menos significativo que a TMI, a literatura é unânime em considerar que as mortes ocorridas no período neonatal precoce, geralmente estão associadas às afecções perinatais, às anomalias congênitas, aos problemas relacionados ao parto, à deficiência na qualidade dos serviços disponibilizados à mãe durante a gestação e a seu filho recém-nascido e a determinantes socioeconômicos.

Observamos ainda na tabela 1, que a taxa de mortalidade pós-neonatal (TMPN) saiu de zero em 2015 para oito óbitos em 2016, os óbitos pós-neonatais têm como principais causas as doenças infecciosas e respiratórias como: gastroenterites, sarampo, pneumonia e gripes, agravadas pela desnutrição. Essas mortes descrevem as condições sociais, econômicas e culturais de uma família ou comunidade, pois estão ligadas diretamente ao tipo de moradia, condições de higiene, renda, escolaridade, qualidade de saneamento básico, etc.

A taxa de mortalidade de menores de cinco anos (tabela 1) teve um aumento significativo, esse indicador estima o risco de óbito dos nascidos

vivos antes de completar cinco anos de vida, e reflete as condições sociais, ambientais e políticas de determinada região.

Tabela 1: Indicadores do município de Cocal-PI

INDICADORES	2015	2016
Taxa bruta de mortalidade	7 óbitos a cada 1.000 habitantes	7 óbitos por 1.000 habitantes
Taxa de mortalidade infantil	15 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos	25 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Taxa de mortalidade neonatal precoce	15 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos	17 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Taxa de mortalidade pós-neonatal	0 óbitos	8 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	17 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos	28 óbitos por 1.000 nascidos vivos
Razão de morte materna	0 óbitos	279 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos

A razão de morte materna reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério. No município no ano de 2015 não teve óbito materno registrado, e em 2016 um óbito.

1.2- Aleitamento materno

O aleitamento materno se destaca como uma das bases fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo. A importância do aleitamento materno tem sido tema relevante em diversas campanhas para a promoção da saúde da criança, inclusive entre os programas governamentais brasileiros desde quando se implantou a Política Nacional de Aleitamento Materno.^{1;2}

Desta forma, o incentivo ao aleitamento materno se configura em uma das ações promotoras de segurança alimentar, as recomendações nacionais e internacionais preconizam o estímulo a essa prática, sem complementação com nenhum outro alimento até o sexto mês de vida.²

As vantagens do leite materno estão relacionadas a prevenção de alergias e problemas respiratórios, desenvolvimento psicológico mais favorável, melhor capacidade de absorção interna, melhores defesas imunológicas, exerce um papel importante na redução da mortalidade infantil, além de propiciar maior afetividade entre a mãe e o bebê.³ No entanto, apesar do crescente incentivo ao aleitamento materno, o Brasil ainda registra baixos índices de amamentação exclusiva ao sexto mês de vida da criança.⁴

Apesar da importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do bebê, muitas mulheres desconhecem questões importantes sobre a prática da amamentação, como preparo das mamas para amamentação, posicionamento do bebê e pega da mama, leite empedrado ou não ter leite, apontando a necessidade estratégias centradas no aspecto educativo que facilitem a difusão de informações sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno principalmente relacionado a diminuição das taxas de mortalidade infantil,⁵ segundo os dados analisados a mortalidade infantil aumentou no município de Cocal-PI.

Entretanto, a adequada alimentação infantil compreende além do aleitamento materno a introdução dos alimentos complementares. Após o sexto mês de vida os estudos comprovam que o leite humano não oferece mais o aporte nutricional de que a criança necessita para crescer e manter-se saudável, a partir desta idade faz-se necessário iniciar a alimentação complementar.^{6,7,8} A introdução dos alimentos complementares é necessária, visto que apenas o leite, seja ele materno ou artificial, não consegue satisfazer a contento todas as necessidades de energia a partir desta idade, além disto a dieta láctea exclusiva pode provocar carências de outros nutrientes. Entretanto, é comum se observar nas comunidades carentes a prática de uma dieta láctea, acrescida de grande quantidade de hidratos de carbono, por um longo período durante os primeiros anos de vida da criança.

Ter uma alimentação saudável nos primeiros anos de vida é fundamental, pois práticas alimentares inadequadas nesse período podem prejudicar a saúde da criança e deixar sequelas, como atraso no crescimento linear, dificuldades de ordem intelectual e maior chance de aparecimento de

doenças crônicas não transmissíveis no futuro^{6, 7, 8, 9, 10, 11}. Além disso, é no início da vida que são formados os hábitos alimentares, os quais repercutem no estado nutricional e de saúde dos indivíduos por toda a sua existência^{12, 13, 14, 15}.

Assim como em muitas partes do mundo, sobretudo em países de rendas baixa e média^{16, 17, 18, 19, 20}, a alimentação da criança brasileira apresenta algumas características preocupantes. Dados oriundos da *Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*²¹ mostraram que a introdução de água, chás e leite não-humano é muito precoce (13,8%; 15,3% e 17,8% das crianças menores de um mês recebiam esses líquidos, respectivamente), assim como a dos alimentos complementares (22% e 26% das crianças menores de 6 meses já consumiam comida salgada e frutas, respectivamente). Por outro lado, o consumo de alimentos saudáveis na faixa etária entre 6 e 9 meses foi baixo: 30,2% e 29,1% das crianças não haviam consumido frutas e verduras/legumes, respectivamente, no dia anterior ao inquérito. O consumo de alimentos considerados não saudáveis é alto segundo a última *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS)²²: 60,8% das crianças menores de 2 anos de idade consomem biscoito, bolacha ou bolo, e 32,3% ingerem refrigerante ou suco artificial.

Neste contexto, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, reúne condições favoráveis à atuação positiva sobre os indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar saudável pelos seus princípios e forma de organização do processo de trabalho⁶. Em face disso a (o) Nutricionista junto aos outros profissionais da equipe do NASF, bem como os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), é um importante aliado nas práticas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo e introdução da alimentação complementar saudável. O acompanhamento sistematizado do binômio mãe - filho durante os primeiros seis meses de vida, com o objetivo de intervir nos problemas, apoiar e aconselhar a lactante, poderá aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até esta idade como recomenda o Ministério da Saúde.

É desde a gestação e no período pós-parto que a mulher deve ser melhor orientada para que ela possa viver o puerpério de forma positiva, ter menores riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado à criança, inclusive na amamentação⁷. Dessa forma teremos como uma das ferramentas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo e introdução da alimentação complementar saudável a realização de atividades de educação em saúde em grupos de nutrizes. Assim, buscaremos promover o aleitamento materno e alimentação complementar saudável a partir do desenvolvimento de uma intervenção educativa em um grupo de nutrizes atendidas na unidade básica de saúde (UBS) Mutirão.

1.3 – Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Realizar Projeto de Intervenção com o foco no incentivo Aleitamento Materno e Promoção da Alimentação Complementar Saudável, às crianças de zero a dois anos de idade na Unidade Básica de Saúde Mutirão, do Município de Cocal-PI.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Capacitar e instrumentalizar equipe para identificar crianças de 0 a 2 anos, definindo atribuições de cada profissional;
- Incentivar e apoiar a prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, e a continuidade da amamentação até os dois anos de idade;
- Sensibilizar as nutrizes referente à introdução da alimentação complementar saudável na dieta do bebê após seis meses de idade, desestimulando o desmame precoce;
- Sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dois anos.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1- Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Evidências de estudos observacionais em vários países relataram que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e a Aleitamento Materno Complementado (AMC) por dois anos ou mais constituem um fator de proteção para doenças crônicas mais tarde na vida.^{1,2} A interrupção precoce do AME, definida como o abandono da prática do aleitamento materno e a substituição total ou parcial do leite materno por outros alimentos antes dos seis meses de idade, implica a privação desses elementos benéficos e pode trazer prejuízos à mãe e saúde da criança.^{1,4}

O AME é caracterizado por um fornecimento único de leite materno, direto da mama ou ordenhado de outras fontes, sem fornecer quaisquer outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas de xarope ou vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou produtos medicinais.¹ Destaca-se que a prática do AME é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS).^{1,3}

Uma pesquisa nacional sobre aleitamento materno entre 1999 e 2008, constatou que a duração mediana do AME aumentou de 23,4 para 54,1 dias nesse período.⁵ A pesquisa também identificou uma tendência semelhante em relação ao aleitamento materno (AM), que aumentou em média de 210 a 341,6 dias.⁵ Esses resultados indicam que, apesar da melhora nas taxas de amamentação, o Brasil ainda apresenta as taxas de AM e AME aquém da recomendação proposta pela OMS.

Ter uma alimentação saudável nos primeiros anos de vida é fundamental, pois práticas alimentares inadequadas nesse período podem prejudicar a saúde da criança e deixar sequelas, como atraso no crescimento linear, dificuldades de ordem intelectual e maior chance de aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis no futuro^{6, 7, 8, 9, 10, 11}. Além disso, é no início da vida que são formados os hábitos alimentares, os quais repercutem no estado nutricional e de saúde dos indivíduos por toda a sua existência^{12, 13, 14, 15}.

Assim como em muitas partes do mundo, sobretudo em países de rendas baixa e média^{16, 17, 18, 19, 20}, a alimentação da criança brasileira apresenta algumas características preocupantes. Dados oriundos da // *Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*²¹ mostraram que a introdução de água, chás e leite não-humano é muito precoce (13,8%; 15,3% e 17,8% das crianças menores de um mês recebiam esses líquidos, respectivamente), assim como a dos alimentos complementares (22% e 26% das crianças menores de 6 meses já consumiam comida salgada e frutas, respectivamente). Por outro lado, o consumo de alimentos saudáveis na faixa etária entre 6 e 9 meses foi baixo: 30,2% e 29,1% das crianças não haviam consumido frutas e verduras/legumes, respectivamente, no dia anterior ao inquérito. O consumo de alimentos considerados não saudáveis é alto segundo a última *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*²²: 60,8% das crianças menores de 2 anos de idade consomem biscoito, bolacha ou bolo, e 32,3% ingerem refrigerante ou suco artificial.

Outro aspecto preocupante é a inadequação da consistência da alimentação, sobretudo na Região Nordeste, onde quase a metade das crianças entre 6 e 8 meses recebe alimentos peneirados ou liquidificados.²³ Uma consistência adequada dos alimentos desde o início da introdução alimentar é importante para o desenvolvimento da musculatura da face e para a mastigação. Além disso, refeições mais espessas e consistentes geralmente têm maior densidade energética, garantindo assim o aporte calórico para a criança.²⁴

Diante desse cenário, pode-se concluir que as práticas de alimentação complementar precisam ser melhoradas, havendo a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis na infância.²¹ As estratégias de intervenção nutricional foram listadas entre as ações de prevenção mais efetivas para a redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos. A promoção da alimentação complementar, é a terceira entre as ações mais efetivas, tem o potencial de prevenir 587 mil mortes por ano, ou 6% de todos os óbitos nessa faixa etária.²⁵

O aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, baseada na adequada introdução de alimentos considerando a consistência, a qualidade e a quantidade adequadas e no consumo diário de frutas, verduras e legumes, constituem-se práticas alimentares essenciais para a promoção da saúde em crianças menores de dois anos^{26,27}, e há evidências de que os efeitos dos benefícios dessas práticas se estendem até a vida adulta.^{28, 29, 30, 31}

Embora os resultados mostrem melhora significativa da situação de amamentação na última década^{32, 33, 34}, é necessário promover o aleitamento materno exclusivo e maior duração do aleitamento materno por meio de estratégias e ações vinculadas ao âmbito da atenção primária à saúde. Em relação à alimentação complementar, estudos, em nosso meio, em diferentes regiões do país, observaram que a alimentação complementar é de baixa qualidade, além de apresentar consumo frequente de leite de vaca, farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinhos, refrigerantes e doces, entre crianças menores de dois anos.^{35,36,37,38,39,40,41}

Dados nacionais obtidos pela última *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* mostram que além da elevada frequência de crianças que consumiam alimentos de baixo valor nutricional, foi demonstrada também baixa frequência de crianças consumindo diariamente frutas, verduras e carnes.⁴² Essa situação desfavorável em relação às práticas alimentares nos primeiros anos de vida também foi relatada recentemente nos Estados Unidos, pelo *Feeding Infants and Toddlers Study (FIT)*.⁴³

Nos primeiros anos de vida da criança, observa-se um crescimento acelerado acompanhado do desenvolvimento de habilidades para receber, mastigar, digerir e autocontrolar o processo de ingestão de alimentos.⁴⁴ As deficiências nutricionais resultantes de condutas alimentares inadequadas podem acarretar prejuízos imediatos que elevam as taxas de morbimortalidade infantil e podem resultar em sequelas como retardo no crescimento, atraso escolar, além de maior risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas na idade adulta.^{45,46} Por isso é que as

questões nutricionais e de alimentação merecem atenção especial nesse período da vida.

2.2- Definições da Alimentação Complementar

Alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno. Alimento complementar é qualquer alimento dado durante o período de alimentação complementar e que não seja leite materno.⁴⁷ Os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para a criança ou podem ser os alimentos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às habilidades e necessidades da criança. No primeiro caso, são chamados alimentos transicionais, e no segundo, não há uma denominação específica.⁴⁷ Os termos referentes à alimentação infantil utilizados neste projeto são os atualmente recomendados pela OMS e adotados internacionalmente^{47,48}, inclusive no Brasil.⁴⁹ Os termos "alimentos de desmame" e "alimentação suplementar", amplamente utilizados há longo tempo, não são recomendados como sinônimos de alimentação complementar, pois sua utilização é errônea⁵⁰ e pode dar a impressão de que os alimentos são introduzidos para substituir o leite materno, provocando o desmame em vez de complementar a amamentação^{53,55}. O uso do termo "desmame" é desaconselhável, pois em vários países, inclusive no Brasil, ele pode ser entendido como a parada total da amamentação^{49,51}, podendo gerar confusão na promoção do aleitamento materno. O termo "desmame" anteriormente era utilizado para indicar o período de transição entre a amamentação exclusiva e a interrupção do aleitamento materno. Atualmente, utiliza-se o termo "desmame total" para indicar a parada total da amamentação⁴⁷.

2.2.1- Duração ótima do aleitamento materno exclusivo

As dúvidas e controvérsias sobre a duração apropriada da amamentação exclusiva, surgidas no final dos anos 70 e expressas no chamado "dilema de desmame"⁵⁶, persistiram até o ano de 2001, quando,

após a 54ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS recomendou a introdução de alimentos complementares em torno dos 6 meses em substituição à recomendação anterior, que era de 4 a 6 meses, e integrou essa mudança na sua recomendação para a saúde pública global.⁵⁷ A decisão seguiu-se à publicação de um relatório abordando as evidências sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo^{58,59}. No entanto, só em 2002⁶⁰ se atingiu, afinal, o consenso mundial de que não há nenhum benefício que possa ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 180 dias de vida.⁴⁸ No âmbito populacional, constatou-se que crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses adoecem menos de diarreia e não apresentam déficits de crescimento, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.⁴⁷ Amamentação exclusiva até os 6 meses já era a recomendação governamental brasileira desde o início dos anos 80.⁶¹

É apenas a partir dos 6 meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano.⁴⁷ Também é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno^{47,63,64}.

2.2.2- Desvantagens da alimentação complementar precoce ou tardia

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças.⁶⁰

Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é

mantida⁶¹, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno⁴⁷, por exemplo, no caso de alimentos muito diluídos. Uma menor duração da amamentação exclusiva não protege o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva por 6 meses^{47,62} e não melhora o crescimento da criança^{63,64}. Após os 6 meses, a substituição de leite materno pelos alimentos complementares é menos importante^{47,48}.

Além disso, a introdução precoce dos alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno⁶⁵, interfere na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro⁶⁶ e o zinco.⁶⁷

Mais recentemente, tem-se associado a introdução precoce da alimentação complementar com o desenvolvimento de doenças atópicas. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas.⁶⁹ A amamentação exclusiva também parece proteger contra o aparecimento do diabetes melito tipo I. Foi descrito que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) pode ser um importante determinante dessa doença e pode aumentar seu risco de aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes melito tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca.⁷⁰

Em alguns países, recomenda-se postergar até o segundo ano de vida da criança a introdução de alguns alimentos específicos considerados altamente alérgenos. Encabeçando a lista está o leite de vaca (responsável por 20% das alergias alimentares), que não é recomendado antes dos 9-12 meses. Na presença de história familiar importante de alergia alimentar, preconiza-se evitar no primeiro ano de vida alimentos como ovo, amendoim, nozes e peixe. Já no caso do mel, a recomendação de evitar o seu uso em menores de 12 meses visa à prevenção de botulismo.⁷¹

Quando a criança não cresce satisfatoriamente com a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, antes de se recomendar a introdução de alimentos complementares é necessário realizar uma avaliação criteriosa para ver se a criança não está ingerindo pouco leite materno por má técnica de

amamentação, levando a um esvaziamento inadequado das mamas e à consequente diminuição da produção do leite. Nesses casos, a conduta de escolha é orientar e apoiar a mãe para que o bebê aumente a ingestão do leite materno e não introduzir a alimentação complementar desnecessariamente.⁷² É importante lembrar que as atuais curvas de crescimento são predominantemente baseadas em crianças alimentadas com leites industrializados⁷³ e que o crescimento de crianças amamentadas saudáveis, entre os 3 e 9 meses de idade aproximadamente, é frequentemente inferior ao de crianças não-amamentadas⁷⁴, sem que isso, no entanto, implique qualquer desvantagem funcional³⁵. A OMS recentemente coordenou um estudo multicêntrico em países selecionados, inclusive no Brasil, de acompanhamento do crescimento de crianças em aleitamento materno exclusivo por no mínimo 4 meses e em aleitamento materno complementado até pelo menos os 12 meses. Com os resultados desse estudo, será criada uma nova curva de crescimento para crianças, que será recomendada pela OMS em substituição ao atual padrão de referência do NCHS.⁷⁶

Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque o crescimento da criança para ou se lentifica, e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta^{47,48}.

2.2.3- Características da alimentação complementar adequada

Uma alimentação complementar adequada compreende alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), sem muito sal ou condimentos, de fácil consumo e boa aceitação pela criança, em quantidade apropriada, fáceis de preparar a partir dos alimentos da família e com custo aceitável para a maioria das famílias.⁷⁷

2.2.4- Conteúdo em energia

As estimativas de requerimentos totais de energia e de quantidade de energia a ser fornecida pelos alimentos complementares têm sido feitas em bases teóricas e sofrem limitações devido às peculiaridades metodológicas dos estudos que envolvem crianças menores de 2 anos. Em decorrência disso, essas estimativas têm sido sucessivamente revisadas. Alguns expertos indicaram que as estimativas de energia contidas nas recomendações da OMS de 1998⁶ estavam superestimadas^{48,77-79}. Então, para a obtenção das estimativas contidas nas recomendações atuais da OMS⁴⁸, além da revisão das recomendações anteriores⁵, foram revisadas as novas evidências surgidas desde 1998.⁷⁸

As atuais estimativas de requerimento total de energia para as crianças menores de 2 anos são baseadas em dados de estudo longitudinal de crianças americanas e são diferenciadas por idade da criança, práticas alimentares (amamentadas e não-amamentadas) e sexo. Na análise, foram consideradas a quantidade total de gasto de energia e a massa e composição corporais. Os dados foram combinados por sexo e, para facilitar comparações, foram apresentados nas mesmas faixas etárias que as utilizadas em recomendações anteriores.⁷⁸

O atual requerimento total de energia estimado para crianças amamentadas saudáveis é de aproximadamente 615 kcal/dia dos 6 aos 8 meses de idade, 686 kcal/dia dos 9 aos 11 meses e 894 kcal/dia dos 12 aos 23 meses.^{3,36} Em relação à recomendação anterior, esses valores são cerca de 5 a 18% menores quando expressos por dia e cerca de 5 a 13% inferiores quando expressos em relação ao peso corporal⁷⁸. Não houve mudança nas estimativas de energia transferida do leite materno.^{47,48,78} Diferentemente da recomendação anterior⁴⁷, foram excluídas as crianças desnutridas (cujos requerimentos são mais elevados) e considerados apenas os requerimentos de crianças amamentadas, obtendo-se, assim, estimativas de energia possivelmente mais apropriadas para crianças saudáveis e amamentadas. Futuramente, pode ser valioso incluir crianças não americanas para as

estimativas de requerimentos de energia, a fim de atender possíveis diferenças geográficas.⁷⁸

Atualmente, as estimativas de energia a ser fornecida pelos alimentos complementares são em torno de 25 a 32% menores que as anteriores.⁷⁸ Estima-se que, para crianças menores de 2 anos em países em desenvolvimento, com uma ingestão média de leite materno para cada idade, os alimentos complementares devam suprir aproximadamente 200 kcal por dia dos 6 aos 8 meses de idade, 300 kcal dos 9 aos 11 meses e 550 kcal dos 12 aos 23 meses.

Essas estimativas são diferentes para países industrializados devido a diferenças na ingestão média e na concentração de gordura do leite materno, sendo de 130, 310 e 580 kcal por dia, respectivamente.⁴⁸

A criança pequena possui um mecanismo de autorregulação de ingestão diária de energia muito eficiente. Assim, tende a comer quantidades menores de alimentos mais energéticos⁸², embora crianças com dietas com alta densidade energética (número de calorias por unidade de volume ou peso do alimento) tendam a ter uma ingestão diária de energia maior.⁸³ O pequeno volume do estômago da criança pequena (30-40 ml/kg de peso) pode impedi-la de alcançar suas necessidades energéticas se a dieta for de baixa densidade energética. Por outro lado, se a criança recebe grande quantidade de energia dos alimentos complementares, ela poderá reduzir a ingestão de leite materno, o que não é aconselhável, principalmente nas crianças menores.

Portanto, a densidade energética dos alimentos complementares recomendada varia de acordo com a idade da criança, com o quanto ela ingere de leite materno, com a concentração de gordura no leite materno e com a frequência com que a criança recebe os alimentos complementares. Para uma criança com ingestão média de leite materno e que consome pelo menos três refeições diárias com alimentos complementares, a densidade energética recomendada da dieta varia de 0,6 kcal/g aos 6-8 meses de idade a 1 kcal/g aos 12-23 meses. Quando a ingestão de leite materno é menor ou

a criança apresenta retardo no crescimento, a densidade energética deve ser maior, variando de 0,8 a 1,2 kcal/g.⁴⁷

As crianças brasileiras menores de 2 anos em geral ingerem quantidades adequadas de calorias, embora a densidade energética das refeições possa ser baixa, o que pode ser reflexo não apenas do tipo de alimento consumido, mas também da sua consistência. Alimentos de consistência "mole", diluídos, que contêm baixa densidade de energia, são muito utilizados por crianças pequenas no Brasil.⁸⁴

2.2.5- Conteúdo em proteínas

A densidade proteica (gramas de proteínas por 100 kcal de alimento) recomendada para os alimentos complementares é de 0,7 g/100 kcal, dos 5 aos 24 meses.⁴⁹ Na maioria dos países, as necessidades proteicas das crianças pequenas são preenchidas quando há um aporte energético adequado, exceto se há consumo predominante de alimentos pobres em proteínas (exemplos: batata doce e mandioca).⁴⁷

É importante para a criança receber proteínas de alto valor biológico e de melhor digestibilidade, presentes no leite humano e nos produtos de origem animal. Alternativamente, proteína de alta qualidade pode ser fornecida por meio de misturas adequadas de vegetais (ex.: arroz com feijão).⁸⁵

2.2.6- Conteúdo em gordura

Recomenda-se que os lipídeos dos alimentos complementares forneçam cerca de 30 a 45% da energia total^{78,86} o que é considerado suficiente para assegurar a ingestão adequada de ácidos graxos essenciais, boa densidade de energia e absorção de vitaminas lipossolúveis.⁴⁸ Gordura adicionada à dieta afeta a densidade geral de nutrientes⁴⁷ e, se excessiva, pode exacerbar a má nutrição de micronutrientes em populações vulneráveis.⁴⁸ Evidências limitadas sugerem que a ingestão de gordura excessiva favorece a obesidade na infância e futura doença cardiovascular.⁸⁷

2.2.7- Conteúdo em minerais

Para atender às necessidades nutricionais de minerais da criança, é preciso oferecer uma variedade de alimentos complementares com alta densidade desses nutrientes, já que a quantidade consumida desses alimentos dos 6 aos 24 meses é relativamente pequena.⁴⁷ Dos 9 aos 11 meses de idade, a proporção de minerais a ser fornecida pelos alimentos complementares é alta, de 97% para ferro, 86% para zinco, 81% para fósforo, 76% para magnésio, 73% para sódio e 72% para cálcio.⁷⁸

2.2.8- Ferro

A densidade de ferro recomendada nos alimentos complementares é de 4 mg/100 kcal dos 6 aos 8 meses, de 2,4 mg/100 kcal dos 9 aos 11 meses e de 0,8 mg/100 kcal dos 12 aos 24 meses. Em países em desenvolvimento, devido às baixas densidade e biodisponibilidade do ferro nas dietas (apenas cerca de 11 a 18% de absorção), as necessidades com frequência não são totalmente supridas^{47,88,89}. Lactentes de 6 a 12 meses não conseguem consumir quantidade suficiente de alimentos ricos em ferro para atender às suas necessidades^{47,90}, além do fato de que o custo desses alimentos pode ser proibitivo para famílias de baixa renda^{47,91,92}. A disponibilidade de alimentos fortificados com ferro é maior em países industrializados do que em países em desenvolvimento^{47,92}. Essa é uma das razões porque, no Brasil, a anemia por deficiência de ferro é muito frequente em menores de 2 anos.⁴⁹

Os alimentos de origem animal apresentam uma melhor biodisponibilidade de ferro (até 22% de absorção) do que os de origem vegetal (1 a 6%). As carnes (principalmente as vermelhas) e alguns órgãos (sobretudo o fígado) levam vantagem sobre o leite e seus derivados quanto à densidade e biodisponibilidade do ferro. Alguns alimentos contêm quantidades razoáveis de ferro, porém com baixa biodisponibilidade. É o caso da gema de ovo, do feijão, da lentilha, da soja e dos vegetais verde-escuros (acelga, couve, brócolis, mostarda, almeirão).

A absorção de ferro dos alimentos de origem vegetal pode ser incrementada se forem consumidos na mesma refeição alguns alimentos

como carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico (laranja, goiaba, limão, manga, mamão, melão, banana, maracujá, pêssego, tomate, pimentão, folhas verdes, repolho, brócolis, couve-flor). Neste caso, deve-se dar preferência aos alimentos crus e frescos, já que parte da vitamina C é destruída no cozimento.⁴⁷ Por outro lado, ovos, leite, chá, mate ou café dificultam a absorção de ferro, por formarem precipitados insolúveis com o mesmo. O efeito inibitório dos cereais integrais (arroz, milho, trigo) se deve à presença de fitatos, e não de fibras, que, por si só, não possuem efeito inibidor. Já o leite inibe a absorção do ferro heme e não-heme pelo seu conteúdo de cálcio e, provavelmente, pela presença de fosfoproteínas.

O alto consumo de leite de vaca é um dos fatores que contribuem para a alta prevalência de anemia na infância. Em um estudo de coorte de crianças europeias, aos 12 meses de idade a concentração de hemoglobina foi reduzida em 0,2 g/dl para cada mês adicional de consumo de leite de vaca não-fortificado.⁹³ Em São Paulo, foi encontrado um risco de anemia 2,2 vezes maior nas crianças de 6 a 59 meses com maior consumo relativo de leite quando comparadas com as de menor consumo.⁹⁴

2.2.9- Conteúdo em vitaminas

Vitamina A

Se a mãe tem uma dieta com aporte adequado de vitamina A, a oferta de alimentos complementares ricos nessa vitamina facilmente supre as necessidades do bebê amamentado. Por outro lado, se a mãe vive em área endêmica de deficiência de vitamina A, recomenda-se a suplementação específica da nutriz^{95,96} e o consumo, pela criança, de alimentos complementares ricos dessa vitamina⁹⁷, preferencialmente ofertados pouco antes ou depois do leite materno, para aumentar a absorção de caroteno e retinol da dieta.⁴⁷ Os principais alimentos fonte de vitamina A são fígado, gema de ovo, produtos lácteos, folhas verde-escuras e vegetais e frutas de cor laranja (cenoura, abóbora, pimentão vermelho ou amarelo, manga, maracujá, mamão).

Vitamina D

É pequena a contribuição do leite materno e dos alimentos complementares para o suprimento das necessidades de vitamina D, o qual primordialmente depende da exposição direta da pele à luz solar. A ingestão dietética se torna importante apenas em caso de produção endógena inadequada ou depleção de reservas corporais. Em bebês amamentados exclusivamente ao seio e não expostos à luz solar, os estoques de vitamina D existentes ao nascimento provavelmente seriam depletados em 8 semanas.⁹⁸ Porém, umas poucas horas de exposição à luz solar no verão, 0,5 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 fraldas⁹⁹, produz vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses^{100,101}. Crianças com pigmentação escura da pele podem requerer três a seis vezes a exposição de bebês de pigmentação clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D¹⁰⁰⁻¹⁰².

Outras vitaminas

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 são necessárias mais evidências para a formulação de recomendações específicas.⁴⁷

2.2.10- A escolha dos alimentos complementares

A criança pode ser alimentada com os alimentos disponíveis para a família, assegurando-se a consistência e a densidade energética adequadas. Preparações que não atinjam a densidade mínima recomendada de energia, tais como sopas, mingaus e leites muito diluídos devem ser evitadas⁴⁷.

Do oitavo mês em diante os alimentos devem ser variados, com misturas balanceadas dos mesmos, contendo cereais, tubérculos, alimento de origem animal, de origem vegetal e gordura.⁷⁷ Somente uma dieta variada assegura o suprimento de micronutrientes, favorece a formação de bons hábitos alimentares e previne o aparecimento de anorexia decorrente da

monotonia alimentar⁵. As crianças (e depois, como adultos) tendem a preferir os alimentos da maneira como eles foram apresentados inicialmente. Por isso, é recomendável que se ofereça inicialmente à criança alimentos com baixos teores de açúcar e de sal.⁷⁷

É importante assegurar a oferta, se possível diária, de alimentos de origem animal ricos em ferro e de frutas e vegetais, particularmente os ricos em vitamina A^{47,29,98}. Dietas vegetarianas não fortificadas ou não suplementadas não são recomendadas para crianças menores de 2 anos porque não suprem as necessidades de alguns nutrientes, como ferro, zinco e cálcio^{47,48,78,90}.

É desaconselhável oferecer leite de vaca não modificado, principalmente quando cru e puro, a menores de 1 ano porque o seu uso está associado a perda sanguínea fecal e deficiência de ferro¹⁰³⁻¹⁰⁵. Deve-se evitar também dar bebidas açucaradas (refrigerantes e outras), pois elas diminuem o apetite da criança para alimentos mais nutritivos e podem causar fezes amolecidas.⁴⁸ Chá e café também são desaconselháveis porque podem interferir na absorção de ferro^{47,48}.

A Academia Americana de Pediatria recomenda, no máximo, 240 ml/dia de suco de frutas, para evitar competição com alimentos nutricionalmente mais ricos⁶. Há relatos de associação entre consumo excessivo de suco de frutas e falhas de crescimento¹⁰⁶, baixa estatura e obesidade¹⁰⁷, mas mais estudos são necessários para a confirmação desses achados.¹⁰⁷

Para orientar as mães/cuidadores na escolha dos alimentos complementares, o profissional de saúde deve conhecer o conteúdo nutricional dos alimentos locais e sua utilização para a alimentação infantil^{47,49,77}. Quando necessário, deve consultar tabelas locais de composição de alimentos⁴⁸.

2.2.11- Como oferecer os alimentos complementares

Recomenda-se introduzir os novos alimentos gradualmente, um de cada vez, a cada 3 a 7 dias. É muito comum a criança rejeitar novos

alimentos, não devendo este fato ser interpretado como uma aversão permanente da criança ao alimento. Em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a 10 vezes para que o aceite bem^{109,110}. Crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos que as não-amamentadas, pois, por intermédio do leite materno, a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta da mãe.

Assim, a criança é introduzida desde o nascimento (e provavelmente intra-útero) aos hábitos alimentares da família.¹¹¹ A consistência inadequada dos alimentos compromete a ingestão adequada de nutrientes pela criança.⁴⁸ Por isso, no início da alimentação complementar, recomenda-se que os alimentos sejam preparados especialmente para ela. Eles devem ser inicialmente semissólidos e macios (sob a forma de purê), devendo ser amassados e nunca peneirados ou liquidificados. Sopas e comidas ralas/moles não fornecem calorias suficientes para suprir as necessidades energéticas das crianças pequenas e devem ser desaconselhadas. A consistência da dieta deve ser aumentada gradativamente, respeitando-se as habilidades da criança.⁴⁷

A partir dos 8 meses, a criança pode receber os alimentos consumidos pela família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Aos 10 meses, a criança já deve estar recebendo alimentos granulados, caso contrário corre um risco maior de apresentar dificuldades alimentares aos 15 meses.¹¹² Aos 12 meses, a maioria das crianças pode receber o mesmo tipo de alimento consumido pela família, desde que com densidade energética e consistência adequadas.⁷⁸ A partir de então, deve-se restringir o uso de alimentos semissólidos e deve-se evitar alimentos de formato aguçado e/ou consistência dura (ex: cenouras cruas, nozes, uvas), pelo risco de engasgar a criança.⁷⁷

Os alimentos complementares devem ser oferecidos à criança utilizando-se colher e copo^{47,48}, que são bem aceitos por crianças pequenas. Mamadeiras devem ser evitadas porque, além de ser uma fonte de contaminação para a criança, prejudicam a dinâmica oral¹¹³ e podem,

principalmente durante o estabelecimento da lactação, confundir o bebê ("confusão de bicos")¹¹⁴, expondo-o a um risco maior de desmame precoce^{113,114}. É importante lembrar que o bebê, ao longo do seu desenvolvimento, não precisa usar mamadeira.⁷⁷ Os alimentos complementares podem ser oferecidos tanto antes como após a mamada no seio^{47,117}.

Em algumas populações, a criança é encorajada a comer apenas quando está doente ou recusa o alimento.¹¹⁸⁻¹²⁰ Em outras, como no Brasil, as mães ou cuidadores usam práticas de encorajamento às vezes inadequadas.⁴⁹ Atualmente, a OMS recomenda às mães/cuidadores de crianças menores de 2 anos a prática de alimentação responsiva, que usa os princípios de cuidados psicossociais ao se alimentar a criança^{121,122}. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de autorregulação do apetite da criança, ajudando-a a se alimentar até estar saciada, e requer sensibilidade da mãe/cuidador às indicações de fome e de saciedade da criança. Recomenda-se alimentar a criança lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais forçando-a a comer.

As refeições devem ser prazerosas, com troca amorosa entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa. Se a criança recusar muitos alimentos, pode-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento não-coercitivos e que não distraiam a criança da refeição.⁴⁸ Há evidências de que o estilo mais ativo de alimentar a criança melhora a ingestão de alimentos e o seu estado nutricional¹²³, bem como seu crescimento^{124,125}.

2.2.12- Quantidade e frequência

A pequena quantidade de alimentos complementares inicialmente oferecida deve ser gradativamente aumentada com a idade da criança. A quantidade e a frequência dos alimentos oferecidos devem basear-se na aceitação da criança, que varia segundo a necessidade individual, a quantidade de leite materno ingerido e a densidade dos alimentos

complementares.^{48,78} Deve-se encorajar a criança a comer até ela ficar saciada.⁴⁸

As recomendações atuais sobre a frequência de refeições com alimentos complementares para a criança amamentada são provenientes de estimativas teóricas baseadas na energia fornecida por esses alimentos, assumindo-se uma capacidade gástrica de 30 g/kg de peso corporal e uma densidade de energia nos alimentos complementares de, no mínimo, 0,8 kcal/g.^{48,78} As frequências mínimas de refeições por idade foram calculadas de forma a cobrir com segurança as necessidades de quase todas as crianças.⁷⁸

Assim, a OMS atualmente recomenda, para as crianças amamentadas, duas a três refeições com alimentos complementares por dia dos 6 aos 8 meses de idade e três a quatro vezes por dia dos 9 aos 24 meses, com lanchinhos nutritivos adicionais (pedacinhos de fruta ou pão, cuscuz, bolo caseiro, macaxeira) uma a duas vezes ao dia a partir dos 12 meses.⁴⁸ Se a densidade de energia ou a quantidade de alimentos complementares por refeição for baixa, ou se a criança estiver totalmente desmamada, pode ser necessária uma maior frequência de refeições^{48,78}.

É importante frisar que as refeições com alimentos complementares não substituem (e sim complementam) as mamadas. A frequência das mamadas ao seio pode ser mantida. Com a introdução da alimentação complementar, a criança naturalmente passará a ingerir menos leite materno. Por isso, deve-se evitar um número excessivo de refeições com alimentos complementares em crianças amamentadas, para não diminuir demasiadamente o volume de leite materno ingerido pela criança.¹²⁶ Os lanchinhos nutritivos economizam tempo da mãe e contribuem menos para o deslocamento do leite materno.⁴⁸

3 – PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
- Apresentar o projeto a todos os envolvidos.	- Informar e capacitar a equipe para o acolhimento desses usuários.	- Fazer entender enquanto equipe a importância da sintonia entre todos os envolvidos para que o projeto atinja o seu objetivo; - 1 dia.	- Reunião com vigia, zeladoras, enfermeiro, técnico de enfermagem, atendente, médicos, agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de saúde bucal; - Reunião com a equipe do NASF.	- Nutricionista responsável pelo projeto.
- Quantitativo de crianças de 0 a 2 anos na área de abrangência.	- Realizar o levantamento da quantidade de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos.	- Identificar todas as crianças de 0 a 2 anos na área de abrangência; - 1 semana.	- Realizar busca ativa	- Agentes comunitário de saúde (ACS);
- Acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento das crianças.	- Capacitar os ACS e as (os) técnicas de enfermagem (os) para fazer as medidas antropométricas.	- Preparar os ACS e as (os) técnicas (os) de enfermagem para coletar e acompanhar esses indicadores; - 1 dia.	- Treinar os ACS e as (os) técnicas (os) de enfermagem para realizar as medições com precisão e interpretar os resultados.	- Enfermeira; - Nutricionista; - Fisioterapeuta.
- Apoio e suporte a amamentação e introdução a	- Conscientizar a nutriz da	- Apoiar e dar suporte para a amamentação	- Educação em saúde com profissionais da	- Enfermeira;

<p>alimentação complementar saudável.</p>	<p>importância da amamentação para a saúde da criança e da alimentação complementar saudável.</p>	<p>exclusiva até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar saudável. -8 meses.</p>	<p>equipe, visita domiciliar e rodas de conversa para troca de experiências com a amamentação e preparo da alimentação complementar.</p> <p>- Atividade Lúdica: peça teatral incentivando o aleitamento materno, destacar de forma humorada, os principais medos e dúvidas que as mães possuem ao amamentar.</p> <p>- Exibição de vídeo sobre amamentação e alimentação complementar saudável;</p> <p>- Dinâmica: Gincana sobre alimentação da criança até 2 anos de idade (ANEXO 1);</p>	<p>- Nutricionista; - Fisioterapeuta; - Medico; -Psicóloga; - Fonoaudióloga; - Assistente social; - ACS; - Técnica de enfermagem;</p>
---	---	--	---	---

4 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Para avaliação do cumprimento das ações será utilizado um *checklist* (ANEXO 2) com todas as ações e datas programadas onde serão marcadas se as mesmas foram realizadas na data ou dentro do prazo programado, preenchido pela Nutricionista responsável pelo projeto, esse *checklist* será feito mensalmente com todos os envolvidos, na UBS Mutirão, e a divulgação será realizada a cada mês, após o preenchimento do *checklist* para toda a equipe envolvida no projeto, em reunião na própria UBS.

Para avaliar os resultados será utilizado um questionário (ANEXO 3) direcionados às mães para avaliarmos o impacto das ações desenvolvidas durante o projeto e dar suporte à adesão ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e a alimentação complementar saudável a partir do sexto mês. Esse questionário será aplicado a cada mês para avaliarmos a adesão das mães as orientações recebidas, a aplicação será realizada na residência das usuárias pelos ACS. Os resultados serão divulgados em reunião com a equipe na ESF Mutirão.

5 – CONCLUSÃO

A realização do Projeto de intervenção “Incentivo ao Aleitamento Materno e a Promoção da Alimentação Complementar Saudável, às crianças de zero a dois anos de idade na ESF Mutirão”, possibilitara dar o suporte necessário à nutriz durante o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar saudável na área de abrangência da ESF Mutirão, e desta forma oportunizar uma atuação presente dos profissionais de saúde no apoio e incentivo ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, com educação em saúde, e consulta puerperal. Nesse momento é que as puérperas apresentam maior fragilidade e com maior possibilidades de intercorrências mamilares, sendo importante a presença do profissional para orientações a fim de estimular a nutriz, ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os 2 anos de idade ou mais, bem como, acompanhar a transição da alimentação a partir dos 6 meses para que a criança receba a oferta de alimentos adequados.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Mundial da Saúde. Indicadores para avaliar as práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas. Parte 1: definições Conclusões de uma reunião de consenso realizada de 6 a 8 de novembro de 2007 em Washington, DC, EUA. Genebra; 2007.
- 2- Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à gravidez precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimentos em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 641-54.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 107).
- 4- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S., Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeito vitalício. *Lanceta*. 2016; 387 (10017): 475-90.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, DF; 2009. v.1. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
- 6- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450:27-37.
- 7- Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1638-47.
- 8- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007; 369:145-57.
- 9- Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46:99-110.
- 10- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371:243-60.
- 11-Mennella JA, Trabulsi JC. Complementary foods and flavor experiences: setting the foundation. *Ann Nutr Metab* 2012; 60:40-50.

12-Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30:11-7.

13-Vitolo MR, Rauber F, Campagnolo PD, Feldens CA, Hoffman DJ. Maternal dietary counseling in the first year of life is associated with a higher healthy eating index in childhood. *J Nutr* 2010; 140:2002-7.

14-Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. *Eur J Clin Nutr* 2011; 65:454-62.

15-Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, et al. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol* 2011; 40:47-62.

16-Pan American Health Organization; World Health Organization. Global data bank on infant and young. Child feeding. Geneva: World Health Organization; 2009.

17-Pan American Health Organization; World Health Organization. The importance of infant and young child feeding and recommended practices. In: World Health Organization, editor. *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 19-28.

18-Lutter CK. Undernutrition, Poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* 2011; 128:1418-27.

19-Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingfords JC. World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. *Matern Child Nutr* 2011; 8:354-70.

20-Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. *Semana Mundial do Aleitamento Materno 2012: entendendo o passado - planejando o futuro*. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

21-Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

22-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de vida - Brasil e Grandes Regiões*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

23-Saldiva SRDM, Venancio SI, Castro ALS, Escuder MM, Giugliani ERJ. Características da alimentação complementar salgada, segundo região geográfica, em crianças de 6 a 12 meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008. In: *Anais do XII Encontro Nacional de Aleitamento Materno [CD-ROM]*. Fortaleza: Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar; 2012.

24-Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

25-Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-7.

26-World Health Organization. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva: World Health Organization; 2013.

27-Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Estratégia amamenta e alimenta Brasil. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta> (acessado em 20/Out/2013).

28- Plagemann A, Harder T. Breast feeding and the risk of obesity and related metabolic diseases in the child. *Metab Syndr Relat Disord* 2005; 3:222-32.

29-Horta BL, Bahl R, Martinez JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

30- Lanigan J, Singhal A. Early nutrition and long-term health: a practical approach. *Proc Nutr Soc* 2009; 68:422-9.

31-Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, et al. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol* 2001; 40:47-62.

32-Caminha MFC, Batista Filho M, Serva VB, Arruda IKG, Figueiroa JN, Lira PIC. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:240-8.

33-Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86:317-24.

34-Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJ, Horta BL, Barros FC. Breastfeeding and feeding patterns in three birth cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 3:S409-16.

35-Caetano MC, Ortiz TT, da Silva SG, de Souza FI, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86:196-201.

36-Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da

Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:305-16.

37-Oliveira LPM, Assis AM, Pinheiro SM, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr* 2005; 18:459-69.

38-Sousa FGM, Araújo TL. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão. *Acta Paul Enferm* 2005; 18:172-7.

39-Modesto SP, Devincenzi MU, Sigulem DM. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. *Rev Nutr* 2007; 20:405-15.

40-Arantes CIS, Oliveira MM, Vieira TCR, Beijo LA, Gradim CVV, Goyatá LT. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. *Rev Nutr* 2011; 24:421-9.

41-Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAA. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr* 2011; 24:61-70.

42-Bortolini GA, Gubert MB, Santos LPM. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1759-71.

43-Siega-Riz AM, Deming DM, Reidy KC, Fox MK, Condon E, Briefel RR. Food consumption patterns of infants and toddlers: where are we now? *J Am Diet Assoc* 2010; 110(12 Suppl):S38-51.

44-Araújo CMT, Silva GAP. Introdução da alimentação complementar e o desenvolvimento sensorio motor oral. São Paulo: Nestlé; 2004. (Temas de Pediatria, 78).

45-Nielsen GA, Thomsen BL, Michaelsen KF. Influence of breastfeeding and complementary foods on growth between 5 and 10 months. *Acta Paediatr.* 1998; 87(9):911-7.

46-Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2ªed. Brasília; 2010.

47-WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1,1998.

48-PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington/Geneva; 2003.

- 49-Brasil/Ministério da Saúde/OPS. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Serie A. Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- 50-Piwoz EG, Huffman SL, Quinn VJ. Promotion and advocacy for improved complementary feeding: Can we apply the lessons learned from breastfeeding? *Food Nut Bull.* 2003;24:29-44.
- 51-Anderson AS, Guthrie C, Alder EM, Forsythe S, Howie PW, Williams FLR. Rattling the place: reasons and rationales for early weaning. *Health Educ Res.* 2001;16:471-9.
- 52-Rowland MG, Barrell RA, Whitehead RG. Bacterial contamination in traditional Gambian weaning foods. *Lancet.* 1978;1:136-8.
- 53-World Health Assembly Resolution. Infant and young child nutrition. WHA 54.2, 18 May 2001.
- 54-WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHA55/ 2002/ REC/1, Annex 2.
- 55-WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/CAH/01.23;2001.
- 56-Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;1:CD003517.
- 57-Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Publ.* 2003;19 (Supl 1):S37-45.
- 58-Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery.* 1986;2:163-71.
- 59-Stevenson SD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin N Am.* 1991;38:1439-53.
- 60-Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Landa Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr.* 2001;131:262-7.
- 61-Drewett R, Amatayakul K, Wongsawasdi L, Mangklabruks A, Ruckpaopunt S, Ruangyuttikarn C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breastmilk, and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. *Eur J Clin Nutr.* 1993;47:880-91.

- 62-Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285:413-20.
- 63-Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet*. 1994;344:288-93.
- 64-Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr*. 1999;69:679-86.
- 65-Zeitlin MT, Ahmed NU. Nutritional correlates of frequency and length of breastfeeding in rural Bangladesh. *Early Hum Develop*. 1995;41:97-100.
- 66-Oski FA, Landaw AS. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. *Am J Dis Child*. 1980;134:459-60.
- 67-Bell JG, Keen CL, Lonnerdal B. Effect of infant cereals in zinc and copper absorption during weaning. *Am J Clin Dis Child*. 1987;131:1128-32.
- 68-McNeilly AS, Glasier A, Howie PW. Endocrinology control of lactational infertility. I. In: Dobbing J, editor. *Maternal and lactation infertility*. New York: Raven Press; 1985. p. 1-24.
- 69-van Odjik J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003;58:833-43.
- 70-Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994;17:13-9.
- 71-Dewey KG. *Approaches for improving complementary feeding of infants and young children*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 72-WHO/UNICEF. *Aconselhamento em amamentação. Um curso de treinamento. Manual do treinador*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 1995.
- 73-World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization; 1995.
- 74-Victora CG, Morris SS, Barros FC, de Onis M, Yip R. The NCHS reference and the growth of breast- and bottle-fed infants. *J Nutr*. 1998;128:1134-8.

75-Frongillo FA. O crescimento da criança alimentada ao seio. In: Martorell R, Haschke F, editores. Nutrição e crescimento. Nestlé Nutrition. Workshop Series no 47. Vevey, Suíça: Nestlé Ltda; 2000. p. 5-81.

76-World Health Organization. Turning the tide of malnutrition. Responding to the challenge of the 21st century WHO/NHD/00.7 World Health Organization: Geneva; 2000.

77-WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/00.1: WHO/FCH /CAH/00.6; 2000.

78-Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. Food Nut Bull. 2003;24:5-28.

79-Butte NF. Position paper on revision of 1985 FAO/WHO/UNU energy requirements of infants. Proceedings of a 1994 I/D/E/C/G workshop. Eur J Clin Nutr. 1996;50 (Suppl 1):S24-36.

80-Torun B, Davies PS, Livingstone MB, Paolisso M, Sackett R, Spurr GB. Energy requirements and dietary energy recommendations for children and adolescents 1 to 18 years old. Eur J Clin Nutr. 1996;50 (Suppl 1):S37-80.

81-Dewey KG, Wesseling W, Heining MJ. Do infant intake and growth rate change after termination of breast-feeding in the second year of life? FASEB J. 1995;9:A755.

82-Birch LL, Marlin DW. I don't like it. I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. Appetite. 1982;4:353-60.

83-Brown KH, Sanchez-Griñan M, Perez F, Peerson JM, Ganoza L, Stern JS. Effects of dietary energy density and feeding frequency on total daily intakes of recovering malnourished children. Am J Clin Nutr. 1995;62:13-8.

84-Galeazzi MA, Domene SM, Schieri R. Estudo multicêntrico sobre consumo de alimentos. Rev NEPA/UNICAMP (Cadernos de Debate) 1997, Especial.

85-Cameron M, Hofvander Y. Manual on feeding infants and young children. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1983.

86-Bier DM, Brosnan JT, Flatt JP, Hanson RW, Weir W, Hellerstein MK, et al. Report of the IDECG Working Group on lower and upper limits of carbohydrate and fat intake. Eur J Clin Nutr. 1999;53:S177-8.

87-Milner JA, Allison RG. The role of dietary fat in child nutrition and development: summary of an ASNS workshop. J Nutr. 1999;129:2094-105.

- 88-Dewey KG, Cohen RJ, Landa Rivera L, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breastfed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr.* 1998;67:878-84.
- 89-Allen LH, Ahluwalia N. Improving iron status through diet. John Snow, Inc./OMNI Project; 1997.
- 90-Gibson RS, Ferguson EL, Lehrfeld J. Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement. *Eur J Clin Nutr.* 1998;52:764-70.
- 91-Lutter CK. Macro-level approaches to improve the availability of complementary foods. *Food Nutr Bull.* 2003;24:83-103.
- 92-Lutter CK. Processed complementary foods: summary of nutritional characteristics, methods of production and distribution, and costs. *Food Nutr Bull.* 2000;21:95-100.
- 93-Male C, Persson LA, Freeman Guerra A, van't Hof MA, Haschke F. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study) *Acta Paediatr.* 2001;90:492-8.
- 94-Levy-Costa RB. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
- 95-Underwood B. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *Am J Clin Nutr.* 1994;59:S517-24.
- 96-Huffman SL, Baker J, Shumann J, Zehner ER. The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries. LINKAGES Project, Academy for Educational Development, Washington DC; 1998.
- 97-Allen LH, Gillespie S. What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19. ACC/SCN: Geneva in collaboration with the Asian Development Bank, Manila; 2001.
- 98-Ala-Houhala M. 25 Hydroxyvitamin D levels during breast-feeding with or without maternal or infantile supplementation of vitamin D. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1985;4:220-6.
- 99-Vitamin D expert panel, final report. Center for Disease Control. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/Vitamin_D_Expert_Panel_Meeting.pdf. Acessado em setembro 2003. [Links]
- 100-Poskitt EM, Cole TJ, Lawson DE. Diet, sunlight, and 25-hydroxy vitamin D in healthy children and adults. *BMJ.* 1979;1:221-3.

101-Specker BL, Valanis B, Hertzberg V, Edwards N, Tsang RC. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr*. 1985;107:372-6.

102-Mojab CG. Sunlight deficiency and breastfeeding. *Breastfeeding Abstracts*. 2002;22;3-4.

103-Sociedade Brasileira de Pediatria. Reflexões sobre o consumo de leite de vaca integral pelo lactente: consenso do Departamento Científico de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico.

104- Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, Rebouche CJ, Edwards BB, Rogers RR, et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. *J Pediatr*. 1990;116:11-8.

105-Griffin IJ, Abrams SA. Iron and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:401-14.

106-Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics*. 1994;93:438-43.

107-Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Excess fruit juice consumption by preschool-aged children is associated with short stature and obesity. *Pediatrics*. 1997;99:15-22.

108-Skinner JD, Carruth BR, Moran J, Houck K, Coletta F. Fruit juice intake is not related to children's growth. *Pediatrics*. 1999;103:58-64.

109-Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposures reduces children's food neophobia. *Appetite*. 1987;8:171-8.

110-Sullivan AS, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*. 1994;93:271-7.

111-Almeida JAG. Amamentação: Repensando o paradigma [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

112-Northstone K, Emmett P, Nethersole F, ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months *J Hum Nutr Dietet*. 2001;14:43-54.

113-Newman J. Nipple confusion. *Pediatrics*. 1993;92:297-8.

114-Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995;126:S125-9.

115-Newman J. Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact*. 1990;6:59-63.

- 116-World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.
- 117-Drewett R, Payman B, Whiteley S. Effect of complementary feeds on sucking and milk intake in breastfed babies: an experimental study. *J Reprod Infant Psychol.* 1987;5:133-43.
- 118-Engle PL, Zeitlin M. Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children. *J Nutr.* 1996;126:1808-16.
- 119-Bentley M, Stallings R, Fukumoto M, Elder J. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea episodes, convalescence, and health in the Central Northern Sierra of Peru. *Am J Pub Health.* 1991;83:1-5.
- 120-Bentley M, Caulfield L, Torun B, Schroeder D, Hurtado E. Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala. *FASEB J.* 1992;6:A436. [Links]
- 121-Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc.* 2000;59:25-35. [Links]
- 122-Pelto G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull.* 2003;24:45-82. [Links]
- 123-Ruel MT, Levin CE, Armar-Klemesu M, Maxwell DG, Morris SS. Good care practices mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: evidence from Accra. *World Development.* 1999;27:1993-2009. [Links]
- 124-Sternin M, Sternin J, Marsh DL. Rapid, sustained childhood malnutrition alleviation through a positive-deviance approach in rural Vietnam: preliminary findings. In: Wollinka O, editor. *Health nutrition model: applications in Haiti, Viet Nam and Bangladesh.* Arlington, VA: BASICS; 1997. p. 49-61. [Links]
- 125-Creed de Kanashiro H, Penny M, Robert R, Narro R, Caulfield L, Black R. Improving infant nutrition through an educational intervention in the health services and the community. Presentation at the WHO Global Consultation on Complementary Feeding. Geneva; December 2001. [Links]
- 126-Rivera J, Santizo MC, Hurtado E. Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar las prácticas de alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.

ANEXO 1

Roteiro da gincana

.

As mães serão divididas em três grupos, verde, amarelo e azul onde poderão responder sobre verdades e mitos sobre a alimentação da criança até dois anos. A dinâmica tem como objetivo abordar a questão da amamentação e da alimentação complementar saudável de forma lúdica, além de testar o conhecimento das mães sobre o assunto.

ANEXO 2

Checklist

AÇÃO	REALIZADA NA DATA PREVISTA	NÃO REALIZADA NA DATA PREVISTA
1- Reunião com vigia, zeladoras, enfermeiro, técnico de enfermagem, atendente, médicos, agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de saúde bucal;		
2- Busca ativa do quantitativo de gestantes e crianças de 0 a 2 anos na área de abrangência.		
3- Treinamento dos ACS e as (os) técnicas (os) de enfermagem para tirar as medidas com precisão as medidas antropométricas e interpretar os resultados.		
4- Confeção dos convites para as mães.		
5- Entrega dos convites em mãos as mães das crianças de zero a dois anos pelos ACS, com data, horário e local do primeiro encontro		
6- Cadastro das crianças		
7- Primeiro encontro: Explicação às mães sobre o projeto de intervenção, objetivo e a importância		

da participação delas.		
8- Primeiro encontro: Realização de avaliação e orientação, sobre amamentação mãe/bebê, posição, pega correta, com crianças até seis meses.		
9- O vínculo mãe e filho, estímulo ao aleitamento Materno exclusivo até os seis meses;		
10- Mitos sobre a alimentação influenciando na produção e composição do leite, dicas de alimentação as puérperas;		
11- Vantagens do aleitamento (Mãe e bebe), composição do leite materno e a parte estética;		
12- Postura adequada para amamentar, Posições para amamentar;		
13- Técnicas de amamentação, ordenha manual e os 10 passos do aleitamento materno:		
14- Vantagem do parto vaginal para a amamentação, as primeiras mamadas ainda no ambiente hospitalar (posição) e em domicílio, cuidados com as mamas e mamilos e a fisiologia da amamentação.		
15- Rodas de conversa para		

troca de experiências sobre amamentação e alimentação complementar;		
16- Visitas domiciliares		
17- Atividade Lúdica: peça teatral incentivando o aleitamento materno, destacar de forma humorada, os principais medos e dúvidas que as mães possuem ao amamentar.		
17- Alimentação complementar saudável		
18- Oficina: Demonstração de alimentos e preparações que devem ser oferecidas a partir do sexto mês e a evolução da dieta.		
19- Gincana: Alimentação da criança até os dois anos de idade		

ANEXO 3

Entrevista para as mães

- 1- As atividades realizadas no projeto lhe proporcionaram informações que lhe ajudou no dia a dia para amamentar exclusivamente?
- 2- Você teve respostas para as suas dificuldades na amamentação durante esse período?
- 3- A equipe lhe deu suporte para encontrar soluções para os problemas que surgiram durante a amamentação?
- 4- A alimentação complementar saudável foi oferecida a criança a partir do sexto mês?
- 5- As orientações que você recebeu durante o projeto lhe deu mais segurança para oferecer os alimentos nesse período?