

Seção 4

Aleitamento materno e orientação
alimentar para crianças

Nesta seção, você será convidado a conhecer melhor os aspectos nutricionais da população sob sua responsabilidade e refletir sobre orientações e práticas adotadas no cotidiano dessas pessoas. A avaliação da alimentação é uma importante ação no acompanhamento da saúde da criança e também para a prevenção de distúrbios nutricionais neste e em outros períodos da vida. Você estará se capacitando para prevenir sérios agravos à saúde como a desnutrição, a obesidade e a anemia, altamente prevalentes em nosso meio.

Para facilitar o estudo, esta seção foi dividida em três partes:

Parte 1 - Alimentação das crianças, do nascimento aos seis meses.

Parte 2 - Alimentação das crianças, de seis a 24 meses.

Parte 3 - Alimentação das crianças, de três a 10 anos de idade.

Além de melhorar sua habilidade na abordagem individual da criança, ao final do estudo desta seção, esperamos que você seja capaz de

- conhecer a importância do aleitamento materno e as recomendações quanto a sua duração e identificar técnicas para estimular o aleitamento materno em sua comunidade;
- identificar possíveis erros na técnica de amamentação e alimentação das crianças e orientar os pais sobre como corrigi-los;
- conhecer e analisar os indicadores de aleitamento materno e a cultura alimentar das crianças de sua área de abrangência;
- desenvolver ações para incentivo e promoção do aleitamento materno e de alimentação saudável;
- manejar dificuldades relacionadas ao aleitamento, incluindo: demora na descida do leite, dor e trauma mamilar, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, candidíase, reflexo de ejeção exacerbado, presença de sangue no leite, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário, galactocele, baixa produção de leite, cirurgia de redução de mamas e implantes mamários;
- organizar o serviço para o desenvolvimento dessas ações;
- avaliar o impacto dessas ações na realidade da comunidade;
- descrever a época, quantidade, frequência e modo de preparo recomendados para introdução da alimentação complementar.

Você poderá exercitar as seguintes habilidades relacionadas à alimentação das crianças:

- Avaliar a técnica de amamentação, por meio da observação da mamada.
- Identificar outros problemas na amamentação.
- Orientar a mãe ou o acompanhante acerca da importância da amamentação e de como superar os problemas encontrados.
- Avaliar a alimentação da criança e realizar orientações básicas.
- Orientar a mãe ou o acompanhante sobre como superar os problemas com a alimentação.
- Orientar a mãe ou o acompanhante quando voltar para a consulta de retorno e quando retornar imediatamente.
- Estimular a mãe ou o acompanhante para que sempre traga a caderneta de saúde da criança em qualquer atendimento.
- Empregar boas técnicas de comunicação.

Então, está pronto para começar seus estudos? Mãos à obra...!

Parte 1

Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses

O crescimento depende diretamente de alimentação suficiente em quantidade e qualidade, assim como da capacidade de absorção dos nutrientes pelo indivíduo.

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por crescimento e desenvolvimento rápidos e, portanto, requer disponibilidade proporcionalmente mais elevada de energia e nutrientes, em relação à criança maior e ao adulto. Existem também diferenças qualitativas, relacionadas às particularidades fisiológicas e metabólicas dessa fase, como a necessidade elevada de aminoácidos e ácidos graxos essenciais, minerais e vitaminas.

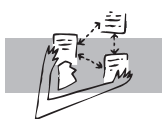
O leite humano é, indiscutivelmente, o alimento ideal para o lactente, especialmente nos seis primeiros meses de vida, devido aos seus benefícios em termos nutricionais, imunológicos, além do efeito psicossocial positivo da amamentação para o binômio mãe-filho. O leite humano é muito mais do que um conjunto de bons nutrientes: pela sua complexidade biológica, é uma substância viva, ativamente protetora e imunomoduladora. Essa capacidade pode ser observada pela reduzida morbimortalidade das crianças amamentadas ao seio, quando comparadas com as alimentadas artificialmente, especialmente em comunidades pobres. Entretanto, as experiências, informações, tradições e cultura da mulher é que construirão seu desejo de amamentar, que será traduzido na atitude de amamentar o seu filho.

Lembra-se do que comentamos no final da seção sobre crescimento e desenvolvimento? Uma comunicação de qualidade será muito importante para abordar os problemas com a alimentação da criança. Ainda que você tenha pressa, é importante priorizar o tempo necessário para dar à mãe uma recomendação cuidadosa e completa sobre a alimentação. Escute cuidadosamente suas respostas, elogie as práticas apropriadas e dê recomendações sobre os aspectos que a família precisa melhorar. Empregue linguagem simples e, ao final, faça perguntas de verificação que estimulem respostas amplas e explicativas, em vez de sim e não. Às vezes, isso não é simples, mas são habilidades que você poderá exercitar durante o estudo desta seção.

Você precisa entender todas as recomendações a respeito da alimentação, porém não terá de explicar todas elas à mãe. Primeiro faça perguntas para averiguar como ela alimenta seu filho. A seguir, dê apenas as orientações necessárias para a idade e situação da criança. Essas recomendações são apropriadas tanto para criança sadia ou doente.

A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e, durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar a partir da atuação de diferentes hormônios, sobretudo o estrógeno e a progesterona. No nascimento do bebê e após a expulsão da placenta, a prolactina é liberada e estimula o reflexo da produção do leite, o que ocorre então em todas as puérperas. Quando o bebê suga a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo e contribui para a liberação da ocitocina. Esse hormônio é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, que é basicamente somatopsíquico; portanto, fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo.

Você pode perceber que há muitos fatores que influenciam o sucesso da amamentação. A natureza desses fatores é muito diversa, mas, sem dúvida, dois aspectos influenciam decisivamente a duração da amamentação: o desejo e a técnica. O que você pensa sobre isso? Preparamos a Atividade 6 para que possa refletir sobre o quão difícil pode ser o aleitamento materno e sobre quão determinadas podem ser as mães em seu desejo de amamentar.

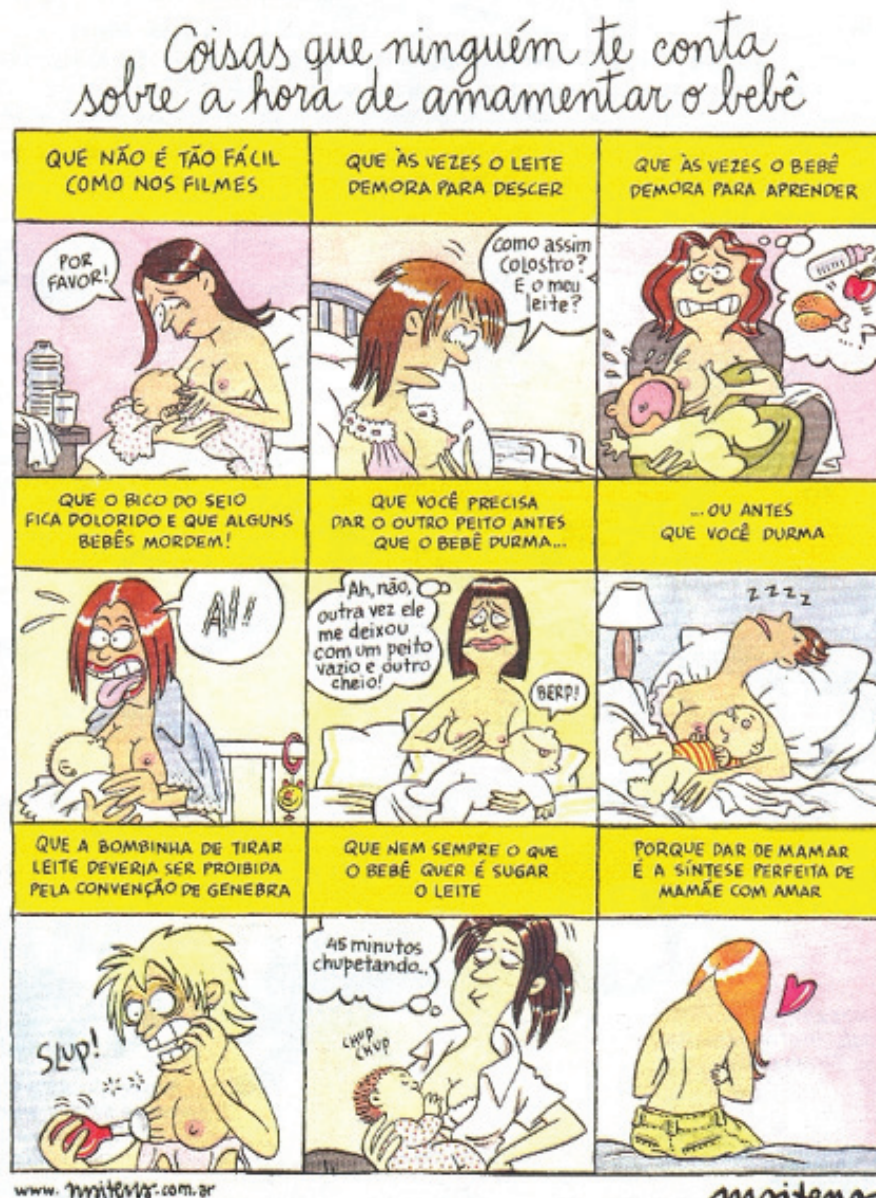


Atividade 6

A tirinha da Figura 16 foi tirada de uma revista feminina e reflete bem as dificuldades que muitas mulheres enfrentam para amamentar. Observe-a e responda às questões a seguir.

Procure identificar em cada quadrinho que tipo de problema está acontecendo com a personagem (exceto o último). Faça uma lista desses problemas. Utilize a planilha a seguir para fazer esta atividade.

Figura 16 – Coisas que te ninguém te conta sobre a hora de amamentar



Fonte: PROAMA – Projeto amamentar. Disponível em: <<http://proama-amamentar.blogspot.com.br/2012/05/coisas-que-ninguem-te-conta-sobre-hora.html>>

Para cada problema listado, proponha pelo menos duas ações para ajudar a mãe a superar a situação. Você vai encontrar informações importantes na nova CSC para fazer esta atividade.

Quadrinho	Problema	Propostas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Esses problemas são comuns em sua prática diária? O que você pensa sobre isso?
Envie sua atividade para a avaliação do seu tutor.

Para pensar:

Por que, apesar de tantas dificuldades, a personagem termina por concluir que “dar de mamar é a síntese perfeita de mamãe com amar”?

Mais adiante discutiremos mais esses e outros problemas com a amamentação e as formas de preveni-los e solucioná-los.

Importância do aleitamento materno

Agora vamos aprofundar um pouco sobre a importância do leite materno na alimentação da criança. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS) e o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria adotam a recomendação da OMS, que preconiza o uso de leite materno exclusivo até os seis meses de idade. Sabe-se que nesse período o leite humano supre todas as necessidades nutricionais da criança. Assim, só a partir do segundo semestre de vida, indica-se a introdução de alimentos complementares. Estes, como o próprio nome diz, vão complementar o aleitamento, que deverá ser mantido até os dois anos ou mais.

O PNIAM foi criado em 1981 pelo extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Atualmente, essa ação está sob a responsabilidade da área técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações de incentivo ao aleitamento materno, tais como: Alojamento Conjunto, o método Mãe-Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os projetos Carteiro Amigo e Bombeiros Amigos da Amamentação e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância.

E quando o aleitamento deve ser iniciado? Imediatamente após o parto, sob regime de livre demanda, sem horários prefixados, estando a mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. É importante orientar a mãe sobre a alternância dos seios para o melhor esvaziamento e estímulo à produção de leite. Apesar da diversidade entre as crianças, a amamentação em livre demanda representa, para a maioria dos bebês, em torno de oito mamadas nas 24 horas. O tempo de sucção em cada mama não deve ser estabelecido, respeitando as características do bebê, e estimulando que esvazie a mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia a criança.

O leite humano (LH) supre a necessidade de água da criança, mesmo em clima quente e seco e sabe-se que os seus nutrientes são mais bem absorvidos do que de qualquer outro leite. Em comparação ao leite de vaca, o LH apresenta melhor digestibilidade e conteúdo de ácidos graxos

essenciais, o que, associado à presença de fatores imunológicos espécie-específica, justifica sua superioridade em relação a outro tipo de leite.

Além dos benefícios nutricionais, as evidências epidemiológicas demonstram que seus benefícios são maiores, estendendo-se não só às crianças, mas também às mães, famílias e sociedade. Certamente você e sua equipe já ouviram várias opiniões das famílias de sua área de abrangência sobre este tema. Veja se essas opiniões coincidem com as listadas a seguir.

Benefícios do aleitamento materno para a criança

- Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva.
- Redução da incidência de doenças crônicas tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças autoimunes e linfoma>
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo relação direta com o tempo de amamentação.
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fonoarticulatórios.

Benefícios do aleitamento materno para a mãe

- Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade.
- Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional.
- Há um efeito contraceptivo, principalmente quando a mulher permanece em amenorreia.
- Promoção do vínculo afetivo mãe-filho.

Benefícios do aleitamento materno para a sociedade

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente amamentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam.

- Redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros, em que a imaturidade imunológica é mais acentuada, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante.
- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população.
- Benefício para toda a sociedade, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de falta dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social.

Com tantos benefícios, várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e sua complementação até pelo menos dois anos de idade têm ocorrido nesses últimos anos, tais como investimento na capacitação dos profissionais da saúde e a veiculação de informações ao público pelos diferentes meios de comunicação como revistas leigas, rádio e televisão. Entretanto, os índices de aleitamento ainda estão bem aquém do desejado. Situação difícil, não?! Por isso, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o alto número de mortes infantis por causas evitáveis.

Lembra-se de que no início da seção anterior você levantou diversas informações sobre a saúde das crianças de sua área de abrangência? Vamos voltar aos índices de aleitamento materno exclusivo de sua área de abrangência. Se você ainda não tiver feito o cálculo da prevalência de aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de seis meses, faça-o agora. Compare os seus dados sobre aleitamento materno exclusivo com os dados do Quadro 9, retirado da última pesquisa de caráter nacional sobre a prevalência de aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal, realizada em 2008.

Se quiser saber mais sobre os últimos dados nacionais e regionais de aleitamento materno, entre no site http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf. (BRASIL, 2009a). Foi nesse site que encontramos o Quadro 11, retirado da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.

Glossário

Prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME): multiplica-se o número de crianças em AME em determinada faixa etária por 100 e divide-se o resultado pelo número de crianças de sua área de abrangência com a mesma idade. Por exemplo, se, em sua área de abrangência das 20 crianças com menos de 1 mês, 15 estão em aleitamento materno exclusivo, então sua prevalência nessa faixa etária é de 75%.

Quadro 11 - Mediana do Aleitamento Materno Exclusivo (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais e DF, regiões e Brasil, 2008

Por Região Mediana	Mediana	Por Capital/ Região	Mediana
NORTE	66,25	Belém	88,85
Belém	88,85	Florianópolis	86,50
Macapá	74,27	Campo Grande	78,05
Porto Velho	59,38	Distrito Federal	77,69
Palmas	57,22	Macapá	74,27
Boa Vista	56,87	CENTRO-OESTE	66,60
Manaus	49,86	NORTE	66,25
Rio Branco	38,77	Vitória	62,54
NORDESTE	34,92	Teresina	61,89
Teresina	61,89	João Pessoa	61,09
João Pessoa	61,09	Curitiba	59,70
Natal	56,25	Porto Velho	59,38
São Luís	55,66	SUL	59,34
Aracaju	49,89	Palmas	57,22
Recife	49,59	Boa Vista	56,87
Salvador	31,16	Natal	56,25
Maceió	28,43	São Luís	55,66
Fortaleza	10,64	Rio de Janeiro	55,36
CENTRO-OESTE	66,60	SUDESTE	55,02
Campo Grande	78,05	São Paulo	54,83
Distrito Federal	77,69	BRASIL	54,11
Goiânia	38,59	Belo Horizonte	53,85
Cuiabá	0,742	Porto Alegre	51,84
SUDESTE	55,02	Aracaju	49,89
Vitória	62,54	Manaus	49,86
Rio de Janeiro	55,36	Recife	49,59
São Paulo	54,83	Rio Branco	38,77
Belo Horizonte	53,85	Goiânia	38,59
SUL	59,34	NORDESTE	34,92
Florianópolis	86,50	Salvador	31,16
Curitiba	59,70	Maceió	28,43
Porto Alegre	51,84	Fortaleza -	10,64
BRASIL	54,11	Cuiabá	7,42

Fonte: BRASIL, 2009a.

Como podemos verificar no Quadro 9, o Brasil apresenta grandes variações na prevalência do aleitamento materno exclusivo. Considerando a mediana do AME (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais, DF, regiões e Brasil, em 2008, por exemplo, os dados mostram que Cuiabá tem os resultados mais baixos (7,42) e Belém do Pará os mais altos (88,85). A que você atribui essas diferenças? E os seus dados se aproximam ou se distanciam da prevalência estimada para a sua capital/região? Como você explicaria as diferenças? Você já imaginava encontrar esses resultados? Por quê?

É importante que você tenha utilizado a nomenclatura recomendada pela OMS ao analisar os indicadores de aleitamento materno de sua área de abrangência. Assim, você poderá comparar os seus dados com os de estudos nacionais e internacionais. Além disso, usando sempre essa nomenclatura, você poderá acompanhar a evolução dos indicadores de sua área após a implantação de ações de promoção e incentivo ao aleitamento. Vamos relembrar:

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas ou chás.
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

Como vimos no início deste módulo, o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal propõe que a primeira visita da criança e da puérpera à UBS aconteça até o final da primeira semana de vida para que sejam realizadas as ações da “Primeira Semana: Saúde Integral!” Você se lembra dessas ações? Vacinar mãe e bebê, realizar o Teste do Pezinho, avaliar a saúde da mãe e do bebê e... avaliar a amamentação. E por que é importante avaliar a amamentação nesse período? Porque os primeiros 14 dias após o parto são essenciais para o sucesso da amamentação, já que é nesse momento que se estabelece a lactação, além de ser um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Por isso, a equipe de saúde precisa se programar para visitar a mãe e seu filho tão logo voltem da maternidade, a fim de ajudá-los nas dificuldades iniciais. Dessa forma, evitaremos grandes problemas!

Agora, volte à Atividade 1 (Seção 2, Parte 1) e reveja o planejamento que você elaborou. Nele estão contempladas ações específicas de promoção

do aleitamento materno? Que tipo de ações você e sua equipe pretendem desenvolver? Aproveite esse momento para desenvolver melhor essas ações.

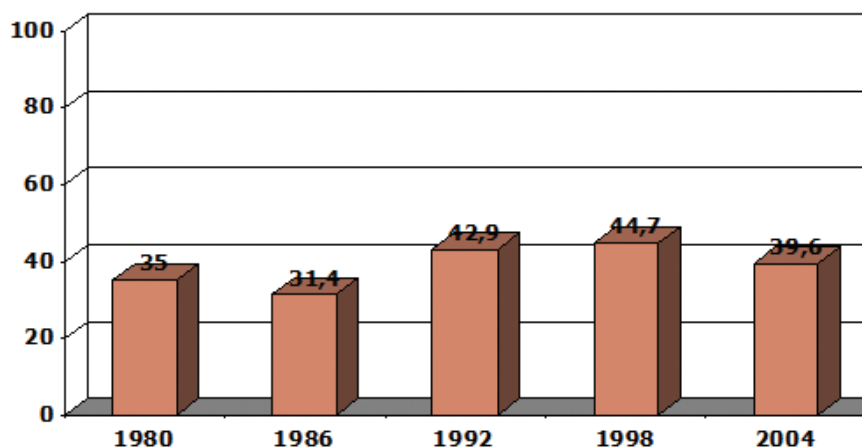
A equipe de Saúde da Família deve:

- cadastrar e conhecer todas as gestantes da área de abrangência;
- realizar visita domiciliar imediatamente após a chegada da mãe e do bebê da maternidade;
- perguntar sobre a saúde da mãe e do bebê;
- perguntar como tem sido a amamentação e orientar, se necessário;
- encaminhá-las à UBS a partir do quinto dia de vida da criança.

Em uma UBS de Belo Horizonte, estudos realizados entre 1980 e 2004 mostraram a existência de associação entre as dificuldades relatadas pelas mães para amamentar nos primeiros dias após o parto e a duração do aleitamento.

Foi observado que o percentual de mães que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto variou entre 31% e 45% de 1980 a 2004, como mostra a Figura 16. As principais dificuldades citadas pelas mães foram: ausência de leite, “a criança não pegou”, mastite, problemas anatômicos das mamas, traumas mamilares, entre outras. Estes últimos foram os mais frequentes, com relato por 56% das mães, em 2004. Além disso, a duração do aleitamento materno foi significativamente menor entre as mulheres que apresentaram dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto do que entre aquelas que não apresentaram essas dificuldades. Esses resultados revelam a existência de múltiplas deficiências nas orientações das mães no pré-natal, no parto e, principalmente, no primeiro mês de vida da criança, uma vez que as dificuldades descritas são passíveis de prevenção.

Figura 16 - Percentual de mães com dificuldades para amamentar nos primeiros dias após o parto, Centro de Saúde São Marcos (Belo Horizonte/MG), 1980-2004



Fonte: ALVES, 2005.

E mais uma vez vamos voltar à personagem da cartunista Maitena com os encontrados nesta pesquisa em Belo Horizonte. Parece que a história se repete com várias mulheres, não é? Vamos ver, então, algumas formas de prevenir esses problemas e como abordá-los adequadamente. Para isso, é interessante aproveitarmos os encontros com a futura mamãe durante as consultas do pré-natal ou em grupos operativos.

Aleitamento materno: superando dificuldades

Nessas oportunidades, podemos orientá-las, por exemplo, para a prevenção do trauma mamilar, incluindo informações sobre o preparo das mamas para a lactação e a técnica adequada. Além dos conceitos, é importante estimular o desejo da mulher de amamentar, possibilitando um bate-papo sobre suas expectativas e experiências, informações sobre os benefícios da amamentação, fisiologia, alojamento conjunto, direitos legais e outros.

A informação sobre a técnica correta de amamentar também é essencial! Isso porque, ao contrário do que ocorre com os demais mamíferos, a amamentação na espécie humana não é um ato puramente instintivo. Mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados. Esse aprendizado, que antes era facilitado pelas mulheres mais experientes da família, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde.

Hoje se sabe que a técnica da amamentação é importante para a transferência efetiva do leite da mama para a criança e para prevenir dor e trauma dos mamilos. Por isso, é indispensável que a mãe seja orientada sobre isso já no pré-natal ou logo após o parto. Nenhuma dupla mãe-bebê deve deixar a maternidade sem que pelo menos uma mamada seja observada criteriosamente, e o mesmo deve ocorrer no centro de saúde.

Assista ao vídeo: Amamentação: muito mais que alimentar a criança. Especialmente a parte 3 – posição e pega.
Disponíveis em: <http://www.sbp.com.br/videos/video_completo.wmv>.
(BRASIL, 2013?a)
<http://www.sbp.com.br/videos/video_amamentacao_part3.wmv>.
(BRASIL, 2013?b)

Você verá também nesse vídeo que, ao avaliar a alimentação, você deve fazer perguntas como as seguintes:

Você amamenta sua criança ao peito?

Se amamenta, quantas vezes num período de 24 horas?

Amamenta à noite?

A criança come algum outro alimento ou toma outros líquidos?

Se a resposta for sim, que alimento ou líquido? Quantas vezes ao dia?

O que usa para alimentar a criança?

O que achou do vídeo? Que critérios você utilizava para avaliar a “pega” e a posição para amamentar antes de assistir a esse vídeo? Você seria capaz de listar os quatro sinais de boa pega? E os de posição correta para amamentar? Escreva-os no quadro a seguir.

Boa Pega	Posição correta

Preencha e confira na página seguinte.

A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e de que tipo. O profissional de saúde pode mostrar à mãe como ajudar a criança a ter uma boa “pega”. Para isso, a mãe deve:

- Estar numa posição confortável.
- Antes de dar o peito, tentar esvaziar a aréola para amolecer o bico e facilitar a saída do leite.
- Tocar os lábios da criança no bico do peito.
- Esperar que a boca da criança abra-se completamente.
- Mover rapidamente a criança em direção à mama, colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do seio – observe que é o bebê é quem vai à mama e não a mama que vai ao bebê.

Aproveite para mostrar à mãe como segurar a criança (posição correta):

- Com a cabeça e o corpo alinhados.
- Com o nariz de frente para o bico do seio.
- Com o corpo da criança perto do corpo dela (barriga do bebê/barriga da mãe).
- Sustentando todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro.

Mostre também à mãe como ajudar a criança na pega (boa pega):

- O queixo da criança deve tocar o seio.
- A boca deve estar bem aberta.
- O lábio inferior deve estar voltado para fora.
- Deve haver mais aréola visível acima da boca que abaixo.
- A criança deve estar sugando bem, com movimentos lentos, profundos e com pausas ocasionais.

Sempre observe a mãe enquanto ela amamenta, antes de ajudá-la; evite tocar a criança a fim de entender claramente sua situação. Não se precipite em fazê-la mudar a maneira como amamenta. Se você vê que a mãe necessita de ajuda, diga primeiro uma frase de incentivo para depois perguntar se ela gostaria que a ajudasse. Por exemplo: “Quando amamenta, você não acha que seria mais confortável para você e o bebê se ele pegasse um pouco mais o peito? Quer que eu lhe mostre como fazer isso?” Se ela estiver de acordo, pode começar a ajudá-la. Quando mostrar à mãe como posicionar a criança para a pega, tenha cuidado para não o fazer por ela. Explique e mostre como deve ser feito. A seguir, deixe que a mãe coloque a criança na posição adequada e que faça a pega ela mesma.

O formulário apresentado na Figura 17 é um instrumento que pode ajudar a organizar os itens a serem avaliados na observação da mamada. Ele foi elaborado pela OMS, especificamente para a avaliação da mamada em serviços de saúde. Observe que ele contém os principais pontos a serem observados durante a avaliação da mamada, permitindo que os problemas encontrados fiquem registrados no formulário para que, na consulta de retorno, você possa verificá-los novamente e identificar se os erros foram corrigidos.

Figura 17 – Formulário de observação da mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe _____	
Data ____/____/____	
Nome do bebê _____	
Idade do bebê: _____	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
Mãe ☐ Parece saudável ☐ Relaxada e confortável ☐ Mamas parecem saudáveis ☐ Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo	Mãe ☐ Parece doente ou deprimida ☐ Parece tensa e desconfortável ☐ Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas ☐ Mama segurada com dedos na aréola
Bebê ☐ Parece saudável ☐ Calmo e relaxado ☐ Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê ☐ O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	Bebê ☐ Parece sonolento ou doente ☐ Inquieto ou chorando ☐ Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil ☐ O bebê não busca, nem alcança
Posição do bebê ☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados ☐ Bebê seguro próximo ao corpo da mãe ☐ Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo ☐ Bebê apoiado	Posição do bebê ☐ Pescoço e a cabeça do bebê girados para mamar ☐ Bebê não é seguro próximo ☐ O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo ☐ Bebê não apoiado
Pega ☐ Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê ☐ A boca do bebê está bem aberta ☐ O queixo do bebê toca a mama ☐ O lábio inferior está virado para fora	Pega ☐ Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior ☐ A boca do bebê não está bem aberta ☐ O queixo do bebê não toca a mama ☐ Lábios voltados para frente ou virados para dentro
Sucção ☐ Sucções lentas e profundas com pausas ☐ Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina ☐ Bebê solta a mama quando termina	Sucção ☐ Sucções rápidas e superficiais ☐ Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos ☐ Mãe tira o bebê da mama

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004.

Neste momento do seu aprendizado, seria importante tentar utilizar na prática o “Formulário de observação da mamada”. Procure aplicá-lo com três mães com bebês menores de um mês de idade. Então, o que achou? Qual foi o resultado de suas avaliações? Por quê? Você esperava esse resultado? Por quê? Como as mães estavam lidando com as dificuldades? Que orientações foram necessárias? Como a mãe aceitou suas observações? Como você avalia o seu desempenho?

Existem algumas outras situações para as quais você deveria se preparar para ajudar as mães a manter a amamentação.

- Se a criança recebe outros alimentos ou líquidos antes dos seis meses de idade, recomende à mãe que a amamente mais, reduzindo a quantidade desses e, na medida do possível, até deixar de dá-los por completo.
- Se a mãe não dá o peito (a criança nunca mamou ou está totalmente desmamada), pergunte se gostaria de amamentar e, se você não se sente capacitado, considere encaminhá-la a algum serviço de saúde onde possa receber orientações para a relactação, caso ela o queira.
- Se você, após algumas abordagens, entende que a mãe não deseja amamentar, dê recomendações sobre como escolher e preparar outros leites, além de orientar a introdução de alimentos complementares. Oriente que use copo, xícara ou colher e não mamadeiras.

É interessante que, ao identificar qualquer problema na alimentação da criança, sejam sugeridas mudanças e solicitado retorno da mãe à UBS em dois dias para uma nova avaliação.

Sempre que possível, abra um espaço para conversar com a mãe sobre o que ela acha da extração manual do leite: sua experiência, facilidades e dúvidas quanto à coleta propriamente dita e o armazenamento desse leite para uso posterior. Todas as nutrizes devem saber realizá-las corretamente, porque sempre podem acontecer fatos inesperados que justifiquem sua

ausência e essa ação permite que a criança se mantenha em aleitamento materno. No Anexo A, ao final deste módulo, você encontrará mais informações sobre a extração manual do leite e sobre sua conservação.

Como você orienta a ordenha manual e armazenamento do leite para uso posterior? No cotidiano do seu trabalho, você tem dado essas orientações? Qual é a reação das mães a essas orientações?

Contraindicações à amamentação

Você já se deparou com alguma situação em que o aleitamento materno fosse contraindicado? Pois é, são poucas as contraindicações absolutas ao aleitamento materno, mas é importante que as conheçamos: doenças orgânicas na mãe — cardíacas, renais, pulmonares ou hepáticas graves —, depressão e psicose graves ou uso de drogas incompatíveis com a amamentação.

- Para mães com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e vírus T-linfotrópicos humanos (HTLV), **a recomendação é não amamentar.**
- Nas demais doenças causadas por outros vírus, bactérias e fungos, o profissional de saúde deve realizar cuidadosa avaliação, mas na maioria dos casos o aleitamento materno deve ser mantido.
- Em relação à **tuberculose**, atualmente a única restrição à amamentação é para as mães com mastite tuberculosa. É recomendável, nos demais casos, que a mãe use máscara ao amamentar e cuidar da criança.

O Quadro 12, do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2010 (BRASIL, 2010a), informa sobre a biossegurança dos tuberculostáticos na gravidez e na lactação.

É importante que a gestante e a lactante recebam o diagnóstico e o tratamento adequados como forma de proteger também o recém-nascido.

Quadro 12 - Segurança dos fármacos antituberculose em gestantes e lactantes

Gravidez	
Medicamentos seguros	Medicamentos que devem ser evitados
Rifampicina	Estreptomicina e outros aminoglicosídeos
Isoniazida	Polipeptídeos
Pirazinamida	Etionamida e outras tionamidas
	Quinolonas
Aleitamento materno	
Medicamentos seguros	Medicamentos com uso criterioso
Rifampicina	Medicamentos com uso criterioso
Isoniazida	Etionamida
Pirazinamida	Ácido paraminissalicílico
Etambutol	Ofloxacina
	Capreomicina
	Claritromicina
	Clofazimina

Fonte: BRASIL, 2010a.

Conduas para outros problemas específicos na lactação podem ser encontradas no Caderno de Atenção Básica sobre Nutrição Infantil (BRASIL, 2009b). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernootenaaobasica_23.pdf>.

É preciso também cuidado com o uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gravidez e a lactação. Em geral, as drogas são classificadas como USO COMPATÍVEL COM A AMAMENTAÇÃO quando o uso é potencialmente seguro durante a lactação; USO CRITERIOSO quando o uso no período da lactação depende da avaliação do risco/benefício e, quando utilizados, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizados durante o mínimo tempo e na menor dose possível; e USO CONTRAINDICADO, pois seu uso exige a interrupção da amamentação. A lista de drogas é muito extensa e por isso é importante sempre consultar uma fonte confiável antes de tomar qualquer decisão.

Mais informações sobre o uso de drogas durante a amamentação podem ser obtidas no site <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf> (BRASIL, 2010d) divulgado em 2010. Vale a pena conferir!

Aleitamento materno e vitaminas

Apesar de o leite materno ser um alimento completo, há algumas indicações de realização de suplementação vitamínica nas crianças com idade até seis meses.

- A aplicação intramuscular de **vitamina K** ao nascimento na dose de 0,5 a 1 mg é rotina nas maternidades como forma de prevenir a doença hemorrágica.
- Quanto à **vitamina D**, sabe-se que o leite materno contém aproximadamente 25 UI/litro, dependendo da condição materna. A exposição direta da pele do bebê à luz solar é necessária para a síntese dessa vitamina e deve ser iniciada a partir da segunda semana de vida. É suficiente a quota semanal de 30 minutos com a criança usando apenas fraldas (seis a oito minutos por dia, três vezes por semana) ou de duas horas/semana em exposição parcial (17 minutos por dia) com exposição apenas da face e mãos da criança. Entre os fatores de risco para a deficiência de vitamina D, encontram-se a deficiência materna durante a gravidez, não exposição ao sol, viver em altas latitudes, viver em áreas urbanas com prédios e/ou poluição que bloqueiam a luz solar, pigmentação cutânea escura, uso de protetor solar, variações sazonais, o hábito de cobrir todo o corpo e o uso de alguns anticonvulsivantes. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a ingestão de 200 UI/dia de vitamina D até 18 meses para todas as crianças, com exceção das seguintes condições: lactentes em aleitamento materno com exposição regular ao sol e lactentes que recebem 500 mL/dia de fórmula infantil.
- A concentração de **vitamina A** no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe. Em regiões com alta prevalência de deficiência de vitamina A, como as regiões Norte e Nordeste do Brasil e norte de Minas Gerais, a OMS, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria preconizam a suplementação medicamentosa de vitamina A, na forma de megadose de 50.000 UI, em crianças menores de seis meses e que são amamentadas.
- O **ferro**, por sua vez, só é suplementado em casos de prematuros com mais de 1.500 g e recém-nascidos de baixo peso a partir do 30.º dia de vida na dose de 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia até os dois anos de idade ou 25 mg de ferro elementar por semana até 18 meses. Nos casos de recém-nascidos de extremo baixo peso, o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria

recomenda as seguintes doses: peso ao nascer menos de 1.000 g, administrar 4 mg de ferro elementar/ kg/ dia; peso ao nascer entre 1.000 g e 1.500 g, administrar 3 mg de ferro elementar/kg/dia.

Alimentação e desmame

Apesar de todos os nossos esforços, em algumas situações o desmame precoce pode acontecer. Nessas situações, a equipe de saúde deve estar pronta para ajudar a família a estabelecer o melhor padrão alimentar possível para a criança, respeitando as condições socioeconômicas e os aspectos culturais de cada uma.

Se o desmame ocorreu antes do quarto mês de vida, o ideal é a utilização de fórmulas infantis modificadas. O uso do leite de vaca nessa idade deve ser evitado, mas é preciso considerar o poder aquisitivo da família. É comum a ocorrência de erros na diluição de fórmulas infantis, devido ao seu elevado custo.

O Quadro 13 mostra como deve ser o esquema alimentar das crianças que deixaram de usar o leite materno antes dos quatro meses de vida.

Quadro 13 - Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas

Menores de 4 meses	4 - 8 meses	Maiores de 8 meses
Alimentação láctea	Leite + Cereal ou tubérculo	Leite + Cereal ou tubérculo
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Leite + Cereal ou tubérculo	Leite + Cereal ou tubérculo

Fonte: BRASIL, 2009b.

Vale lembrar que, mesmo que não seja possível manter o aleitamento materno exclusivo por seis meses, como propusemos até agora, a mãe deve ser estimulada a manter a amamentação pelo máximo tempo possível, mesmo que de maneira complementada. Além disso, tão logo outros alimentos sejam introduzidos na alimentação da criança, a suplementação de ferro e vitaminas deve ser iniciada, como será mostrado na próxima seção.

Parte 2

Alimentação das crianças de seis a 24 meses

Até aqui vimos as características do leite materno, os benefícios de seu uso e como lidar com alguns problemas comuns no início da amamentação. Você também estudou sobre a importância de o bebê receber exclusivamente o leite materno até os seis meses de idade.

Alimentação e cuidados com a saúde bucal

Antes de prosseguirmos com as recomendações sobre a alimentação da criança, gostaríamos de tocar num assunto muito relacionado à alimentação e de grande relevância para a saúde da criança: os cuidados com a saúde bucal. A alimentação pode se tornar a grande vilã dessa história se alguns aspectos não forem observados desde a gravidez. Como sabemos, alimentação saudável durante a gestação é muito importante para a saúde da mãe e também da criança. Além disso, esse período pode ser bastante propício às orientações sobre os bons hábitos de higiene bucal da própria mãe e que depois serão introduzidos nos cuidados com a criança.

Mas a história não para por aí! É preciso lembrar que as orientações alimentares poderão, ainda, prevenir problemas no desenvolvimento da estrutura craniofacial e a ocorrência das cáries dentárias, especialmente a chamada “cárie de mamadeira”. O uso de chupetas e mamadeiras e a sucção digital, além do retardo na introdução de alimentos sólidos, são os grandes responsáveis pelos defeitos de oclusão observados em crianças e adultos. Outro grande problema é o hábito de acrescentar açúcares e farinhas aos alimentos, o que é feito desde muito cedo no preparo de chás,

sucos e mamadeiras. Acrescente-se a isso a cultura de não higienizar os dentes de leite. Cria-se, assim, um ambiente extremamente propício para o desenvolvimento das cáries dentárias e de outras doenças da cavidade bucal.

Sendo assim, não podemos nos refutar a discutir com as famílias esses aspectos, inicialmente relativos à alimentação, mas com repercussões em diversos aspectos da saúde da criança. A higiene das gengivas deve ser iniciada mesmo antes da erupção dos dentes de leite e pode ser feita utilizando fralda ou gaze limpas embebidas em água filtrada ou soro fisiológico. Além da limpeza da boca, essa prática contribui para a formação do hábito de sempre cuidar dos dentes após todas as refeições, mesmo que esta seja de leite materno. Após a erupção dos primeiros dentes, pode-se iniciar o uso das escovas para a limpeza, mas dentifrícios só devem ser empregados quando não houver risco de a criança degluti-los, o que acontece a partir dos dois anos de idade. Essa atividade deve adquirir caráter lúdico e fazer parte do cotidiano de toda a família. Veja mais informações sobre isso no Caderno de Atenção Básica n.º 17 (BRASIL, 2006), que trata da saúde bucal, no site: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf.

Você sabia?

O Programa Brasil Sorridente, criado em 2003, funciona de maneira integrada à Estratégia Saúde da Família, levando atendimento odontológico às residências e escolas. As 20,3 mil equipes de Saúde Bucal - compostas por cirurgião-dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal – já atendem em 85% dos municípios do país. Elas são as responsáveis pelo atendimento primário (educação e prevenção, distribuição de kits de higiene, tratamento de cáries, aplicação de flúor, extração e restaurações).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) fez um levantamento com base em entrevistas e exames bucais em 38 mil pessoas, que revelou que o Brasil passou a integrar o grupo de países com baixa prevalência de cáries, um reflexo direto da implantação do programa Brasil Sorridente, em 2003, que passou a oferecer prevenção, tratamento especializado e reabilitação em todo o país.

A pesquisa revelou queda de 26% no número de cáries dentárias nas crianças de 12 anos desde 2003 — idade usada como referência pela OMS, pois é nela que a dentição permanente está praticamente completa.

Outro dado relevante da SB Brasil 2010 é o número de crianças que nunca tiveram cárie na vida. A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Isso significa que 1,4 milhão de crianças não têm algum dente cariado atualmente — 30% a mais que em 2003.

Fonte: BRASIL, 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12045>

Vamos agora discutir como alimentar a criança a partir do segundo semestre de sua vida, mas sem nos esquecermos dos cuidados com a saúde bucal, certo?

Alimentação a partir dos seis meses de idade: alimentos complementares

A partir dos seis meses, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança. Torna-se então necessária a introdução de alimentos complementares, entendidos como o conjunto de outros alimentos, além do leite materno, oferecidos durante o período de aleitamento. Esse também é o momento de iniciar a prevenção da anemia ferropriva, utilizando o ferro profilático.

É a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção), que as habilita a receber outros alimentos além do leite materno.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de dois anos, os Dez passos para a alimentação saudável.

Quadro 14 – Dez passos para a alimentação saudável

Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

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

Passo 3. Aos seis meses, iniciar alimentação complementar com três refeições ao dia se estiver em aleitamento materno e cinco refeições se não estiver mamando no peito.

Passo 4. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

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.

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

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

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2009b.

Provavelmente você já havia ouvido falar do termo “alimentos de desmame”, não é? Atualmente, recomendamos que esse termo seja evitado, por sugerir que o objetivo será a completa interrupção do aleitamento materno e não a sua manutenção, mesmo com a introdução de novos alimentos. Assim, vamos utilizar o termo “alimentos complementares”, pois espera-se que a amamentação seja mantida até os dois anos de idade da criança.

Os alimentos complementares devem ser especialmente preparados para a criança pequena, com pouco óleo e adição de temperos, até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9-12 meses de idade). É interessante utilizar os alimentos já consumidos pela família, porém modificados na consistência para adequar à maturação da criança. Inicialmente, eles devem ser oferecidos, em forma de papa, na colher, passando para pequenos pedaços e, após os 12 meses, na mesma consistência dos alimentos consumidos pela família.

O período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido à manipulação/preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e distúrbios nutricionais. Por isso, você deve estar preparado para orientar as mães durante esse período!

E como será a composição da dieta da criança? Ela deverá ser variada e fornecer todos os tipos de nutrientes. Para isso, é importante a inclusão gradual de todos os grupos alimentares: pães, massas e cereais; frutas e hortaliças; carnes, ovos, leite e derivados; leguminosas; óleos e açúcares. Diferente de outros períodos da vida, não há definição de proporção de macronutrientes em relação à oferta energética total para crianças até um ano de idade, por isso é importante ter bom senso e equilíbrio na oferta de alimentos! Mas como fazer isso? O esquema do Quadro 15 pode ajudar a orientar as famílias quanto à introdução de alimentos; e as opções de escolha serão detalhadas a seguir.

Quadro 15 - Esquema para introdução dos alimentos complementares

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

Fonte: BRASIL, 2009b.

Os primeiros alimentos introduzidos serão as frutas, que deverão ser oferecidas inicialmente sob a forma de papas na colher e sucos em copo ou xícara. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a existência de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. Os sucos devem ser naturais e oferecidos preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a estas, na quantidade máxima de 240 mL/dia, para evitar o prejuízo das próximas refeições.

A água, juntamente com os alimentos, deverá ser introduzida após o primeiro semestre. Lembre à mãe que é importante que a água seja potável e/ou fervida, porque os alimentos complementares apresentam mais sobrecarga de solutos para os rins das crianças.

E a papa salgada? A primeira será oferecida assim que a criança completar seis meses, no horário de almoço ou jantar, podendo ser utilizados os mesmos alimentos da família, desde que adequados às características do lactente, completando-se a refeição com a amamentação, enquanto não houver boa aceitação. A papa salgada deve garantir que a criança receba os alimentos de forma balanceada (Veja APENDICE B). Nesse apêndice, você encontrará informações mais detalhadas sobre o preparo da papa salgada. É interessante que a papa salgada seja sempre variada, para que a criança conheça novos alimentos e sabores!

Quanto ao modo de preparo das papas, converse com a mãe ou responsável pela alimentação da criança, para limitar a quantidade do óleo vegetal (preferencialmente de soja) e do sal, bem como evitar caldos e temperos industrializados. A consistência inicial será pastosa (comida amassada), sem peneirar ou bater no liquidificador. A carne não deve ser retirada, mas sim picada e oferecida à criança. O ovo inteiro pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês. Após completar oito meses, respeitando-se a evolução da criança, pode-se introduzir a segunda refeição de sal, similar à primeira oferecida.

Deve-se evitar a inclusão de alimentos industrializados no cardápio infantil (refrigerantes, sucos de garrafa ou pó, café e chás contendo xantinas, balas, embutidos, entre outros). Ademais, é importante destacar para a mãe ou cuidador que não é necessário acrescentar açúcar ou leite nas papas, na tentativa de melhorar a aceitação. Isso pode prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. É comum que as crianças recusem o alimento nas suas primeiras ofertas. Por isso, é importante tranquilizar os pais sobre a resistência delas a alimentos novos! Em média, são necessárias oito a dez exposições ao

alimento para que ele seja aceito pela criança. Para facilitar, sugira que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e, dessa forma, aceite-os.

E o que você acha da oferta do mel no primeiro ano de vida? A oferta desse alimento é contraindicada, pois nessa faixa etária os esporos do *Clostridium botulinum*, frequentemente presentes no mel, são capazes de produzir toxinas na luz intestinal e causar botulismo.

A introdução de alimentos parece complexa para os pais, mas com o seu apoio será mais simples! Esse momento é de grande aprendizado para o bebê e o amplo envolvimento dos seus cuidadores é fundamental! Nota-se que a maneira como se conduz a mudança do regime de aleitamento materno exclusivo para uma variedade de opções de alimentos poderá determinar a curto, médio ou longo prazo atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentares.

Nessa fase inicial, seguramente, manifestar-se-ão as predisposições genéticas, como a preferência pelo sabor doce, a rejeição aos sabores azedos e amargos e às vezes alguma indiferença pelo sabor salgado. É importante respeitar esse tempo de adaptação quanto a preferências e volumes, pois isso permitirá a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e saciedade e devem ser praticados desde a introdução de novos alimentos.

Lembre-se de que atitudes excessivamente controladoras e impositivas podem induzir ao hábito de consumir porções mais ou menos volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos específicos. Essa condição é identificada como uma das causas preocupantes do aumento das taxas de obesidade infantil e desnutrição.

Resumindo: aos 12 meses, os alimentos complementares são a principal fonte de energia e nutrientes da alimentação da criança. A partir dessa idade, o leite materno, se for oferecido duas vezes ao dia (volume aproximado de 500 mL), supre 1/3 das necessidades calóricas e aproximadamente 38% das necessidades proteicas, 45% das necessidades de vitamina A e 95% das necessidades de vitamina C.

A criança amamentada deve receber três refeições ao dia: duas papas de sal e uma de fruta. A que já foi desmamada completamente precisa de seis refeições ao dia: duas papas de sal, uma de fruta e três de leite.

Em relação à suplementação de micronutrientes, a **vitamina A** deve ser suplementada na dosagem de 100.000 UI nos casos de regiões com elevada prevalência de deficiência dessa vitamina. Também, mantém-se a recomendação de exposição da criança ao sol, objetivando a síntese de **vitamina D**, além da ingestão 200 UI/dia de **vitamina D** nos lactentes que não estão em aleitamento materno com exposição regular ao sol ou que recebem menos de 500 mL/dia de fórmula infantil.

A suplementação de **ferro** é indicada naqueles lactentes nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, a partir da introdução de alimentos complementares na dosagem de 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia ou 25 mg de ferro elementar por semana até os 18 meses de idade. A suplementação desse mineral também é indicada nos casos de prematuridade, baixo peso ao nascer e desnutrição.

Além da prevenção medicamentosa da anemia ferropriva, deve-se estar atento para a oferta dos alimentos ricos ou fortificados com ferro (cereal, farinha, leite), lembrando que, a partir de 18 de junho de 2004, as farinhas de trigo e de milho devem ser fortificadas, segundo a resolução do Ministério da Saúde, com 4,2 mg de ferro e 150 µg de ácido fólico por 100 g de farinha.

O ferro pode ser encontrado sob duas formas: heme (boa disponibilidade: carnes e vísceras) e não heme (baixa disponibilidade: leguminosas, verduras de folhas verde-escuro). Para melhorar a absorção do ferro não heme, devem-se introduzir os agentes facilitadores, como carnes e vitamina C, e evitar os agentes inibidores, como refrigerantes e chás.

As recomendações para suplementação de ferro e vitaminas devem ser mantidas até pelo menos a criança completar 18 meses.

Alimentação a partir do segundo ano de vida

No segundo ano de vida, a criança geralmente apresenta diminuição fisiológica do apetite, pela desaceleração da velocidade de crescimento, em relação ao primeiro ano de vida. Já consegue mastigar e digerir os alimentos mais sólidos, além de começar a ter autonomia no uso da colher e do copo.

Nesse período, será interessante orientar a mãe a manter a amamentação de seu filho pelo menos até os dois anos de idade, avaliando-se a situação nutricional da criança, as condições socioeconômicas da família e as condições psicológicas da dupla mãe-filho.

As refeições de sal devem ser similares às servidas para a família. Todos os tipos de carnes e vísceras podem ser consumidos. O consumo de frutas e verduras deve ser estimulado, lembrando que aquelas de folha verde-escuro apresentam mais alto teor de ferro, cálcio e vitaminas. Deve ser incentivada a ingestão média de 500 mL de leite, preferencialmente o leite humano. Se a mãe e a criança optarem por iniciar com o leite artificial e as condições socioeconômicas da família permitirem, deve-se dar preferência aos leites fortificados com ferro e vitamina A, assim como os derivados (iogurtes, queijos), para garantir correta oferta de cálcio.

A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na seleção dos alimentos e no modo de comer. A própria criança é incentivada a segurar os alimentos com as mãos, assim como a colher, a xícara ou o copo. Isso funciona como um importante estímulo para o desenvolvimento, porque envolve estímulo à coordenação e destreza motora. Nessa fase, as crianças devem receber diariamente três refeições principais e dois lanches, em quantidade adequada. O volume mínimo por refeição é de oito colheres das de sopa e deve ser ajustado ao grau de aceitação da criança.

A queixa de recusa alimentar é muito frequente no segundo ano de vida, quando a velocidade de crescimento diminui bastante em relação ao primeiro ano e, conseqüentemente, diminuem também as necessidades nutricionais e o apetite. Apesar disso, as crianças devem ser estimuladas a comer vários alimentos, com diferentes gostos, cores, consistência, temperaturas e texturas. A dependência de um único alimento, como o leite, ou o consumo de grandes volumes de outros líquidos, como o suco, pode levar a desequilíbrio nutricional. O sal deve ser usado com moderação. Os tipos de alimentos escolhidos devem ser adequados à capacidade de mastigar e de engolir da criança.

Continue a evitar a utilização de alimentos artificiais e corantes e, a partir dessa idade, especialmente os “salgadinhos”, refrigerantes, balas e guloseimas. Lembre à família que os hábitos alimentares adquiridos nessa idade mantêm-se até a vida adulta.

Todos os grupos alimentares deverão estar presentes na alimentação infantil. Para auxiliar a quantidade a ser ofertada, podemos utilizar a pirâmide alimentar para crianças (Figura 18). E de maneira simples podemos mostrar para a mãe que um prato colorido possibilita a oferta dos nutrientes de que a criança precisa.

Figura 18 – Pirâmide alimentar para a criança menor de dois anos.



Fonte: BRASIL, 2002b.

Embora dietas com baixo teor de gordura e de colesterol sejam amplamente recomendadas para os adultos, o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria e o Comitê de Nutrição da Associação Americana de Cardiologia concordam que não deve haver restrição de gordura e de colesterol durante os dois primeiros anos de vida.

É de grande importância que, em todos os atendimentos, você e sua equipe avaliem a alimentação, especialmente naquelas crianças com ganho insuficiente de peso, peso baixo ou muito baixo, sobrepeso, anemia ou diarreia persistente.

Para avaliar a alimentação, você deve fazer perguntas como as seguintes:

- Você amamenta sua criança no peito? Quantas vezes durante o dia? Também durante a noite?
- A criança ingere outro alimento ou consome outro líquido? Quais? Que quantidade? Como prepara? Quantas vezes ao dia?
- Como alimenta a criança? O que usa para a alimentar? Qual é o tamanho das porções? Quem dá de comer e como?
- Quando a criança está doente, há modificação na sua alimentação? Se há, qual?

Veja na Figura. 19 exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Figura 19 - Exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Refeições	Cardápio 1	Cardápio 2	Cardápio 3
 Pela manhã	Leite materno I 1/2 pão francês ou 1 copo de leite com cereal	Leite materno I 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite c/ fruta	Leite materno I 1 fatia de bolo ou 1 copo de leite com biscoito
 Intervalo	Banana (1 unidade)	Mamão (1 fatia média)	Manga (1 unidade)
 Almoço	Arroz (3 c.S) Feijão (2 c. S) Carne moída (2 c.S) Cenoura cozida (1 c.S) Suco de maçã (1 cc. A)	Macarrão com molho de tomate (4 c. S) Frango cozido (2 c.S) Abobrinha cozida (2c. S) Salada de fruta (2c.S)	Purê de Batata (2c.S) Folha verde-escura cozida (1c.S) Peixe cozido (1 filé) Pudim de leite (2c.S)
 Lanche	Leite materno I 1 pão doce ou Leite com cereal (1x.)	Leite materno I 4 biscoitos de leite ou Leite com fruta (1 copo)	Leite materno I 1/2 pão com manteiga ou Leite batido com banana e aveia
 Jantar	Sopa de feijão com macarrão e couve (1 concha média) Suco de laranja (1/2 copo) Doce de abóbora (2 c.S)	Arroz (3c.S) Espinafre cozido (1c.S) Fígado (1 bife pequeno) Goiabada (1 fatia)	Arroz (3c.S) Ovo mexido com tomate Suco de acerola (1cc.A)
 Ceia	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite	Leite materno ou 1 copo de leite

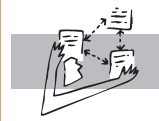
Legendas: c.S (colher das de sopa)
x. (xicara das de chá)
copo (copo tipo requeijão/ 200ml)
cc.A (copo tipo americano/ 150 ml)

Obs. - Os cardápios acima apresentados são apenas exemplos práticos para situações encontradas no dia a dia. A última refeição (ceia), por exemplo, é opcional. Algumas crianças, principalmente as que possuem constituição física maior, podem ter mais apetite. Se isto é relatado pela mãe ou responsável pelo cuidado com a criança, a ceia pode ser introduzida. Vale lembrar que este Guia trabalha com diretrizes alimentares que se aplicam à população. No entanto, há diferenças individuais que devem ser consideradas nas orientações dietéticas conduzidas pelo nutricionista.

Fonte: BRASIL, 2002b.

Nesta parte, discutimos alguns conceitos importantes para a compreensão do processo de introdução de novos alimentos na dieta da criança após o sexto mês de vida. É hora de rever esses conceitos e em que eles podem contribuir para melhorar as orientações que você dá às mães durante o acompanhamento de seus filhos. Vamos exercitar um pouco!

Atividade 7



Pense sobre a cultura alimentar da região onde você trabalha. Você poderia citar os alimentos que fazem parte do hábito das famílias nessa região? Como elas o adquirem? Esses alimentos são adequados para o consumo de um lactente? Na realidade de suas crianças, quantas refeições diárias são habitualmente oferecidas? Quais são os alimentos usados em proporções maiores que as desejadas? E quais são usadas em proporção menor que a desejada?

Você se lembra da Estefani Lorraine? Vamos voltar uma vez mais ao caso dela. Na seção 1, você analisou sua curva de crescimento, identificou possíveis causas para a inclinação da curva em cada ponto e discutiu as condutas tomadas pela equipe de saúde. Considere que a Estefani tem agora 14 meses e vive na região em que você trabalha. Agora você deve montar um cardápio de um dia para Estefani, que não mama mais o leite materno, descrevendo todas as orientações que daria à D. Beatriz quanto ao preparo, à oferta e aos horários das refeições. Não se esqueça de levar em consideração todos os aspectos culturais e socioeconômicos das famílias de sua área de abrangência, além da disponibilidade dos alimentos em sua região. Envie sua proposta de cardápio para o seu tutor avaliar.

O Guia de Alimentação Saudável do Ministério da Saúde oferece alguns exemplos de refeições e cardápios e você poderá se basear nele para montar o cardápio solicitado na atividade 5.

Parte 3

Alimentação de crianças, a partir de três anos de idade

Nessa fase, a criança apresenta ritmo de crescimento regular, mas inferior aos dois primeiros anos de vida, o que acarreta diminuição de suas necessidades nutricionais e do apetite. Muitas vezes, a diminuição fisiológica do apetite chega a ser motivo de consulta médica, o que pode levar a diagnósticos errôneos e uso inadequado de suplementos e estimulantes do apetite.

Nessa idade, a família deve respeitar a manifestação de independência da criança. Ela pode aceitar determinado alimento num dia e ter reação diferente em outro.

É bom considerar também que a capacidade de concentração da criança nessa idade é reduzida e que ela logo vai se distrair e usar o copo, a colher e a comida como brinquedo. Daí a importância de usar dietas de alto valor energético. As refeições devem ser oferecidas em horários regulares, uma vez que outra característica dessa faixa etária é que a disciplina passa a ser um fator de segurança para a criança.

As crianças geralmente sentem prazer em participar da preparação dos alimentos e isso as estimula a comer. É bom aproveitar a curiosidade natural da idade para introduzir maior número de alimentos em diferentes preparações.

Quando se avalia o consumo alimentar de uma criança, deve-se aproveitar a oportunidade para verificar os hábitos e padrões alimentares da família, uma vez que eles exercem papel fundamental no comportamento alimentar da criança. Lembre-se de que nessa idade a criança imita o comportamento principalmente dos pais, podendo aceitar ou recusar

determinados alimentos, de acordo com o exemplo deles. No Anexo 3, estão sugestões de quantidades de cada alimento para compor a pirâmide alimentar nessa faixa etária.

Os alimentos preferidos pelas crianças são os doces e aqueles geralmente calóricos (guloseimas, salgadinhos, refrigerantes, entre outros). O paladar doce é inerente à espécie e não precisa ser ensinado como os demais sabores. É normal que as crianças queiram comer só doces. Cabe à família colocar os limites quanto ao horário e à quantidade.

Se a criança apresenta alguma dificuldade ao se alimentar, o Ministério da Saúde recomenda:

Recomendações às famílias de crianças pequenas com dificuldades de alimentar-se

- Separar a refeição em um prato individual para de ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo;
- Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la, se necessário;
- Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar, e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor;
- Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite;
- Não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

Fonte: BRASIL, 2002b.

A criança em idade escolar (sete aos 10 anos) apresenta particularidades de consumo alimentar que devem ser conhecidas pelo profissional de saúde, visando à intervenção específica e direcionada. Essa faixa etária se caracteriza por maior volume gástrico, apetite voraz, redução do consumo de leite e derivados e aumento do sedentarismo. Devem-se priorizar ações de incentivo às práticas alimentares saudáveis no âmbito escolar e familiar.

Vamos pensar agora nas crianças de três a 10 anos de idade de quem você cuida. Você já levantou o número de crianças nessa faixa etária residentes em sua área de abrangência e quantas estão em creches e escolas? Você conhece e visita regularmente esses equipamentos sociais? Como é a alimentação distribuída para as crianças? Há apoio e

fiscalização dos órgãos públicos? Como se dá a integração da sua equipe com as creches e escolas? Há ações conjuntas em relação à alimentação das crianças?

Você sabia?

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955, garante, por meio da transferência de recursos financeiros, a alimentação escolar dos alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em creches e escolas públicas e filantrópicas. Seu objetivo é atender às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem e o rendimento escolar dos estudantes, bem como promover a formação de hábitos alimentares saudáveis.

A partir de 2010, o valor repassado pela União a estados e municípios foi reajustado para R\$ 0,30 por dia para cada aluno matriculado em turmas de pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos. As creches e as escolas indígenas e quilombolas passaram a receber R\$ 0,60. Por fim, as escolas que oferecem ensino integral por meio do programa Mais Educação terão R\$ 0,90 por dia. Ao todo, o PNAE beneficia 45,6 milhões de estudantes da educação básica.

Confira! Veja a legislação sobre a efetivação das transferências de recursos oriundos do orçamento fiscal e da seguridade social da União, no âmbito do FNDE. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3520-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-10-de-31-de-maio-de-2012>>

É importante lembrar que, em algumas situações de vida, a creche e a escola são os únicos lugares onde a criança recebe alimentos em quantidade e qualidade adequadas, ficando essa refeição como a principal fonte das suas necessidades diárias.

Recomendação importante:

Álbum Seriado “Promovendo o aleitamento materno”

Para suas atividades educacionais sobre o aleitamento materno, use o Álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde. O texto e as fotos de excelente qualidade, além da disposição das lâminas – frente voltada para a mãe/família e verso voltado para o profissional. Pode ser usado, também, como projeção. Não deixe de ver e usar.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf