

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO PARA ALIMENTOS SÓLIDOS**

PAULO HENRIQUE CALAZANS

Araçuaí Minas Gerais
2011

PAULO HENRIQUE CALAZANS

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO PARA ALIMENTOS SÓLIDOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção de título
de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Araçuaí Minas Gerais

2011

PAULO HENRIQUE CALAZANS

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO PARA ALIMENTOS SÓLIDOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista. Orientador: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes – orientadora

Prof.: Edson José Correa

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu partir de um encontro promovido pelo Ministério da Saúde para discutir os resultados alcançados pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), juntamente com os gestores municipais que reivindicavam reestruturação imediata do programa. Assim, o PSF nasceu sob a inspiração do êxito alcançado pelo PACS e a experiência positiva do Programa de Médico da Família em Niterói. O PSF, agora elevado ao *status* de Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se como uma proposta de reordenamento do modelo assistencial a partir de uma nova configuração do sistema de atenção básica, através de uma equipe de profissionais de diversas áreas da saúde, com graus de instrução superior e médio, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). O ACS é o profissional da saúde pertencente à comunidade de sua área de atuação, e que desenvolve ações nos domicílios sob sua responsabilidade. O ACS é, portanto, o elo de ligação entre Unidade de Saúde da Família e a comunidade onde desenvolve suas ações. Em virtude de sua proximidade com a comunidade e, conseqüentemente, com as famílias que a compõe, o ACS torna-se o principal difusor das práticas de atenção básica da saúde, principalmente ao que tange à alimentação familiar, em especial, da criança. Neste sentido, o presente trabalho visa demonstrar a importância do ACS frente às dificuldades enfrentadas pelas mães em relação à alimentação da criança, especialmente na etapa de transição alimentar, quando se requer atenção dobrada em relação às práticas nutricionais, pois, uma má orientação pode levar a situações patológicas irreversíveis na fase adulta do indivíduo.

Palavras-chave: Atenção primária de saúde. Nutrição infantil. Cuidado do lactente.

ABSTRACT

The Health of the Family Program appeared to leave of a meeting promoted for the Health Department to argue the results reached for the CAHP (Communitarian Agents of Health Program), together with the municipal managers who demanded immediate reorganization of the program. Thus, the HFP was born under the inspiration of the success reached for the CAHP and the positive experience of the Doctor's Family Program in Niterói. The HFP, now raised to the status of Health of Family Strategies (HFS), is about a reordering proposal of the health attention model from a new configuration of the system of basic attention, through a team of professionals of diverse areas of the health, with degrees of superior and average instruction, as it is the case of the Communitarian Agents of Health (CAH's). The CAH is the professional of the pertaining health to the community of its area of performance, and that it develops action in the domiciles under its responsibility. The CAH is, therefore, the connector link between Unit of Health of the Family and the community where it develops its action. In virtue of its proximity with the community and, consequently, the families who compose it, the CAH becomes the main diffuser of the practical ones of basic attention of the health, mainly what it refers to familiar feeding e, in special, of the child. In this direction, the present work aims at to demonstrate to the importance of the CAH front to the difficulties faced for the mothers in relation to the feeding of the child, especially in the stage of alimentary transition, when attention folded in relation to the nutritional practical is required, therefore, an bad orientation can take the irreversible pathological situations in the adult phase of the individual.

Key-words: Primary attention of health. Infantile nutrition. Care of the suckle.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	Objetivo	8
1.2	Metodologia	8
2	SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS ALIMENTARES	9
2.1	Saúde da família	9
2.2	Alimentação da criança até os dois anos	14
2.2.1	Aleitamento materno	16
2.2.2	O processo de desmame da criança	18
2.2.3	A alimentação complementar	20
2.2.3.1	Pesquisas desenvolvidas	22
2.2.3.2	Deficiência de ferro	27
2.2.3.3	Relação alimentação complementar/Obesidade	28
3	RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES	30
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A nutrição adequada da criança, nos primeiros anos de vida, é fator de vital importância para o seu desenvolvimento, repercutindo positivamente na sua saúde durante toda a fase adulta (BERCINI *et al.*, 2007).

Esta alimentação adequada, nos seis primeiros meses de vida, deve se restringir ao leite materno, conforme estabelece as atuais recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS. As antigas publicações da OMS preconizavam o aleitamento materno exclusivamente nos primeiros 4 a 6 meses; no entanto, pesquisas científicas mais aprofundadas comprovaram as inúmeras vantagens nutricionais do alimento, o consagrando como essencial para o desenvolvimento da criança quando ministrado neste período (VIEIRA *et al.*, 2004).

A partir dos seis meses de idade faz-se necessário introduzir, gradativamente, outros alimentos na dieta da criança, com o intuito de complementar suas necessidades nutricionais. Isto porque, nesta fase de desenvolvimento, a maioria das crianças atinge um estágio de maturação neurológica (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que as capacitam a receber outros alimentos que não apenas o leite materno (CANCELIER *et al.*, 2009).

No entanto, a função da introdução da alimentação complementar não se restringe apenas a suprir as necessidades nutricionais da criança. Coloca-a também, progressivamente, em contato com os hábitos alimentares de quem cuida dela, além de exigir todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas (BRASIL, 2009).

Cabe reiterar que até o sexto mês de vida a alimentação da criança saudável deve ser constituída exclusivamente pelo leite materno. Entretanto, muitas mães iniciam precocemente a introdução de novos alimentos, induzindo a criança a ingerir menos leite materno e, motivando, conseqüentemente, a redução da produção de leite pela mãe, a menor duração do aleitamento e a diminuição da eficácia da lactação como forma de contracepção, além de interferir no comportamento alimentar. Nestas condições, podem ocorrer distúrbios alimentares, tais como a interferência na absorção de nutrientes como o ferro e o zinco, o aumento do risco de alergia alimentar, além de uma maior predisposição para a ocorrência de doenças crônico-degenerativas na idade adulta (VIEIRA *et al.*, 2004).

Sob o ponto de vista da saúde pública, a manutenção do aleitamento materno é essencial, devendo ser exaustivamente incentivada através de políticas públicas de promoção da saúde. Neste entanto, a introdução de outros alimentos é igualmente importante, devendo ser acompanhada de perto pelo Poder Público, propiciando alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada. Trata-se condição basilar para o desenvolvimento sustentável e eqüitativo de uma nação, a promoção da alimentação saudável compatível com os direitos humanos fundamentais, contribuindo para a prevenção de distúrbios nutricionais que, futuramente, poderão produzir um impacto negativo na saúde da população (BRASIL, 2009).

Como forma de prevenir este quadro, o Agente Comunitário de Saúde – ACS, como membro das Equipes de Saúde da Família, exerce um papel fundamental na informação, educação e assistência da população, visto que, atualmente, a construção do aprendizado em nutrição e alimentação dá-se por várias fontes de informação, inclusive nas consultas pré-natais e puerperais de enfermagem, que possibilitam educar visando promoção, proteção e recuperação da saúde, permitindo a atuação direta com a criança.

No trabalho das Equipes de Saúde da Família quando o ACS não cumpre seu papel de educador, principalmente ao que tange à alimentação adequada das crianças de 0 a 2 anos de idade, as mães, pelo completo desconhecimento do assunto, podem ser induzidas a erros que talvez comprometam todo o desenvolvimento da criança.

Sendo assim, observou-se a necessidade de ampliar os estudos sobre qual o conhecimento e quais as formas de divulgá-los são necessários para que as mães e cuidadoras possam alimentar adequadamente criança de até um ano de idade.

Assim, este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família teve, por finalidade, desenvolver estudos sobre os conhecimentos relacionados à alimentação das crianças até os dois anos, pontuando os melhores métodos educacionais para que as ACS's orientem as mães e cuidadoras.

O presente estudo justifica-se como instrumento de produção de conhecimento, com o intuito de servir de subsídio aos profissionais de saúde, o ACS especificamente, para possa colocar em prática suas atribuições, intervindo positivamente na orientação e acompanhamento de crianças em fase de transição do aleitamento materno para alimentos sólidos. Como membro da ESF, além de pertencer à comunidade atendida, o ACS tem contato cotidiano com as mães e cuidadoras da área de abrangência na atenção primária em saúde. Portanto, orientando corretamente estas mães e

convencendo-as da importância dos procedimentos apresentados, poderá contribuir na melhora do padrão de alimentação das crianças e, conseqüentemente, no padrão alimentar da família.

1.1 Objetivos

Os objetivos propostos foram o de analisar o padrão adequado de alimentação das crianças nos dois primeiros anos de vida, com ênfase na fase de transição do aleitamento materno para alimentos sólidos e desenvolver um instrumento educativo contendo informações para as mães e cuidadoras destas crianças, que possa ser utilizado pelos ACS's da Equipe da Saúde da Família (ESF).

1.2 Metodologia

A metodologia aplicada no presente estudo baseou-se na revisão de literatura concernente ao objetivo proposto.

Definiu-se como critérios de escolha dos artigos e textos disponíveis nas bases de dados de instituições voltadas para a pesquisa científica como Bireme, Lilacs, SciELO e Portal Periódicos Capes, limitados em até 10 anos de publicação, à exceção dos que tratam do contexto histórico das políticas de saúde alimentar no Brasil.

Os textos selecionados foram lidos, analisados e sistematizados, agrupando-se informações de vários autores para análise de estudos relacionados ao impacto, à incidência, à prevalência, as conseqüências e causas da aos agravos alimentares e bem como orientar as mães e cuidadoras das crianças até dois anos para que tenham uma alimentação saudável, com ênfase na transição do aleitamento exclusivo e introdução do alimento sólido, a partir dos seis meses de idade.

2 A SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS ALIMENTARES

Para a revisão e discussão dos aspectos ligados à alimentação infantil, vamos realizar, inicialmente, pequena revisão sobre o conceito de Saúde da Família.

2.1 Saúde da família

O conceito de “saúde” foi redimensionado a partir de 1949 pela Organização Mundial de Saúde, passando a representar não somente a ausência de doença, mas abrangendo o completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. No entanto, logo na década de 1950, com o excesso de medicalização preconizado pelos profissionais de saúde da época, este conceito, intrinsecamente ligado ao modelo de prevenção, foi momentaneamente abandonado (COSTA, 2004).

Em 1974, o Canadá adotou uma postura de saúde pública voltada à priorização da qualidade de vida, da biologia humana e dos fatores ambientais, destacando-os como os principais elementos do processo saúde/doença. Assim, neste ambiente favorável, o Canadá, em 1986, promoveu a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, de fundamental importância para o reconhecimento do impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais nas condições de saúde da população (COSTA, 2004).

O Brasil, nesta esteira, consagra a família como núcleo social de um espaço definido, acrescentando ao conceito de saúde, os princípios de responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e a vigilância em saúde.

Em 1991, o Ministério da Saúde, estabeleceu uma estratégia, partindo da atenção básica da saúde, reorientando o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com a implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). O programa tinha como base a pessoa do agente comunitário, profissional capacitado a realizar inserções educativas e preventivas na comunidade a qual pertencia, acompanhando as famílias em seu meio (AGUIAR; OLIVEIRA, 2006).

Pelo fato de não alcançar o seu objetivo principal de descentralizar plenamente as ações de saúde para todas as esferas de governo, em 1993, o PACS foi reformulado pelo Ministério da Saúde, através de amplo debate sobre o tema junto aos gestores municipais, quando foi proposto o Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado nas

ações positivas do próprio PACS e na experiência do Programa de Médico da Família de Niterói (AGUIAR; OLIVEIRA, 2006).

A princípio, o PSF foi operacionalizado como um programa subordinado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Posteriormente, sua vinculação foi transferida para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, passando a ser considerada não apenas um programa, mas uma estratégia reorganizadora da assistência à saúde (AGUIAR; OLIVEIRA, 2006).

Nos últimos anos, os resultados apresentados com a implantação do PSF (Estratégia Saúde da Família) foram positivos e contribuíram significativamente para a melhoria da saúde da população como um todo. No entanto, os princípios gerais que regem a estratégia, como a integralidade, a hierarquização, a territorialização e o trabalho em equipe multiprofissional, se criteriosamente observados, podem ainda mais incrementar e viabilizar as ações de promoção e prevenção propostas pelos demais programas orientados à criança, ao adolescente e à mulher (AGUIAR; OLIVEIRA, 2006).

Enquanto uma proposta de reorganização da prática de atenção à saúde que substitua o modelo tradicional não é implementada, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se pautando nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, integralidade e equidade e tem na vigilância da saúde a norteadora de suas práticas (BRASIL, 2005).

Em relação a estes princípios, torna-se importante reconhecer que mesmo com os efetivos avanços acumulados, a atenção à saúde pautada pelo modelo da Estratégia Saúde da Família encontra-se limitada no sentido de responder às demandas sociais de saúde (BRASIL, 2005).

De acordo com Costa (2004), os objetivos do modelo de saúde da família adotado pelo Brasil, encontram-se pautados no documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, editado pelo Ministério da Saúde, e são os seguintes:

- prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;

- contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;
- estimular organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Ainda, segundo a autora, as equipes de saúde da família serão compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), além do cirurgião-dentista.

Neste contexto, Costa (2004) afirma que o enfermeiro desenvolve seu trabalho em dois locais: na unidade de saúde junto à equipe de saúde e na comunidade, onde oferece o apoio e supervisiona o trabalho dos agentes comunitários de saúde, além de assistir às pessoas que necessitam de atenção em enfermagem. As atribuições básicas, de acordo com o Ministério da Saúde são:

- responsabilizar-se, no nível de sua competência, pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem;
- aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde;
- promover a qualidade de vida e contribuir para tornar o meio-ambiente mais saudável;
- discutir junto à equipe da unidade e com os indivíduos e famílias de sua área de atuação as relações existentes entre a cidadania e saúde;
- programar e planejar as ações e a organização do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

Por sua vez, o ACS desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de abrangência, participando diretamente da programação das unidades onde suas atividades são supervisionadas. É imprescindível que o ACS pertença à comunidade que irá atender, além de ser por ela reconhecido e escolhido. O ACS é o elo de ligação entre a Unidade de Saúde da Família e a comunidade (COSTA, 2004).

O Ministério da Saúde enumerou as principais atribuições do ACS (COSTA, 2004):

- mapear sua área de atuação;
- cadastrar as famílias de sua área, mantendo o cadastro sempre atualizado;
- identificar indivíduos e famílias expostos a situação de risco;
- realizar visitas domiciliares mensais;
- colher dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;
- incentivar a formação de conselhos locais de saúde;
- informar a equipe da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- participar do processo de programação e planejamento local das ações de saúde.

A diversidade das dimensões que envolvem o processo social de produção da saúde e da doença nas comunidades não consegue mais ser absorvida por meio de práticas fragmentadas. Isto tem exigido dos profissionais de saúde uma reavaliação das ações no sentido da integração interdisciplinar, avançando em direção a uma análise integral dos fatores que determinam socialmente os agravos à saúde dos indivíduos (VASCONCELOS, 2004).

Repensar o modelo de assistência à saúde em busca da integralidade não é uma discussão recente e, durante muito tempo, ficou restrita a elaborações e reflexões promovidas por alguns profissionais que, atuando na assistência, passaram a perceber a importância do trabalho interdisciplinar nos dias atuais, como instrumento fundamental e integrante do processo de formação de cada profissional da área da saúde (CECCIM, 2004).

Importante ressaltar que as construções aqui realizadas têm por base a experiência. Em relação à implantação efetiva do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), este, historicamente, busca incorporar duas dimensões fundamentais: a alimentar e a nutricional, que, ao serem concretizadas em toda a sua extensão, são capazes de contribuir para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. No que se refere ao componente alimentar, este deve incorporar dados relacionados às condições alimentares presentes nas comunidades: condições de produção (boas práticas, uso de

agrotóxicos, origem genética etc.); distribuição, comercialização e processo de aquisição dos alimentos pela comunidade, envolvendo tanto supermercados, mercados e quitandas, quanto restaurantes, elementos informativos que se associam aos de composição e valor da cesta básica da comunidade, além de outras tantas informações. (VALENTE, 2002).

Cabe aqui ressaltar a importância da efetiva implantação do SISVAN, em toda a sua abrangência de indicadores, uma vez o sistema pode potencializar a articulação entre os setores de governo, fortalecer uma concepção ampliada da questão alimentar, nutricional e de saúde e contribuir para destinar os programas sociais para os grupos mais vulneráveis. É importante destacar a necessidade de que todos os trabalhadores de saúde (desde o atendimento individual até a formulação das intervenções no nível macro-político) tenham uma atitude de vigilância nutricional (no sentido de estar alerta para o estado nutricional) em sua prática diária, considerando que a avaliação nutricional é fundamental para qualquer ação em saúde (MINAS GERAIS, 2011).

O papel da equipe de saúde da família é o de orientar e acompanhar a alimentação e nutrição das crianças além de garantir, por intermédio do município, estratégias e intervenções diante de situações de riscos para as crianças. A efetividade das ações do enfermeiro supervisor no acompanhamento e orientação, juntamente com ACS, se baseia na busca de melhores condições de vida e saúde da criança, garantindo integração e estimulando a organização e funcionamento do serviço de saúde. Além disso, a padronização dos procedimentos e o incentivo ao acompanhamento mensal em domicílio, com a realização de pesagem, conferência do esquema básico de vacinação, informação sobre os cuidados com a higiene dos alimentos e seu preparo, a discussão sobre as condições de saúde da criança e o acompanhamento e orientação da gestante tanto em casa quanto em grupo, são também atribuições destes profissionais (BRASIL, 2005).

Enquanto uma proposta de reorganização da prática de atenção à saúde que substitua o modelo tradicional, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade e tem na vigilância à saúde a norteadora das práticas. Em relação a estes princípios, torna-se importante reconhecer que mesmo com os efetivos avanços acumulados, a atenção à saúde pautada pelo modelo da Estratégia em Saúde da Família encontra-se limitada no sentido de responder às demandas sociais de saúde. A diversidade das dimensões que envolvem o processo social de produção da saúde e da doença nas comunidades não consegue mais ser respondida por meio de práticas fragmentadas. Isto

tem exigido dos profissionais de saúde o repensar de ações no sentido da integração interdisciplinar, avançando em direção a uma análise integral dos fatores que determinam socialmente os agravos à saúde dos indivíduos. (VASCONCELOS, 2004).

2.2 Alimentação da criança até os dois anos

A nutrição adequada, no primeiro ano de vida, é de fundamental importância para o desenvolvimento infantil, pois o leite materno oferece de forma qualitativa e quantitativa adequada todos os nutrientes necessários para a criança, possuindo componentes como fatores anti-infecciosos, fatores de crescimento, proteínas (caseína lacto albumina, lacto globulina); lactose, água; gordura; sais minerais e vitaminas (cálcio, fósforo, sódio, potássio, ferro, vitamina C e D) (MORGANO, 2005).

A introdução dos alimentos na dieta da criança deve ser feita de forma correta, pois, se realizada de forma inadequadamente, pode aumentar o risco de infecções gastrintestinais, bem como levar à desnutrição ao provocar a má absorção de nutrientes, como o ferro e zinco, além de contribuir com o aumento do risco de alergia alimentar e com a maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas na idade adulta. (BRASIL, 2002).

Por forte influência da mídia, em especial pela televisão, os hábitos alimentares dos brasileiros têm se modificado significativamente nos últimos tempos. O jantar foi substituído por um lanche vespertino que, geralmente, se resume em produtos industrializados de alto percentual calórico e baixo teor de nutrientes. O desjejum rápido deu lugar ao café da manhã, refeição esta que, como preconizado na literatura, deveria contribuir com 20% a 25% da ingestão calórica diária do indivíduo (STARLING; LEÃO; VIANA, 2006).

Além do aspecto nutricional, as refeições realizadas em casa revelam o viés social do momento, uma oportunidade do convívio familiar, do fortalecimento dos laços, do diálogo, proporcionando um ambiente prazeroso de interação entre os membros familiares. Portanto, uma alimentação adequada e saudável na fase infantil não deve se refletir somente no lado nutricional do alimento, mas também observando o desenvolvimento da criança em um contexto geral e promovendo a melhoria das relações familiares. (STARLING; LEÃO; VIANA, 2006).

Nesse sentido, a alimentação infantil pode ser definida como todo processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

O bom desenvolvimento da criança é determinado nos primeiros anos de vida. A qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos pelo lactente são de fundamental importância e repercutem nas práticas alimentares ao longo da vida.

A velocidade do crescimento e o grande desenvolvimento psicomotor e neurológico são fatores que caracterizam os primeiros dois anos de vida da criança. Portanto, deficiências nutricionais na primeira infância podem comprometer o padrão de crescimento, levar ao atraso escolar, além de favorecer o surgimento de doenças crônicas na fase adulta (CRUZ; ALMEIDA; ENGSTROM, 2010).

Atualmente, recomenda-se que a alimentação infantil deva ser, preferencialmente, constituída por alimentos básicos, evitando-se os alimentos processados nos primeiros anos de vida, privilegiando os alimentos naturais em detrimento dos refinados. Deve-se também variar os tipos de alimento, fugir da monotonia alimentar e garantindo o equilíbrio na quantidade/qualidade na busca de uma alimentação substancial para a criança (BRASIL, 2009).

A criança adquire os nutrientes necessários ao seu desenvolvimento através da alimentação. Uma dieta considerada adequada deve conter proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, minerais e elementos traços, além da água, que geram energia para garantir as necessidades do metabolismo basal e, conseqüentemente, liberar esta energia especificamente nas funções de crescimento, desenvolvimento, atividades físicas, e também para as perdas que ocorrem através das fezes, urina, suor e respiração. As proteínas são responsáveis pelo fornecimento de 4 kcal/g¹ de energia, os carboidratos por 4 kcal/g, enquanto as gorduras respondem por 9 kcal (Tabela 1). Em uma dieta considerada bem balanceada, em adultos, as proteínas devem representar 10% a 15%, 30% das gorduras e entre 50% a 55% dos carboidratos. No entanto, na faixa etária infantil, tem-se recomendado que 50% da dieta seja composta de gorduras originadas dos lípidos presentes em proporção adequada no leite materno. Gradualmente, esta proporção deve ser reduzida, igualando-se à dieta do adulto, quando encerrar a fase de crescimento (STARLING; LEÃO; VIANA, 2006).

¹Conceitua-se kcal como a energia necessária para elevar a temperatura de 1 kg de água para 15 a 16° C.

Tabela 1 – Cotas diárias recomendadas de energia e proteínas

Idade*	Energia (kcal/Kg/dia)	Total aproximado (kcal/dia)	Proteínas (g/kg de peso)
Até 5 meses	110	650	13 ($\pm$ 2,2 g/Kg)
6 – 11 meses	100	850	14 ($\pm$ 2 g/Kg)
1 – 3 anos	100	1300	16
4 – 6 anos	90	1800	24
7 – 10 anos	70	2000	28
11 – 14 anos masculino	55	2500	45
11 – 14 anos feminino	47	2200	46
15 – 18 anos masculino	45	3000	59
15 – 18 anos feminino	40	2200	44

*Limite superior incluído

Adaptado de Food and Nutrition Board National Academy of Sciences.

Fonte: STARLING; LEÃO; VIANA, 2006.

2.2.1 Aleitamento materno

De acordo com Xavier e Moulin (2006), o leite humano é um alimento de composição complexa, constituído por mais de 200 elementos, que tem característica inerente uma enorme capacidade de adequar-se às alterações e necessidades nutricionais, imunológicas e afetivas do lactente, sendo, portanto, um alimento essencial.

As proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, sais minerais, fatores imunológicos e imunomoduladores, além de enzimas e hormônios em concentrações adequadas que o compõem, tornam o leite materno primordialmente essencial para o ser humano nos primeiros meses de vida. Quando é iniciada a produção do leite materno, no segundo trimestre da gravidez, até a primeira semana após o parto, ele se apresenta como algumas características peculiares, como uma coloração branco-amarelada, densidade espessa, ocorrendo em pequena quantidade. Nesta fase é chamado colostro. Este composto é de grande importância nutricional pelo seu alto índice de fatores imunológicos. Sua concentração de gordura é baixa e a de sais minerais é elevada quando comparado ao leite maduro (XAVIER; MOULIN, 2006).

A OMS adota algumas definições sobre aleitamento materno que são as mesmas preconizadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a seguir transcritas (BRASIL, 2009, p. 12):

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, sem qualquer outro complemento, inclusive chás e sucos. Admitem-se gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante:** quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como suco de frutas e chás.
- **Aleitamento materno:** quando o lactente recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, inclusive o leite não-humano.
- **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 substituí-lo.

No entanto, deve-se analisar a importância do aleitamento não apenas pela ótica da suas propriedades nutricionais, que são indiscutíveis. Muito além disso, o aleitamento materno constitui-se uma prática natural de manifestação de vínculo, afeto e proteção, se apresentando como a mais sensível, econômica e eficaz aplicação de uma ação reducional da morbimortalidade infantil. Com isso, produz um enorme impacto na promoção da saúde integral da tanto da mãe quanto do bebê e reflexos satisfatórios em toda a sociedade (BRASIL, 2009).

Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

Cientificamente encontra-se provado que a amamentação supera qualitativamente qualquer outra forma de alimentação da criança. Contudo, apesar dos esforços envidados por organismos nacionais e internacionais no sentido de promover e incentivar o aumento das taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial a amamentação exclusiva, os resultados estão bastante aquém do esperado. Perante esses dados, conclui-se que é da responsabilidade do profissional de saúde o papel de tentar reverter este quadro. No entanto, apenas com sua boa vontade não pode se esperar qualquer sucesso, assim, é de fundamental importância que ele esteja devidamente preparado, pois, por mais competente que seja este profissional quanto aos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não obterá êxito, caso ele não se seja um observador atento, abrangente, e que considere

primordiais os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, considerando esta como a protagonista do processo e, partindo deste reconhecimento, valorizá-la, respeitando suas opiniões (BRASIL, 2009).

As equipes de saúde devem aproveitar todas as chances oferecidas para promover o aleitamento, a começar pelas visitas domiciliares dos ACS's durante a gestação e também após o parto, buscando o atendimento integral ao recém-nascido, inclusive o apoio à mulher por qualquer profissional da equipe (XAVIER; MOULIN, 2006).

2.2.2 O processo de desmame da criança

O desmame é definido como a cessação do aleitamento materno, que deveria ocorrer naturalmente, à medida que a criança fosse se desenvolvendo, adquirindo capacidade para tal (BRASIL, 2009).

Ao contrário dos demais mamíferos em que o processo do desmame ocorre de forma natural e instintiva, o ser humano possui o arbítrio de optar pela amamentação ou decidir quanto tempo pode ou quer amamentar. Com esse procedimento cultural, cria um choque com o desenvolvimento normal da espécie que, de modo geral, mama em média de dois a três anos (BRASIL, 2009).

Geralmente o desmame é natural, mas pode ocorrer abruptamente em virtude de diversos fatores. No entanto, o desmame precoce deve ser desencorajado em virtude das consequências deletérias que podem comprometer o desenvolvimento da criança, refletindo negativamente na idade adulta (BRASIL, 2009, ARAÚJO *et al.*, 2008).

Segundo Palma (1998), o desmame é a introdução de qualquer outro tipo de alimento, senão o leite materno, na dieta de uma criança, que até então supria suas necessidades nutricionais exclusivamente através do aleitamento materno. Assim, o período de desmame é aquele em que se introduz uma nova forma de aleitamento (aleitamento materno predominante, segundo a OMS), até o abandono completo do aleitamento materno.

Neste sentido, pressupõe-se que introdução precoce de outros líquidos e alimentos reduz a duração do aleitamento materno, interferindo na absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno, causando a diminuição do volume total do leite materno ingerido. Além disso, devem ser considerados os riscos associados à diluição inadequada do leite não materno, que pode contribuir no ganho de peso e no desenvolvimento de alergias na criança, e ao uso de mamadeiras, conhecidas como focos de contaminação e de interferência na amamentação natural (BRASIL, 2002).

Faleiros, Trezza e Carandina (2006), implementaram uma revisão de literatura objetivando analisar os diversos fatores que podem influenciar na decisão das mães de amamentar, na duração da amamentação e as principais razões do desmame. Fatores como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, foram os freqüentemente verificados como determinantes do desmame precoce. Além destes, outras variáveis também foram consideradas como o apoio familiar, condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação. No entanto, no que pese os fatores mencionados, os autores concluíram que aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais relevantes na decisão pelo aleitamento e pelo momento apropriado do desmame.

Em pesquisa semelhante, Brunken *et al.* (2006) procuraram Identificar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e a consequente introdução tardia de alimentos complementares. A partir dos oito meses, aproximadamente 60% das crianças estavam recebendo sopa ou comida da família. Os autores concluíram que a oferta de líquidos no primeiro dia em casa mostrou-se um bom indicativo desse hábito nos primeiros quatro meses, reforçando a necessidade de ações no acompanhamento pré-natal e na maternidade sobre os efeitos deletérios dessa prática. Após os oito meses, no entanto, há que se reforçar a importância da participação da criança na comida da família, especialmente para as mães adultas, com menos do que o 3º grau de escolaridade e primíparas.

Araújo *et al.* (2008) realizaram estudo com o objetivo de identificar os motivos que levaram as mulheres ao desmame precoce e analisar o conhecimento das mães sobre o aleitamento materno. As análises revelaram que os fatores que motivaram ao desmame precoce foram: enfermidades da mãe que impediram o aleitamento; medicamentos utilizados por elas; e substituição do leite materno por outro alimento. Evidenciou-se também que o conhecimento sobre aleitamento materno está pautado em discurso biomédico de saúde-doença.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) alerta que, caso seja inevitável que a criança seja alimentada por outros tipos de leite que não o materno, antes de completar os seis meses de idade, a mãe deve observar as recomendações específicas segundo a idade, isso se não conseguir reverter a alimentação da criança para aleitamento materno exclusivo ou para aleitamento materno complementar. Nos casos de criança com até quatro meses de vida totalmente desmamada, a orientação a ser seguida é a de ministrar

somente refeições lácteas em diluição e volume adequados para a faixa etária, já as crianças entre quatro e oito meses, devem receber três refeições lácteas, duas papas de fruta e uma papa salgada. Lembrando que o leite deve ser sempre acompanhado de algum cereal ou tubérculo e textura da papa deve ser pastosa e nunca líquida.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame, constam (BRASIL, 2009):

- Idade maior que um ano;
- Menos interesse nas mamadas;
- Aceita variedade de outros alimentos;
- É segura na sua relação com a mãe;
- Aceita outras formas de consolo;
- Aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais;
- Às vezes dorme sem mamar no peito;
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não amamentar;
- Às vezes prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe em vez de mamar.

2.2.3 A alimentação complementar

Os alimentos complementares principalmente preparados para a criança são denominados alimentos de transição. A partir dos oito meses de idade, a criança já pode receber os mesmos alimentos consumidos pela família, desde que sejam preparados sem temperos picantes e oferecidos amassados, triturados ou picados em pequenos pedaços e ministrado de forma lenta e gradual. A mãe deve ser informada que a criança que a criança, normalmente, tende a rejeitar as primeiras ofertas dos alimentos, pois para ela tudo é novidade: a colher, a textura e o sabor (CORREA, 2009).

Como se trata de uma alimentação complementar como o próprio nome diz, é para incrementar o aleitamento materno e não substituí-lo. Logo, após a introdução destes alimentos a mãe deve também oferecer água à criança, a mais limpa possível, tratada, filtrada ou fervida (SANTOS, 2007).

A OMS preconiza que o a prática do aleitamento materno exclusivo deva ser mantido até os seis meses de vida do bebê, em virtude de dois fatores: a falta de evidências que comprovem que exista alguma vantagem na introdução precoce (antes dos quatro meses) de outros alimentos que não o leite materno na dieta da criança; e o fato constatado cientificamente que o leite materno supre todas as carências nutricionais da criança nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2005).

Portanto, introduzir alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade tem o condão de complementar as incontáveis qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido, preferencialmente, até os dois anos de vida ou mais. Além da função de suprir as necessidades nutricionais da criança, a introdução da alimentação complementar aproxima gradualmente a criança aos hábitos alimentares maternos no decorrer dessa nova fase do ciclo de vida, quando passa a ter contato com novos sabores, cores, aromas e texturas (BRASIL, 2009).

A idade de seis meses é consagrada como um marco etário tanto pela OMS como pela literatura em geral, pois é nesta fase de desenvolvimento que a criança aprimora seus reflexos necessários para a deglutição, o reflexo lingual, se manifesta com excitação frente ao estímulo da visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e é quando se inicia a erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação. Além disso, 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 (BRASIL, 2009).

A introdução de uma alimentação complementar na dieta da criança amamentada exclusivamente com leite materno requer, por parte de mãe e dos demais responsáveis pelos cuidados da criança, muita paciência e afeto. Nesse momento, a contribuição positiva de toda a família torna-se fundamental para o sucesso da empreitada, pois a criança não se encontra mais ligada à mãe com a mesma intensidade verificada durante o aleitamento materno exclusivo, permitindo-se uma maior interação com o pai, os avós, irmãos e demais familiares. Nesta etapa, a criança aprende não somente a comer, mas também envolve a família na tarefa de aprender a cuidar. Geralmente, esta interação familiar torna-se melhor reconhecida nas situações em que a mãe, por motivos diversos, não é a única a prover a alimentação da criança. Nestas situações, deve o profissional da saúde, principalmente os ACP's que possuem uma maior proximidade com a família, ter a sensibilidade de reconhecer novas formas de organização familiar e 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, evitando que, precocemente, apresente possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o maior desafio destes profissionais é o de conduzir adequadamente esse processo de transição, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, atento às necessidades da criança, da mãe e da família, dirimindo dúvidas, preocupações, dificuldades, além de disseminar conhecimentos

prévios, tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável. Características de empatia e disponibilidade para com a família são fundamentais para garantir êxito dos procedimentos, visto que inseguranças no cuidado da criança são inesperadas, exigindo do profissional a sensibilidade e atenção necessárias para agir no momento adequado. Esta recomendação é válida não somente para os ACP's, mas para toda a equipe multiprofissional do PSF (BRASIL, 2009).

A promoção da alimentação saudável depende da sensibilidade do profissional de saúde quando este consegue traduzir os conceitos, de forma prática, à comunidade que assiste, em linguagem simples e acessível. Dessa forma, quando orienta a dieta para a criança, por exemplo, deve observar os conceitos adequados de preparo, as noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento (BRASIL, 2009).

2.2.3.1 Pesquisas desenvolvidas

Alder *et al.* (2003) avaliaram os fatores que podem influenciar o momento da introdução do alimento complementar em crianças. Em 12 semanas 133 das 338 mães relataram que introduziram alimentos sólidos à dieta da criança. Aquelas mães que disseram que introduziram alimentos sólidos precocemente (antes das 12 semanas) foram comparadas com as que tinham introduzido estes alimentos tardiamente (após 12 semanas). A decisão da introdução precoce de alimentos sólidos foi associada com: a opinião da avó materna da criança; viver em uma área privada; o desconforto pessoal da mãe antes dos quatro meses; a falta do incentivo dos amigos; o recebimento de amostras grátis de alimentos industrializados. No entanto, a maioria das respostas indicou que a introdução precoce de alimentos sólidos foi decisão exclusiva das mães, frente às necessidades do bebê. Um dos fatores que influenciaram a decisão da mãe em introduzir alimentos complementares foi a receptividade à mudança, e isto pode ser reparado por meio de intervenções educativas.

Silveira e Lamounier (2004) realizaram estudo transversal, com 450 crianças desde o nascimento até os 24 meses de idade, nos municípios de Carbonita, São Gonçalo do Rio Preto e Datas, na Região do Alto Jequitinhonha em Minas Gerais. Com menos de um mês de vida, 33,6% das crianças já recebiam chás e 12,4% recebiam água. O consumo de carne foi de 40,5% e fruta de 44,1%, na faixa etária de seis e 12 meses de idade, nas últimas 24 horas. Houve associação estatisticamente significativa

entre residir na área rural e menor consumo de sucos, frutas, verduras/legumes e carne nas crianças maiores de um ano. Os autores que concluíram que duração da amamentação nos três municípios foi maior do que em outros estudos recentes no país, porém, a amamentação exclusiva continua sendo pouco praticada. Alimentos complementares de baixo valor nutritivo são iniciados precocemente, e alguns alimentos são fornecidos com pouca frequência após seis meses de idade.

Vieira *et al.* (2004) através de pesquisa, descreveram os hábitos alimentares de crianças amamentadas e não-amamentadas através da análise dos alimentos consumidos pelas crianças menores de um ano de idade na cidade de Feira de Santana, BA, no ano de 2001. Os autores concluíram que as crianças amamentadas, quando comparadas com as não-amamentadas, apresentaram melhores hábitos no que se refere à época de introdução dos alimentos complementares.

Em 2005, Oliveira *et al.* realizaram uma pesquisa, com formato de estudo transversal em Salvador-BA, objetivando analisar a alimentação complementar de crianças nos primeiros dois anos de vida. Os autores concluíram que a iniciação do consumo de alimentos complementares acontece em período bem precoce da vida, e são oferecidos em quantidade insuficiente para suprir as recomendações nutricionais, particularmente de micronutrientes.

Sousa e Araújo (2005), em estudo exploratório transversal, procuraram identificar práticas alimentares infantis adotadas por famílias da Vila São Pedro, Paço do Lumiar – MA – Brasil. O mingau de cereal é, para 62,7% das crianças, o único alimento, caracterizando uma dieta monótona e pobre em nutrientes. Tais resultados podem orientar ações de monitoramento e reorientação às ações de suporte à alimentação infantil. Através dos resultados, os autores concluíram que o padrão alimentar das crianças pesquisadas, foi classificado como inadequado, monótono, deficiente em micronutrientes representado, na maioria das vezes, pelos mingaus de cereais e pela baixa frequência das dietas.

Starling, Leão e Viana (2006) descrevem detalhadamente de acordo com a faixa etária, os alimentos que devem ser incluídos na dieta da criança que não mais se alimenta exclusivamente do leite materno. Os autores relatam que, inicialmente, após o 6º mês para as crianças amamentadas com leite materno, deve ser oferecida a refeição de sal, sob a forma de papa. Entre o 7º e 8º mês oferece-se uma segunda refeição de sal a exemplo da primeira, mas o sal deve ser usado moderadamente, além de se evitar o café, refrigerantes, salgadinhos, frituras e balas. Quanto às frutas e verduras, deve-se preferir as disponíveis em pomares e hortas familiares, ou os da estação, respeitando

sempre os usos e costumes regionais. Ao final do primeiro ano, a criança poderá se alimentar juntamente com a família, durante o almoço e o jantar (Quadro 1).

Pesquisa que merece destaque pelo seu ineditismo foi realizada em 2006 por Vieira, Pinto e Silva e Barros Filho. Os autores estudaram a amamentação ao longo do primeiro ano de vida, e o tipo de alimentos complementares utilizados no final do primeiro ano de vida em filhos de mães adolescentes comparados com os filhos de mães adultas. Surpreendentemente, o tempo de amamentação e o seu padrão foram semelhantes entre os filhos de mães adolescentes e de mães adultas. A alimentação complementar também foi similar, com exceção de um menor consumo de carnes e um maior consumo de ovos entre os filhos de mães adolescentes.

Baldomero-López, Contreras e Liaudat (2003) apresentaram um estudo com o objetivo de investigar as práticas reais de aleitamento materno exclusivo (AME) e introdução de outros alimentos, realizadas pelas mães que recorreram aos consultórios médicos da pediatria do Hospital das Clínicas Jose de San Martin no período de novembro/2002 a fevereiro/2003. Os autores concluíram que, devido ao baixo teor nutricional dos primeiros alimentos introduzidos e ao abandono precoce da AME, é importante que se empreenda um programa de alimentação com orientação nutricional, considerando como a principal causa do abandono da AME a decisão exclusiva da mãe.

Bercini *et al.* (2007) com o intuito de pesquisar as a alimentação da criança nos primeiros anos de vida e suas repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Realizaram um estudo transversal, com o objetivo de descrever as práticas alimentares no primeiro ano de vida, no município de Maringá, Paraná. Os resultados obtidos evidenciaram que ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno e a promoção da alimentação complementar saudável devem ser enfatizadas em nosso meio, principalmente no pré-natal e nas demais atividades educativas dos serviços de saúde, bem como devem nortear o planejamento na área de saúde maternoinfantil em nível local.

Quadro 1 – Introdução de alimentos no primeiro ano de vida

Idade	Aleitamento materno exclusivo		Leite materno e/ou leite de vaca	
	Leite	Outros alimentos	Leite	Outros alimentos
até 2 meses	Materno	-	Materno e/ou fórmulas lácteas e/ou leite não modificado	-
2 meses	Materno	-	Materno e/ou fórmulas lácteas e/ou leite não modificado	-
3 meses	Materno	-	Materno e/ou fórmulas lácteas e/ou leite não modificado	Suco de frutas amassadas*
4 meses	Materno	-	Materno e/ou fórmulas lácteas e/ou leite não modificado	Suco de frutas; frutas amassadas*; primeira papa de legumes e carne
6 meses	Materno	Primeira papa de legumes e carne; suco de frutas; frutas amassadas	Materno e/ou fórmulas lácteas e/ou leite não modificado	Suco de frutas; frutas amassadas*; primeira e segunda papas de legumes e carne
7 meses	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Segunda papa (legumes e carne); suco de frutas; frutas amassadas	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Suco de frutas; frutas amassadas*; primeira e segunda papas de legumes e carne
8 meses	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Alimentação da família amassada ou não; suco de frutas; frutas	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Alimentação da família amassada ou não; suco de frutas; frutas
12 meses	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Alimentação da família amassada ou não; suco de frutas; frutas	Materno e/ou leite não modificado ou leite líquido	Alimentação da família amassada ou não; suco de frutas; frutas

*O uso de utensílios adequados para a alimentação (colher, garfo, faca) são importantes não só para o desenvolvimento das habilidades motoras como para a sociabilização da criança.

Fonte: STARLING; LEÃO; VIANA, 2006.

Parada, Carvalhaes e Jamas (2007) se dispuseram a estudar as práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida no município de Botucatu, SP, descrevendo-as segundo faixa etária e presença do aleitamento materno (AM). Os dados

apontaram consumo de preparações inadequadas pela consistência: oferta de comida da família a crianças entre 6 e 8 meses (48,8%) e oferta de sopa a crianças acima de 8 meses (71,6%). Justificam-se no município intervenções focadas na alimentação complementar.

Santos, Lima e Javorski (2009) realizaram trabalho investigatório descritivo com o objetivo de detectar os principais problemas enfrentados pelas mães no processo de introdução alimentar complementar. Conclui-se que a mãe, principal responsável pelos cuidados da criança, sofreu influências do seu ambiente familiar, sobretudo da avó, e da sociedade em que está inserida. Também foi observado que, para a transição alimentar das crianças, 97,4% das mães recebeu orientação escrita além da orientação verbal.

Silva, Venâncio e Marchioni (2010) implementaram estudo investigativo buscando definir a prevalência de consumo de alimentos complementares e os fatores associados à alimentação complementar oportuna em menores de um ano. Os fatores associados ao consumo de alimentos sólidos antes dos seis meses de idade foram: sistema de assistência à saúde; idade materna; trabalho materno e uso de chupeta. Os autores concluíram que o consumo precoce de alimentos sólidos, um risco potencial para a saúde infantil e para o desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta, evidenciam a necessidade de ações programáticas para reversão deste quadro.

Recentemente, Cruz, Almeida e Engstrom (2010) estudaram as práticas alimentares de menores de um ano, filhos de adolescentes, residentes no município de Volta Redonda (RJ). Os resultados evidenciaram que as prevalências aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante foram 85,5%, 32,0% e 9,6%, respectivamente, sem diferenças entre filhos de adolescentes e adultas. Os autores concluíram que não foram observadas diferenças no aleitamento considerando a variável idade materna, adolescente ou não, antes de seis meses de vida e sim após esse período. Nos maiores de seis meses, chama também a atenção o maior uso de chupetas, assim como a oferta e as características da alimentação complementar de filhos de adolescentes.

Caetano *et al.* (2010) avaliaram as práticas e o consumo alimentar de lactentes saudáveis de três metrópoles do Brasil, por meio de estudo prospectivo. Assim, analisaram-se registros alimentares de sete dias consecutivos de amostra intencional, por cotas e ponderada, das cidades de Curitiba, São Paulo e Recife, de 179 lactentes saudáveis, entre quatro e 12 meses, que não se encontravam em aleitamento materno (AM) exclusivo. Pode-se concluir pelo presente estudo a elevada frequência de práticas e

consumo alimentar inadequados em lactentes muito jovens, sendo possível que essas práticas levem a aumento no risco de desenvolvimento futuro de doenças crônicas.

2.2.3.2 Deficiência de ferro

Monteiro, Szarfarc e Mondini (2000) revelam que a deficiência de ferro pode intervir no desenvolvimento cognitivo e o crescimento físico das crianças, assim como a imunidade e a morbidade por infecções, sendo que as maiores prevalências ocorrem no segundo ano de vida. Portanto, faz-se necessária a adequação dietética dos micronutrientes, principalmente em relação ao ferro, devendo uma preocupação constante no período de alimentação complementar, pois o risco de anemia aumenta ao longo do primeiro ano de vida: de 33,7 para 71,8% do primeiro para o segundo semestre de vida, conforme dados da cidade de São Paulo, em 1996.

Osório, Lima e Ashworth (2004) realizaram estudo transversal com amostra representativa de crianças de 6 a 59 meses do estado de Pernambuco. Os resultados obtidos demonstraram que, de maneira geral, a ingestão de ferro se apresentava com índices abaixo do recomendado, sendo que a faixa etária entre seis e 11 meses foi a que revelou os piores índices. Os autores concluíram que observou-se uma associação evidente entre a biodisponibilidade de ferro da dieta e a concentração de hemoglobina no sangue. A presença de esgoto e de tratamento de água se encontrava associada às maiores concentrações de hemoglobina, enquanto a presença de diarreia mostrou-se proporcionalmente contrária à concentração de hemoglobina.

Segundo Kraemer e Zimmermann (2007), a anemia por deficiência de ferro, em termos de importância, tornou-se ultimamente no 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 (3,4%).

No Brasil, diversos estudos isolados mostram que as prevalências de anemia em crianças menores de cinco anos, variam de 30% a 70% dependendo da região e estrato socioeconômico. Os prejuízos cognitivos e os atrasos no desenvolvimento motor das crianças parecem não ser revertidos mesmo com suplementação medicamentosa composta com ferro. As reservas de ferro da criança que é amamentada exclusivamente com o leite materno, nos seis primeiros meses de idade, atendem plenamente às necessidades fisiológicas, não necessitando de qualquer forma de complementação nem

de introdução de alimentos sólidos. No entanto, entre os quatro e seis meses de idade, ocorre o esgotamento progressivo 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 (BRASIL, 2009).

Modesto, Devincenzi e Segulem (2007) avaliaram comparativamente o estado nutricional e as práticas alimentares de crianças no segundo semestre de vida, atendidas na rede pública de saúde do município de Taboão da Serra, SP. Estudo de corte transversal conduzido em Unidades Básicas de Saúde, classificadas em dois agrupamentos (região central e região periférica). Os autores concluíram que a prevalência de anemia é relativamente reduzida, comparada com os dados obtidos em outros locais, e o esquema de introdução de alimentos complementares é inadequado, frente às recomendações atuais, além disso, a utilização de suplementos deve ser reavaliada.

2.2.3.3 Relação alimentação complementar/obesidade

Kramer (2010) relata que o mundo moderno, incluindo a maioria dos países industrializados e um número crescente de países emergentes, está experimentando uma epidemia sem precedentes de sobrenutrição. Em consequência, a expectativa de vida tende a declinar pela primeira vez na história recente da humanidade: as crianças nascidas hoje podem morrer em uma idade menor do que seus pais. Isto porque a obesidade estabelecida é notória e resistente ao tratamento. Muita das atenções tem focalizado a prevenção, especialmente durante a infância, pois na infância os hábitos alimentares ao longo da vida e as atividades físicas podem ser estabelecidos e o seu metabolismo pode ser ajustado (do "programado"). A maioria das pesquisas em saúde pública que os tentam prevenir a obesidade, geralmente concentram-se nos possíveis efeitos longo prazo da alimentação infantil, e particularmente, na amamentação, comparando um padrão alimentar ao rápido crescimento infantil. Embora o papel potencialmente etiológico dos alimentos complementares recebesse menor atenção, diversos estudos precedentes examinaram associações entre a idade na introdução de alimentos complementares e o rápido crescimento infantil, incluindo diversos estudos aleatórios que não relatam nenhuma relação significativa. As evidências sugerem que a criança é capaz de regular a própria entrada de energia e que os alimentos complementares alteram a fórmula do leite materno, sem nenhum efeito na entrada de energia, ganho de peso ou de crescimento.

Ainda, segundo o autor, os estudos empíricos (não-experimentais) dos efeitos de alimentação da criança no crescimento e na obesidade são criticados pela causalidade reversa. A alimentação infantil e o crescimento são processos dinâmicos em que a alimentação pode afetar o ganho subsequente do peso, mas o tamanho prévio da criança pode também influenciar na decisão da mãe em incluir a alimentação complementar. Assim, um pequeno ou lento crescimento da criança pode traduzir na desconfiança da mãe em relação à adequação do seu leite. Nestes casos, os cuidadores podem ser influenciados a recomendar a adição alimentos complementares à dieta da criança. Se estes alimentos causam realmente um aumento subsequente no ganho do peso, a regressão resultará em ganhos médios maiores de peso em crianças pequenas do que nas grandes.

Os alimentos complementares podem então representar um “crédito” no ganho do peso. O fato é que as pesquisas aleatórias não encontraram nenhuma relação à alimentação complementar e o ganho de peso. Portanto, deve-se ter cautela sobre a inferência dos efeitos das práticas alimentares da criança, por meio de estudos empíricos. Em virtude padrões equivocados de dieta e da falta de atividade física, típicos das sociedades contemporâneas, o autor se mostra pessimista quanto à introdução tardia de alimentos complementares ou o prolongamento da amamentação exclusiva, se terão efeitos práticos em decorrência da epidemia da obesidade. Iniciar as crianças precocemente na busca do peso e de um corpo saudável deve ser uma das principais metas das políticas públicas de saúde, mas requererá mudanças nada fáceis no estilo de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Segundo Seach, Dharmage e Dixon (2010), a relação do tempo de introdução de alimentos complementares e o desenvolvimento de obesidade na criança nunca foi explorado adequadamente como potencial fator de conexão entre o aleitamento materno e a obesidade da criança, ou como um fator de risco independente. Portanto, os autores realizaram um estudo com o objetivo de determinar a associação entre práticas alimentares e o sobrepeso/obesidade infantil. Os autores concluíram, que existe realmente uma relação entre a introdução tardia de alimentos sólidos na dieta da criança e a redução do sobrepeso/obesidade.

3 RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno.

São inquestionáveis as vantagens conhecidas do leite materno que, somadas às prováveis vantagens ainda desconhecidas pela ciência, não deixa sombra de dúvidas quanto a sua superioridade em relação a outros tipos de alimentos.

É pacífico na literatura que o aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até os seis primeiros meses de vida da criança, quando outros alimentos devem ser incluídos progressivamente, de acordo com as orientações apresentadas pelos autores consultados, fruto de diversos estudos, fundamentados tanto na experiência empírica quanto na produção científica acadêmica desenvolvida.

Na perspectiva destas premissas, o profissional de saúde deve se mobilizar para evitar e desencorajar o desmame precoce. Para tanto, deve promover ações junto às mães e familiares envolvidos no sentido de orientar condutas e rotinas para que prevaleça a continuidade da amamentação. As metas propostas pelo Ministério da Saúde, através da cartilha “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” são de grande valia e devem ser observadas e divulgadas na comunidade.

Como pode ser verificado pela literatura revisada, a principal responsável pelo desmame precoce e, conseqüentemente, a introdução prematura de alimentos sólidos na alimentação da criança é a própria mãe, apesar da influência significativa de outros familiares nesta decisão. Portanto, é importante que o ACS se mantenha em permanente contato com a mãe e a oriente adequadamente quanto à importância da continuidade da amamentação e seus reflexos positivos na saúde atual e futura.

No aspecto nutricional, é também de grande valia que o ACS, a partir das informações prestadas pela nutricionista, oriente as mães e os demais familiares em relação à incorporação à dieta da criança de alimentos que realmente tenham valor nutritivo. A prática comum nesta fase de oferecer à criança, refrigerantes, doces, balas, salgadinhos, etc., ou seja, alimentos pobres em nutrientes, mas ricos em gorduras e açúcares, é prejudicial ao seu desenvolvimento, podendo acarretar em conseqüências desastrosas no futuro.

O ACS não deve se esquecer de estimular o consumo de frutas e legumes disponíveis no próprio pomar e horta da família. Caso não seja possível, devem-se respeitar os costumes alimentares regionais e orientar a aquisição de alimentos da estação.

Outra atitude verificada nos artigos consultados que deve ser promovida pelo ACS é o de incentivar a família para que faça suas refeições no mesmo horário e que esta ocasião seja aproveitada para a confraternização entre os membros e que a criança se adapte a esse momento íntimo familiar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. As reformas na área da saúde: a emergência do Sistema Único de Saúde e as propostas de mudanças do modelo assistencial. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. p. 1-6.

ALDER, E. M. *et al.* What influences the timing of the introduction of solid food to infants? **British Journal of Nutrition**, v. 92, p. 527-531, 2004.

ARAÚJO, O. D. *et al.* Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 488-492, jul./ago. 2008.

BALDOMERO-LÓPEZ, V.; CONTRÉRAS, M. V.; LIAUDAT, A. Lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos / Exclusive breastfeeding and beginning foods. **Diaeta**, Buenos Aires, v. 21, n. 5, p. 8-16, oct./dic. 2003.

BERCINI, L. O. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2 (Suplem. 2), p. 404-410, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil – aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Manual de Atenção Básica, n. 23). 111 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. Ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Álbum seriado. 18 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album_seriado_am.pdf> Acesso em: 02 Set. 2010.

BRUNKEN, G. S. *et al.* Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 6, p. 445-451, 2006.

CAETANO, M. C. *et al.* Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CANCELIER, A. C. L. Situação alimentar de crianças entre zero e dois anos atendidas em Programa de Saúde da Família no sul do estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 1, p. 20-25, 2009.

CECCIM, R. B. **Equipe de saúde**: a perspectiva interdisciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CORREA, E. N. *et al.* Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

COSTA, E. M. A. Saúde da família. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 7-17.

CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 2, p. 201-210, mar./abr. 2010.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 475-486, maio/jun. 2010.

FALEIROS, F. T. Z.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2006.

KRAEMER, K.; ZIMMERMANN, M. B. **Nutritional anemia**. Sight and Life Press. Basel, Switzerland, 2007.

KRAMER, M. S. Breastfeeding, complementary (solid) foods, and long-term risk of obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 91, p. 500-501, 2010.

MINAS GERAIS. CONSEA. **Orientação para uma política municipal de segurança alimentar e nutricional sustentável**. Belo Horizonte: CONSEA, 2009. p. 5.

MODESTO, S. P.; DEVINCENZI, M. U.; SIGULEM, B. M. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 4, p. 405-415, jul./ago. 2007.

MORGANO, M. A. *et al.* Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Revista de Ciências, Tecnologia e Alimentação**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 819-824, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v25n4/27657.pdf>> Acesso em: 25 set. 2010.

OLIVEIRA, L. P. M. *et al.* Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 459-469, jul./ago. 2005.

OSÓRIO, M. M.; LIRA, P. I.; ASHWORTH, A. Factors associated with Hb concentration in children aged 6-59 months in the State of Pernambuco, Brazil. **British Journal of Nutrition**, v. 91, n. 2, p. 307-315, 2004.

PALMA, D. Alimentação no primeiro ano de vida. In: LOPEZ, F. A.; BRASIL, A. L. D. (org.). **Nutrição e dietética em clínica pediátrica**. São Paulo: Atheneu; 2003.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; JAMAS, M. T. Práticas de alimentación complementaria em niños dentro del primer año de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. mar./abr. 2007.

SANTOS, C. S.; LIMA, L. S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v. 7, n. 4, p. 373-380, out./dez. 2007.

SEACH, K. A. *et al.* Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years. **International Journal of Obesity**, v. 34, p. 1475/1479, 2010.

SILVA, L. M. P.; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 6, p. 983-992, nov./dez. 2010.

SILVEIRA, F. J. F. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 437-447, out./dez. 2004.

SOUSA, F. G. M.; ARAÚJO, T. L. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 meses em área rural do Maranhão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 172-177, 2005.

STARLING, A. L. P.; LEÃO, E.; VIANA, M. R. A. Alimentação da criança. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. p. 85-92.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortes, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

VIANA, M. R. A.; ROMANINI, M. A. V. Acompanhamento do desenvolvimento da criança. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. p. 47-63.

VIEIRA, G. O. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

VIEIRA, M. L. F.; PINTO E SILVA, J. L. C.; BARROS FILHO, A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 4, p. 317-324, 2003.

XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. S. Aleitamento materno. In: ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2006. p. 75-84.