

Unidade 4

Aleitamento materno e orientação
alimentar para crianças

Unidade 4

Aleitamento materno e orientação alimentar para crianças

Nesta unidade, você será convidado a conhecer melhor os aspectos nutricionais da população sob sua responsabilidade e a 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 Unidade 4 foi dividida em três seções:

- Seção1 - Alimentação das crianças do nascimento aos seis meses.
- Seção2 - Alimentação das crianças de seis a 24 meses.
- Seção3 - 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 unidade, 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, a quantidade, a frequência e o 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!

Seção 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 a 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 3 da Unidade 3 – Desenvolvimento infantil: estimulação e orientação? 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 em 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.

ATENÇÃO

Você precisa entender todas as recomendações a respeito da alimentação, porém não terá de explicar todas elas à mãe.

Primeiramente, 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 quanto para a 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?

A tirinha da Figura 24 foi tirada de uma revista feminina e reflete bem as dificuldades que muitas mulheres enfrentam para amamentar.

Figura 24 - Coisas que ninguém te conta sobre a hora de amamentar



Fonte: MAITENA, 2003.

MAMÃE + AMAR > DAR DE MAMAR

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.

1.1 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.

PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO (PNIAM)

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.

BRASIL. Governo do Brasil. Conheça o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, [2010]. **Disponível em:** <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>.

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 a mãe a esvaziar 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 à sociedade. Certamente, você e sua equipe já ouviram várias opiniões das famílias de sua área de abrangência sobre esse tema. Veja se essas opiniões coincidem com as listadas a seguir (Quadro 8).

Quadro 8 - Benefícios do aleitamento materno

Benefícios do aleitamento materno para a criança
<p>Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva.</p> <p>Redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças autoimunes e linfoma.</p> <p>Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo relação direta com o tempo de amamentação.</p> <p>Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fonoarticulatórios.</p>
Benefícios do aleitamento materno para a mãe
<p>Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade.</p> <p>Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional.</p> <p>Há um efeito contraceptivo, principalmente quando a mulher permanece em amenorreia.</p> <p>Promoção do vínculo afetivo mãe-filho.</p>
Benefícios do aleitamento materno para a sociedade
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população.</p> <p>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.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

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.

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, para uma equipe de Saúde da Família com população adscrita de 2500 pessoas, com 35 crianças com menos de 1 mês, 22 estão em aleitamento materno exclusivo. Então, sua prevalência nessa faixa etária é de 63%.

Mais dados nacionais e regionais de aleitamento materno estão disponíveis em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Foi nesse site que encontramos o Quadro 9, retirado da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

Quadro 9 - Mediana do aleitamento materno exclusivo (em dias) em crianças menores de seis meses, segundo as capitais e Distrito Federal, regiões e Brasil, 2008

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

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? 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.

1.2. Promovendo o aleitamento materno

Como vimos, 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 eles voltem da maternidade, a fim de ajudá-los nas dificuldades iniciais. Dessa forma, evitaremos grandes problemas!

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 (BRASIL, 2007). O texto e as fotos são 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. **Disponível em:**

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf>.

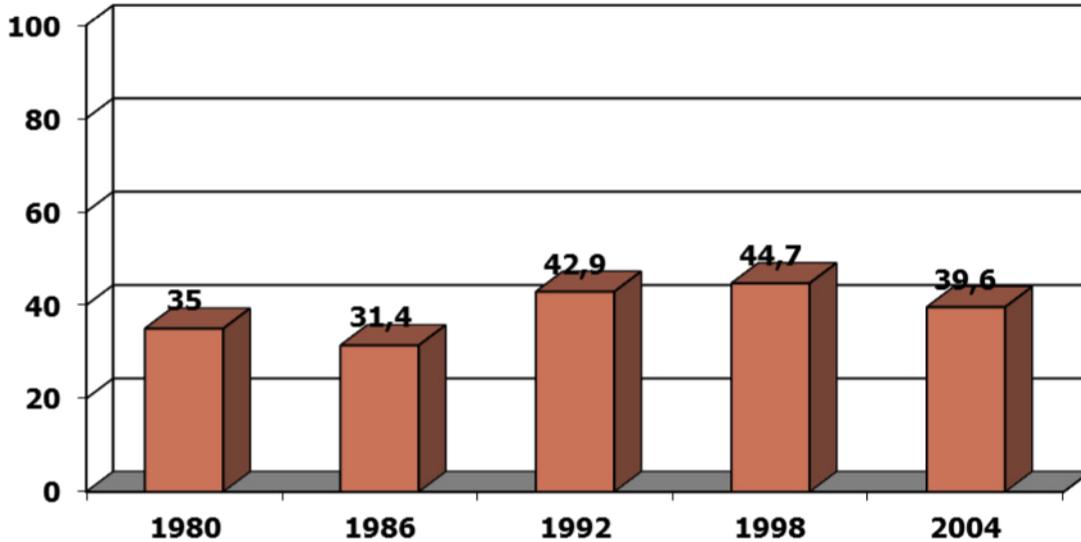
A equipe de Saúde da Família deve:

- 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;
- encaminhar mãe e bebê à UBS a partir do quinto dia de vida da criança.

DIFICULDADES PARA AMAMENTAR E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO

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 25. 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 25 - Prevalência 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 (Figura 24), associando-a às dificuldades encontradas 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.

1.3. Aleitamento materno: superando dificuldades

Nessas oportunidades, podemos orientar as futuras mães, 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 o 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 AOS VÍDEOS: AMAMENTAÇÃO: MUITO MAIS DO QUE ALIMENTAR A CRIANÇA

Você verá nestes vídeos 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 você usa para alimentar a criança?

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança - completo. 22 min. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa-XpE>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança | Principal | parte 1/3. 12 min. Parte 1/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=steVbu6mP5w>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: Dúvidas e preocupações. 10min39s. Parte 2/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=6KuE7il2SpM>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ministério da Saúde. Amamentação: muito mais do que alimentar a criança: Posição e Pega. 1min34s. Parte 3/3. Brasília, 2015. **Disponível em:** <<https://www.youtube.com/watch?v=GoKlcVSmqaY>>.

A avaliação de uma mamada indica se a mãe precisa de ajuda e de que tipo é essa ajuda. 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 se abra completamente;
- mover rapidamente a criança em direção à mama, colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do seio – observe que o bebê é quem vai à mama e não a mama que vai ao bebê.

Aproveite para mostrar à mãe como segurar a criança:

- 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:

- 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 primeiramente 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 26 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 26 - 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 <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Mama bem apolada, com os dedos fora do mamilo	Mãe <input type="checkbox"/> Parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
Bebê <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Calmo e relaxado <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê <input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	Bebê <input type="checkbox"/> Parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil <input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
Posição do bebê <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Bebê apoiado	Posição do bebê <input type="checkbox"/> Pescoço e cabeça do bebê girados para mamar <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo <input type="checkbox"/> O queixo e o lábio inferior do bebê opostos ao mamilo <input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
Pega <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	Pega <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro
Sucção <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina <input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	Sucção <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama

Fonte: Adaptado pelas autoras de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006.

Nesse momento do seu aprendizado, seria importante tentar utilizar na prática o “Formulário de observação da mamada”. Procure aplicá-lo com três mães que tenham 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 capaz de orientá-la, 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. Você encontrará mais informações sobre a extração manual do leite e sobre sua conservação no APÊNDICE A.

Como você orienta a ordenha manual e o 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?

1.4. 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 10, do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil de 2010 (BRASIL, 2010b), 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 10 - Segurança dos fármacos antituberculose em gestantes e lactantes

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

Fonte: BRASIL, 2010b.

CONDUTAS PARA SITUAÇÕES ESPECÍFICAS NA LACTAÇÃO

Veja o Caderno de Atenção Básica n. 23, do Ministério da Saúde - Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (BRASIL, 2015). **Disponível em:**

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.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 de 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 utilizadas, exigem monitorização clínica e/ou laboratorial do lactente, devendo ser utilizadas 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 AMAMENTAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Podem ser obtidas no site <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/amdrog10.pdf>> (BRASIL, 2010c), divulgado em 2010. Vale a pena conferir!

1.5. 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 1mg, é rotina nas maternidades como forma de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido.
- 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 das 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 1.500g e recém-nascidos de baixo peso a partir do 30º dia de vida, na dose de 2mg de ferro elementar/kg peso/dia até os dois anos de idade, ou 25mg 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 de menos de 1.000g, administrar 4mg de ferro elementar/kg/dia; peso ao nascer entre 1.000g e 1.500g, administrar 3mg de ferro elementar/kg/dia. A CSC preconiza a suplementação de ferro para todas as crianças de 6 meses a 2 anos.

REGISTROS DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A

A Caderneta de Saúde da Criança tem um espaço (p. 83 na CSC 2017) para esses registros.

1.6. 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 11 mostra como deve ser o esquema alimentar das crianças que deixaram de usar o leite materno antes dos quatro meses de vida.

Quadro 11 - Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas

Menores de 4 meses	4 até 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 de fruta	Papa salgada ou refeição básica da família
Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão
Alimentação láctea	Papa de fruta	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.

Seção 2

Alimentação das crianças de seis a 24 meses

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

2.1. 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 – limpa, embebida 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 acriança 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 nº 17 (BRASIL, 2006), que trata da saúde bucal, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf>.

VOCÊ SABIA? PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

O **Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal** - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar.

O Brasil Sorridente contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance. Saiba mais sobre as ações em Saúde Bucal nas seguintes ações do governo federal: Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Qualificação Profissional e Científica e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. **Disponível em:** <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>.

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?

2.2. 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 12).

Quadro 12 - Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chá ou qualquer outro alimento.
PASSO 2 - Ao completar 6 meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
PASSO 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes, até três vezes do ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares, de forma a respeitar o apetite da criança.
PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início, oferecida da colher; iniciar 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, 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 idade. Usar sal com moderação.
PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e sua 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.
<p>Outras dicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos antes de preparar as refeições e de alimentar a criança; • Oferecer água nos intervalos das refeições. Não oferecer sucos ou alimentos nesses intervalos; • Não oferecer restos da refeição anterior. <p>Para mais informações, procure o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos no site: <http://www.saude.gov.br/alimentacao>.</p>

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 se espera 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 pouca adição de temperos, até que ela possa receber os alimentos consumidos pela família (em torno dos 9 aos 12 meses de idade). É interessante utilizar os alimentos já consumidos pela família, porém modificados na consistência para adequá-los 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 13 pode ajudar a orientar as famílias quanto à introdução de alimentos; e as opções de escolha serão detalhadas a seguir.

Quadro 13 - 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: Modificado de SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006.

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 240mL/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 APÊNDICE 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 à 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 A OFERTA DE MEL?

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, em 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.

ESTIMULAR A CRIANÇA A COMER?

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.

2.3. Suplementação de vitamina A, vitamina D e ferro

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 de 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 1mg de ferro elementar/kg de peso/dia ou 25mg 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.

2.4. 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.

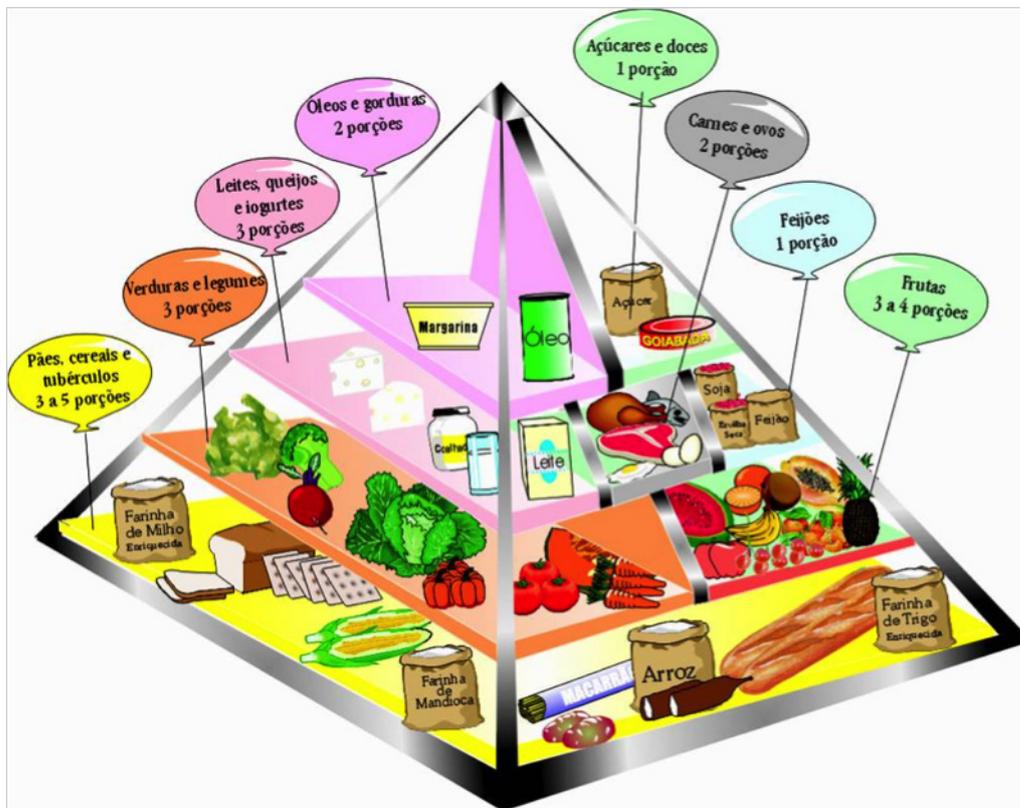
A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na seleção dos alimentos e no modo de comer. A própria criança é incentivada a segurar os alimentos com as mãos, assim como a colher, a xícara ou o copo. Isso funciona como um importante estímulo para o desenvolvimento, porque 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 se mantêm até a vida adulta.

Todos os grupos alimentares deverão estar presentes na alimentação infantil (Figura 27). Para auxiliar a quantidade a ser ofertada, podemos utilizar a pirâmide alimentar para crianças. E, de maneira simples, podemos mostrar para a mãe que um prato colorido possibilita a oferta dos nutrientes de que a criança precisa.

Figura 27 - Pirâmide alimentar para a crianças de 6 até 24 meses



Fonte: BRASIL, 2005.

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 você os prepara? Quantas vezes ao dia?
- Como você alimenta a criança? O que usa para alimentá-la? 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 é?

Veja, na Figura 28, exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida.

Figura 28 - Exemplos de cardápios para crianças no segundo ano de vida

	Refeições	Cardápio I	Cardápio II	Cardápio III
	Pela manhã	Leite materno + 1/2 pão francês ou 1 copo de leite com cereal	Leite materno + 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite com/fruta	Leite materno + 4 biscoitos de leite ou 1 copo de leite com/fruta
	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 co. A)	Macarrão com molho de tomate (4 c. S) Frango cozido (2 c.S) Abobrinha cozida (2 c. S) Salada de fruta (2 c.S)	Purê de Batat (2 c. S) Folha verde escura cozida (1 c. S) Peixe cozido (1 filê) Pudim de leite (2c.S)
	Lanche	Leite materno + 1 pão doce ou Leite com cereal (1x.)	Leite Materno + 4 Biscoitos de leite ou Leite com fruta (1 copo)	Leite materno + 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 e 3)	Arroz (3 c. S) Espinafre cozido (1 c. S) Fígado (1 bife pequeno) Goiabada (1 fatia)	Arroz (3c. S) Ovo mexido com tomate Suco de acerola (1 co.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 de sopa)
x. (xícara de chá)
copo (copo tipo requeijão/200ml)
co. 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 a população, no entanto, há diferenças individuais que devem ser consideradas nas orientações dietéticas conduzidas pelo nutricionista.

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 a forma como eles podem contribuir para melhorar as orientações que você dá às mães durante o acompanhamento de seus filhos. Vamos exercitar um pouco!

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.

O Guia de Alimentação Saudável do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) oferece alguns exemplos de refeições e cardápios e você poderá se basear nele para montar o cardápio infantil.

Seção 3

Alimentação de crianças a partir de três anos de idade

Nessa fase, a criança apresenta ritmo de crescimento regular, mas inferior ao dos 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 diante do mesmo alimento 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, principalmente, o comportamento 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. Se a criança apresenta alguma dificuldade ao se alimentar, o Ministério da Saúde recomenda:

- separar a refeição em um prato individual para se ter certeza de quanto a criança está realmente ingerindo;
- estar presente às refeições da criança, mesmo que ela 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 ter 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.

Cabe à família colocar os limites quanto ao horário e à quantidade (Quadro 14).

Quadro 14 - Recomendações às famílias de crianças pequenas com dificuldade de alimentar-se

- Separar a refeição em um prato individual para se ter certeza do quanto a criança está 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 ter 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.
- Oferecer o alimento em local que seja de fácil limpeza, após o término da refeição. Além disso, evitar ficar limpando, de forma excessiva, o rosto e as mãos da criança para que esta não associe a comida a algo sujo.

Fonte: Modificado de ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013.

A criança em idade escolar (sete aos 10 anos) apresenta particularidades alimentares 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 o número das que 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?

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR (PNAE)

O PNAE oferece alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. O governo federal repassa, a estados, municípios e escolas federais, valores financeiros de caráter suplementar, efetuados em parcelas mensais de fevereiro a novembro para a cobertura de 200 dias letivos, conforme o número de matriculados em cada rede de ensino. O PNAE é acompanhado e fiscalizado pelos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público.

Atualmente, o valor repassado pela União a estados e municípios, por dia letivo para cada aluno, é definido de acordo com a etapa e modalidade de ensino: Creches: R\$ 1,07 / Pré-escola: R\$ 0,53 / Escolas indígenas e quilombolas: R\$ 0,64 / Ensino fundamental e médio: R\$ 0,36 / Educação de jovens e adultos: R\$ 0,32 / Ensino integral: R\$ 1,07 / Programa de Fomento às Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral: R\$ 2,00 / Atendimento Educacional Especializado no contraturno: R\$ 0,53. O repasse é feito diretamente aos estados e municípios, com base no Censo Escolar realizado no ano anterior ao do atendimento. O Programa é acompanhado e fiscalizado diretamente pela sociedade, por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), pelo FNDE, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), pela Controladoria Geral da União (CGU) e pelo Ministério Público.

Com a Lei nº 11.947, de 16/6/2009, 30% do valor repassado pelo PNAE deve ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.

Veja mais, na página do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), em: BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Disponível em:** <<http://www.fnde.gov.br/programas/pnae>>. (BRASIL, 2017d).

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.

PARA SABER MAIS...E EDUCAR

Veja também: Cartilha de Orientação nutricional infantil. **Disponível em:** <http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/Cartilha_Orientacao_Nutricional_12_03_13.pdf>

