

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

DR. ORLANDO ANTÔNIO PEREIRA

Apostila de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unifenas.



Alfenas
2011

Índice

1 O ALEITAMENTO MATERNO	1
1.1 Qualidades do Leite Materno	1
1.2 Técnica da arte de amamentar	1
1.3 Fisiologia da lactação	2
1.4 Importância do Aleitamento Materno	2
1.5 Situações em que há restrições ao Aleitamento Materno	3
1.6 Tipos de Aleitamento Materno	5
2 TÓPICOS IMPORTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO	7
2.1 Pré-natal	7
2.2 Início da amamentação	8
2.2.1 Comportamento normal do bebê	8
2.2.2 Número de mamadas por dia	10
2.2.3 Duração das mamadas	11
2.2.4 Uso de mamadeira	11
2.2.5 Uso de chupeta	12
2.2.6 Aspecto do leite	12
3 MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	13
3.1 Alimentação da nutriz	13
3.2 Retorno da mãe ao trabalho	14
4 ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS 6 MESES DE VIDA DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO	17
4.1 Planejamento da Alimentação Complementar	17
4.2 Composição e consistência	23
4.3 Planejamento da papa salgada	24
4.4 Alimentação variada: garantir os grupos de alimentos	28
4.5 Alimentos que devem ser controlados ou contra-indicados para o lactente	29

5 ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NA AUSÊNCIA DO LEITE MATERNO	31
5.1 Critérios para a seleção do leite ou fórmula	32
5.2 Características gerais das fórmulas infantis	32
5.3 Características gerais do leite de vaca	33
6 ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES ENTRE UM E DOIS ANOS DE IDADE	36
6.1 Alimentos processados	37
7 OS DEZ PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	40
8 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A NUTRIÇÃO DO LACTENTE	43
Bibliografia	45

Lista de Tabelas

1.1	Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso.	4
4.1	Recomendação do Departamento de Nutrologia da SBP quanto a suplementação de ferro.	19
4.2	Alimentos que são fonte de ferro.	20
4.3	Esquema para introdução dos alimentos complementares	23
4.4	Componentes das misturas.	24
4.5	Descrição dos grupos de alimentos.	30
5.1	Reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses.	34
5.2	Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas.	35
5.3	Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para as crianças que não podem ser amamentadas.	35

Capítulo 1

O ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno exclusivo, isto é, a utilização de leite humano como única fonte nutricional do lactente, seja mantida até seis meses; a partir de então é preconizada a complementação do aleitamento materno com outros alimentos até no mínimo dois anos de idade.

1.1 Qualidades do Leite Materno

É o melhor alimento para o bebê. É de fácil digestão. Protege o bebê contra várias doenças como desnutrição, diarreia, alergias, infecção de ouvido, bronquite, pneumonia e outras. Transmite amor e carinho, fortalecendo a relação mãe e filho. Não precisa coar, ferver, nem esfriar. Está sempre pronto, em qualquer hora e lugar, na temperatura ideal. É de graça. Reduz o risco de câncer de mama e ovário.

1.2 Técnica da arte de amamentar

Nenhuma mãe nasce sabendo amamentar. É um processo de aprendizado como andar e falar. Por isso, a mãe precisa ser orientada como amamentar corretamente seu filho:

1. Nos primeiros minutos após o parto, o recém-nascido deve ser colocado sobre o corpo da mãe num contato pele a pele, se ambos estiverem bem. O RN deve ser colocado para mamar na primeira meia hora de vida ou o mais cedo possível.
2. A mãe deve ser orientada a deixar que a criança sugue em livre demanda, isto é, quando manifestar fome através do despertar, do choro ou do movimento de busca do seio; recomenda-se que a duração da mamada também seja determinada pela vontade do bebê. Os lábios, inferior e superior, devem ficar virados para fora, como que apoiados na mama. O bebê tem de abocanhar o mamilo e quase toda a aréola, evitando a sucção apenas do mamilo. Se a aréola for pequena, talvez nem

seja vista enquanto o bebê estiver mamando. A interrupção da mamada deve ser feita sem esforço e, se necessário, com ajuda do dedo mínimo da mãe, colocado suavemente na boca do bebê, que assim muda a direção da sucção.

3. A posição na qual o bebê é colocado no momento da amamentação, bem como a forma com que suga o peito são importantes. A mãe deve estar em uma posição confortável para um melhor relacionamento com bebê. A melhor posição para segurar a criança é como se estivesse sentada, com a cabeça apoiada na dobra do cotovelo da mãe, a mão da mãe segurando a bundinha do bebê que deve estar com a barriga encostada no corpo da mãe.

1.3 Fisiologia da lactação

A fisiologia da lactação pode se resumir nestas duas sequências:

Sucção → medula → hipófise anterior → prolactina → produção de leite

Sucção → córtex → hipófise posterior → ocitocina → reflexo de ejeção

É importante ressaltar que a prolactina é o hormônio responsável pela produção de leite e tem seus níveis regulados pelo estímulo de sucção do complexo mamilo-areolar através da pega adequada e frequência das mamadas. No entanto, a ocitocina é o hormônio responsável pela ejeção de leite, sendo influenciada por fatores emocionais maternos: ela aumenta em situações de autoconfiança e diminui em momentos de ansiedade e insegurança. Por conseguinte, é fundamental que o pediatra dê apoio, oriente e proponha soluções para as dificuldades.

1.4 Importância do Aleitamento Materno

1. Evita mortes infantis;
2. Evita diarreia;
3. Evita infecção respiratória;
4. Diminui o risco de alergias;
5. Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes;
6. Reduz a chance de obesidade;
7. Melhor nutrição;
8. Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;

9. Efeito positivo na inteligência;
10. Proteção contra câncer de mama;
11. Evita nova gravidez;
12. Menores custos financeiros;
13. Promoção do vínculo afetivo; entre mãe e filho;
14. Melhor qualidade de vida;

1.5 Situações em que há restrições ao Aleitamento Materno

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a **substituição parcial ou total do leite materno**. Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

1. Mães infectadas pelo HIV;
2. Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
3. Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo os antineoplásicos e radiofármacos;
4. Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose;

Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a **interrupção temporária da amamentação**:

1. Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
2. Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
3. Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;

4. Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
5. Consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga, de acordo com a Tabela 1.1.

Tabela 1.1: *Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso.*

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, ecstasy	24-36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína, crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1-2 semanas

Fonte: *hale e hall* (2005).

Em todos esses casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.

Nas seguintes condições maternas, o aleitamento materno não deve ser contraindicado:

1. **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;
2. **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de Rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
3. **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;

4. **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
5. **Dengue:** não há contra-indicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;
6. **Consumo de cigarros:** acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contra-indicação à amamentação.

O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em **perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar** a mãe fumante. No aconselhamento, o profissional deve alertar sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a eventual diminuição da produção e da ejeção do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros (se não possível a cessação do tabagismo, procurar fumar após as mamadas) e a não fumarem no mesmo ambiente onde está a criança;

Consumo de álcool: assim como para o fumo, devem-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool. No entanto, consumo eventual moderado de álcool (0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente um cálice de vinho ou duas latas de cerveja) é considerado compatível com a amamentação.

1.6 Tipos de Aleitamento Materno

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2007a). Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

1. **Aleitamento materno exclusivo** - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
2. **Aleitamento materno predominante** - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.

3. **Aleitamento materno** - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
4. **Aleitamento materno complementado** - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
5. **Aleitamento materno misto ou parcial** - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

O leite humano atende perfeitamente às necessidades dos lactentes, sendo muito mais do que um conjunto de nutrientes, por conter substâncias com atividades protetoras e imunomoduladoras. Ele não apenas proporciona proteção contra infecções e alergias, como também estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e do neurológico.

Estudos epidemiológicos em modelos animais e ensaios clínicos mostram ampla evidência de que fatores nutricionais e metabólicos, em fases iniciais do desenvolvimento humano, têm efeito de longo prazo na programação (*programming*) da saúde na vida adulta. O termo *programming* foi introduzido na literatura por Dörner em 1974:

Programming - indução, deleção ou prejuízo do desenvolvimento de uma estrutura somática permanente ou ajuste de um sistema fisiológico por um estímulo ou agressão que ocorre num período suscetível (p. ex., fases precoces da vida), resultando em conseqüências em longo prazo para as funções fisiológicas.

Um exemplo importante de *programming* em humanos é a relação entre a alimentação no primeiro ano de vida e o desenvolvimento de obesidade. O aleitamento materno tem efeito protetor e dose-dependente na redução do risco de obesidade na vida adulta.

Os Departamentos de Nutrologia e de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) adotam a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) para que se use exclusivamente leite materno até os 6 meses de idade. A partir desse período, está indicada a introdução de alimentos complementares, e deve-se promover a manutenção da amamentação até os 2 anos de idade ou mais. É importante ressaltar que o consumo precoce de alimentos complementares interfere na manutenção do aleitamento materno.

Capítulo 2

TÓPICOS IMPORTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

A ênfase dada a determinados tópicos durante um aconselhamento em amamentação pode variar de acordo com a época e o momento em que é feito. A seguir são abordados alguns tópicos importantes relacionados à amamentação em diferentes momentos e circunstâncias.

2.1 Pré-natal

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento. Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos:

1. Planos da gestante com relação à alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados com o aleitamento materno;
2. Importância do aleitamento materno;
3. Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano;
4. Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da

técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;

5. Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las. Muitas mulheres “idealizam” a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade;
6. Comportamento normal do recém-nascido;
7. Vantagens e desvantagens do uso da chupeta.

O exame das mamas é fundamental, pois por meio dele podem-se detectar situações que poderão exigir uma maior assistência à mulher logo após o nascimento do bebê, como, por exemplo, a presença de mamilos muito planos ou invertidos e cicatriz de cirurgia de redução de mamas.

A “preparação” das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, podendo inclusive induzir o trabalho de parto. O uso de conchas ou sutiãs com um orifício central para alongar os mamilos também não tem se mostrado eficaz. A maioria dos mamilos curtos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento. Os mamilos costumam ganhar elasticidade durante a gravidez e o grau de inversão dos mamilos invertidos tende a diminuir em gravidezes subsequentes. Nos casos de mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva do que intervenções no período pré-natal. O uso de sutiã adequado ajuda na sustentação das mamas, pois na gestação elas apresentam o primeiro aumento de volume.

Se ao longo da gravidez a mulher não notou aumento nas suas mamas, é importante fazer um acompanhamento rigoroso do ganho de peso da criança após o nascimento, pois é possível tratar-se de insuficiência de tecido mamário.

2.2 Início da amamentação

Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Os seguintes aspectos devem ser discutidos com as mães que planejam amamentar os seus filhos:

2.2.1 Comportamento normal do bebê

O entendimento da mãe e das pessoas que vão conviver com o bebê sobre as necessidades deste é fundamental para a tranquilidade de todos os membros da família. O comportamento dos recém-nascidos é muito variável e depende de vários fatores, como

idade gestacional, personalidade e sensibilidade do bebê, experiências intrauterinas, vivências do parto e diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional da mãe. É importante lembrar à mãe que cada bebê é único, respondendo de maneiras diferentes às diversas experiências. Comparações com filhos anteriores ou com outras crianças podem atrapalhar a interação entre a mãe e o bebê.

Algumas crianças demandam (choram) mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Essas crianças, com frequência, frustram as expectativas maternas (a de ter um bebê “bonzinho”) e essa frustração muitas vezes é percebida pela criança, que responde aumentando ainda mais a demanda.

Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. As mães, com frequência, o interpretam como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro, incluindo adaptação à vida extra-uterina e tensão no ambiente. Na maioria das vezes os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso. É comum algumas mães rotularem os seus bebês de “bravos”. Uma atitude de solidariedade e entendimento das necessidades dos seus bebês traria mais tranquilidade a ambos. A mãe provavelmente passaria a olhar de um modo diferente o seu bebê, não mais o rotulando de “bravo”, e sim como vivenciando uma experiência difícil em alguns momentos.

Muitas mães queixam-se de que os seus bebês “trocam o dia pela noite”. Os recém-nascidos costumam manter, nos primeiros dias, o ritmo ao qual estavam acostumados dentro do útero. Assim, as crianças que no útero costumavam ser mais ativas à noite vão necessitar de alguns dias para se adaptarem ao ciclo dia/noite. Portanto, as mães devem ser tranquilizadas quanto a esse eventual comportamento do bebê.

A interação entre a mãe e o bebê nos primeiros dias é muito importante para o sucesso da amamentação e uma futura relação harmônica. A mãe deve ser orientada a responder prontamente às necessidades do seu bebê, não temendo que isso vá deixá-lo “manhoso” ou “superdependente” mais tarde. Carinho, proteção e pronto atendimento das necessidades do bebê só tendem a aumentar a sua confiança, favorecendo a sua independência em tempo apropriado.

Hoje se sabe que os bebês têm competências que antes eram ignoradas, e as mães (e pais e familiares) devem saber disso para melhor interagirem com eles, além de tornar a interação mais gratificante. O melhor momento de interagir com a criança é quando ela se encontra no estado quieto-alerta. Nesse estado o bebê encontra-se quieto, mas alerta, com os olhos bem abertos, como se estivesse prestando atenção. Na primeira hora de vida, esse estado de consciência predomina, favorecendo a interação. A separação da mãe e do bebê e a sedação da mãe logo após o parto privam a dupla desse momento tão especial. Ao longo do dia e da noite a criança encontra-se no estado quieto-alerta várias

vezes, por períodos curtos. Durante e após intensa interação, os bebês necessitam de freqüentes períodos de repouso.

Para uma melhor interação com o bebê, é interessante que a mãe, o pai e outros familiares saibam que alguns recém-nascidos a termo, em situações especiais (principalmente no estado quieto-alerta), são capazes de:

1. Ir ao encontro da mama da mãe por si próprio logo após o nascimento, se colocados no tórax dela. Dessa maneira eles decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida;
2. Reconhecer a face da mãe após algumas horas de vida. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20 a 25cm, a mesma que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas;
3. Ter contato olho a olho;
4. Reconhecer e mostrar interesse por cores primárias - vermelho, azul e amarelo;
5. Seguir um objeto com os olhos e, às vezes, virar a cabeça na sua direção;
6. Distinguir tipos de sons, tendo preferência pela voz humana, em especial a da mãe, e pelos sons agudos;
7. Determinar a direção do som;
8. Reconhecer sabores, tendo preferência por doces;
9. Reconhecer e distinguir diferentes cheiros; com um ou dois dias de vida reconhece o cheiro da mãe;
10. Imitar expressões faciais logo após o nascimento;
11. Alcançar objetos.

2.2.2 Número de mamadas por dia

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e as com baixa auto-estima, costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos.

O tamanho das mamas pode exercer alguma influência no número de mamadas da criança por dia. As mulheres com mamas mais volumosas têm uma maior capacidade de

armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à frequência das mamadas. Já as mulheres com mamas pequenas podem necessitar amamentar com mais frequência devido a sua pequena capacidade de armazenamento do leite. No entanto, o tamanho da mama não tem relação com a produção do leite, ou seja, as mamas grandes e pequenas em geral têm a capacidade de secretarem o mesmo volume de leite em um dia.

2.2.3 Duração das mamadas

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe-bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas. O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê.

2.2.4 Uso de mamadeira

Água, chás e principalmente outros leites devem ser evitados, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito.

Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar. Como o leite na mamadeira flui abundantemente desde a primeira sucção, a criança pode estranhar a demora de um fluxo maior de leite no peito no início da mamada, pois o reflexo de ejeção do leite leva aproximadamente um minuto para ser desencadeado e algumas crianças podem não tolerar essa espera.

Não restam mais dúvidas de que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes (ASHRAF et al., 1993). Mesmo ingerindo pouco colostro nos primeiros dois a três dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de líquidos adicionais além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos.

2.2.5 Uso de chupeta

Atualmente, a chupeta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, entre outros motivos. Crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite. Embora não haja dúvidas de que o desmame precoce ocorre com mais frequência entre as crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos nessa associação. É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe está tendo dificuldades na amamentação ou de que tem menor disponibilidade para amamentar.

Além de interferir no aleitamento materno, o uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato. A comparação de crânios de pessoas que viveram antes da existência dos bicos de borracha com crânios mais modernos sugere o efeito nocivo dos bicos na formação da cavidade oral.

2.2.6 Aspecto do leite

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.

O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína. E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da dieta da mãe.

O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes. Não é rara a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Esse fenômeno é passageiro e costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto. É mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos e deve-se ao rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação. Nesses casos, a amamentação pode ser mantida, desde que o sangue não provoque náuseas ou vômitos na criança.

Capítulo 3

MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

3.1 Alimentação da nutriz

Para a produção do leite, é necessária a ingestão de calorias e de líquidos além do habitual. Por isso, durante o período de amamentação, costuma haver um aumento do apetite e da sede da mulher e também algumas mudanças nas preferências alimentares. Acredita-se que um consumo extra de 500 calorias por dia seja o suficiente, pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2kg a 4kg para serem usados na lactação. Fazem parte das recomendações para uma alimentação adequada durante a lactação os seguintes itens:

1. Consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes;
2. Consumir três ou mais porções de derivados do leite por dia;
3. Esforçar-se para consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A;
4. Certificar-se de que a sede está sendo saciada;
5. Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500g por semana);
6. Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados.

A alimentação ideal de uma nutriz pode não ser acessível para muitas mulheres de famílias com baixa renda, o que pode desestimulá-las a amamentar seus filhos. Por isso, a orientação alimentar de cada nutriz deve ser feita levando-se em consideração, além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos. É importante lembrar que as mulheres produzem leite de boa qualidade mesmo consumindo

dietas subótimas. É preciso estar atento para o risco de hipovitaminose B em crianças amamentadas por mães vegetarianas, haja vista que essa vitamina não é encontrada em vegetais. É importante também certificar-se de que as nutrizes vegetarianas estão ingerindo quantidade suficiente de proteínas.

Como regra geral, as mulheres que amamentam não necessitam evitar determinados alimentos. Entretanto, se elas perceberem algum efeito na criança de algum componente de sua dieta, pode-se indicar a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piorem com a sua re-introdução, ele deve ser evitado. O leite de vaca é um dos principais alimentos implicados no desenvolvimento de alergias alimentares.

As mulheres que amamentam devem ser encorajadas a ingerir líquidos em quantidades suficientes para saciar a sua sede. Entretanto, líquidos em excesso devem ser evitados, pois não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la.

3.2 Retorno da mãe ao trabalho

O trabalho materno fora do lar pode ser um importante obstáculo à amamentação, em especial a exclusiva. A manutenção da amamentação nesse caso depende do tipo de ocupação da mãe, do número de horas no trabalho, das leis e de relações trabalhistas, do suporte ao aleitamento materno na família, na comunidade e no ambiente de trabalho e, em especial, das orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê.

Para as mães manterem a lactação após retornarem ao trabalho, é importante que o profissional de saúde estimule os familiares, em especial o companheiro, quando presente, a dividir as tarefas domésticas com a nutriz e oriente a mãe trabalhadora quanto a algumas medidas que facilitam a manutenção do aleitamento materno, listadas a seguir:

Antes do retorno ao trabalho:

1. Manter o aleitamento materno exclusivo;
2. Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, horários);
3. Praticar a ordenha do leite (de preferência manualmente) e congelar o leite para usar no futuro. Iniciar o estoque de leite 15 dias antes do retorno ao trabalho.

Após o retorno ao trabalho:

1. Amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite;

2. Evitar mamadeiras; oferecer a alimentação por meio de copo e colher;
3. Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em geladeira. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no freezer ou congelador, por 15 dias;
4. Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, este deve ser descongelado, de preferência dentro da geladeira. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura;

Realizar ordenha, de preferência manual, da seguinte maneira:

1. Dispor de vasilhame de vidro esterilizado para receber o leite, preferencialmente vidros de boca larga com tampas plásticas que possam ser submetidos à fervura durante mais ou menos 20 minutos. Procurar um local tranquilo para esgotar o leite;
2. Prender os cabelos;
3. Usar máscara ou evitar falar, espirrar ou tossir enquanto estiver ordenhando o leite;
4. Ter à mão pano úmido limpo e lenços de papel para limpeza das mãos;
5. Lavar cuidadosamente as mãos e antebraços. Não há necessidade de lavar os seios frequentemente;
6. Secar as mãos e antebraços com toalha limpa ou de papel;
7. Posicionar o recipiente onde será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio;
8. Massagear delicadamente a mama como um todo com movimentos circulares da base em direção à aréola;
9. Procurar estar relaxada, sentada ou em pé, em posição confortável. Pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite;
10. Curvar o tórax sobre o abdômen, para facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo;
11. Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréolamama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos;
12. Usar preferencialmente a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou usar as duas mãos simultaneamente (uma em cada mama ou as duas juntas na mesma mama - técnica bimanual);

13. Pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. Evitar pressionar demais, pois pode bloquear os ductos lactíferos;
14. Pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes o leite começará a pingar. Poderá fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativo;
15. Desprezar os primeiros jatos, assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos;
16. Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;
17. Alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida;
18. Podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente em um único vasilhame de boca larga ou em dois vasilhames separados, colocados um embaixo de cada mama.

O leite ordenhado deve ser oferecido à criança de preferência utilizando-se copo, xícara ou colher. Para isso, é necessário que o profissional de saúde demonstre como oferecer o leite à criança. A técnica recomendada é a seguinte:

1. Acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentada ou semi-sentada, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90º com o pescoço;
2. Encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio. O bebê fará movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição;
3. Não despejar o leite na boca do bebê.

Capítulo 4

ALIMENTAÇÃO A PARTIR DOS 6 MESES DE VIDA DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO

4.1 Planejamento da Alimentação Complementar

A partir dos 6 meses de vida deve-se introduzir novos alimentos saudáveis, mantendo-se o aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais. A não-introdução de alimentos complementares aos 6 meses não demonstra efeito protetor no desenvolvimento de doenças alérgicas e pode, inclusive, elevar o risco de alergias. Por sua vez, a introdução de grande variedade de alimentos sólidos por volta de 3 a 4 meses de vida parece elevar o risco de eczema atópico e de alergia alimentar. Deve-se sempre pesquisar a história familiar de reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

Publicações recentes afirmam que bebês que ingerem alimentos de alto potencial alérgico entre quatro e seis meses de idade podem ter menos risco de desenvolver alergias no futuro. Nessa fase, a criança está formando seu sistema de defesa e supõem-se existir uma janela imunológica que a proteja do desenvolvimento de alergias. O Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, afirma que essa janela vai até os sete meses de idade. “É importante que substâncias com tendência a se tornarem alérgicas, como ovo, peixe e glúten, sejam incluídas na dieta da criança junto com o leite materno, que protege contra alergias, entre outras coisas.”

As crianças menores de seis meses que recebem com exclusividade o leite materno já muito cedo começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão, apren-

dendo a distinguir as sensações de fome, durante o jejum, e de saciedade, após a alimentação. Essa capacidade permite à criança, nos primeiros anos de vida, assumir autocontrole sobre o volume de alimento que consome em cada refeição e os intervalos entre as refeições, segundo suas necessidades. Posteriormente esse autocontrole sofrerá influência de outros fatores, como o cultural e social.

Para planejar a alimentação da criança é necessário considerar as limitações do organismo dos lactentes. Durante os primeiros meses de vida, o trato gastrointestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico encontram-se em fase de maturação. Por conseguinte, o sucesso das práticas alimentares depende de suprir a criança com alimentos de qualidade adequada e consistência, que satisfaçam as necessidades nutricionais definidas pelo seu crescimento e desenvolvimento, que protejam contra a absorção de substâncias alimentares alergênicas e não excedam a capacidade funcional dos sistemas orgânicos (cardiovascular, digestório, renal e neurológico).

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 desnutrição.

As situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia, excesso de peso e desnutrição.

A desnutrição pode ocorrer precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e freqüentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar inadequada nos primeiros dois anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarreicas e respiratórias.

O déficit estatural é um parâmetro melhor que o ponderal como indicador de influências ambientais negativas sobre a saúde da criança, sendo o indicador mais sensível de má nutrição nos países. A baixa estatura é mais freqüente nas áreas de piores condições socioeconômicas e quatro vezes mais prevalente em crianças com baixo peso ao nascimento.

A obesidade infantil pode gerar consequências no curto e longo prazo e é importante preditivo da obesidade na vida adulta. Sendo assim, a prevenção desde o nascimento é necessária, considerando que os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida. Uma vez habituada à grande concentração de açúcar ou sal, a tendência da criança é rejeitar outras formas de preparação do alimento. A ingestão de alimentos com alta densidade energética pode prejudicar a qualidade da dieta, resultando no aumento do peso e na ingestão deficiente de micronutrientes.

A anemia por deficiência de ferro, em termos de magnitude, é na atualidade o principal problema em escala de saúde pública do mundo. Estima-se que a prevalência global de anemia em crianças menores de cinco anos é de 47,4% e, na América Latina e no Caribe, é de 39,5%. A África é o continente que apresenta a mais elevada prevalência

de anemia (64,6%), e as menores prevalências são observadas na Europa (16,7%) e na América do Norte. No Brasil se conhece bem a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos. Diversos estudos isolados mostram que as prevalências variam de 30 a 70% dependendo da região e estrato socioeconômico. A anemia causa prejuízos e atrasos no desenvolvimento motor e cognitivo em crianças e que parecem não ser revertidos mesmo após a suplementação medicamentosa com ferro. As reservas de ferro da criança que recebe com exclusividade o leite materno, nos seis primeiros meses de idade, atendem às necessidades fisiológicas, não necessitando de qualquer forma de complementação nem de introdução de alimentos sólidos. Entre os quatro e seis meses de idade, ocorre gradualmente o esgotamento das reservas de ferro, e a alimentação passa a ter papel predominante no atendimento às necessidades desse nutriente. É necessário que o consumo de ferro seja adequado à demanda requerida para essa fase etária.

A OMS propõe que a suplementação profilática de ferro medicamentoso para lactentes seja realizada de maneira universal, em regiões com alta prevalência de anemia carencial ferropriva, na dose diária de 12,5 mg a partir do sexto mês de vida. Além da prevenção medicamentosa da anemia ferropriva, deve-se estar atento para a oferta dos alimentos ricos ou fortificados com ferro (cereal, farinha e leite), lembrando que, a partir de 18 de junho de 2004, as farinhas de trigo e de milho devem ser fortificadas, segundo resolução do Ministério da Saúde, com 4,2 mg de ferro e 150 microgramas 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 escuras). Para melhorar a absorção do ferro não-heme, deve-se introduzir os agentes facilitadores, como carnes e vitamina C, e evitar os agentes inibidores, como refrigerantes e chás.

Tabela 4.1: *Recomendação do Departamento de Nutrologia da SBP quanto a suplementação de ferro.*

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno.	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia partir do 6 ^o mês (ou da introdução de outros alimentos) até 24 ^o mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em uso de 500 ml de fórmula infantil.	Não recomendado.
Recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso até 1.500 g, a partir do 30 ^o dia de vida.	2 mg/kg peso/dia, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com entre 1.500g e 1.000g.	3 mg/kg/peso durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso menor que 1.000g.	4 mg/kg/peso durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/dia mais um ano.

Tabela 4.2: *Alimentos que são fonte de ferro.*

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

Fonte: *Taco (2006) e Philippi (1996).*

Crianças que apresentam doenças que cursam com o acúmulo de ferro, como a hemossiderose e anemia falciforme, não devem ser suplementadas com ferro, ressalvadas aquelas que tenham a indicação. Havendo suspeita dessas doenças, a suplementação não deve ser iniciada, até a confirmação do diagnóstico. Sinais e sintomas observados em pessoas que têm anemia falciforme: anemia crônica, crises dolorosas no corpo, palidez, cansaço constante, icterícia (cor amarelada identificada na esclerótica ou “ranco do olho” e em outras partes do corpo), feridas nas pernas, constantes infecções e febres e inchaço muito doloroso nas mãos e nos pés. Caso apresente tais sinais e sintomas, a criança deve receber acompanhamento clínico.

A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores.

A empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas, já que muitas inseguranças no cuidado com a criança não têm “hora agendada” para ocorrer e isso exige sensibilidade e vigilância adicional não só do profissional procurado, mas de todos os profissionais da equipe, para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado.

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é

capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. A partir do sexto mês a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta.

O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase. Se durante o aleitamento materno exclusivo a criança é mais intensamente ligada à mãe, a alimentação complementar permite maior interação do pai, dos avós e avós, dos outros irmãos e familiares, situação em que não só a criança aprende a comer, mas também toda a família aprende a se cuidar. O profissional de saúde também deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar, de ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e encorajada a entender sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais.

O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir os conceitos, de forma prática, à comunidade que assiste, em linguagem simples e acessível. Assim, na orientação de uma dieta para a criança, por exemplo, deve-se levar em conta conceitos adequados de preparo, noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento.

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. No primeiro semestre de vida objetiva-se que a criança mame por seis meses exclusivamente ou que, pelo menos, retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos. A partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno. Assim é de fundamental importância que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para a adequada introdução dos alimentos complementares. A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

Existem predisposições genéticas para gostar ou não gostar de determinados gostos, e diferenças nas sensibilidades para alguns gostos e sabores herdados dos pais. Essa influência genética vai sendo moldada por experiências adquiridas ao longo da vida. Sensibilidades específicas a algum gosto ou sabor podem influenciar preferências e escolhas alimentares, mas parece não prevalecerem isoladamente. Sabores vivenciados

nos primeiros meses de vida podem influenciar as preferências alimentares subsequentes. Uma vez que o alimento se torna familiar nessa fase, parece que a preferência se perpetua.

O comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta. As crianças tendem a não gostar de alimentos quando, para ingeri-los, são submetidos à chantagem ou coação ou premiação. Outro dado importante é que a restrição dos alimentos preferidos das crianças vai fazer com que elas os consumam exageradamente em situações de “liberdade” e que as mães que amamentaram seus filhos por mais tempo apresentaram menor comportamento restritivo. Também foi demonstrado que as crianças têm autocontrole no consumo energético e que os pais devem ser orientados quanto a essa capacidade e que muitas vezes os próprios pais ou familiares a prejudicam, com práticas coercivas ou de restrição.

Os pais são responsáveis pelo que é oferecido à criança, e a criança é responsável por quanto e quando comer. Essa posição é pertinente, desde que os alimentos não ofereçam riscos nutricionais ou de saúde às crianças. Os pais podem ainda contribuir positivamente para a aceitação alimentar por meio da estimulação dos sentidos. Isso pode ser feito por meio de palavras elogiosas e incentivadoras, com o toque carinhoso e permitindo ambiente acolhedor, com pouco ruído, boa luminosidade e conforto à criança. O contato visual entre a criança e quem oferece o alimento é outro estímulo importante, pois, se a visão da mãe durante a amamentação transmite segurança à criança, o semblante alegre de quem oferece o alimento também pode influenciar na aceitação do alimento.

Em geral as crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares e esse tipo de comportamento manifesta-se precocemente. Porém, com exposições freqüentes, os alimentos novos passam a ser aceitos, podendo ser incorporados à dieta da criança. **Em média são necessárias de oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.** Muitos pais, talvez por falta de informação, não entendem esse comportamento como sendo normal e interpretam a rejeição inicial pelo alimento como uma aversão permanente, desistindo de oferecê-lo à criança. Apesar de a aversão ao alimento poder ser um motivo de frustração entre os pais, ela não se constitui em rejeição permanente.

Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras).

Embora a expressão “papa salgada” seja utilizada e por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação da composição da dieta da criança e para diferenciá-la da papa de frutas, é importante salientar que o objetivo do uso do termo “salgada”

não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal. Expressões como “papa de vegetais com carne” ou outra que dê idéia de consistência (de papa) e variedade também podem ser empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.

Entre os seis aos 12 meses de vida, a criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno. Durante essa fase, não é preciso se preocupar com a quantidade de comida ingerida; o mais importante é proporcionar introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que a criança se acostume aos poucos. Além disso, como consequência do seu desenvolvimento e controle sobre os movimentos e da fase exploratória em que se encontra, a criança não se satisfaz mais em apenas olhar e em receber passivamente a alimentação. É comum querer colocar as mãos na comida. É importante que se dê liberdade para que ela explore o ambiente e tudo que a cerca, inclusive os alimentos, permitindo que tome iniciativas.

Na Tabela 4.3, é apresentado uma proposta de esquema alimentar para crianças menores de dois anos de idade, elaborado a partir das recomendações atuais. Esse esquema não é rígido, apenas serve de guia para a orientação das mães quanto à época e frequência de introdução da alimentação complementar. Embora a amamentação deva continuar em livre demanda após o sexto mês de vida, é possível estabelecer um esquema para a administração da alimentação complementar, de forma a aproximar gradativamente os horários da criança aos da família.

Tabela 4.3: *Esquema para introdução dos alimentos complementares*

Faixa etária	Tipo de alimento
Até 6° mês	Leite materno exclusivo
6° a 24° mês	Leite materno complementado
6° mês	Papa de frutas
	Primeira papa salgada
7° a 8° mês	Segunda papa salgada
9° a 11° mês	Gradativamente passar para a refeição da família com ajuste da consistência
12° mês	Comida da família

O leite materno deve ser oferecido em livre demanda, porém o intervalo entre a mamada que antecede as principais refeições deve ser espaçado, respeitando assim os sinais de fome e saciedade da criança.

4.2 Composição e consistência

Deve-se procurar variar ao máximo a dieta para que a criança receba todos os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, além de evitar a monotonia alimentar. A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, é de

aproximadamente 200kcal por dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses. A energia total requerida para o crescimento saudável em criança em aleitamento é de 615kcal/dia de seis a oito meses, 686kcal/dia de nove a 11 meses e 894kcal/dia de 12 a 23 meses. A energia necessária proveniente de alimentos complementares é estimada pela subtração da energia média proveniente do leite materno da energia total requerida. Em crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, em média o leite materno fornece 413kcal/dia, 379kcal/dia, 346kcal/dia nas idades de seis a oito meses, nove a 11 meses e 12 a 23 meses, respectivamente.

A consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente e a textura deve ser apropriada à idade. A primeira papa salgada deve ser oferecida no sexto mês, no horário de almoço. Tal refeição deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes). O ovo cozido e as carnes devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade. O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade.

Lembrando que a criança passa a aceitar de forma lenta e gradual porções maiores. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos, propiciando oferta calórica adequada. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Na idade de oito a dez meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

4.3 Planejamento da papa salgada

Entre o sexto e sétimo mês, os seguintes grupos alimentares devem ser introduzidos na papa salgada: cereal ou tubérculo, alimento protéico de origem animal, leguminosas e hortaliças.

Tabela 4.4: *Componentes das misturas.*

Cereal ou Tubérculos	Leguminosa	Proteína animal	Hortaliças
Arroz	Feijão	Carne bovina	Verduras
Milho	Soja	Vísceras	Legumes
Macarrão	Ervilha	Frango	
Batata	Lentilha	Ovos	
Mandioca	Grão-de-bico	Peixe	
Inhame			
Cará			

1. As frutas *in natura*, preferencialmente sob a forma de papas e sucos, devem ser oferecidas nesta idade, amassadas sempre em colheradas ou espremidas. O

tipo de fruta a ser oferecido terá de respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contraindicada. Os sucos naturais devem ser dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas, em uma dose máxima de 100 ml/dia com a finalidade de melhorar a absorção do ferro não-heme presente nos alimentos como feijão e folhas verde-escuras.

- O suco deve ser preparado na hora para evitar as perdas vitamínicas. Os sucos naturais devem ser dados no copo, de preferência após as refeições principais, e não em substituição a estas, em uma dose máxima de 100 ml/dia com a finalidade de melhorar a absorção do ferro não-heme presente nos alimentos como feijão e folhas verde-escuras.
 - Recomenda-se observar a ação das frutas sobre o funcionamento intestinal. Frutas laxantes: ameixa, mamão, laranja, manga, abacaxi, abacate, melancia. Frutas obstipantes: banana, maçã (sem casca), limão (suco diluído), pêra (sem casca), maracujá (suco), caju, goiaba.
2. A primeira papa salgada deve ser oferecida a partir do sexto mês, no horário de almoço ou jantar, completando-se a refeição com o leite materno, enquanto não houver boa aceitação. A segunda papa será oferecida a partir do sétimo mês de vida.
 3. Deve-se introduzir os alimentos gradualmente, sendo que, aos 7 meses, tal refeição já deve conter alimentos dos seguintes grupos:
 - Cereais ou tubérculos: excelentes fontes energéticas. Os tubérculos são caules curtos e grossos, ricos em carboidratos. Por exemplo: batata, mandioca (macaxeira ou aipim), cará, inhame. Na ausência de alimentos de origem animal, deve-se partir para a combinação cereal/leguminosa (arroz e feijão), a fim de se obter uma mistura de melhor qualidade protéica;
 - Leguminosas;
 - Carne (vaca, frango, porco, peixe ou vísceras, em especial o fígado);
 - Hortaliças (verduras e legumes). Legumes são vegetais cuja parte comestível não são folhas. Por exemplo: cenoura, beterraba, abóbora, chuchu, vagem, berinjela, pimentão. Verduras são vegetais cuja parte comestível são as folhas. Por exemplo: agrião, alface, taioba, espinafre, beldroega, acelga, almeirão, rúcula e escarola;
 - Óleo vegetal (preferencialmente de soja) deve ser usado em menor quantidade, assim como se deve evitar caldos e temperos industrializados.
 4. Dá-se preferência às composições de cardápios em que se encontrem um tubérculo ou cereal associado à leguminosa, proteína de origem animal e hortaliça ou vegetal.

5. A papa deve ser amassada, sem peneirar ou liquidificar. A carne, na quantidade de 50 a 70 g/dia (para duas papas) não deve ser retirada após o cozimento, mas, sim, picada ou desfiada e oferecida à criança (procedimento fundamental para garantir oferta adequada de ferro e zinco). Aos 6 meses, os dentes estão próximos às gengivas, o que as tornam endurecidas, de tal forma que auxiliam a triturar os alimentos.
6. A consistência dos alimentos deve ser progressivamente elevada; respeitando-se o desenvolvimento da criança, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos (com baixa densidade energética) e propiciando oferta calórica adequada. Além disso, crianças que não recebem alimentos em pedaços até os 10 meses apresentam, posteriormente, maior dificuldade de aceitação de alimentos sólidos.

Dos 6 aos 11 meses, a criança amamentada deve receber três refeições com alimentos complementares ao dia (duas papas de sal e uma de fruta) e aquela não amamentada, cinco refeições (duas papas de sal, três de leite, além das frutas). A partir dos 12 meses, acrescentar às três refeições mais dois lanches ao dia, com fruta ou leite.

Ao cozinhar legumes e verduras, faça-o no menor tempo possível e use pouca quantidade de água. Algumas vitaminas são perdidas com o calor e diluídas na água. O sabor e a textura também ficarão melhores.

1. Coloque esses alimentos na água já em fervura e sempre utilize a panela tampada para que o tempo de cozimento seja o menor possível.
2. A água do cozimento dos vegetais pode ser utilizada na preparação de outros alimentos, como arroz, ensopados, molhos. As vitaminas e os minerais diluídos são reaproveitados.
3. A beterraba, o espinafre e o rabanete, apesar de serem ricos em vitaminas, não devem ser administrados antes do sexto mês, devendo também ter o uso controlado dos seis aos 12 meses devido ao seu elevado teor de nitrato, o que é prejudicial à saúde da criança.
4. O consumo de espinafre deve ser controlado pelo seu elevado teor de oxalato (depressor da absorção do ferro) e de cálcio (competidor do ferro).
5. O tomate também deve ser evitado, em razão de seu poder alergênico potencial e, ainda, do risco de contaminação por agrotóxicos.

Entre o sexto e sétimo mês, os seguintes grupos alimentares devem ser introduzidos na papa salgada: cereal ou tubérculo, alimento protéico de origem animal, leguminosas e papa salgada: cereal ou tubérculo, alimento protéico de origem animal, leguminosas e hortaliças.

1. O amendoim deve ser evitado devido à grande possibilidade de contaminação por aflatoxinas produzidas por fungos do gênero *Aspergillus*.
2. Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos separadamente, para que a criança identifique os vários sabores e, dessa forma, aceite-os.
3. Não se deve acrescentar açúcar ou leite nas papas (na tentativa de melhorar a sua aceitação), pois podem prejudicar a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. A exposição freqüente a um determinado alimento facilita a sua aceitação. Em média, são necessárias de 8 a 10 exposições ao alimento para que ele seja aceito pela criança.
4. O ovo inteiro (clara e gema) pode ser introduzido, sempre cozido, após o sexto mês. Sempre que possível, diversificar o tipo de proteína animal consumido ao longo da semana. Essa prática contribui para que a criança mantenha o equilíbrio entre os níveis de colesterol e de ácidos graxos saturados e insaturados sem prejudicar a ingestão de micronutrientes especiais para o crescimento e desenvolvimento nesta fase, como ferro e zinco.
5. Comercialmente, os ovos de galinha podem ser classificados de acordo com a cor da casca (os de casca branca e os de casca marrom), essa característica depende da raça das galinhas e em termos qualitativos não há diferença significativa entre os dois tipos. Ao se manipular os ovos devem-se tomar alguns cuidados:
 - adquirir os ovos sempre com a casca limpa e intacta;
 - lavar antes de usá-los;
 - abrir os ovos na borda dos recipientes separados e não onde estes serão utilizados;
 - não separar a clara da gema com a própria casca do ovo.
6. Estimular o consumo de alimentação básica e alimentos regionais (arroz, feijão, batata, mandioca/macaxeira/aipim, legumes, frutas, carnes).
7. A carne deve fazer parte das refeições desde os seis meses de idade, insistir na utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.
8. Preferir carnes de boi magras, de aves e de porco e carnes de peixe, principalmente as ricas em ômega 3, como o salmão, a sardinha e o atum.
9. A carne, na quantidade de 50-70 g/dia (para duas papas) deve ser cozida (moída, desfiada ou picada), com aproveitamento do caldo, procedimento fundamental para garantir oferta de ferro e zinco. Carnes fritas são desaconselhadas.

10. Sempre que possível, diversificar o tipo de proteína animal, consumido ao longo da semana. Essa prática contribui para que a criança mantenha o equilíbrio entre os níveis de colesterol e ácidos graxos saturados e insaturados sem prejudicar a ingestão de micronutrientes especiais para o crescimento e desenvolvimento nesta fase, como ferro e zinco.

Deve-se estar atento para o grande aprendizado que esse momento de introdução de novos alimentos representa para o bebê. A maneira como será conduzida a mudança do regime de aleitamento materno exclusivo para essa multiplicidade de opções que ora se apresentam poderá determinar, a curto, médio ou longo prazo, atitudes favoráveis ou não em relação ao hábito e comportamento alimentares.

O respeito ao tempo de adaptação aos novos alimentos, às preferências e aos volumes que desejam ser consumidos permitirá a atuação dos mecanismos reguladores do apetite e da saciedade. Estes devem ser praticados, desde a introdução, sob o risco de interferirmos negativamente na capacidade de auto-regulação da ingestão alimentar.

As evidências sugerem que, embora a ingestão em refeições individualizadas possa ser um tanto quanto irregular, o consumo energético em 24 horas costuma ser adequado. Sendo assim, atitudes excessivamente controladoras e impositivas podem induzir ao hábito de consumir porções mais volumosas do que o necessário e à preferência por alimentos hipercalóricos. Esta condição é apontada como uma das causas preocupantes do aumento das taxas de obesidade infantil que se tem observado nos últimos anos, além de também ser uma das causas de inapetência na infância.

A alimentação complementar, embora com horários mais regulares, deve inicialmente seguir o modelo adotado no período do aleitamento materno, para que se continue permitindo a atuação do mecanismo fisiológico da regulação da ingestão alimentar. Mantém-se, assim, a percepção correta das sensações de fome e saciedade, característica imprescindível para a nutrição adequada, sem excessos ou carências.

4.4 Alimentação variada: garantir os grupos de alimentos

A espécie humana necessita de dieta variada para garantir a nutrição adequada, pois os nutrientes estão distribuídos em quantidades diferentes nos alimentos. Estes são classificados em grupos, de acordo com o nutriente que se apresenta em maior quantidade. Os que pertencem ao mesmo grupo podem ser fontes de diferentes nutrientes. Por exemplo, grupo das frutas: o mamão é fonte de vitamina A e o caju é fonte de vitamina C. Então, além de consumir alimentos de todos os grupos, é importante a variedade de cada grupo.

4.5 Alimentos que devem ser controlados ou contra-indicados para o lactente

1. Alimentos de difícil mastigação, deglutição e digestão: alimentos crus, frituras, linguiça, milho integral, batata frita, frutas com semente, pipoca, etc.
2. Alimentos industrializados pré-prontos, embutidos e, enlatados;
3. Alimentos que podem estar contaminados com agrotóxicos: tomate, morango e alface (segundo relatório da ANVISA, 2008);
4. Alimentos que contêm nitrato (industrializados ou naturais): presunto, embutidos em geral, espinafre, beterraba, etc;
5. Alimentos que contêm aditivos;
6. Enlatados;
7. Chás;
8. Café;
9. Sucos artificiais;
10. Refrigerantes - além de não terem nada a contribuir em termos nutricionais, contêm polifenóis, que diminuem a absorção do ferro não-heme e favorecem a formação de hábitos alimentares inadequados;
11. O chocolate e as bebidas achocolatadas são contra-indicados, devido ao risco de alergia e, também, à interferência na absorção dos minerais (compostos fenólicos e ácido fítico);
12. A oferta de água de coco (como substituto da água) também não é aconselhável, pelo baixo valor calórico e por conter sódio e potássio;
13. Óleo vegetal e sal devem ser usados em menor quantidade, assim, como, devem-se evitar caldos e temperos industrializados;
14. No primeiro ano de vida não usar mel. Nessa faixa etária, os esporos do *Clostridium botulinum*, capazes de produzir toxinas na luz intestinal, podem causar botulismo;
15. Não ofereça sobremesas lácteas logo após as refeições. Espere pelo menos uma hora, pois o cálcio contido nessas sobremesas interage com o ferro consumido na refeição prejudicando a absorção de ambos.

Tabela 4.5: Descrição dos grupos de alimentos.

Grupo	Importância	Recomendação diária meses	Recomendação diária meses	Uma porção equivale a
Cereais, Pães e Tubérculos	Alimentos ricos em carboidratos devem aparecer em quantidades maiores nas refeições, principalmente nas papas, pois aumentam a densidade energética, além de fornecer proteínas	3 porções	5 porções	Arroz (60g) 2 colheres das de sopa Mandioca (70g) - 1 colher das de servir Batata (100g) - 1 unidade média Macarrão (50g) - 2 colheres das de sopa Amido de milho/farinhas (20g) 1 colher das de sopa de amido de milho Pão francês (25g) - $\frac{1}{2}$ unidade Pão de forma (25g) - 1 fatia
Verduras e Legumes	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. Devem ser variados, pois existem diferentes fontes de vitaminas nesse mesmo grupo. Os alimentos de coloração alaranjada são fonte de betacaroteno (pró-vitamina A). As folhas verde-escuras possuem, além de betacaroteno, ferro não heme, que é mais absorvido quando oferecido junto com alimentos com fonte de vitamina C	3 porções	3 porções	Legumes (20g) - 1 colher das de sopa do alimento picado Verduras (30g) - 2 folhas médias ou 4 pequenas Exemplos: Cenoura - 4 fatias Couve picada - 1 colher das de sopa Abobrinha picada - 1 $\frac{1}{2}$ colher das de sopa Brócolis picado - 1 $\frac{1}{2}$ colher das de sopa Chuchu picado - 1 $\frac{1}{2}$ colher das de sopa
Frutas	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. São também importante fonte de energia. Após o sexto mês, a criança deve receber duas frutas por dia e nenhuma fruta é contra-indicada.	3 porções	4 porções	60 a 80g ($\frac{1}{2}$ unidade média) Exemplos: Banana nanica - $\frac{1}{2}$ unidade Maçã - $\frac{1}{2}$ unidade Laranja - 1 unidade Mamão papaia - 1/3 unidade Abacaxi - $\frac{1}{2}$ fatia
Leite e produtos lácteos	Para crianças menores de dois anos, o leite materno pode ser o único alimentodessse grupo. Para crianças maiores de quatro meses totalmente desmamadas, não se recomenda a oferta de leite de vaca (ou outro) na forma pura, e sim adicionado a cereais, tubérculos e frutas. Esse grupo é básico para crianças menores de um ano e complementar para crianças maiores de um ano. Fornece cálcio e proteína	3 porções	3 porções	Leite materno: LIVRE DEMANDA Leite artificial - 150ml (1 copo americano) Iogurte (150g) - 1 pote Queijo (30g) - 1 fatia fina
Carne, Miúdos e Ovos	Esse grupo é fonte de proteína de origem animal (carne e ovos). As carnes possuem ferro de alta biodisponibilidade e, portanto, previnem a anemia. A oferta desses alimentos deve fazer parte da papa oferecida para a criança. As carnes são oferecidas trituradas, desfiadas ou cortadas em pedaços pequenos. Os miúdos contêm grande quantidade de ferro e devem ser recomendados para consumo no mínimo uma vez por semana. Não existem restrições para carnes e ovos a partir dos seis meses de idade.	2 porções	2 porções	Carnes (frango, gado, peixe, porco etc.) e miúdos (50g) - 2 colheres das de sopa Ovo (50g) - 1 unidade
Leguminosas	Esses alimentos são fonte de proteína, além de oferecerem quantidades importantes de ferro não heme e de carboidratos. Quando combinados com o cereal, como por exemplo o arroz, e um alimento rico em vitamina C, podem ser comparáveis ao valor protéico das carnes.	1 porção	1 porção	Grãos cozidos - 1 colher das de sopa
Óleos e Gorduras	A gordura está presente naturalmente nas carnes e no preparo das refeições salgadas, devendo ser evitado o excesso e as frituras antes de dois anos de idade.	2 porções	2 porções	Óleo vegetal (5g) - 1 colher das de sobremesa Manteiga (5g) - 1 colher das de chá
Açúcares e Doces	Antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar, pois a criança está formando seus hábitos alimentares, que perpetuarão para a vida toda. Sabe-se que os alimentos oferecidos nos primeiros anos de vida, com frequência, passam a fazer parte do hábito alimentar.	Nenhuma porção	1 porção	Antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar. Alimentos industrializados podem conter açúcares. Açúcar (10g) - 1 colher das de sobremesa

Capítulo 5

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NA AUSÊNCIA DO LEITE MATERNO

1. Banco de Leite Humano;
2. Fórmula infantil ou Leite de vaca em pó modificado - Nan 1 e Nan 2, Nan Sem Lactose, Nan Comfort (com prebióticos), Nan Pro 1 e 2, Nan AR, Nan HA, Nesto-geno 1 e Nestogeno 2, Nestogeno Plus;
3. Fórmulas adaptadas a base de soja - NanSoy, Nursoy, Aptamil 1 e 2, Pregomin, Sobee, ProSobee, Isomil, Nestogeno com soja;
4. Leite de vaca não modificado - Leite de vaca integral em pó ou em in natura (fluido);
5. Hidrolisado de frango;

Melhor opção para crianças totalmente desmamadas com idade inferior a 4 meses é a oferta de leite humano pasteurizado proveniente de **BANCO DE LEITE HUMANO**, quando disponível.

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar uma **FÓRMULA INFANTIL** que satisfaça as necessidades do lactente, conforme recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais (ESPGHAN, AAP e SBP).

5.1 Critérios para a seleção do leite ou fórmula

O principal aspecto a ser considerado ao se orientar a alimentação no caso de aleitamento artificial é a condição socioeconômica da família. As fórmulas industrializadas especiais para lactentes, embora tenham a composição mais adequada às necessidades da criança, estão fora do alcance de grande parte da população (devido ao elevado custo, oferecem à criança uma mamadeira excessivamente diluída, resultando quase sempre em desnutrição).

1. Custo e condições socioeconômicas;
2. Disponibilidade do leite ou da fórmula;
3. Situação geográfica da residência: urbana ou rural;
4. Condições ambientais para conservação;
5. Idade, maturidade e condições de saúde da criança.

Nota importante: OMS - Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

1. Gestantes e Nutrizes precisam ser informadas que o LEITE MATERNO é o ideal para o lactente.
2. O uso de mamadeiras, bicos e chupetas deve ser desencorajado, pois pode trazer efeitos negativos sobre o aleitamento natural. A mãe deve ser prevenida quanto à dificuldade de voltar a amamentar uma vez abandonado o aleitamento ao seio.
3. Antes de ser recomendado o uso de um substituto do leite materno, devem ser consideradas as circunstâncias familiares e o custo envolvido.
4. A mãe deve estar ciente das implicações econômicas e sociais do não aleitamento ao seio: para um recém-nascido alimentado exclusivamente com mamadeiras será necessária mais de 1 lata/semana.
5. Caso venha a ser tomada a decisão de introduzir a alimentação por mamadeira é importante que sejam fornecidas instruções sobre os métodos corretos de preparo com higiene ressaltando-se que o uso de mamadeira e água não fervidas e diluição incorreta podem causar doenças.

5.2 Características gerais das fórmulas infantis

1. Gordura: mistura de óleos vegetais;

2. **Carboidratos:** as fórmulas contêm lactose exclusiva ou associação de lactose com polímeros de glicose (maltodextrina);
3. **Proteínas:** contêm caseína e proteínas do soro do leite de vaca;
4. **Minerais:** há modificação nos teores dos minerais, tentando aproximar os seus teores ao leite materno;
5. A relação cálcio/fósforo é adequada;
6. **Oligoelementos (vitaminas e microminerais):** atendem às necessidades da criança sadia;
7. **Outros nutrientes e componentes:**
 - nucleotídeos (papel fundamental na estrutura do DNA e RNA; também são essenciais para o metabolismo celular);
 - prebióticos (carboidratos não-digeríveis que estimulam o crescimento e/ou atividade de um grupo de bactérias no cólon que traz benefícios à saúde do indivíduo);
 - probióticos (microorganismos vivos capazes de alcançar o TGI e alterar a composição da microbiota, produzindo efeitos benéficos à saúde quando consumidos em quantidades adequadas);
 - LC-PUFAS (ácido docosaenoico, o DHA 22:6n3, e ácido araquidônico, o ARA 20:4n6, que participam de forma importante na estrutura da membrana celular da retina e do SNC).

5.3 Características gerais do leite de vaca

O leite de vaca (in natura, integral, pó ou fluido), por não contemplar as características descritas acima, não é considerado alimento apropriado para crianças menores de 1 ano, além de apresentar as seguintes inadequações:

1. **Gorduras:** contém baixos teores de ácidos graxos essenciais, como o ácido linoléico (dez vezes inferior às fórmulas), sendo necessário o acréscimo de óleo vegetal para o atendimento das necessidades do recém-nascido.
2. **Carboidratos:** a sua quantidade é insuficiente quando o leite é diluído a 2/3, sendo necessário o acréscimo de outros açúcares, frequentemente mais danosos à saúde, como a sacarose, com elevado poder cariogênico.
3. **Proteínas:** fornece altas taxas, com consequente elevação da carga renal de soluto e risco para o desenvolvimento de obesidade no futuro. Apresenta relação caseína/ proteínas do soro inadequada, comprometendo a digestibilidade.

4. **Minerais e eletrólitos:** fornece altas taxas de sódio, contribuindo para a elevação da carga renal de soluto, deletéria principalmente para os recém-nascidos de baixo peso.
5. **Vitaminas:** baixos níveis de vitaminas D, E e C.
6. **Oligoelementos:** são fornecidas quantidades insuficientes, com baixa biodisponibilidade de todos os oligoelementos, salientando-se o ferro e o zinco.

É conveniente evitar o leite de vaca não modificado no primeiro ano de vida em razão do pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor anemia, e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrolíticos e predisposição futura para excesso de peso e suas complicações.

No Brasil, o leite de vaca ainda é a principal alternativa para as mães que não amamentam o filho. A Academia Americana de Pediatria (1992) desaconselha o uso do leite de vaca na alimentação de lactentes durante todo o primeiro ano de vida. Entretanto, a adoção dessa recomendação no Brasil ainda é bastante inviável e pode ter resultados graves. Portanto, o que se tem a fazer no caso da não-amamentação é orientar adequadamente a utilização do leite de vaca, no intuito de minimizar a possibilidade de problemas para a criança.

Tabela 5.1: *Reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses.*

Fontes de Ferro Heme
1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida
1 $\frac{1}{2}$ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.
2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.
Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.
Leite integral fluido
$\frac{2}{3}$ de leite fluido + $\frac{1}{3}$ de água fervida.
70ml de leite + 30ml de água = 100ml.

Os valores indicados acima são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos.

Após os 4 meses de idade, as crianças não amamentadas devem receber outros alimentos segundo o esquema abaixo:

Tabela 5.2: *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

Tabela 5.3: *Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para as crianças que não podem ser amamentadas.*

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60-120 mL	6 a 8
30 a 60 dias	120-150 mL	6 a 8
2 a 3 meses	150-180 mL	5 a 6
3 a 4 meses	180-200 mL	4 a 5
≥ 4 meses	180-200 mL	2 a 3

Capítulo 6

ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES ENTRE UM E DOIS ANOS DE IDADE

Nesta faixa etária, a amamentação deve continuar. As refeições de sal devem ser semelhantes às dos adultos. Podem ser consumidos todos os tipos de carnes e vísceras. Deve-se estimular o consumo de frutas e verduras, lembrando que aquelas de folha verde-escura apresentam maior teor de ferro, cálcio e vitaminas. Evitar a utilização de alimentos artificiais e corantes, assim como os “salgadinhos” e refrigerantes, uma vez que os hábitos alimentares adquiridos nessa idade mantêm-se até a vida adulta. Deve ser incentivada a ingestão média de 600 ml de leite (preferencialmente fortificado com ferro e vitamina A), assim como de outros derivados (iogurtes, queijos), para garantir correta oferta de cálcio. Cuidado com a substituição das refeições principais por leite. O consumo superior a 700 ml de leite de vaca integral, nessa faixa etária, é importante fator de risco para o desenvolvimento de anemia carencial ferropriva.

A partir do primeiro ano, os lactentes devem ser estimulados a tomar iniciativa na seleção dos alimentos e no modo de comer. Os pais devem oferecer alimentos variados, saudáveis e em porções adequadas e permitir que a criança escolha o que e quanto quer comer. As refeições devem ser realizadas à mesa ou em cadeira própria para a criança, juntamente com a família, em ambiente calmo e agradável, sem televisão ligada ou outro tipo de distração. Os alimentos sólidos podem ser segurados com a mão ou oferecidos no prato, com colher pequena, estreita e rasa e os líquidos e os líquidos em copo ou xícara, de preferência de plástico e inquebrável. Nesta fase, inicia-se o treinamento para o uso de utensílios, que envolve estímulo à coordenação e à destreza motora, funcionando como importante incentivo ao desenvolvimento. A queixa de recusa alimentar é muito freqüente 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. 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 um desequilíbrio nutricional. Os sucos devem ser administrados no copo apenas após as refeições e não durante elas, em dose máxima de 100 ml por dia. O sal deve ser usado com moderação. Os tipos de alimentos escolhidos devem ser adequados à capacidade de mastigar e engolir da criança. O tamanho das porções de alimento deve ser ajustado ao grau de aceitação da criança.

Embora dietas com baixo teor de gordura e 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 colesterol durante os dois primeiros anos de vida. Para as crianças entre 1 e 2 anos, com risco de obesidade, pode-se considerar o uso de leite com baixo teor de gorduras, sob supervisão, para evitar deficiências nutricionais e déficit de crescimento. Ao avaliar a ingestão nutricional de uma criança, devemos aproveitar para verificar os hábitos e padrões alimentares da família, uma vez que esses exercem um papel fundamental no comportamento alimentar da criança.

6.1 Alimentos processados

A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência e passam a gostar da maneira com que eles foram introduzidos inicialmente. É desejável que ela ingira alimentos com baixos teores de açúcar e sal, de modo que esse hábito se mantenha na sua fase adulta. As versões doces ou mais condimentadas dos alimentos fazem com que as crianças não se interessem por consumir frutas, verduras e legumes na sua forma natural. É comum mães e cuidadores oferecerem a elas alimentos de sua preferência e que são desaconselhados para crianças menores de dois anos. Foi constatado que o estabelecimento dos hábitos alimentares acontece durante os primeiros anos de vida, por volta de dois a três anos.

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida. Já foi demonstrado que o consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade ainda na infância, condições que podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem dislipidemias e alteração da pressão arterial. São também causa de anemia e alergias. As crianças já nascem com preferência ao sabor doce; portanto, oferecer alimentos adicionados de açúcar ou alimentos com grandes quantidades de energia faz com que a criança se desinteresse pelos cereais, verduras e legumes, alimentos que têm outros sabores e são fontes de nutrientes importantes. Os sucos artificiais não devem ser

oferecidos ao lactente, pelo fato de não oferecerem nada além de açúcar, essências e corantes artificiais, que são extremamente prejudiciais à saúde e podem causar alergias. A oferta de bebidas e líquidos açucarados deve ser desencorajada, já que foi demonstrada também a associação entre o consumo desses alimentos e o excesso de peso e com o surgimento precoce de cáries. As crianças devem receber suco de fruta natural após as principais refeições e, durante o dia, apenas água. O consumo de mel deve ser evitado no primeiro ano de vida. Apesar de suas excelentes propriedades medicinais e de seu valor calórico, tem sido implicado em fonte alimentar que pode conter esporos de *Clostridium botulinum*. Esses esporos são extremamente resistentes ao calor, portanto não são destruídos pelos métodos usuais de processamento do mel. O consumo do mel contaminado pode levar ao botulismo, devido às condições apropriadas no intestino da criança para germinação e produção da toxina.

Os alimentos em conserva, tais como palmito e picles, e os alimentos embutidos, tais como salsichas, salames, presuntos e patês, também constituem fontes potenciais de contaminação por esporos de *C. botulinum* e devem ser evitados, já que oferecem maior risco de transmissão de botulismo de origem alimentar.

O sal é tradicionalmente o tempero mais lembrado e utilizado no preparo das refeições para crianças e adultos. Seu valor histórico e cultural é inquestionável. Entretanto, é importante lembrar que a criança nos primeiros três meses demonstra maior predileção por alimentos doces, em virtude da familiaridade com o leite materno, ligeiramente adocicado nesse período, ao passo que, a partir do quarto mês, começa a desenvolver interesse por alimentos salgados, em virtude da modificação da composição do leite humano gradativamente mais salgado em função de quantidades maiores de cloretos. Assim, como o gosto por alimentos salgados é um aprendizado que se adquire, é recomendável sugerir a quem os prepara que administre quantidade mínima de sal, observando a aceitação da criança. A quantidade inicialmente oferecida tende a ser memorizada e induz a criança a aceitar no mínimo as mesmas quantidades em suas próximas refeições. Além disso, o consumo precoce de sal está associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e conseqüente aumento no risco cardiovascular, quando adulta. Há diversas opções de ervas e vegetais que podem ser utilizados para temperar as refeições, o que estimula a redução do uso do sal e evita a “necessidade” de adição de condimentos prontos, frequentemente industrializados, e que apresentam em suas composições elevado teor salino e de gorduras, conservantes, corantes, adoçantes e outros aditivos que deveriam ser evitados. Alguns exemplos de temperos naturais que podem ser utilizados: alho, cebola, tomate, pimentão, limão, laranja, salsa, cebolinha, hortelã, alecrim, orégano, manjeriço, coentro, noz-moscada, canela, cominho, manjerona, gergelim, páprica, endro, louro, entre outros.

O leite desnatado é contra-indicado para a criança, pois, além de possuir densidade energética muito baixa, pode causar deficiência grave de ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis.

Os leites achocolatados também devem ser evitados durante o primeiro ano de vida devido à presença de fatores antinutricionais (polifenóis e ácido fítico) no chocolate, os quais podem comprometer a utilização da proteína e do cálcio do leite.

Capítulo 7

OS DEZ PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OPAS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de 2 anos, dez passos para a alimentação saudável:

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

O leite materno contém tudo o que a criança necessita até os 6 meses de idade (...). A criança que recebe outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, pode adoecer mais e ficar desnutrida.

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

(...) Com a introdução da alimentação complementar, é importante que a criança receba água nos intervalos das refeições.

PASSO 3 - A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Se a criança está mamando no peito, três refeições por dia com alimentos adequados são suficientes para garantir uma boa nutrição e crescimento no primeiro ano de vida. No segundo ano, devem ser acrescentados mais dois lanches (...). Se a criança não está mamando no peito, deve receber cinco refeições ao dia com alimentos complementares já a partir do sexto mês. Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer (nunca forçadas).

PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez

de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Crianças amamentadas no peito em livre demanda desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após o jejum (...).

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 sua consistência até chegar à alimentação da família.

(...) A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Sopas e comidas ralas/moles não fornecem energia suficiente para a criança. Evitar o uso da mamadeira. Recomenda-se o uso de copinhos para oferecer água ou outros líquidos e dar os alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e com a colher.

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

(...) Só uma alimentação variada garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita. O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição, carnes e frutas ricas em vitamina C, podendo ser em forma de sucos durante as refeições.

(...) É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas e não nas primeiras. O que pode parecer rejeição é resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas e da própria evolução da maturação dos seus reflexos. Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar cores e sabores (...). As porções não devem ser misturadas no prato.

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

(...) São importantes fontes de vitaminas, cálcio, ferro e fibras. Para temperá-los, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha, coentro).

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

Açúcar, sal e frituras devem ser consumidos com moderação, o excesso pode trazer problemas de saúde no futuro. O açúcar somente deve ser usado na alimentação da criança após um ano de idade. (...) Deve-se evitar alimentos muito condimentados (pimenta, mostarda, "catchup", temperos industrializados).

PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequada.

(...) Os alimentos oferecidos devem ser preparados pouco antes do consumo (...).

Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais. Restos de refeições que a criança recusou não devem ser oferecidos novamente.

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

(...) Deve-se oferecer um volume menor de alimentos por refeição e aumentar a frequência de oferta de refeições (...). No período de convalescença, recomenda-se acrescentar pelo menos mais uma refeição.

Capítulo 8

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A NUTRIÇÃO DO LACTENTE

1. Para alimentar o lactente de forma saudável, deve-se seguir os dez passos preconizados pelo MS/OPAS e pela SBP.
2. Prestar atenção aos sinais de saciedade da criança e não superalimentá-la. Lactentes e crianças jovens têm capacidade de auto-regular a sua ingestão calórica total.
3. A introdução dos alimentos complementares deve seguir o seguinte esquema:
 - até o sexto mês, apenas leite materno;
 - depois disso, continuar com leite materno e introduzir papa de frutas;
 - a partir do sexto mês, primeira papa como alimentação complementar;
 - do sétimo ao oitavo mês, segunda papa como alimentação complementar;
 - do nono ao décimo primeiro mês, passar gradativamente para a consistência da refeição da família, desde que adequada;
 - a partir do décimo segundo mês, comida da família.
4. Introduzir alimentos saudáveis e continuar oferecendo-os se houver recusa inicial.
5. Os alimentos que constituem a papa devem ser preparados com: cereal ou tubérculo, alimento protéico de origem animal, leguminosas e hortaliças (misturas múltiplas).
6. Respeitando o período de aleitamento materno exclusivo, deve-se estimular o consumo de água potável, frutas e sucos naturais.

7. Diante da impossibilidade do aleitamento materno, deve-se utilizar fórmula infantil que satisfaça as necessidades desse grupo etário. Antes do sexto mês, usar as fórmulas infantis para lactentes e, após essa idade, fórmulas de seguimento para lactentes.
8. Estimular o consumo de leite (600 ml/dia), assim como de seus derivados, visando à boa oferta de cálcio, no segundo ano de vida.
9. Administrar vitamina K a todas as crianças no momento do nascimento, na dose de 1,0 mg por via intramuscular.
10. Cuidado com a ingestão de sal e açúcar.
11. Não oferecer alimentos simplesmente para prover calorias, sem outros benefícios nutricionais adicionais.
12. Administrar 200 UI/dia de vitamina D a todos os lactentes que recebem leite materno sem exposição regular ao sol ou menos que 500 ml de fórmula infantil.
13. Administrar vitamina A, na forma de megadoses, nas regiões de alta prevalência de hipovitaminose A, a cada 4 a 6 meses.
14. Administrar sulfato ferroso para todo lactente nascido a termo que não estiver em aleitamento materno exclusivo ou em uso de fórmula infantil, na dose de 1 mg/kg/dia, até os 2 anos de idade.
15. Estimular os hábitos alimentares e o estilo de vida adequado para toda a família.

Referências Bibliográficas

- [1] EUCLYDES, M. P. Nutrição do Lactente - Bases científicas para uma alimentação adequada. 2 ed.rev. atual. Viçosa, MG. 2000.
- [2] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2009.
- [3] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia - 2 ed. São Paulo: SBP, 2008.