

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

2ª edição



23

Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

SAÚDE DA CRIANÇA
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

2ª edição
Cadernos de Atenção Básica, nº 23

Brasília – DF
2015



2009 Ministério da Saúde.



Todos os direitos reservados. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2ª edição – 2015 – 30.000 exemplares

Este material é destinado prioritariamente para as Equipes da Atenção Básica de Saúde.

Deve ser conservado em seu local de trabalho.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Quadra 4, Edifício Premium, bloco II, lote 5/6 subsolo

Tels.: (61) 3315-9031

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Site: dab@saude.gov.br

E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão geral:

Claunara Schilling Mendonça

Eduardo Alves Melo

Héider Aurélio Pinto

Coordenação técnica:

Patrícia Constante Jaime

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Atualização e revisão do conteúdo – 2ª edição:

Elaboração técnica:

Carolina Belomo de Souza

Elsa Regina Justo Giugliani

Fernanda Ramos Monteiro

Gisele Ane Bortolini

Kimielle Cristina Silva

Colaboração:

Ana Carolina Feldenheimer da Silva

Ana Maria Cavalcante de Lima

Amanda Souza Moura

Caroline Martins Jose dos Santos

Cássia Pereira Abella

Élem Cristina Cruz Sampaio

Fabiana Vieira Santos Azevedo

Fernanda Rauber

Janaína Calu Costa

Gilsiane Nascimento Espinosa

Jeanine Maria Salve

Jaime Aparecido Cury

Lorena Toledo de Araújo Melo

Maria Fernanda Moratori Alves

Neide Maria da Silva Cruz

Rafaella da Costa Santin

Renata Guimarães Mendonça de Santana

Tatiane Nunes da Silva

Elaboração técnica – 1ª versão:

Antonio Garcia Reis Junior

Elsa Regina Justo Giugliani

Gisele Ane Bortolini

Colaboração – 1ª versão:

Helen Altoé Duar

Janaína Rodrigues Cardoso

Lilian Cordova do Espírito Santo

Lilian Mara Consolin Poli de Castro

Lylian Dalete Soares de Araújo

Patrícia Chaves Gentil

Sérgio Roberto Barbosa de Jesus

Coordenação editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Marjorie Fernandes Gonçalves

Francisca Martins Pereira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23)

ISBN 978-85-334-2290-2

1. Saúde integral da criança. 2. Nutrição infantil. 3. Aleitamento materno. 4. Alimentação saudável. I. Título.

CDU 613.95

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0010

Títulos para indexação:

Em inglês: Child health: breastfeeding and complementary feeding

Em espanhol: Salud del niño: amamantamiento materno y alimentación complementaria

Sumário

Apresentação	7
1 Aleitamento Materno.....	11
2 Tipos de Aleitamento Materno.....	13
3 Duração da amamentação	15
4 Importância do aleitamento materno	17
4.1 Evita mortes infantis.....	17
4.2 Evita diarreia.....	19
4.3 Evita infecção respiratória	19
4.4 Diminui o risco de alergias.....	19
4.5 Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes.....	20
4.6 Reduz a chance de obesidade.....	20
4.7 Melhor nutrição.....	21
4.8 Efeito positivo na inteligência	21
4.9 Melhor desenvolvimento da cavidade bucal	22
4.10 Proteção contra câncer de mama	22
4.11 Evita nova gravidez	22
4.12 Outras possíveis vantagens para as mulheres.....	22
4.13 Menores custos financeiros.....	23
4.14 Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho	23
4.15 Melhor qualidade de vida.....	23
5 Produção do Leite Materno	25
6 Características e funções do leite materno	29
7 Técnica de amamentação	33
8 Aconselhamento em amamentação nos diferentes momentos	39
8.1 Pré-natal.....	41
8.2 Início da amamentação	42
8.2.1 Comportamento normal do bebê.....	42
8.2.2 Número de mamadas por dia	44

8.2.3 Duração das mamadas	45
8.2.4 Uso de mamadeira.....	45
8.2.5 Uso de chupeta	45
8.2.6 Aspecto do leite	46
8.3 Manutenção da amamentação	46
8.3.1 Alimentação da nutriz.....	46
8.3.2 Retorno da mãe ao trabalho.....	47
9 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação	53
9.1 Bebê que não suga ou tem sucção fraca.....	53
9.2 Demora na “descida do leite”	54
9.3 Mamilos planos ou invertidos.....	54
9.4 Ingurgitamento mamário	55
9.5 Dor nos mamilos/ mamilos machucados	56
9.6 Candidose (candidíase, monilíase).....	59
9.7 Fenômeno de Raynaud	60
9.8 Bloqueio de ductos lactíferos	60
9.9 Mastite	61
9.10 Abscesso mamário	63
9.11 Galactocele.....	64
9.12 Reflexo anormal de ejeção do leite.....	65
9.13 Pouco leite	65
10 Como manejar o aleitamento materno em situações especiais	69
10.1 Nova gravidez	69
10.2 Gemelaridade	70
10.3 Crianças com malformações orofaciais	73
10.4 Crianças portadoras de distúrbios neurológicos.....	74
10.5 Refluxo gastroesofágico.....	74
10.6 Mãe com necessidades especiais.....	75
11 Situações em que há restrições ao aleitamento materno.....	77
12 Apoio dos serviços de saúde à amamentação.....	81
13 A importância da família e da comunidade no processo da amamentação	85
13.1 Quais os instrumentos de proteção do aleitamento materno no Brasil?	88
14 Ajuda à dupla mãe/bebê no processo do desmame	91
15 Importância da alimentação complementar	95

16 Problemas nutricionais mais prevalentes na infância	99
17 Formação dos hábitos alimentares	103
18 Alimentação complementar saudável	107
18.1 Idade de introdução e frequência	107
18.2 Consistência e composição	109
18.3 Cuidados de higiene	111
18.4 Conservação dos alimentos	114
18.5 Alimentos não recomendados	115
19 Alimentação para crianças não amamentadas	119
19.1 Leite de vaca	120
19.1.1 Alimentação de crianças em uso de leite de vaca	121
19.1.2 Diluição do leite de vaca integral para crianças menores de quatro meses	122
19.2 Fórmulas infantis	124
19.2.1 Alimentação de crianças em uso de fórmula infantil	125
19.3 Cuidados de higiene no preparo das refeições lácteas	126
19.4 Alergias e intolerâncias alimentares	127
19.4.1 Diagnóstico	128
19.4.2 Prevenção e tratamento para Alergias e Intolerâncias Alimentar	129
20 Higiene e saúde bucal	133
21 Ações do serviço de saúde que podem fortalecer a nutrição das crianças	137
21.1 Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar	137
21.2 Ações complementares para a prevenção e controle das carências nutricionais na infância	138
21.2.1 Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)	138
21.2.2 Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS ..	141
21.2.3 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	142
22 Orientações importantes de acordo com a idade da criança	145
23 Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos	149
Referências	153
Anexo – Receitas Regionais para crianças de 6 a 24 meses	165

Apresentação

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. 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.

Assim, no âmbito da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde. Para isso, temos políticas e programas que norteiam as ações na saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – 2006; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 2011; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – 2012; a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; e a Rede Cegonha – 2011.

Este Caderno faz parte de um trabalho que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo no sentido de sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da Atenção Básica para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno e à prática da alimentação complementar

saudável. Coincide com novas estratégias de abordagem do aleitamento materno e alimentação complementar num contexto de redes de atenção a partir da Atenção Básica. Dessa forma, visa a potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno, numa linha de cuidado integral à Saúde da Criança.

Ministério da Saúde

Aleitamento Materno

1

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro. Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo. Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele.

Tipos de Aleitamento Materno

2

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, 2007). Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **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.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

¹Embora a OMS não reconheça os fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos) como exceção possível inserida na definição de aleitamento materno exclusivo, o Ministério da Saúde, considerando a possibilidade do uso de fluidos rituais com finalidade de cura dentro de um contexto intercultural e valorizando as diversas práticas integrativas e complementares, apoia a inclusão de fluidos rituais na definição de aleitamento materno exclusivo, desde que utilizados em volumes reduzidos, de forma a não concorrer com o leite materno.

Duração da amamentação

3

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (KENNEDY, 2005).

A OMS, endossada pelo Ministério da Saúde do Brasil, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a:

- Maior número de episódios de diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500 mL) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Importância do aleitamento materno

4

Já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno.

4.1 Evita mortes infantis

Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (JONES, 2003). Segundo estudo de avaliação de risco, no mundo em desenvolvimento poderiam ser salvas 1,47 milhões de vidas por ano se a recomendação de aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado por dois anos ou mais fosse cumprida. Atribui-se ao aleitamento subótimo, conforme classificação da OMS (Tabela 1), 55% das mortes por doença diarreica e 53% das causadas por infecção do trato respiratório inferior em crianças dos 0 aos 6 meses, 20% e 18% dos 7 aos 12 meses, respectivamente, e 20% de todas as causas de morte no segundo ano de vida (LAUER, 2006). Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,3%, com variações entre os municípios de 3,6% a 13% (ESCUDE; VENÂNCIO; PEREIRA, 2003).

A proteção do leite materno contra mortes infantis é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). É importante ressaltar que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui com a idade, a proteção contra mortes por infecções

respiratórias se mantêm constante nos primeiros dois anos de vida. Em Pelotas (RS), as crianças menores de 2 meses que não recebiam leite materno tiveram uma chance quase 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com as crianças em aleitamento materno que não recebiam outro tipo de leite. Esses riscos foram menores, mas ainda significativos (3,5 e 2 vezes, respectivamente) para as crianças entre 2 e 12 meses (VICTORIA, 1987).

A amamentação previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Mas mesmo nos países mais desenvolvidos o aleitamento materno previne mortes infantis. Nos Estados Unidos, por exemplo, calcula-se que o aleitamento materno poderia evitar, a cada ano, 720 mortes de crianças menores de um ano (CHEN; ROGAN, 2004).

Estudos demonstram que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais (MULLANY, 2007; EDMOND, 2006; BOCCOLINI, 2013).

Tabela 1 – Interpretação dos indicadores de AM segundo parâmetros da OMS (2008)

Indicadores	Classificação da OMS
Aleitamento materno na 1ª hora de vida	
Ruim	0-29%
Razoável	30-49%
Bom	50-89%
Muito bom	90-100%
AME em menores de 6 meses	
Ruim	0-11%
Razoável	12-49%
Bom	50-89%
Muito bom	90-100%
Duração mediana do AM	
Ruim	0-17 meses
Razoável	18-20 meses
Bom	21-22 meses
Muito bom	23-24 meses

Fonte: LAUER (2006).

4.2 Evita diarreia

Há fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia, principalmente em crianças mais pobres. É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. Oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses (BROWN, 1989; POPKIN, 1990).

Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade dessa doença. Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas (VICTORIA, 1992).

Um estudo utilizando dados da pesquisa nacional sobre prevalência em aleitamento materno no Brasil observou correlação entre aumento das prevalências de amamentação exclusiva entre 1999 e 2008 e diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreia no mesmo período (BOCCOLINI, 2012).

4.3 Evita infecção respiratória

A proteção do leite materno contra infecções respiratórias foi demonstrada em vários estudos realizados em diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil. Assim como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. Além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios de infecção respiratória. Em Pelotas (RS), a chance de uma criança não amamentada internar por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente (CESAR, 1999). Já o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês (ALBERNAZ; MENEZES; CESAR, 2003).

O aleitamento materno também previne otites. Estima-se redução de 50% de episódios de otite média aguda em crianças amamentadas exclusivamente por 3 ou 6 meses quando comparadas com crianças alimentadas unicamente com leite de outra espécie (IP et al., 2009).

4.4 Diminui o risco de alergias

Estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes (VAN ODIJK, 2003).

A exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca. Por isso é importante evitar o uso desnecessário de formulas infantis.

4.5 Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes

Há evidências sugerindo que o aleitamento materno apresenta benefícios em longo prazo. A OMS publicou importante revisão sobre evidências desse efeito (HORTA, 2007). Essa revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas (-1,2mmHg e -0,5mmHg, respectivamente), níveis menores de colesterol total (-0,18mmol/L) e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2.

Não só o indivíduo que é amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta. Foi descrita uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo 2 para cada ano de lactação (STUEBE, 2005). Atribui-se essa proteção a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam.

A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do **Diabetes mellitus** Tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

4.6 Reduz a chance de obesidade

A maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de 3 anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas. Na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade (DEWEY, 2003). É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir a apresentar sobrepeso/obesidade. Entre os possíveis mecanismos implicados a essa proteção, encontram-se um melhor desenvolvimento da auto-regulação de ingestão de alimentos das crianças amamentadas e a composição única do leite materno participando no processo de “programação metabólica”, alterando, por exemplo, o número e/ou tamanho das células gordurosas ou induzindo o fenômeno de diferenciação metabólica. Foi constatado que o leite de vaca altera a taxa metabólica durante o sono de crianças amamentadas, podendo esse fato estar associado com a “programação metabólica” e o desenvolvimento de obesidade (HAISMA, 2005).

4.7 Melhor nutrição

Por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.

Figura 1 – Ilustração da etnia Guarani/Kaiowá, localizada no Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL (2009b).

4.8 Efeito positivo na inteligência

Há evidências de que o aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo (HORTA, 2007). A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento. Essa vantagem foi observada em diferentes idades, (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999) inclusive em adultos (MORTENSEN, 2002). Os mecanismos envolvidos na possível associação entre aleitamento materno e melhor desenvolvimento cognitivo ainda não são totalmente conhecidos. Alguns defendem a presença de substâncias no leite materno que

otimizam o desenvolvimento cerebral; outros acreditam que fatores comportamentais ligados ao ato de amamentar e à escolha do modo como alimentar a criança são os responsáveis.

4.9 Melhor desenvolvimento da cavidade bucal

O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária.

Quando o palato é empurrado para cima, o que ocorre com o uso de chupetas e mamadeiras, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com diminuição do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal.

Assim, o desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral.

4.10 Proteção contra câncer de mama

Já está bem estabelecida a associação entre aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama. Estima-se que o risco de contrair a doença diminua 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Essa proteção independe de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa.

4.11 Evita nova gravidez

A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado (GRAY, 1990). Estudos comprovam que a ovulação nos primeiros seis meses após o parto está relacionada com o número de mamadas; assim, as mulheres que ovulam antes do sexto mês após o parto em geral amamentam menos vezes por dia que as demais.

4.12 Outras possíveis vantagens para as mulheres

Além da proteção contra câncer de mama e diabetes tipo 2, tem sido atribuído ao aleitamento materno proteção contra as seguintes doenças na mulher que amamenta: câncer de ovário, câncer

de útero; hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto; e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto (IP et al., 2009; ROSENBLATT; THOMAS, 1995; SCHWARTZ, 2009; KULIE, 2011; GUNDERSON et al., 2010; DURSEN et al., 2006; PIKWER et al., 2009; HENDERSON et al., 2004; LANGER-GOULD et al., 2009).

4.13 Menores custos financeiros

Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Dependendo do tipo de fórmula infantil consumida pela criança, o gasto pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família. A esse gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.

4.14 Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho

Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança.

4.15 Melhor qualidade de vida

O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias.

Produção do Leite Materno

5

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares constituídas, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Esses, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático.

O leite produzido é armazenado nos alvéolos e nos ductos. Os ductos mamários não se dilatam para formar os seios lactíferos, como se acreditava até pouco tempo atrás. O que ocorre é que durante as mamadas, enquanto o reflexo de ejeção do leite está ativo, os ductos sob a aréola se enchem de leite e se dilatam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica. Na primeira metade da gestação, há crescimento e proliferação dos ductos e formação dos lóbulos. Na segunda metade, a atividade secretora se acelera e os ácinos e alvéolos ficam distendidos com o acúmulo do colostro. A secreção láctea inicia após 16 semanas de gravidez.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

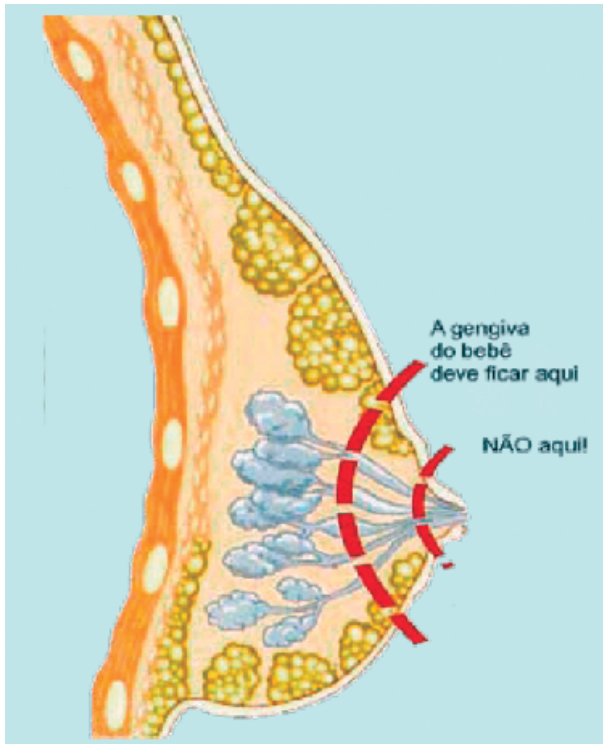
A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a "descida do leite", que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio. Após a "descida do leite", inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver diminuição na produção do

leite, por inibição mecânica e química. O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. A sua remoção contínua com o esvaziamento da mama garante a reposição total do leite removido. Outro mecanismo local que regula a produção do leite, ainda não totalmente conhecido, envolve os receptores de prolactina na membrana basal do alvéolo. À medida que o leite se acumula nos alvéolos, a forma das células alveolares fica distorcida e a prolactina não consegue se ligar aos seus receptores, criando assim um efeito inibidor da síntese de leite (VAN VELDHUIZEN-STAAAS, 2007).

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, e vai aumentando gradativamente: cerca de 40-50 mL no primeiro dia, 300-400 mL no terceiro dia, 500-800 mL no quinto dia, em média (CASEY, 1986).

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite. Uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, em média, 800 mL por dia. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê.

Figura 2 – Local da pega correta do bebê



Características e funções do leite materno

6

Apesar de a alimentação variar enormemente entre as pessoas, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do mundo. Apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo. Veja na Tabela 2 as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Esse tem muito mais proteínas que o leite humano e essas proteínas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana.

Tabela 2 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: BRASIL (2009b).

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então.

Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Esse favorece o crescimento do **Lactobacillus bifidus**, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como Shigella, **Salmonella** e **Escherichia coli**.

Alguns dos fatores de proteção do leite materno são total ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5°C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru.

Técnica de amamentação

7

Apesar de a sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, ele precisa aprender a retirar o leite do peito de forma eficiente. Quando o bebê pega a mama adequadamente – o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola –, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo, indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê.

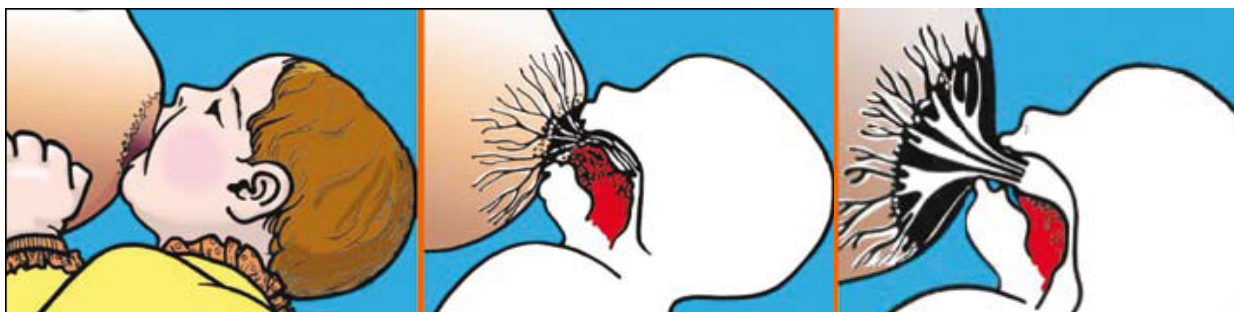
A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal.

O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê.

A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos.

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”. A má pega dificulta o esvaziamento da mama, podendo levar a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.

Figura 3 – Pegada adequada ou boa pega



Fonte: BRASIL (2009b).

Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares.

Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada:

Figura 4 – Posição da Mãe – a mãe escolhe uma posição



Fonte: BRASIL (2009b).

- As roupas da mãe e do bebê são adequadas, sem restringir movimentos? Recomenda-se que as mamas estejam completamente expostas, sempre que possível, e o bebê vestido de maneira que os braços fiquem livres.
- A mãe está confortavelmente posicionada, relaxada, bem apoiada, não curvada para trás nem para a frente? O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável (uma banquetinha pode ser útil).
- O corpo do bebê se encontra bem próximo do da mãe, todo voltado para ela, barriga com barriga?

- O corpo e a cabeça do bebê estão alinhados (pescoço não torcido)?
- O braço inferior do bebê está posicionado de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe?
- O corpo do bebê está curvado sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas?
- O pescoço do bebê está levemente estendido?
- A mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre? Não se recomenda que os dedos da mãe sejam colocados em forma de tesoura, pois dessa maneira podem servir de obstáculo entre a boca do bebê e a aréola.
- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama, com o nariz na altura do mamilo?
- A mãe espera o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua antes de colocá-lo no peito?
- O bebê abocanha, além do mamilo, parte da aréola (aproximadamente 2 cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os ductos lactíferos com as gengivas e a língua.
- O queixo do bebê toca a mama?
- As narinas do bebê estão livres?
- O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
- Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua.
- A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais?
- O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- A deglutição é visível e/ou audível?

É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê. Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

Pontos-chave do posicionamento adequado

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Figura 5 – Mãe segurando a mama de forma que a aréola fique livre, a mão em formato de “c”



Fonte: BRASIL (2009b).

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;

- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando à pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Aconselhamento em amamentação nos diferentes momentos

8

Não basta ao profissional de saúde ter conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno. Ele precisa ter também competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente usando a técnica do **aconselhamento** em amamentação. Aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer; significa ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas. Em outras palavras, o aconselhamento, por meio do diálogo, ajuda a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança no profissional.

Os seguintes recursos são muito utilizados no aconselhamento, não só em amamentação, mas em diversas circunstâncias:

- Praticar a comunicação não-verbal (gestos, expressão facial). Por exemplo, sorrir, como sinal de acolhimento; balançar a cabeça afirmativamente, como sinal de interesse; tocar na mulher ou no bebê, quando apropriado, como sinal de empatia;
- Remover barreiras como mesa, papéis, promovendo maior aproximação entre a mulher e o profissional de saúde;
- Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo;
- Dar espaço para a mulher falar. Para isso, é necessário dedicar tempo para **ouvir**, prestando atenção no que a mãe está dizendo e no significado de suas falas. Como sinal de interesse, podem ser utilizadas expressões como: “Ah é? Mmm... Aha!” Algumas mulheres têm dificuldades de se expressar. Nesse caso, algumas técnicas são úteis, tais como fazer perguntas abertas, dando mais espaço para a mulher se expressar. Essas perguntas, em geral, começam por: Como? O quê? Quando? Onde? Por quê? Por exemplo, em vez de perguntar se o bebê está sendo amamentado, perguntar como ela está alimentando o bebê. Outra técnica que pode incentivar as mulheres a falarem mais é devolver o que a

mãe diz. Por exemplo, se a mãe relata que a criança chora muito à noite, o profissional pode fazer a mãe falar mais sobre isso perguntando: “O seu bebê faz você ficar acordada à noite porque chora muito?”;

- Demonstrar empatia, ou seja, mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-a no centro da situação e da atenção do profissional. Por exemplo, quando a mãe diz que está muito cansada porque o bebê quer mamar com muita frequência, o profissional pode comentar que entende porque a mãe está se sentindo tão cansada;
- Evitar palavras que soam como julgamentos, como, por exemplo, certo, errado, bem, mal etc. Por exemplo, em vez de perguntar se o bebê mama bem, seria mais apropriado perguntar como o bebê mama;
- Aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar do que ela pensa. Por exemplo, se uma mãe afirma que o seu leite é fraco, o profissional pode responder dizendo que entende a sua preocupação. E pode complementar dizendo que o leite materno pode parecer ralo no começo da mamada, mas contém muitos nutrientes;
- Reconhecer e elogiar aspectos em que a mãe e o bebê estão indo bem, por exemplo, quando o bebê está ganhando peso ou sugando bem, ou mesmo elogiá-la por ter vindo à Unidade Básica de Saúde, se for o caso. Essa atitude aumenta a confiança da mãe, encoraja-a a manter práticas saudáveis e facilita a sua aceitação a sugestões;
- Oferecer poucas informações em cada aconselhamento, as mais importantes para a situação do momento;
- Fazer sugestões em vez de dar ordens;
- Oferecer ajuda prática como, por exemplo, segurar o bebê por alguns minutos e ajudá-la a encontrar uma posição confortável para amamentar;
- Conversar com as mães sobre as suas condições de saúde e as do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.

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.

8.1 Pré-natal

Figura 6 – Amamentação e gestação



Fonte: BRASIL (2009b).

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:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança;
- Experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados com o aleitamento materno;
- Importância do aleitamento materno;
- Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano;
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação;
- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las. Muitas mulheres “idealizam” a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade;

- Comportamento normal de um recém-nascido;
- Vantagens e desvantagens do uso de 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 são eficazes. 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. Em mulheres com mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva 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 acompanhamento rigoroso do ganho de peso da criança após o nascimento, pois é possível tratar-se de insuficiência de tecido mamário.

8.2 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.

8.2.1 Comportamento normal do bebê

O entendimento da mãe e das pessoas que vão conviver com o bebê sobre as necessidades dele 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 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 intrauterina para a vida extrauterina. 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 extrauterina 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 frequentes 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:

- Ir ao encontro da mama da mãe por si próprios logo após o nascimento, se colocados em seu tórax. Dessa maneira, eles decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida;
- Reconhecer a face da mãe após algumas horas de vida. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20 a 25 cm, a mesma que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas;
- Ter contato olho a olho;
- Reconhecer e mostrar interesse por cores primárias – vermelho, azul e amarelo;
- Seguir um objeto com os olhos e, às vezes, virar a cabeça na sua direção;
- Distinguir tipos de sons, tendo preferência pela voz humana, em especial a da mãe, e pelos sons agudos;
- Determinar a direção do som;
- Reconhecer sabores, tendo preferência por doces;
- Reconhecer e distinguir diferentes cheiros; com um ou dois dias de vida reconhece o cheiro da mãe;
- Imitar expressões faciais logo após o nascimento;
- Alcançar objetos.

8.2.2 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 autoestima, 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 maior capacidade de armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à frequência das mamadas (DALY; HARTMANN, 1995). 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.

8.2.3 Duração das mamadas

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que 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.

8.2.4 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, 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.

8.2.5 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 (VICTORIA et al., 1997).

Além de interferir no aleitamento materno, o uso de chupeta está associado à 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 (PALMER, 1998).

8.2.6 Aspecto do leite

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Achem 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.

8.3 Manutenção da amamentação

8.3.1 Alimentação da nutriz

Para a produção do leite, é necessária ingestão de calorias e de líquidos além do habitual. Por isso, durante o período de amamentação, costuma haver 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 2 kg a 4 kg para serem usados na lactação. Fazem parte das recomendações para uma alimentação adequada durante a lactação os seguintes itens:

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

A alimentação ideal (variada e equilibrada) 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 essa vitamina não ser 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 piores com a sua reintrodução, 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.

8.3.2 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:

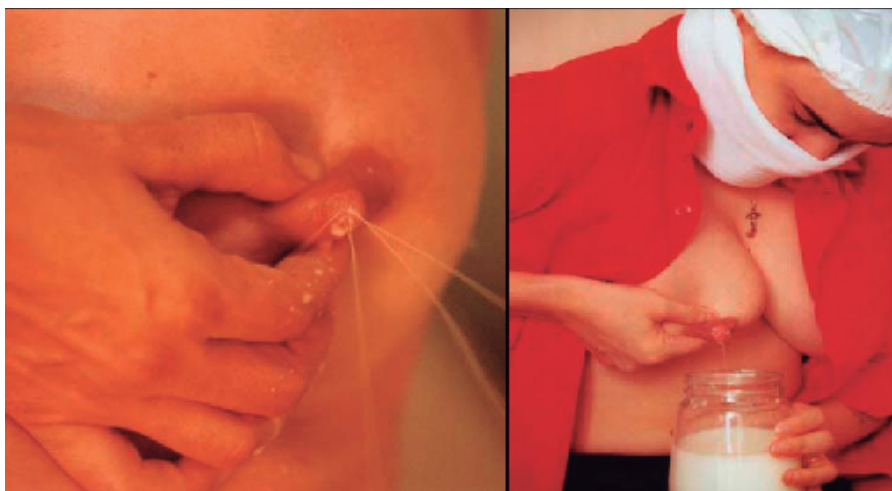
Antes do retorno ao trabalho:

- Manter o aleitamento materno exclusivo;
- Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, freezer, horários);
- 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:

- Amamentar com frequência quando estiver em casa, inclusive à noite;
- Evitar mamadeiras; oferecer a alimentação por meio de copo e colher;
- Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em congelador. 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;
- Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado, em banho-maria fora do fogo. 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:

Figura 7 – Retirada do leite: os dedos da mão em forma de “C”, o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos



Fonte: BRASIL (2009b).

- 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;
- Prender os cabelos e usar touca ou um lenço limpo na cabeça;
- Usar máscara ou lenço na boca, e evitar falar, espirrar ou tossir enquanto estiver ordenhando o leite;
- Ter à mão pano úmido limpo e lenços de papel para limpeza das mãos;
- Lavar cuidadosamente as mãos e antebraços. Não há necessidade de lavar os seios frequentemente;
- Secar as mãos e antebraços com toalha limpa ou de papel;
- Posicionar o recipiente em que será coletado o leite materno (copo, xícara, caneca ou vidro de boca larga) próximo ao seio;
- Massagear delicadamente a mama como um todo com movimentos circulares da base em direção à aréola;
- Procurar estar relaxada, sentada ou em pé, em posição confortável. Pensar no bebê pode auxiliar na ejeção do leite;
- Curvar o tórax sobre o abdômen, para facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo;
- 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 aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos;

- 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);
- 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;
- 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;
- Desprezar os primeiros jatos, assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos;
- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;
- 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;
- 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:

- Acomodar o bebê desperto e tranquilo no colo, na posição sentada ou semi-sentada, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90° com o pescoço;
- 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;
- Não despejar o leite na boca do bebê;

O Ministério da Saúde dispõe de uma cartilha que orienta a mulher trabalhadora que amamenta. A cartilha traz as seguintes informações:

1. Direitos como trabalhadora e mãe.
2. Importância do aleitamento materno, para que a mãe possa negociar com seus colegas e patrões a melhor forma de manter a amamentação.
3. Como proceder para manter a amamentação e para continuar alimentando o bebê com o leite de forma segura, mesmo tendo que ficar longe do bebê (BRASIL, 2010c).

Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

9

Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades. A seguir são abordadas as principais dificuldades e seu manejo.

9.1 Bebê que não suga ou tem sucção fraca

Quando, por alguma razão, o bebê não estiver sugando ou a sucção é ineficaz, e a mãe deseja amamentá-lo, ela deve ser orientada a estimular a sua mama regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de sucção. Isso garantirá a produção de leite.

Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não se descobre a causa dessa resistência inicial. Algumas vezes ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar ou pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez.

Alguns bebês não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega. Isso pode ocorrer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a boca suficientemente ou está sendo exposto à mamadeira e/ou chupeta. Além disso, o bebê pode não abocanhar adequadamente a mama porque elas estão muito tensas, ingurgitadas, ou os mamilos são invertidos ou muito planos. O manejo vai depender do problema detectado.

Em algumas situações o bebê começa a mamar, porém após alguns segundos larga a mama e chora. Nesses casos ele pode estar mal posicionado, ter adquirido preferência pela mamadeira ou, ainda, o fluxo de leite ser muito forte.

Não é raro o bebê ter dificuldade para sugar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento) ou porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo). Um recurso que se utiliza para fazer o bebê mamar na mama “recusada”, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição **“jogador de futebol americano”** (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo utilizando apenas uma das mamas.

9.2 Demora na “descida do leite”

Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

9.3 Mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que consiste em:

- Promover a confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia.

- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;
- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 mL ou 20 mL adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos. Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

9.4 Ingurgitamento mamário

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; e (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como resultado, há compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo “leite empedrado”.

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

Manejo

Se o ingurgitamento mamário patológico não pode ser evitado, recomendam-se as seguintes medidas:

- Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê;
- Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda);

- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina;
- Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas;
- Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- Crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com consequente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite;
- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

9.5 Dor nos mamilos/ mamilos machucados

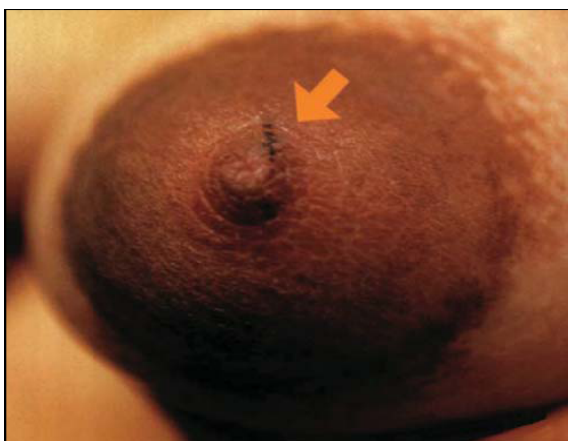
É comum, nos primeiros dias após o parto, a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção.

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. O mito de que mulheres de pele clara são mais vulneráveis a lesões mamilares que mulheres com pele escura nunca se confirmou.

Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses, é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido com as seguintes medidas:

- Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados);
- Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;
- Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabões, álcool ou qualquer produto secante;
- Amamentação em livre demanda – a criança que é colocada no peito assim que dá os primeiros sinais de que quer mamar vai ao peito com menos fome, com menos chance de sugar com força excessiva;
- Evitar ingurgitamento mamário;
- Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;
- Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.

Figura 8 – Lesão mamilar por má pega



Fonte: BRASIL (2009b).

Manejo

As lesões mamilares são muito dolorosas e, com frequência, são a porta de entrada para bactérias. Por isso, além de corrigir o problema que está causando a dor mamilar (na maioria das

vezes a má pega), faz-se necessário intervir para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível.

Em primeiro lugar, pode-se sugerir as seguintes medidas de conforto, que visam minimizar o estímulo aos receptores da dor localizados na derme do mamilo e da aréola:

- Início da mamada pela mama menos afetada;
- Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo;
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;
- Uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação, pois inadequada circulação de ar para o mamilo e aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante. Ressalta-se que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar.

Muitos tratamentos têm sido utilizados ou recomendados para lesões mamilares. Entretanto, a eficácia deles não tem sido avaliada adequadamente; como consequência, os tratamentos de traumas mamilares utilizados rotineiramente não são respaldados por estudos de qualidade.

Educação sobre o posicionamento adequado e pega correta é a melhor intervenção para dor nos mamilos (LOCHNER et al., 2009).

Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção (RIORDAN; WAMBACH, 2010).

De todos os agentes tópicos, só há base científica para a utilização de compressas de água morna (LOCHNER et al., 2009), que alivia a dor. Não havendo infecção, lanolina purificada pode diminuir o desconforto da lactante, embora não haja evidências de que esse produto acelere a cicatrização. O uso tópico de ácidos graxos essenciais está relacionado a uma melhora da barreira na pele danificada. No entanto, apesar de amplamente utilizados no Brasil, existem poucos estudos e evidências científicas que justifiquem a recomendação de seu uso.

Cremes, óleos em geral, antissépticos, saquinho de chá ou outras substâncias tópicas devem ser evitados, pois não há comprovação de que sejam eficientes, podendo inclusive ser prejudiciais. Uso de leite da mãe ordenhado é controverso. Não há estudos comprovando a sua eficácia.

Havendo suspeita de infecção (a mais comum é por estafilococo), antibiótico tópico (ou sistêmico, em casos mais graves) está indicado (mupirocina a 2%). Tratamento da candidíase é abordado mais adiante.

Tratamento seco de lesões mamilares (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, não tem sido mais recomendado porque acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas.

Se a lesão mamilar é muito extensa ou a mãe não está conseguindo amamentar por causa da dor, pode ser necessário interromper temporariamente a amamentação na mama afetada; no entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual ou com bomba de extração de leite.

9.6 Candidose (candidíase, monilíase)

A infecção da mama no puerpério por *Candida sp* é bastante comum. A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides. Na maioria das vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.

A infecção por *Candida sp* costuma manifestar-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação; raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhada dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).

Uma vez que o fungo cresce em meio úmido, quente e escuro, são medidas preventivas contra a instalação de cândida manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.

Manejo

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. O tratamento inicialmente é local, com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol tópicos por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada e ele não precisa ser removido antes da próxima mamada. Um grande número de espécies de *cândida* é resistente à nistatina. Violeta de genciana a 0,5% a 1,0% pode ser usada nos mamilos/aréolas e na boca da criança uma vez por dia por três a cinco dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias.

Além do tratamento específico contra o fungo, algumas medidas gerais são úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia.

9.7 Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud, uma isquemia intermitente causada por vasoespasmos, que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre é possível encontrar a causa. Manifesta-se inicialmente por palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) e dor importante antes, durante ou depois das mamadas, mas é mais comum depois das mamadas, provavelmente porque em geral o ar é mais frio que a boca da criança. A palidez é seguida de cianose e finalmente o mamilo se torna avermelhado. Muitas mulheres relatam dor em “fisgadas” ou sensação de queimação enquanto o mamilo está pálido e por isso muitas vezes essa condição é confundida com candidose. Os espasmos, com a dor característica, duram segundos ou minutos, mas a dor pode durar uma hora ou mais. É comum haver uma sequência de espasmos com repousos curtos. Algumas medicações como Fluconazol e contraceptivos orais podem agravar os vasoespasmos.

Manejo

Deve-se buscar identificar e tratar a causa básica que está contribuindo para a isquemia do mamilo e melhorar a técnica de amamentação (pega), quando esta for inadequada. Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maioria das vezes. Analgésico e anti-inflamatório, tipo ibuprofeno, podem ser prescritos, se necessário. Quando a dor é importante e não houver melhora com as medidas já citadas (o que é raro), deve-se utilizar a nifedipina 5 mg, três vezes ao dia, por uma ou duas semanas ou 30–60 mg, uma vez ao dia, para a formulação de liberação lenta. As mulheres com essa condição devem evitar uso de drogas vasoconstritoras, tais como cafeína e nicotina.

9.8 Bloqueio de ductos lactíferos

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente. Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite.

Tipicamente, a mulher com bloqueio de ductos lactíferos apresenta nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, a febre não faz parte do quadro clínico. Às vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas.

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas frequentes reduzem a chance dessa complicação, como também o uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e a restrição ao uso de cremes nos mamilos.

Manejo

O tratamento dessa condição deve ser instituído precoce e energicamente, para que o processo não evolua para mastite. As seguintes medidas são necessárias para o desbloqueio de um ducto lactífero:

- Mamadas frequentes;
- Utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local;
- Calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas;
- Ordenha manual da mama ou com bomba de extração de leite caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la;
- Remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

9.9 Mastite

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto, mas pode ocorrer em qualquer período da amamentação. A estase do leite é o evento inicial da mastite e o aumento da pressão intraductal causado por ela leva ao achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite e desse para o tecido intersticial da mama, causando uma resposta inflamatória. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus (aureus e albus)* e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* (α -, β - e não hemolítico), sendo as lesões mamilares, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria. Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto. A fadiga materna é tida como um facilitador para a instalação da mastite. As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual

ou em outras lactações têm mais chance de desenvolver outras mastites por causa do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares.

Nem sempre é fácil distinguir mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios. A cultura do leite com antibiograma é recomendada apenas nas seguintes circunstâncias: não-resposta ao tratamento com antibióticos, mastite recorrente (mais de duas vezes), mastite adquirida em ambiente hospitalar, nos casos graves e mastite epidêmica.

O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado devido a aumento dos níveis de sódio e diminuição dos níveis de lactose. Tal alteração de sabor pode ocasionar rejeição do leite pela criança.

A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subseqüentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou dano do tecido alveolar.

As medidas de prevenção da mastite são as mesmas do ingurgitamento mamário, do bloqueio de ductos lactíferos e das fissuras, bem como manejo precoce desses problemas.

Figura 9 – Mama com mastite



Fonte: BRASIL (2009b).

Manejo

O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário, uma complicação grave. O tratamento inclui os seguintes componentes:

- Identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação do leite;
- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante do tratamento da mastite. Preferencialmente, a mama deve ser esvaziada pelo próprio lactente, pois, apesar da presença de bactérias no leite materno, quando há mastite, a manutenção

da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado;

- Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. As opções são: cefalexina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas; amoxicilina 500 mg ou amoxicilina associada ao ácido clavulânico (500 mg/125 mg), por via oral, de oito em oito horas. Na presença de cepas de *S. aureus* meticilina-resistentes tem sido recomendado o uso da vancomicina. Em mulheres alérgicas aos antibióticos betalactâmicos (penicilinas e cefalosporinas), está indicada a eritromicina 500 mg, por via oral, de seis em seis horas. Os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência;
- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteroides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia. Diante dessa situação, é importante que o profissional agende retorno da mãe à unidade de saúde e que a unidade ofereça acesso sob demanda espontânea, para garantir a continuidade do cuidado.

9.10 Abscesso mamário

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha.

O diagnóstico é feito basicamente pelo quadro clínico: dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, devem-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama. A ultrassonografia pode confirmar o abscesso mamário, além de indicar o melhor local para incisão ou aspiração.

Todo esforço deve ser feito para prevenir abscesso mamário, já que essa condição pode comprometer futuras lactações em aproximadamente 10% dos casos. Qualquer medida que previna o aparecimento de mastite consequentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.

Figura 10 – Abscesso mamário



Fonte: BRASIL (2009b).

Manejo

O abscesso mamário exige intervenção rápida e compreende as seguintes medidas:

- Drenagem cirúrgica, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos;
- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa, sobretudo a antibioticoterapia e o esvaziamento regular da mama afetada;
- Manutenção da amamentação. A mãe pode continuar a amamentar a criança na mama comprometida. Porém, se a sucção for muito dolorosa, a mãe pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar. A amamentação deve ser mantida na mama sadia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os abscessos mamários não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional. O uso de drogas para supressão da lactação não está indicado nos casos em que as mães desejem continuar a amamentação.

9.11 Galactocele

Galactocele é uma formação cística nos ductos mamários contendo líquido leitoso, que no início é fluido, adquirindo posteriormente aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado por meio do mamilo. Acredita-se que a galactocele seja causada por um bloqueio de ducto lactífero. Ela

pode ser palpada como uma massa lisa e redonda, mas o diagnóstico é feito por aspiração ou ultrassonografia a. O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com frequência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.

9.12 Reflexo anormal de ejeção do leite

Algumas mulheres têm o reflexo de ejeção do leite exacerbado, o que pode provocar engargos na criança. Ordenhar um pouco de leite antes da mamada até que o fluxo diminua geralmente é suficiente no manejo do problema.

9.13 Pouco leite

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho. No entanto, uma queixa comum durante a amamentação é “pouco leite” ou “leite fraco”. Muitas vezes, essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro. A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação. Por isso, a queixa de “pouco leite” ou “leite fraco” deve ser valorizada e adequadamente manejada.

Até a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia após o parto, a produção do leite se dá por ação de hormônios e ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, a produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama, ou seja, é o número de vezes que a criança mama ao dia e a sua capacidade de esvaziar com eficiência a mama que vão determinar o quanto de leite materno é produzido.

O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz 800 mL de leite por dia. No entanto, a capacidade de produção de leite das mulheres costuma ser maior que as necessidades de seus filhos, o que explica a possibilidade de amamentação exclusiva de gêmeos e o leite extra produzido pelas mulheres que doam seu leite aos bancos de leite.

O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O

número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que ela não está ganhando peso adequadamente.

Existem no leite materno substâncias específicas que inibem a produção do leite (peptídeos inibidores da lactação), e a sua retirada, por meio do esvaziamento da mama, é que garante a reposição total do leite removido. Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na produção do leite. A má pega é a principal causa de remoção ineficiente do leite. Mamadas infrequentes e/ ou curtas, amamentação com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar à esvaziamento inadequado das mamas.

Outras situações menos frequentes associadas com sucção ineficiente do bebê, como lábio/palato leporino, freio da língua curto, micrognatia, macroglossia, uso de medicamentos na mãe ou na criança que deixe a criança sonolenta ou que reduza a produção de leite (bromocriptina, cabergolina, estrogênios, progestogênios, pseudoefedrina e, em menor grau, álcool e nicotina), asfixia neonatal, prematuridade, Síndrome de Down, hipotireoidismo, disfunção neuromuscular, doenças do sistema nervoso central, padrão de sucção anormal, problemas anatômicos da mama (mamilos muito grandes, invertidos ou muito planos), doenças maternas (infecção, hipotireoidismo, diabetes não tratada, síndrome de Sheehan, tumor hipofisário, doença mental), retenção de restos placentários, fadiga materna, distúrbios emocionais, uso de medicamentos que provocam diminuição da síntese do leite, restrição dietética importante (perda de peso maior que 500 g por semana), redução cirúrgica das mamas, fumo e gravidez são possíveis determinantes de baixa produção de leite. Portanto, é fundamental uma história detalhada e uma observação cuidadosa das mamadas para se descartar tais problemas.

Manejo

Para aumentar a produção de leite, as seguintes medidas são úteis:

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- Massagear a mama durante as mamadas ou ordenha;
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente;
- Após a mamada, ordenhar o leite residual.

- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos;
- Consumir dieta balanceada;
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la);
- Repousar, sempre que possível.

Apesar de haver controvérsias sobre o uso de medicamentos para o estímulo da lactação (galactogogos), muitas vezes o profissional de saúde, em casos selecionados e quando as medidas citadas não produziram o efeito desejado, sente necessidade de indicar alguma droga. As indicações mais comum de uso de galactogogo são: amamentação de criança adotada, relactação e mães de bebês prematuros que estão ordenhando leite (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE, 2011). Nesse caso, as mais utilizadas são: domperidona (10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas) e metoclopramida (10 mg três vezes ao dia por uma ou duas semanas). A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

Como manejar o aleitamento materno em situações especiais

10

10.1 Nova gravidez

É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se não houver intercorrências na gravidez. Contudo, não é raro as crianças interromperem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida. O desmame pode ocorrer pela diminuição da produção de leite, alteração no gosto do leite (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e menor concentração de lactose), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez e fadiga materna, pelas alterações hormonais que costumam causar sonolência principalmente no início da gestação. Na ameaça de parto prematuro é indicado interromper a lactação.

Se a mãe optar por continuar amamentando o filho mais velho após o nascimento do bebê, é importante orientá-la que ela deve dar prioridade à criança mais nova no que diz respeito à amamentação.

10.2 Gemelaridade

Figura 11 – Mãe amamentando gêmeos



Fonte: BRASIL (2009b).

Com o advento da inseminação artificial, o nascimento de múltiplas crianças se tornou mais frequente. Se por um lado o nascimento de gêmeos é uma dádiva, por outro é um grande desafio, que pode ser mais bem enfrentado se a família, em especial a mãe, receber ajuda inclusive dos profissionais de saúde. Esses devem estar preparados para acolher e aconselhar as famílias nas diversas situações envolvendo gêmeos, incluindo o aleitamento materno. Além de todos os benefícios já amplamente reconhecidos do aleitamento materno, a amamentação de crianças gemelares tem vantagens adicionais tais como: maior economia, haja vista o gasto com outros leites ser o dobro (ou mais) caso as crianças não sejam amamentadas; facilitar os cuidados de gêmeos, já que o aleitamento materno previne doenças, as quais exigem cuidados intensificados; auxiliar no atendimento das necessidades dos bebês com relação à atenção e ao afeto da mãe, pois por mais boa vontade que ela tenha, ela não tem condições de atender duas ou mais crianças da mesma maneira que atenderia uma só; e contribuir para o reconhecimento das necessidades individuais de cada gêmeo, acelerando o processo de enxergar cada criança como um indivíduo.

Há séculos se sabe que é possível uma mãe amamentar plenamente dois ou mais bebês, uma vez que as mamas são capazes de responder às demandas nutricionais das crianças. Se há duas ou mais crianças sugando o peito da mãe, espera-se que ela produza leite suficiente para cada uma delas. O maior obstáculo à amamentação de bebês múltiplos, na realidade, não é a quantidade de leite que pode ser produzida, mas a indisponibilidade da mulher. Assim, é fundamental que as mães de parto múltiplo tenham suporte adicional.

Algumas orientações, além das habituais para qualquer gestante, são úteis para mulheres que estão esperando gêmeos. A “preparação física” das mamas (estimulação de qualquer

tipo dos mamilos), não mais recomendada em qualquer gestação, deve ser particularmente desaconselhada em gestações múltiplas, pelo risco de parto prematuro.

É importante discutir com a gestante a necessidade de ajuda, principalmente após o nascimento das crianças. Ter alguém para ajudar nas tarefas de casa antes e após o nascimento de gêmeos não é um luxo, mas uma necessidade.

Mães que já vivenciaram a experiência de ter gêmeos sugerem que as mulheres, na gestação, estabeleçam como meta inicial para a duração da amamentação das suas crianças pelo menos seis semanas, tempo mínimo necessário para que a mulher se recupere do parto e que todas as pessoas envolvidas aprendam e se adaptem à situação especial que é amamentar duas ou mais crianças. O período de “aprendizagem” compreensivelmente é maior na amamentação de gêmeos quando comparado ao de recém-nascidos únicos. Após o período estipulado (que pode ser maior ou menor) a situação deve ser reavaliada e nova meta estipulada.

O melhor momento de iniciar o aleitamento materno de gêmeos é logo após o nascimento, sempre que possível. Se um ou mais bebês não está em condições de ser amamentado, a mulher deve iniciar a extração manual ou com bomba de sucção o mais precocemente possível.

Por mais difícil que possa ser, é muito importante que as crianças sejam amamentadas em livre demanda. Somente haverá produção de leite suficiente para cada uma das crianças se a mãe amamentar (ou retirar leite) com frequência e em livre demanda. No caso de extração do leite, desenvolver uma rotina que mimetize as mamadas dos bebês é útil. Para isso, é necessário fazer o esvaziamento das mamas no mínimo 8 a 9 vezes ao dia, totalizando 100 a 120 minutos.

Coordenar as mamadas de duas ou mais crianças pode parecer uma tarefa quase impossível, mas após um período de aprendizagem (que pode durar meses), muitas mulheres surpreendem-se com sua extraordinária capacidade de adaptação. Mães de gêmeos tendem a usar uma das seguintes variações para amamentar os seus bebês:

- Alternância de bebês e mamas em cada mamada. Dessa maneira, se o bebê “A” começou a mamar na mama direita em uma mamada, na próxima ele deverá iniciá-la na mama esquerda, independentemente se os bebês mamarem em uma só mama ou nas duas. Uma variação desse método é oferecer o peito mais cheio ao primeiro bebê que mostrar interesse em mamar. A alternância de bebês e mamas em cada mamada é muito utilizada nas primeiras semanas após o parto, especialmente se um dos bebês tem sucção menos eficiente ou quando um ou mais bebês querem mamar nas duas mamas.
- Alternância de bebês e mamas a cada 24 horas. Nesse caso, o bebê “A” inicia todas as mamadas do dia em uma determinada mama e, no dia seguinte, inicia as mamadas na outra mama. Muitas mães gostam desse método por acharem mais fácil lembrar quem mamou, onde e quando.
- Escolha de uma mama específica para cada bebê. Nessa circunstância, cada mama se adapta às necessidades de cada bebê. Porém, pode haver diferença no tamanho das mamas, diminuição da produção de leite se uma das crianças não sugar eficientemente e recusa dos bebês em mamar na mama do “outro” em caso de necessidade. Se a mãe opta

por essa modalidade, então recomenda-se que ela alterne posições de vez em quando para que os olhos da criança ao mamar recebam estímulos semelhantes ao se ela mamasse nas duas mamas.

A amamentação simultânea, ou seja, a amamentação de dois bebês ao mesmo tempo economiza tempo e permite satisfazer as demandas dos bebês imediatamente. Além disso, há evidências de que a mulher produz mais leite quando amamenta simultaneamente dois bebês. No entanto, algumas mães (ou bebês) só se sentem prontas para praticar amamentação simultânea algumas semanas depois do parto, após conseguir manejar algumas dificuldades iniciais, tais como problemas de posicionamento e técnica.

Há basicamente três posições para a amamentação simultânea: tradicional, jogador de futebol americano e combinação de ambas.

Na posição tradicional, a mãe apoia a cabeça de cada criança no antebraço do mesmo lado da mama a ser oferecida e os corpos dos bebês ficam curvados sobre a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas. Uma variante dessa posição é a do cavaleiro, ou seja, as crianças ficam sentadas nas pernas da mãe, de frente para ela.

Na posição de jogador de futebol americano as crianças ficam apoiadas no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, com a mão da mãe apoiando as cabeças das crianças e os corpos mantidos na lateral, abaixo das axilas.

A mãe pode amamentar uma das crianças na posição tradicional e a outra na posição de jogador de futebol americano (posições combinadas).

Principalmente nos primeiros dias ou semanas, a mãe pode precisar de uma pessoa para lhe ajudar no posicionamento adequado das crianças. Assim, essa pessoa deve receber orientação prévia e periódica da equipe de profissionais.

Toda criança experimenta períodos de aceleração do crescimento, o que se manifesta por um aumento da demanda por leite. Esse período, que dura de 2 a 3 dias, pode ser mais prolongado em gêmeos. Muitas vezes, as mães de gêmeos, ao vivenciarem essa situação, pensam que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente para os bebês e tendem a suplementar com outros leites. Esses períodos podem ser antecipados, diminuindo a ansiedade das mães e preparando-as para uma maior demanda, o que pode significar ajuda e apoio extras. Em geral, ocorrem três episódios de aceleração do crescimento antes dos 4 meses: o primeiro entre 10 e 14 dias de vida, outro entre 4 e 6 semanas e um terceiro em torno dos 3 meses. Bebês prematuros podem experimentar vários períodos de aceleração do crescimento nos primeiros meses.

Pode-se sugerir que a mãe ou outra pessoa anote as mamadas e o número de fraldas molhadas e sujas de cada criança. Isso pode ajudar a mãe a verificar se a criança está recebendo leite suficiente.

Amamentar plenamente um dos bebês e dar exclusivamente leite artificial ao outro deve ser evitado. Tal atitude pode contribuir para diferenças de sentimentos maternos com relação aos seus filhos. Quando um dos filhos não puder ser amamentado, por alguma condição que

impossibilite o aleitamento materno, a mãe deve ser orientada a aumentar o contato físico com essa criança; pode-se recomendar o Método Canguru, independente da idade gestacional da criança.

Em resumo, é possível e desejável a amamentação plena de múltiplas crianças. Para isso a mãe deve estar preparada e receber auxílio adicional. O profissional de saúde pode auxiliar a mãe nessa tarefa, aconselhando-a desde o pré-natal até o desmame. Saber ouvir, entender, ser empático, oferecer orientações úteis e, sobretudo, respeitar as opções das mães são condições indispensáveis para o sucesso do aconselhamento.

10.3 Crianças com malformações orofaciais

É importante que as crianças com malformações orais sejam amamentadas, porque o aleitamento materno diminui as infecções do ouvido médio e reduz a inflamação da mucosa nasal causada por refluxo do leite, comum nessas crianças. A amamentação também promove o equilíbrio da musculatura orofacial, favorecendo o adequado desenvolvimento das estruturas do sistema motor-oral, que estão afetadas nessas crianças.

Mãe, bebê e família necessitam de auxílio para que a amamentação seja bem sucedida, tanto com relação à técnica da amamentação quanto a aspectos emocionais, pois a aparência da criança pode resultar em sentimentos de culpa, vergonha e frustração, acarretando consequências emocionais, comportamentais e cognitivas. As incertezas da mãe quanto a sua capacidade de cuidar do filho com dificuldades também podem afetar o vínculo com o bebê. O aleitamento materno favorece maior contato entre mãe e filho, colaborando para estreitar o vínculo entre ambos.

É comum as crianças com malformações de mandíbula, nariz e boca apresentarem dificuldades para amamentar. Crianças com fissuras que não envolvem o palato têm um grau de dificuldade menor para mamar que as que possuem fissura palatal. A criança com fissura labial que envolve narinas e arcada dentária tem dificuldade de realizar a pega do mamilo e aréola, além da possibilidade de ter refluxo de leite para as narinas. As fendas labiais bilaterais são responsáveis pela perda de continuidade do músculo orbicular dos lábios, comprometendo o vedamento anterior durante a amamentação. A fissura somente palatal, também chamada de “goela de lobo”, pode envolver o palato duro, o palato mole ou ambos. As fissuras posteriores pequenas muitas vezes não causam problemas para a amamentação, podendo passar despercebidas por vários dias. Já nas fissuras palatais mais extensas, a língua não encontra apoio para compressão do mamilo e da aréola, limitando a compressão dos seios lactíferos para extração do leite, dificultando a amamentação.

As principais dificuldades na amamentação relatadas pelas mães de bebês com malformações orofaciais são: sucção fraca, dificuldade de pega, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário e trauma mamilar. Tais dificuldades podem ser minimizadas com a expressão manual do leite para amaciar mamilo

e aréola; oclusão da fenda com o dedo da mãe, durante a mamada; aplicação de compressas mornas nas mamas para facilitar a saída do leite; posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda; e utilização da posição semi-sentada para o bebê, para evitar refluxo de leite pelas narinas.

Na presença de fissuras labiopalatais, a dupla mãe/bebê necessita de orientação constante e de muito apoio por parte de equipe multiprofissional especializada. Quando a malformação é identificada durante a gestação, a equipe pode iniciar precocemente a orientação aos pais. Quando a mãe recebe apoio efetivo nos primeiros dias de vida, a duração da amamentação da criança com fenda labial é a mesma do que a das crianças sem esse tipo de malformação (GARCEZ; GIUGLIANI, 2005).

10.4 Crianças portadoras de distúrbios neurológicos

Crianças que sofreram asfixia perinatal grave, portadoras de síndromes genéticas, com diversos tipos de infecções congênitas e com malformações do sistema nervoso central podem ter distúrbios neurológicos. Frequentemente elas não têm coordenação motora-oral, dificuldades na deglutição e na sucção, na coordenação de ambas com a respiração, refluxo gastroesofágico, além de eventualmente não aceitarem a alimentação, com risco de se desnutrirem.

Quando a criança não tem condições de sugar a mama ou tem sucção fraca, a mãe deve ser orientada a realizar ordenha com frequência e oferecer o leite ordenhado, além de estimular a região perioral da criança e incentivar a sucção introduzindo o dedo mínimo na sua cavidade oral. Se a criança estabelecer coordenação entre sucção, deglutição e respiração, a mãe pode oferecer cuidadosamente o seio, com supervisão profissional.

A hipotonia característica das crianças portadoras de síndrome de Down costuma ser um dos fatores que dificultam o aleitamento materno. Assim como nos diferentes distúrbios neurológicos, o acompanhamento cuidadoso da dupla mãe/bebê por equipe multiprofissional, somado a orientações adequadas e ajuda efetiva favorece o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno.

10.5 Refluxo gastroesofágico

Uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância é o refluxo gastroesofágico. Muitas vezes essa condição resolve-se espontaneamente com a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior, nos primeiros meses de vida. Nas crianças amamentadas no peito, os efeitos do refluxo gastroesofágico costumam ser mais brandos que nas alimentadas com leite não humano, devido à posição supina do bebê para mamar e aos vigorosos movimentos peristálticos da língua durante a sucção. Os episódios de regurgitação são mais

frequentes em lactentes com aleitamento artificial quando comparados a bebês amamentados no peito (GIOVANNI, 2000).

Assim, é recomendado que a criança com refluxo gastroesofágico receba aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e complementado até os dois anos ou mais.

10.6 Mãe com necessidades especiais

Em algumas ocasiões, o profissional de saúde pode deparar-se com mães com necessidades especiais como, por exemplo, limitações físicas, auditivas ou visuais que dificultem certas técnicas de amamentação. Essas situações exigem maior habilidade em relação à comunicação em saúde e maior suporte por parte da família e dos profissionais em relação às eventuais dificuldades inerentes ao manejo do aleitamento materno. O apoio do serviço de saúde também nessas circunstâncias concorre para o aumento do vínculo entre os profissionais e a dupla mãe-bebê e a família, bem como consolidam direitos humanos de forma inclusiva.

Figura 12 – Expressão “Aleitamento Materno Exclusivo”, traduzida para a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)



Fonte: BRASIL (2009b).

Situações em que há restrições ao aleitamento materno

11

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:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contra-indicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrízes o profissional de saúde consulte o manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias” (BRASIL, 2010b);²
- 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:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama.
A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- 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 (CRIES) (BRASIL, 2006), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;

² Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf>

- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- Consumo de drogas de abuso: a Academia Americana de Pediatria (contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. A Organização Mundial da Saúde considera que o uso de anfetaminas, *ecstasy*, cocaína, maconha e *opióides* não são contraindicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Há carência de publicações com orientações sobre o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. No entanto, alguns autores já recomendaram determinados períodos de interrupção (Tabela 3). Ainda assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga *versus* o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente (BRASIL, 2010b).

Tabela 3 – Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, <i>ecstasy</i>	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 et al., 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**:

- 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 10 mg/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;

- 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;
- 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;
- 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;
- Dengue: não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;
- 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 contraindicação 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 (BRASIL, 2010b). 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 ambiente em que a criança se encontra;
- Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno levando a recusa do mesmo pelo lactente.

Figura 13 – Profissional que apoia e orienta a mãe quanto à amamentação



Fonte: BRASIL (2009b).

O apoio dos serviços e profissionais de saúde é fundamental para que a amamentação tenha sucesso. Durante as ações educativas dirigidas à mulher e à criança, deve-se ressaltar a importância do aleitamento materno por dois anos ou mais, e exclusivo nos primeiros seis meses,

ênfatizando que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias, enumerando as demais vantagens da amamentação para o bebê e a mãe.

Durante o acompanhamento pré-natal, pode-se estimular a formação de grupos de apoio à gestante com a participação dos familiares, inclusive grupos de sala de espera. Nos atendimentos individuais, é importante que se converse com a gestante e seu acompanhante a respeito de sua intenção de amamentar, orientar tanto a gestante quanto seus familiares sobre vantagens da amamentação, tempo ideal de aleitamento materno, consequências do desmame precoce, produção do leite e manutenção da lactação, amamentação precoce ainda na sala de parto, importância do alojamento conjunto, técnica adequada de amamentação, problemas e dificuldades, direitos da mãe, do pai e da criança, além de estimular o parto normal.

Na maternidade, é importante que sejam evitadas cesáreas desnecessárias, assim como seja evitado o uso de analgésicos e anestésicos que possam comprometer o estado de consciência da mãe ou do bebê, dificultando a interação mãe/bebê e o aleitamento materno. Estimular as "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) no Atendimento ao Parto Normal.

No período pós-parto, os profissionais de saúde devem estar preparados para acompanhar o processo da amamentação e o crescimento e desenvolvimento da criança, tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares bem como, orientar as mulheres e seus familiares, quanto ao acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta.

A importância da família e da comunidade no processo da amamentação

13

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a apóie na sua opção. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe são de extrema importância.

Os pais têm sido identificados como importante fonte de apoio à amamentação. No entanto, muitos deles não sabem de que maneira podem apoiar as mães, provavelmente por falta de informação. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados se eles estivessem conscientes da importância do seu papel, não apenas nos cuidados com o bebê, mas também nos cuidados com a mãe.

Mesmo apoiando a amamentação nos primeiros meses da criança, é comum os pais não apoiarem a manutenção da amamentação por dois anos ou mais (JUSTO; GIUGLIANI, 2012). Por isso, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família, ouvindo-o, tirando dúvidas, valorizando-o no processo da amamentação e incluindo-o nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Figura 14 – Família apoiando a mãe à amamentar



Fonte: BRASIL (2009b).

Além dos pais, os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças, como as avós das crianças, outros parentes etc. A figura da avó é bastante presente na cultura brasileira, mesmo em populações urbanas. Elas costumam exercer grande influência sobre as mães, em especial as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. Muitas avós transmitem às suas filhas ou noras as suas experiências com amamentação, que em muitos casos são contrárias às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, como por exemplo, o uso de água, chás e nos primeiros seis meses e suplementação do leite materno com outros leites. Por isso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação, para que práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo que permitam às avós expor as suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação, elas podem exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas filhas ou noras.

Figura 15 – Apoio da família



Fonte: BRASIL (2009b).

Os outros filhos também podem ser envolvidos nos momentos da amamentação aprendendo, desde cedo, que o aleitamento materno é a forma mais natural e ideal de alimentar a criança pequena.

No período de amamentação é difícil para a mulher cuidar do bebê, da casa, do marido e de outros filhos. A família deve se reunir e procurar ajudar a mãe nas tarefas de casa para que ela possa se dedicar ao lactente.

Também é papel da família não levar para casa produtos que prejudicam a amamentação, como latas de leite, mamadeiras e chupetas.

Muitas mães que estão amamentando estão na escola. Os profissionais de saúde podem contribuir para que as escolas apoiem as mães a manterem a lactação.

Figura 16 – Mãe amamentando com apoio da família e comunidade escolar



Fonte: BRASIL (2009b).

13.1 Quais os instrumentos de proteção do aleitamento materno no Brasil?

A legislação do Brasil de proteção ao aleitamento materno é uma das mais avançadas do mundo. É muito importante que o profissional de saúde conheça as leis e outros instrumentos de proteção do aleitamento materno para que possa informar às mulheres que estão amamentando e suas famílias os seus direitos. Além de conhecer e divulgar os instrumentos de proteção da amamentação é importante que o profissional de saúde respeite a legislação e monitore o seu cumprimento, denunciando as irregularidades.

A seguir são apresentados alguns direitos da mulher que direta ou indiretamente protegem o aleitamento materno:

- Licença-maternidade – à empregada gestante é assegurada licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica (Constituição brasileira, 1988, art. 7, inc. XVIII). O Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008, regulamenta a extensão da licença-maternidade por mais dois meses (60 dias), prevista na Lei nº 11.770/2008, para as servidoras lotadas nos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal direta, autárquica ou fundacional. E muitos estados e municípios já concedem licença-maternidade de 6 meses, com o objetivo de fortalecer suas políticas de promoção e proteção do aleitamento materno. A Lei Federal nº. 11.770, de 9 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa prorrogar para 180 dias a licença maternidade prevista na Constituição, mediante incentivo fiscal às empresas. A empregada deve requerer a licença até o final do primeiro mês após o parto e o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança. As

empresas tributadas com base no lucro real que aderirem ao Programa terão dedução do imposto devido ao conceder os 60 dias de prorrogação da licença às suas servidoras;

- Direito à garantia no emprego – é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da mulher trabalhadora durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10, inciso II, letra b);
- Direito à creche – todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais, mantidas diretamente ou mediante convênios com outras entidades públicas ou privadas, como SESI, SESC, LBA, ou entidades sindicais (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 389, parágrafos 1º e 2º);
- Pausas para amamentar – para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos, de meia hora cada um. Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério da autoridade competente. (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único);
- Alojamento Conjunto – a Portaria MS/GM nº 1.016/2003 obriga hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, a implantarem alojamento conjunto (mãe e filho juntos no mesmo quarto, 24 horas por dia);
- Direito a gestante estudante de realizar os trabalhos escolares em casa - Lei nº 6.202 de 17 de abril 1975, atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.
- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL (Portaria MS/GM nº 2.051/2001 e duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002) e Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Esses instrumentos regulamentam a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) e produtos de puericultura correlatos. A legislação traz regras como a proibição de propagandas de fórmulas infantis, o uso de termos que lembrem o leite materno em rótulos de alimentos preparados para bebês e fotos ou desenhos que não sejam necessários para ilustrar métodos de preparação do produto. Além disso, torna obrigatório que as embalagens dos leites destinados às crianças tragam inscrição advertindo que o produto deve ser incluído na alimentação de menores de um ano apenas com indicação expressa de médico, assim como os riscos do preparo inadequado do produto. A lei também proíbe doações de mamadeiras, bicos e chupetas ou a sua venda em serviços públicos de saúde, exceto em casos de necessidade individual ou coletiva.

Os instrumentos de proteção legal ao aleitamento materno no Brasil podem ser encontrados na íntegra no site da Rede IBFAN.³

³ Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - International Baby Food Action Network. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/legislacao/index.php>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

Ajuda à dupla mãe/bebê no processo do desmame

14

O homem é o único mamífero em que o desmame (aqui definido como a cessação do aleitamento materno) não é determinado somente por fatores genéticos e pelo instinto. A amamentação na espécie humana é fortemente influenciada por múltiplos fatores de ordem social, cultural, econômica, étnica e comportamental. Hoje, ao contrário do que ocorreu ao longo da evolução da espécie humana, a mulher opta (ou não) pela amamentação e decide por quanto tempo vai (ou pode) amamentar. Muitas vezes, as preferências culturais (não-amamentação, amamentação de curta duração) entram em conflito com a expectativa da espécie (em média, dois a três anos de amamentação).

O desmame não é um evento, e sim um processo que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança. Nessa lógica, o desmame deveria ocorrer naturalmente, na medida em que a criança vai amadurecendo.

No desmame natural, a criança se autodesmama, o que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre dois e quatro anos e raramente antes de um ano. Costuma ser gradual, mas às vezes pode ser súbito, como, por exemplo, em uma nova gravidez da mãe (a criança pode estranhar o gosto do leite, que se altera, e o volume, que diminui). A mãe participa ativamente no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade. Entre os sinais indicativos de que a criança está madura para o desmame, constam:

- 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.

O desmame natural proporciona transição mais tranquila, menos estressante para a mãe e a criança, preenche as necessidades da criança (fisiológicas, imunológicas e psicológicas) até ela estar madura para tal e, teoricamente, fortalece a relação mãe-filho. O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

É importante que a mãe não confunda autodesmame natural com a chamada “greve de amamentação” do bebê. Essa ocorre principalmente em crianças menores de um ano, é de início súbito e inesperado, a criança parece insatisfeita e em geral é possível identificar uma causa: doença, dentição, diminuição do volume ou sabor do leite, estresse e excesso de mamadeira ou chupeta. Essa condição usualmente não dura mais que 2–4 dias.

A mulher, com frequência, sente-se pressionada a desmamar, muitas vezes contra a sua vontade e sem ela e o bebê estarem prontos para tal. Existem vários mitos relacionados à amamentação dita “prolongada”, tais como as crenças de que aleitamento materno além do primeiro ano é danoso para a criança sob o ponto de vista psicológico; que uma criança jamais desmama por si própria; que a amamentação prolongada é um sinal de problema sexual ou necessidade materna e não da criança; e que a criança que mama fica muito dependente. Algumas mães, de fato, desmamam para promover a independência da criança. No entanto, é importante lembrar que o desmame provavelmente não vai mudar a personalidade da criança. Além disso, o desmame forçado pode gerar insegurança na criança, o que dificulta o processo de independização.

Muitas vezes a amamentação é interrompida apesar do desejo da mãe em mantê-la. As razões mais frequentes alegadas para a interrupção precoce são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas. Muitos desses problemas podem ser evitados ou manejados. Quando o profissional de saúde se depara com a situação de a mulher querer ou ter que desmamar antes de a criança estar pronta, é importante, em primeiro lugar, que ele respeite o desejo da mãe e a apoie nesse processo. Entre os fatores que facilitam o processo do desmame, encontram-se os seguintes:

- Mãe estar segura de que quer (ou deve) desmamar;
- Entendimento da mãe de que o processo pode ser lento e demandar energia, tanto maior quanto menos pronta estiver a criança;
- Flexibilidade, pois o curso do processo é imprevisível;
- Paciência (dar tempo à criança) e compreensão;
- Suporte e atenção adicionais à criança – mãe deve evitar afastar-se nesse período;
- Ausência de outras mudanças, por exemplo, controle dos esfíncteres, separações, mudanças de residência, entre outras;
- Sempre que possível, fazer o desmame gradual, retirando uma mamada do dia a cada 1–2 semanas.

A técnica utilizada para fazer a criança desmamar varia de acordo com a idade. Se a criança for maior, o desmame pode ser planejado com ela. Pode-se propor uma data, oferecer uma recompensa e até mesmo uma festa. A mãe pode começar não oferecendo o seio, mas também não recusando. Pode também encurtar as mamadas e adiá-las. Mamadas podem ser suprimidas distraindo a criança com brincadeiras, chamando amiguinhos, entretendo a criança com algo que lhe prenda a atenção. A participação do pai no processo, sempre que possível, é importante. A mãe pode também evitar certas atitudes que estimulam a criança a mamar, como não sentar na poltrona em que costuma amamentar.

Algumas vezes, o desmame forçado gera tanta ansiedade na mãe e no bebê que é preferível adiar um pouco mais o processo, se possível. A mãe pode, também, optar por restringir as mamadas a certos horários e locais.

As mulheres devem estar preparadas para as mudanças físicas e emocionais que o desmame pode desencadear, tais como: mudança de tamanho das mamas, mudança de peso e sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais.

Concluindo, cabe a cada dupla mãe/bebê e sua família a decisão de manter a amamentação, até que a criança a abandone espontaneamente, ou interrompê-la em um determinado momento. Muitos são os fatores envolvidos nessa decisão: circunstanciais, sociais, econômicos e culturais. Cabe ao profissional de saúde ouvir a mãe e ajudá-la a tomar uma decisão, pesando os prós e os contras. A decisão da mãe deve ser respeitada e apoiada.

Como apresentado nos capítulos anteriores, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Assim, 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.

Por volta dos seis meses de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. Além disso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta. Assim, além de complementar as necessidades nutricionais, a introdução de alimentos, em idade oportuna, aproxima progressivamente a criança dos hábitos alimentares da família e ou cuidador e proporciona uma adaptação do bebê a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas.

O sucesso da alimentação complementar depende de 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 avôs e avós, dos outros irmãos e familiares, situação em que não só a criança aprende a comer, mas também toda a família aprende a cuidar da alimentação. Tal interação deve ser ainda mais valorizada em situações em que a mãe, por qualquer motivo, não é a principal provedora da alimentação à criança. Assim, o profissional de saúde deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela compreenda sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais.

Outro grande desafio do profissional de saúde é apoiar adequadamente o processo de introdução de alimentos complementares, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança, nas suas necessidades e da criança, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, êxitos e conhecimentos prévios, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação saudável. Para tal, a empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas, já que muitas inseguranças no cuidado com a criança não tem “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.

O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir, para a comunidade que assiste, os conceitos técnicos de forma prática, em linguagem simples e acessível, como por exemplo, as técnicas adequadas 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.

Assim é de fundamental importância que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para a adequada introdução dos alimentos complementares, objetivo principal a ser trabalhado neste capítulo.

Problemas nutricionais mais prevalentes na infância

16

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a estratégia global para alimentação de lactentes e crianças pequenas, que visa a revitalizar os esforços no sentido de promover, proteger e apoiar adequadamente a alimentação das crianças. Em todo o mundo cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, como consequência da má alimentação e repetidas infecções. Mesmo em países em desenvolvimento, com escassez de recursos, a ênfase em ações de orientação alimentar pode conduzir a melhores práticas alimentares, levando ao melhor estado nutricional. Nas últimas décadas, avançou-se muito nas evidências das necessidades biológicas das crianças, o que possibilita recomendar práticas alimentares que propiciam o crescimento adequado das crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A partir dos seis meses de idade, a alimentação tem a função de complementar a energia e outros nutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças. As situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia, deficiência de vitamina A, outras deficiências de micronutrientes, excesso de peso e desnutrição.

De acordo com a última pesquisa nacional a prevalência de baixo peso para a estatura em crianças menores de 5 anos no Brasil é de 1,6%, baixa estatura para a idade é de 6,8% e excesso de peso é de 7,4%. Em comparação aos dados de 1996, evidencia-se a diminuição da desnutrição infantil (BRASIL, 2009a). Em crianças beneficiárias do programa Bolsa Família, a prevalência de baixo peso é de 4,6%, de baixa estatura é de 14,5% e excesso de peso 16,4%. Também de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é possível verificar que em alguns municípios brasileiros a prevalência de baixo peso ainda é superior a 10%.

As práticas alimentares das crianças brasileiras estão muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Apenas 12,7% das crianças brasileiras de 06 a 59 meses consumiram verduras de folhas, 21,8% consumiram legumes e 44,6% consumiram frutas diariamente. Também observou-se elevado consumo de refrigerantes (40,5%), alimentos fritos (39,4%), salgadinhos (39,4%), doces (37,8%), na frequência de uma a três vezes na semana (BORTOLINI, 2012).

A desnutrição pode ocorrer precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente 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 (BRASIL, 2005). A desnutrição possui múltiplos determinantes e as condições sociais da família são determinantes importantes dessa condição.

O *déficit* estatural é 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 frequente nas áreas de piores condições socioeconômicas.

O desenvolvimento precoce da obesidade vem apresentando cifras alarmantes entre crianças e adolescentes em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública que tende a se manter em todas as fases da vida. A mobilidade social dessa condição constitui na característica epidemiológica mais marcante do processo de transição nutricional da população brasileira (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Apesar do excesso de peso em crianças menores de cinco anos ser de aproximadamente 7%, o excesso de peso em crianças na idade de 5 a 9 anos é de 33,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

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, tendo em vista que os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida (SKINNER, 2002). A ingestão de alimentos com alta densidade energética, ou seja, ricos em açúcar, gordura e sal pode prejudicar a qualidade da dieta e diminuir o interesse dessas crianças por alimentos saudáveis. O consumo desses alimentos é facilitado na população de baixa renda em função do baixo custo desses alimentos (DREWNOWSKI; SPECTER, 2004; DREWNOWSKI, 2007).

A vitamina A desempenha papel fundamental na visão, no crescimento e desenvolvimento ósseo, no processo imunológico e sua fortificação ou suplementação está dentro do rol de intervenções, juntamente com o apoio ao aleitamento materno, com o maior potencial para reduzir a carga de morbidade e mortalidade infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006, a deficiência de vitamina A nas crianças brasileiras menores de 5 anos é de 17,4% e nas regiões Sudeste 21,6%, Nordeste 19%, Centro-Oeste 11,8%, Norte 10,7% e Sul 9,9% (BRASIL, 2009a).

A anemia por deficiência de ferro, em termos de magnitude, é na atualidade um dos principais problemas de saúde pública do mundo. A prevalência de anemia em crianças tem sido muito explorada nos últimos 20 anos no Brasil e estes estudos mostram que esta pode ser muito elevada dependendo da localização geográfica e condição socioeconômica da população avaliada. Revisões mostraram que a mediana da prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos foi de 50,0% (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009; VIEIRA; FERREIRA, 2010). De acordo com a PNDS, realizada em 2006, a prevalência de anemia entre menores de cinco anos é de 20,9%, sendo que na Região Nordeste esse percentual alcança 25,5% (BRASIL, 2009a). A Organização Mundial da Saúde estima que a prevalência da deficiência de ferro é, em média, 2,5 vezes maior do que a prevalência de anemia observada, e também estima que 50% dos casos de anemia acontecem em função da deficiência de ferro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, 2008).

Aproximadamente 200 milhões de crianças menores de cinco anos, residentes em países em desenvolvimento, não atingem seu potencial de desenvolvimento. E as deficiências nutricionais, entre elas a anemia é apontada como um dos determinantes que prejudicam o desenvolvimento das crianças. Essas crianças possuem maior probabilidade de baixo rendimento escolar, o que provavelmente contribuirá para a transmissão intergeracional da pobreza com implicações para o desenvolvimento de um país (GRANTHAN-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011; ENGLE et al., 2007, 2011).

Os hábitos alimentares são formados por meio de complexa rede de influências genéticas e ambientais. Por esse motivo, considera-se a mudança de comportamento alimentar um desafio para os profissionais de saúde. Parece que os sabores e aromas de alimentos consumidos pelas nutrizes têm uma via pelo leite materno e acabam sendo transmitidos para o lactente. Portanto, o leite materno oferece diferentes experiências de sabores e aromas que vão refletir os hábitos alimentares maternos e a sua cultura alimentar. Assim, crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar (SULLIVAN; BIRCH, 1994).

O olfato deve ser estimulado como adjuvante no reconhecimento dos alimentos. Assim como o cheiro da mãe e do leite materno durante o período de amamentação ajudam a criança a identificar a mãe, a criança aos poucos vai aprendendo a reconhecer suas preferências alimentares e a estimular seu apetite também de acordo com o aroma dos alimentos.

Existem predisposições genéticas para gostar ou não gostar de determinados gostos e diferenças na sensibilidade 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 (BARTOSHUK, 2000; DREWNOWSKI; HENDERSON; HANN, 2000). Sabores experimentados 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 (LEATHWOOD; MAIER, 2005).

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 (BIRCH; MARLIN; ROTTER, 1984). Outro dado importante é que a restrição dos alimentos preferidos das crianças vai fazer com que elas os consumam exageradamente em situações de “liberdade”. Estudos também demonstram que as mães que amamentaram seus filhos por mais tempo apresentaram menor comportamento restritivo (TAVERAS et al., 2004; FISCHER; BIRCH, 1999a, 1999b). 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 (FOX, 2006; BIRCH, 1998). Os pais são responsáveis pelo que é oferecido à criança e a criança é responsável por quanto e quando comer. Essa situação 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 frequentes, 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.

18.1 Idade de introdução e frequência

A definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais. Até os quatro meses de idade, a criança ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos. Apesar de o reflexo de protrusão (que faz com que o bebê jogue para fora tudo que é colocado em sua boca) estar desaparecendo, a criança ainda não senta sem apoio e não obtém o controle neuromuscular da cabeça e do pescoço para mostrar desinteresse ou saciedade, afastando a cabeça ou jogando-a para trás. Portanto, em função dessas limitações funcionais, nessa fase ela está preparada para receber basicamente refeição líquida, preferencialmente o leite materno. Por volta dos quatro a seis meses de vida a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhoram sensivelmente não só em função do desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, como também pela maturação das funções gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular.

Por volta dos seis meses de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório e, por sua vez, a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto a consistência e textura.

As crianças menores de seis meses que recebem com exclusividade o leite materno começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão muito cedo, aprendendo 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 e os intervalos entre as refeições, segundo suas necessidades. Posteriormente, esse autocontrole sofrerá influência de outros fatores, como o cultural e o social. Deve-se sempre pesquisar a história familiar de reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

Na idade de 6 a 12 meses o leite materno pode contribuir com aproximadamente metade da energia requerida nessa faixa etária e 1/3 da energia necessária no período de 12 a 24 meses. Assim, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes após os 6 meses de idade, além dos fatores de proteção que fazem parte da sua composição. O leite materno é uma importante fonte de energia e nutrientes para crianças doentes e reduz o risco de mortalidade em crianças mal nutridas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

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). Receitas de papas podem ser encontradas no anexo A. 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. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia.

No quadro a seguir, apresenta-se uma proposta de esquema alimentar para crianças menores de dois anos de idade, elaborado a partir das recomendações atuais. Esse esquema não é rígido, é apenas um 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 os seis meses 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. **Na impossibilidade do aleitamento materno, oriente em tempo oportuno e de forma adequada a alimentação da criança, de acordo com o preconizado abaixo.**

Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade que estão em aleitamento materno

Ao completar seis meses	Ao completar sete meses	Ao completar 12 meses até 24 meses
Leite materno à demanda	Leite materno à demanda	Leite materno à demanda
Fruta (raspada\amassada) ¹ + Refeição almoço ² (amassada) + Fruta ¹	Fruta (raspada\amassada) ³ + Refeição almoço ² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos) + Fruta (raspada\amassada\em pedaços bem pequenos) ¹ + Refeição jantar ² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos)	Fruta ou Cereal ou Tubérculo + Fruta (em pedaços) ¹ + Refeição da família ² (almoço) + Fruta (em pedaços) ¹ + Refeição da família ² (jantar)

Fonte: BRASIL (2010a).

¹Recomenda-se que a fruta seja oferecida in natura, ao invés de sucos que possuem baixa densidade energética.

²A refeição deve conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + leguminosas + legumes ou verduras ou carne ou ovos).

Nos primeiros dias da introdução dos alimentos complementares, 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 a criança não se satisfaz mais em apenas olhar e 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. Isso aumenta o interesse da criança pela comida.

18.2 Consistência e composição

Deve-se procurar variar ao máximo a alimentação 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/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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A quantidade de comida que deve ser oferecida para as crianças depende da densidade energética dos alimentos que são oferecidos (calorias/ml ou calorias/g). O leite materno contém aproximadamente 0,7 calorias por ml. Os alimentos complementares normalmente contém de 0,6 a 1,0 calorias por grama. Alimentos mais diluídos, como as sopas podem conter 0,3 calorias por ml. Para que os alimentos complementares forneçam 1,0 caloria por grama é importante que a consistência dos alimentos seja do tipo papa ou purê.

No início os alimentos devem ser amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Os alimentos devem apresentar consistência de papas ou purês, pois apresentam maior densidade energética. Os termos sopas ou sopinhas não devem ser utilizados, pois transmitem a ideia de uma preparação mais líquida. A consistência dos alimentos deve respeitar o desenvolvimento das crianças. Aos 6 meses de vida as crianças precisam receber alimentos bem amassados. 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. Aos 8 meses as crianças aceitam alimentos picados ou em pedaços pequenos. Aos 12 meses a maioria das crianças já está apta a comer alimentos na consistência de adultos, desde que saudável.

As crianças amamentadas desenvolvem o autocontrole de saciedade. É importante que, após a introdução de alimentos complementares, os pais e cuidadores não adotem esquemas rígidos de alimentação, como horários e quantidades fixas, prêmios e ou castigos. A tabela abaixo apresenta uma referência das quantidades adequadas de alimentos, de acordo com a idade da criança. Contudo, é necessário reforçar que algumas crianças aceitarão volumes maiores ou menores por refeição, sendo importante observar e respeitar os sinais de fome e saciedade da criança.

Quadro 2 – Idade, textura e quantidade aproximada recomendada

Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos cortados ou levemente amassados	¾ de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos cortados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Fonte: BRASIL (2010a).

A primeira papa salgada deve ser oferecida após a criança completar seis meses de vida. Tal refeição deve conter alimentos de todos os grupos: cereais ou tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes). Carnes e ovos cozidos devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade. O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade.

As frutas devem ser oferecidas após os seis meses de idade, amassadas ou raspadas, sempre às colheradas. E após o aparecimento da dentição, em pedaços pequenos ou inteira, conforme a idade e o desenvolvimento da criança. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e o hábito alimentar da família e lembrando que nenhuma fruta é contra-indicada. Os sucos naturais podem ser usados e não em substituição após as refeições principais, e não em substituição a elas, porém em uma dose pequena. Nos intervalos é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança.

A garantia do suprimento adequado de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento da criança após os seis meses de vida depende da disponibilidade de nutrientes proveniente do leite materno e da alimentação complementar. Ao orientar o planejamento da alimentação da criança, deve-se procurar respeitar os hábitos alimentares e as características socioeconômicas e culturais da família, bem como priorizar a oferta de alimentos regionais, levando em consideração a disponibilidade local 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 (BRASIL, 2010a).

As refeições denominadas almoço e jantar devem conter um alimento de cada grupo, assim, em cada dia a mãe deverá escolher um alimento de cada grupo exemplificado no quadro abaixo.

Quadro 3 – Grupos de alimentos que devem compor as papas da criança

Grupos	Exemplos de alimentos
Cereais, raízes e tubérculos	Arroz, aipim/mandioca/macaxeira, milho, batata, batata doce, cará, inhame, fubá etc.
Legumes, verduras e frutas	Folhas verdes (espinafre, alface, rúcula, couve), beterraba, cenoura, abobrinha, abóbora, tomate, repolho, acelga, beldroega, laranja, banana, abacate, mamão, melancia, manga, limão, maçã, dentre outros.
Carnes e ovos	Frango, boi, peixe, porco, vísceras (miúdos) e ovos.
Feijões	Feijão, lentilha, ervilha, soja, grão de bico, etc.

Fonte: BRASIL (2010a).

Importante:

Estimular o consumo de alimentação caseira, da família e:

- Priorizar os alimentos regionais (arroz, feijão, batata, mandioca/macaxeira/aipim, legumes, frutas, carnes);
- Introduzir a carne nas refeições, desde os seis meses de idade;
- Estimular a utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

Boas opções de alimentos complementares são aqueles:

- Alimentos comumente preparados e consumidos no domicílio como feijão, arroz, carnes, batata, legumes, dentre outros que são importantes fontes de energia, proteína e micronutrientes como ferro, zinco, cálcio, vitamina A, C e folato;
- Pouco temperados ou salgados;
- De fácil consumo para a criança;
- Disponível e acessível localmente.

Crianças a partir do 6º mês de vida precisam ser suplementadas com ferro para a prevenção da anemia. Veja o tópico sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e da Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS.

18.3 Cuidados de higiene

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 ou preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e desnutrição. Oferecer adequada orientação para as mães, durante esse período, é de fundamental importância e essa tarefa deve ser realizada por profissionais de saúde. Práticas de higiene dos alimentos complementares são um importante componente para a prevenção e redução

da ocorrência das doenças diarreicas e suas consequentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças.

Quadro 4 – Práticas importantes para orientação de mães e/ou responsáveis

- A água deve ser tratada, fervida ou filtrada;
- As mãos devem ser lavadas em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa;
- Os alimentos contidos nas papas salgadas devem ser bem cozidos;
- As frutas devem ser bem lavadas em água tratada, fervida ou filtrada, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca.
- A sobra de comida no prato não deve ser oferecida novamente.

Fonte: BRASIL (2010a).

O Profissional de saúde deve orientar as mães, famílias e cuidadores sobre a importância de cozinhar bem as carnes, pois temperaturas superiores a 70°C destroem os micróbios. Para ter certeza do completo cozimento, verifique a mudança na cor e textura da parte interna do alimento.

a. Higienização das frutas, legumes e verduras

Antes do preparo dos alimentos, deve-se ter um cuidado especial na higienização de alimentos, como frutas, legumes e verduras cruas não lavadas, bem como o cuidado com as carnes cruas. Estes alimentos podem apresentar microrganismos patogênicos e parasitas que contaminam os alimentos já prontos para consumo e os utensílios (talheres, pratos, bacias, tabuleiros) que serão utilizados na preparação. Por isso, é importante orientar as famílias e cuidadores para a lavagem correta das mãos e utensílios antes e depois de prepará-los.

Quadro 5 – Procedimento para a higienização de hortaliças, frutas e legumes

Para higienizar as hortaliças, frutas e legumes, é necessário:

- 1) Selecionar, retirando as folhas e ou partes deterioradas;
- 2) Lavar em água corrente vegetais folhosos (alface, escarola, rúcula, agrião, etc.) folha a folha e frutas e legumes um a um;
- 3) Colocar de molho por 10 minutos em solução clorada, utilizando produto adequado para este fim (ler o rótulo da embalagem), na diluição de 200 ppm (1 colher de sopa para 1 litro de água);
- 4) Fazer o corte dos alimentos para a montagem dos pratos com as mãos e utensílios bem lavados;
- 5) Manter sob refrigeração até a hora de servir.

Fonte: BRASIL (2004).

b. Higienização dos utensílios

Os utensílios (tábuas de cortar, talheres, vasilhas, processadores, etc.) devem estar sempre limpos antes de serem usados.

Além disso, as mães e cuidadores devem ser orientadas a usar somente panos de cozinha limpos, trocando-os diariamente. A esponja de lavar louça deve estar sempre bem lavada e deve ser trocada sempre que escurecerem e ficarem desgastadas.

c. Organização e higienização da geladeira e do freezer**Quadro 6 – Procedimento para a higienização da geladeira e freezer**

Para higienização da geladeira e do freezer, é necessário:

- 1) Desligar a geladeira ou o freezer da tomada;
- 2) Retirar todos os alimentos e guardá-los em caixa térmica;
- 3) Retirar as partes móveis e lavar com água e sabão;
- 4) Deixar as portas abertas para descongelar naturalmente;
- 5) Limpar a parte de dentro com bucha, sabão e água;
- 6) Retirar a água com pano limpo;
- 7) Colocar os alimentos novamente;
- 8) Não demorar para realizar a limpeza (no máximo duas horas), pois os alimentos não devem ficar fora da geladeira por muito tempo.

Fonte: BRASIL (2004).

d. Qualidade da água

A água a ser oferecida à criança para o consumo e a água a ser utilizada para preparar os alimentos deve ser o mais limpa possível (tratada, fervida e filtrada).

Quando se desconhece a procedência da água, é recomendado tratá-la adicionando um agente desinfetante com o objetivo de eliminar os microrganismos e tornar a água própria para consumo, ou seja, potável.

Os procedimentos para deixar a água potável, incluem:

Após ferver 1 litro de água (5 xícaras), adicionar 2 gotas (0,08ml) de hipoclorito de sódio (2,5%) e deixar repousar por 30 minutos.

18.4 Conservação dos alimentos

Alimentos Crus

Alimentos crus, como frutas, legumes e verduras devem ser armazenados na parte mais baixa da geladeira ou na gaveta, onde a temperatura é um pouco mais alta, conservando o frescor e a umidade. Os alimentos semi-prontos (temperados, picados) devem ser armazenados nas prateleiras do meio e os alimentos prontos para consumo, na parte superior. Os ingredientes que não forem utilizados totalmente devem ser armazenados dentro da geladeira em recipientes limpos.

ATENÇÃO: é importante orientar as mães e cuidadores para os seguintes cuidados:

- Não superlotar a geladeira;
- Não colocar plásticos ou panos sobre as prateleiras, impedindo a circulação de ar.

Os ovos devem ser retirados da caixinha e armazenados na geladeira em recipientes fechados e não devem ser lavados antes do armazenamento. Deve-se lavá-los e secá-los apenas no momento do preparado. O prazo de validade deve ser observado na embalagem informada pelo estabelecimento de origem, que indicará o prazo máximo para consumo do produto.

Alimentos preparados

Os alimentos prontos, como arroz, feijão, saladas, massas e carnes não devem ficar mais que duas horas à temperatura ambiente.

Aqueles alimentos preparados que forem ser armazenados sob refrigeração (5°C) têm o prazo máximo de consumo de 5 (cinco) dias (BRASIL, 2004).

IMPORTANTE: O profissional de saúde deve orientar as mães e cuidadores sobre a importância de verificar a temperatura do refrigerador. No caso de temperaturas superiores a 4°C (quatro graus Celsius) e inferiores a 5°C (cinco graus Celsius), o prazo máximo de consumo deve ser reduzido, para garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado. Se a família não possuir refrigerador, ou este não estiver em boas condições, é recomendado que o alimento seja preparado em quantidades suficientes apenas para a refeição.

Congelamento

O congelamento é uma forma de conservação dos alimentos e preparações por meio da temperatura fria (de -18°C a -23°C).

Quadro 7 – Etapas necessárias para congelar os alimentos

Etapas do congelamento dos alimentos:

- 1) Frutas e legumes devem ser lavados e secos;
- 2) Acondicionar os alimentos crus ou preparados em recipientes limpos (vidros, sacos ou potes plásticos), em quantidades pequenas, ideais para o consumo de uma refeição;
- 3) Para facilitar, é recomendável identificar os alimentos com uma etiqueta contendo data de preparação e data de validade;
- 4) Colocar no freezer na temperatura de -18°C por até 3 meses;
- 5) Nunca recongelar os alimentos que já foram congelados prontos para o consumo.

Fonte: BRASIL (2004).

Alimentos congelados não devem ser descongelados à temperatura ambiente. Deve-se utilizar o forno de microondas se for prepará-lo imediatamente ou deixar o alimento em um recipiente dentro da geladeira até o descongelamento. Quando o alimento estiver totalmente descongelado, é necessário cozinhá-lo imediatamente. Depois de cozido, esse alimento pode ser armazenado na geladeira novamente (por 2-3 dias) ou congelado.

18.5 Alimentos não recomendados

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, gorduras 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 (SKINNER et al., 2002).

Açúcar, enlatados, 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 (BRASIL, 2010a). 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 são fontes de nutrientes importantes (OVERBY et al., 2003; KRANZ et al., 2005; DUBOIS et al., 2007).

Os sucos artificiais não devem ser oferecidos 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 dessas bebidas e o excesso de peso e com o surgimento precoce de cáries. As crianças podem receber suco de fruta natural após as principais refeições e, durante o dia, devem receber 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 pickles, 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.

O consumo precoce de sal está associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e consequente aumento no risco cardiovascular, quando adulta. opções de ervas e temperos naturais que podem ser utilizados para temperar as refeições, o que estimula a redução do uso do sal e evita a adição de condimentos prontos e 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, manjerição, coentro, noz-moscada, canela, cominho, manjerona, gergelim, páprica, endro, louro, tomilho, entre outros.

Alimentação para crianças não amamentadas

19

Durante os dois primeiros anos de vida a alimentação adequada é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil. O aleitamento materno é a melhor opção de alimentação para crianças pequenas e é recomendado de forma exclusiva até os seis meses de vida, devendo ser complementado após essa idade, com a introdução de outros alimentos, mantendo-se a amamentação até os dois anos ou mais. São inúmeros os benefícios e vantagens da amamentação, em relação a qualquer substituto do leite materno, portanto sua promoção, proteção e apoio devem ser ações prioritárias entre os profissionais de saúde e toda a sociedade.

É imprescindível que o profissional de saúde reflita com as famílias as implicações econômicas da opção pela substituição do aleitamento materno e os riscos à saúde da criança pelo uso desnecessário ou inadequado de alimentos artificiais e mamadeiras, favorecendo uma escolha informada. Além disso, é necessário orientar as famílias sobre a importância de uma alimentação complementar que priorize alimentos saudáveis, regionalmente disponíveis e acessíveis.

Contudo, existem situações clínicas excepcionais em que a amamentação não é indicada ou situações em que foram esgotadas todas as possibilidades de reverter um desmame precoce. Nesses casos, faz-se necessária a utilização de substitutos do leite materno e o profissional de saúde deve estar apto a apoiar essas famílias de forma **individualizada**, buscando minimizar os riscos por meio de avaliação de **cada caso**. Como alternativa ao leite materno, deve-se buscar uma alimentação láctea adequada à situação clínica, social e cultural da família.

A amamentação deve ser protegida, para tanto, a orientação sobre preparo de leites artificiais nunca deve ser feita de forma coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, mães HIV positivo) essa orientação deve ser realizada de maneira individualizada e por profissional qualificado.

O profissional de saúde deve orientar as famílias e cuidadores sobre a alimentação adequada para a criança de acordo com a sua faixa etária, respeitando as condições e desejo da família.

Observações:

O Leite humano processado e distribuído pelos Bancos de Leite Humanos apesar de ser a melhor opção de alimentação para crianças menores de 6 meses é, prioritariamente, destinado a crianças de risco internadas em Unidades de Terapia Intensiva. Mães HIV positivo podem receber fórmulas infantis para a alimentação de seus filhos.

19.1 Leite de vaca

O leite de vaca é muito diferente do leite humano em quantidade e qualidade de nutrientes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o leite de vaca não é um alimento recomendado para crianças menores de um ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). O leite de vaca apresenta elevada quantidade de proteínas, inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, elevados teores de sódio, de cloretos, de potássio e de fósforo e quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais para essa faixa etária (CASTILHO, 2010). Além de não ser nutricionalmente adequado, o leite de vaca é um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopia (GREER et al., 2008).

De acordo com inquérito nacional entre as crianças que recebiam outros leites, o leite de vaca foi consumido por 62,4% das crianças menores de seis meses, por 74,6% das crianças de 6 a 12 meses e por aproximadamente 80% das crianças maiores de doze meses. O consumo de fórmulas infantis foi de 23% em crianças menores de seis meses, 9,8% na idade de 6 a 12 meses e menor 1% nas demais idades. O consumo de leite de soja variou de 14,6% a 20% nas idades investigadas (BORTOLINI et al., 2013).

A prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade da criança, ou mais, deve ser estimulada. Por outro lado, o oferecimento de outros leites para crianças, em situações desnecessárias, deve ser inibido. Tal comportamento garante inúmeros benefícios para a saúde das crianças e das mães e, é uma prática de baixo custo. Na impossibilidade do aleitamento materno, o leite de vaca não é recomendado para crianças pequenas e a fórmula infantil está economicamente distante da realidade econômica da maioria das famílias brasileiras. Assim, é de suma importância o fomento às políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno em todas as regiões brasileiras para reversão do cenário observado (BORTOLINI et al., 2013).

Apesar do leite de vaca, fluído ou em pó, não ser a melhor opção de alimentação para crianças menores de 12 meses, esse alimento é o único alimento disponível em função do baixo custo, quando comparado às formulas infantis disponíveis no mercado. Assim, é importante que os profissionais de saúde saibam orientar as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura, quando esgotadas todas as possibilidades de relactação para manutenção do aleitamento materno e impossibilidade financeira para aquisição de fórmula.

No quadro abaixo são descritas as orientações para crianças em uso de leite de vaca.

Quadro 8 – Alimentação de crianças com leite de vaca

· Crianças menores de quatro meses

- Diluir o leite de vaca integral, conforme orientações abaixo
- A partir do segundo mês de vida, oferecer suplementação de vitamina C (30 mg/dia).
- Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação profilática de ferro (1 mg de ferro elementar por kg de peso/dia) poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares, até a criança completar 24 meses.
- Oferecer água entre as refeições.

· Crianças maiores de quatro meses

- A partir do quarto mês de vida não é mais necessário diluir o leite de vaca integral
- A partir do quarto mês de vida deve-se iniciar a introdução dos alimentos complementares (conforme esquema abaixo para crianças não amamentadas e que não fazem uso de fórmula infantil).
- Oferecer água entre as refeições.
- O consumo máximo de leite não deve ultrapassar 500ml por dia.

Fonte: Elaborado pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde com base nas recomendações de Brasil (2010) e Brasil (2005).

19.1.1 Alimentação de crianças em uso de leite de vaca

Se a criança não estiver sendo alimentada com leite materno e nem fórmula infantil, a partir dos quatro meses de vida deve-se iniciar a introdução de outros alimentos para suprir suas necessidades nutricionais. A partir dessa idade, a criança deverá receber duas de papas salgadas (almoço e jantar) e duas frutas, além do leite sem adição de açúcar. A composição das papas, forma de introdução e consistência devem seguir as mesmas orientações contidas no Guia alimentar para crianças menores de dois anos.

Quadro 9 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e amamentadas e alimentadas com leite de vaca

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Papa de fruta Leite	Fruta Leite	Frutas ou cereal ou tubérculo ou cereal Leite
	Papa salgada	Refeição básica da família (bem cozido ou em pedaços pequenos e macios)	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL (2010a).

O esquema apresentado acima é apenas um exemplo para alimentação de crianças que não recebem leite materno e não são alimentadas com fórmulas infantis. Nesse esquema optou-se pelo maior número de refeições diárias para garantir o suprimento das necessidades nutricionais vindas de alimentos sólidos ao invés do leite de vaca. Essas recomendações precisam ser adaptadas a cada caso e a cada criança, sendo que a introdução deve respeitar a aceitação da criança.

Mesmo após a introdução dos alimentos, o consumo de leite continua sendo uma importante fonte de vitaminas e minerais. Crianças menores de dois anos devem receber leite integral, não sendo recomendado o uso de leite desnatado, no volume máximo de 500ml/dia.

19.1.2 Diluição do leite de vaca integral para crianças menores de quatro meses

Os profissionais de saúde devem orientar as mães e cuidadores quanto aos procedimentos de diluição do leite de vaca adequado para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico (com óleo nos primeiros quatro meses) e a suplementação com vitamina C e ferro. O volume e a diluição indicados abaixo são aproximados e podem variar de acordo com o peso e idade da criança.

O leite deve ser diluído em 2/3 ou 10%, até os quatro meses de idade da criança, devido ao excesso de proteína e eletrólitos que fazem sobrecarga renal. Com a diluição, há diminuição de

energia e ácido linoléico, sendo necessário o acréscimo de 3% de óleo (1 colher de chá de óleo = 27 calorias) para melhorar sua densidade energética. Desta forma, não há necessidade de adição de açúcares e farinhas, alimentos não recomendados para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2010c).

Até completar quatro meses de idade, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100 ml. Após completar quatro meses de idade o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos (BRASIL, 2010c).

Para o preparo do leite de vaca integral em pó é necessário primeiramente, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e em seguida adicionar a água restante necessária. Veja no quadro abaixo as quantidades do leite em pó integral para cada volume final do leite reconstituído.

Quadro 10 – Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas

Reconstituição do leite em pó integral:

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 ½ 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 tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Diluição do leite integral fluido:

2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

70ml de leite + 30ml de água = 100ml

100ml de leite + 50ml de água = 150ml

130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL (2004, 2010a).

Quadro 11 – Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições /dia
Do nascimento aos 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	5 a 6
> 4 meses	180 – 200 ml	2 a 3

Fonte: BRASIL (2004).

Durante os primeiros dias de vida deve-se iniciar com 60 ml / kg dia e aumentar 20 ml / kg por dia, divididos em 6 a 8 alimentações em 24 horas. Depois que os alimentos complementares forem introduzidos, a quantidade de leite permanece, aproximadamente, a mesma que ao administrado aos seis meses de idade, mas podem variar de acordo com a disponibilidade de leite e outros alimentos e as demandas da criança ((ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010).

19.2 Fórmulas infantis

As fórmulas infantis para lactentes correspondem a leites industrializados indicados para lactentes que não estão em aleitamento materno. A grande maioria das fórmulas existentes no comércio é elaborada a base de leite de vaca e seguem as recomendações do “*Codex Alimentarius*”⁴. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteínas e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos encontrados no leite materno não são encontrados nas fórmulas infantis.

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas infantis para lactentes e as de seis a doze meses com formulas de seguimento para lactentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008). Apesar de proporcionar o conteúdo nutricional necessário, as fórmulas não são estéreis e estão sujeita às mesmas preocupações de segurança, como cuidados com a higiene na preparação e abastecimento de água potável. Esses cuidados devem ser ainda maiores nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

⁴ Codex Alimentarius - é um fórum internacional de normatização do comércio de alimentos estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), por ato da Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de proteger a saúde dos consumidores. Suas diretrizes referem-se aos aspectos de higiene e propriedades nutricionais dos alimentos, abrangendo código de prática e normas de aditivos alimentares, pesticidas, resíduos de de medicamentos veterinários, substâncias contaminantes, rotulagem, classificação, métodos de amostragem e análise de riscos. Disponível em: <<http://www.agricultura.gov.br/internacional/negociacoes/multilaterais/codex-alimentarius>>. Acesso em: colocar data do acesso. Exemplo: 26 jan. 2013.

Quadro 12 – Alimentação de crianças com fórmulas infantis

- **Crianças menores de seis meses (< 6 meses)**
 - Fórmula infantil para lactentes
 - Oferecer água entre as refeições.
 - Quando a fórmula é oferecida em diluição e quantidade adequada, não é necessário oferecer suplementos vitamínicos, nem suplemento de ferro, pois esses estão presentes na composição das fórmulas.
- **Crianças maiores de seis meses (> 6 meses)**
 - Fórmula infantil de segmento para lactentes.
 - A partir do sexto mês de vida, iniciar a introdução de outros alimentos, conforme esquema para crianças amamentadas.
 - Oferecer água entre as refeições.
 - Crianças que consomem 500 ml de fórmula infantil em diluição adequada devem ser avaliadas pelo pediatra quanto a necessidade de suplementação de ferro ou de múltiplos micronutrientes.

Fonte: Elaborado pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde com base nas recomendações de Brasil (2010) e Brasil (2004).

ATENÇÃO: A fórmula infantil para lactente deve ser preparada cuidadosamente, de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança. As informações sobre a quantidade também estão incluídas no rótulo do produto.

O profissional de saúde deve orientar as mães e cuidadores quanto à importância de seguir as recomendações de diluição do produto. Leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois pode resultar, respectivamente, em uma sobrecarga renal de sais e proteína ou desnutrição. Deve-se também fornecer orientações quanto à qualidade da fórmula oferecida e análise dos rótulos.

É importante destacar a necessidade do consumo de água (tratada, fervida e filtrada) nos intervalos das refeições para criança menores de seis meses, não amamentadas.

19.2.1 Alimentação de crianças em uso de fórmula infantil

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Abaixo é apresentado o esquema alimentar para crianças em uso de fórmula.

Quadro 13 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e alimentadas com fórmula infantil

Nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta Alimentação láctea	Papa de fruta Alimentação láctea	Frutas ou cereal ou tubérculo ou cereal Alimentação láctea
	Alimentação láctea	Papa salgada	Refeição básica da família
		Alimentação láctea	Alimentação láctea

Fonte: BRASIL (2010c).

19.3 Cuidados de higiene no preparo das refeições lácteas

Os profissionais de saúde devem orientar as mães e cuidadores quanto ao preparo adequado das refeições lácteas e os cuidados com a higiene.

É necessário recomendar:

- Lavagem das mãos e utensílios (colheres, jarras, copos, etc) com água e sabão, usando panos limpos e secos para enxugá-las antes de preparar e oferecer as refeições lácteas;
- Lavagem da superfície onde será preparada a refeição láctea com água e sabão;
- Utilizar água tratada, fervida e filtrada para a diluição do leite, se necessário;
- As refeições lácteas devem ser preparadas próximas ao momento do consumo;
- Não se deve oferecer à criança sobras da refeição láctea anterior.

As crianças devem receber as refeições lácteas preferencialmente em copos ou copinhos. A mamadeira é um grande veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreias. Sua utilização está associada também com maior risco de desmame precoce, problemas orofaciais, de fala e dentição. Na impossibilidade de evitar seu uso, o profissional de saúde deve orientar a higienização adequada, pois o acúmulo de alimentos, na mamadeira ou bico, aumenta os riscos de contaminação. É necessário lavar com água e sabão para retirar toda a sujeira e ferver em água limpa e panela tampada por pelo menos 15 minutos após cada uso. Sempre que possível, seu uso deve ser desestimulado. Os copos e xícaras são mais baratos e fáceis de higienizar.

19.4 Alergias e intolerâncias alimentares

As reações adversas aos alimentos podem ser causadas por mecanismos imunológicos (alergia ou hipersensibilidade alimentar) ou não imunológicos. As reações não imunológicas não são consideradas manifestações clínicas de alergia alimentar.

A hipersensibilidade alimentar é definida como uma reação clínica adversa reproduzível após a ingestão de proteínas alimentares, mediada por resposta imunológica anormal. As reações de hipersensibilidade podem ser mediadas ou não pela IgE (reação imediata). Assim, hipersensibilidade ou alergia alimentar caracteriza-se por reações adversas após a ingestão de alimentos, resultantes de uma resposta imunológica anormal ou exagerada à(s) proteína(s) presente(s) nesses alimentos (SAMPSON, 2004).

Cerca de 90% das reações alérgicas são causadas por oito principais alimentos: leite de vaca, ovo, amendoim, nozes, soja, trigo, peixes e crustáceos.

O diagnóstico da alergia alimentar pode ser difícil, pois, muitas vezes, as intolerâncias alimentares são classificadas de forma incorreta como alergias alimentares (NATIONAL INSTITUTE FOR ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE, 2010). Veja no quadro 14 as principais características das alergias e intolerâncias alimentares. A APLV é o tipo de alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína (proteína do coalho) e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina). É muito raro o seu diagnóstico em indivíduos acima desta idade, visto que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca.

Dados internacionais mostram que em crianças a prevalência é de 2% a 3% de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), 1% a 2% ao ovo e 0,3% ao amendoim (HUSBY, 2008). Nos dois primeiros anos de vida a APLV é a alergia alimentar mais frequente em crianças que já recebem alguma fórmula infantil ou leite de vaca integral, tendo em vista que geralmente sua introdução é precoce. Cabe destacar que o leite materno não desencadeia alergia (BOYCE et al., 2010; FIOCCHI et al., 2010).

Quadro 14 – Alergias e intolerâncias alimentares

Alergia alimentar	Intolerância Alimentar
O que é? Alergia Alimentar é uma reação causada por uma resposta imune que ocorre após a exposição a uma substância alimentar, geralmente proteína. A reação pode ocorrer após a primeira vez que o alimento é consumido (primeira exposição) ou após várias exposições ao alimento, variando de uma pessoa para outra. Os alimentos que comumente provocam alergias alimentares são amendoins, frutos do mar, leite, ovos, soja, trigo, nozes, frutas (melão, morango) e peixes. A alergia ao leite tem maior prevalência em crianças de 1 e 2 anos de idade e amendoins em indivíduos entre 6 e 19 anos de idade.	O que é? Intolerâncias alimentares ocorrem quando existe uma incapacidade de digerir alguns alimentos devido a uma razão não imunológica, como uma deficiência de enzima ou desordem metabólica. Geralmente a intolerância a lactose e ao glúten são as mais comuns, no entanto, as duas são relativamente raras em crianças.
Quais os sintomas? Sintomas gastrointestinais (náuseas, refluxo, flatulência, dor abdominal, vômitos e diarreias), cutâneos (urticárias, eczema - erupções cutâneas, eritema - vermelhidão na pele) e respiratórios (renite, asma, tosse). Os sintomas respiratórios ocorrem somente em alergias alimentares e são frequentemente um sinal de anafilaxia (grave reação alérgica que pode causar a morte). Os sintomas podem variar de uma pessoa para outra.	Quais os sintomas? Os sintomas variam muito de uma pessoa a outra. Os mais comuns são distúrbios gastrintestinais e cutâneos sendo geralmente os mesmos relacionados à alergia alimentar.

Fonte: Elaborado pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde com base em National Institute of Allergy and Infectious Disease (2010), Garzon (2011) e Wang (2011).

19.4.1 Diagnóstico

O diagnóstico de alergia alimentar é realizado por meio de investigação clínica minuciosa e o profissional de saúde deve verificar vários aspectos relacionados aos sinais e sintomas, como: frequência, reprodutibilidade e época da última reação, tempo entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas, influência de fatores externos no aparecimento dos sintomas, diário alimentar associado aos sinais e sintomas (o que, quando e quanto comeu e o que apresentou); histórico familiar de alergia, do tempo de aleitamento materno, época de introdução de fórmulas infantis artificiais, ingestão de fórmula à base de leite de vaca na maternidade, outros alimentos consumidos e tratamentos dietéticos anteriores (dietas já realizadas), dentre outros (FIOCCHI et al., 2010; ASBAI; SBAN, 2012).

Para a confirmação diagnóstica, é necessário:

- 1) avaliação da história clínica;
- 2) desaparecimento dos sintomas com dieta de exclusão alérgico;
- 3) reaparecimento dos sintomas ao realizar o teste de provocação oral (TPO).

O TPO em alergia alimentar representa uma ferramenta extremamente útil não só para o diagnóstico da doença, mas também para averiguar a tolerância ao alimento.

A avaliação laboratorial para complemento as informações da avaliação clínica e o TPO, devem ser realizado por médico especialista.

19.4.2 Prevenção e tratamento para Alergias e Intolerâncias Alimentar

Apesar do risco das reações alérgicas serem graves e mesmo fatais, até o momento, o método mais efetivo para a prevenção dos sintomas e tratamento tanto das alergias como das intolerâncias alimentares é a retirada do alimento “agressor” da dieta, sendo necessário substituí-los por alimentos tolerados (NOWAK-WEGRZYN; MURARO, 2011).

A completa eliminação do alimento alergênico é a única forma comprovada, atualmente disponível de tratamento. A dieta de exclusão tem como objetivo eliminar da dieta aqueles alimentos relacionados à sintomatologia ou aqueles considerados muito alergênicos, evitando alimentos industrializados ou todos aqueles dos quais não é possível conhecer a composição. Além disso, a dieta prevê a oferta de energia e de nutrientes, suficientes para atender às necessidades da criança, reintroduzindo gradativamente os alimentos excluídos da dieta, de acordo com a resposta clínica (um alimento por vez).

As dietas de exclusão podem ser utilizadas por curtos ou longos períodos de tempo, contudo, devem ser adotadas com cautela principalmente se um número significativo de alimentos ou grupos de alimentos são proibidos, podendo implicar na inadequação da ingestão alimentar e déficit no estado nutricional. Os alimentos a serem oferecidos devem proporcionar oferta adequada de nutrientes e segurança quanto à ausência do alérgeno alimentar.

Em lactentes sob aleitamento materno exclusivo e que apresentam quadro clínico sugestivo de alergia alimentar não é necessário interromper a amamentação e sim excluir da dieta da mãe os alimentos alergênicos. Já se o lactente estiver em aleitamento artificial é recomendável que sejam utilizadas fórmulas infantis que atendam as necessidades nutricionais da criança. As fórmulas substitutas do leite de vaca se baseiam em fórmulas a base de soja, proteínas hidrolisadas e a base de aminoácidos. Lactentes em uso dessas fórmulas deverão ser acompanhadas por profissionais habilitados de forma individualizada e sistemática.

Durante a gestação ou lactação, não é recomendada restrição da dieta materna como estratégia de prevenção do desenvolvimento ou evolução clínica da Alergia ou Intolerância Alimentar (NATIONAL INSTITUTE FOR ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE, 2010).

O aleitamento materno é recomendado de forma exclusiva até os seis meses de idade da criança e a introdução de alimentos sólidos deve ocorrer a partir dos seis meses de vida. Alimentos potencialmente alergênicos também devem ser introduzidos nesse período (NATIONAL INSTITUTE FOR ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE, 2010).

O profissional de saúde deve ficar atento quanto ao risco de comprometimento do estado nutricional. Crianças com diagnóstico de alergias ou intolerância alimentar devem ser acompanhadas e as mães e cuidadores orientadas quanto aos cuidados necessários para a alimentação e substituição do alimento agressor. Além disso, deve-se orientar as mães e cuidadores quanto a leitura dos rótulos de alimentos para a identificação dos ingredientes contidos nos alimentos.

A alergia alimentar ou alergia à proteína heteróloga pode ser desenvolvida por qualquer proteína introduzida na dieta habitual da criança. A mais frequente é a que ocorre com a ingestão de proteína do leite de vaca, pelo seu alto poder alergênico e pela precocidade de uso por crianças não amamentadas ou em aleitamento misto (leite materno e outro leite). O desenvolvimento da alergia alimentar depende de diversos fatores, incluindo a hereditariedade, a exposição às proteínas alergênicas da dieta, a quantidade ingerida, a frequência, a idade da criança exposta e, ainda, o desenvolvimento da tolerância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

A exposição já aos seis meses a alguns alimentos alergênicos, como o ovo, ajuda no desenvolvimento da tolerância imunológica, visto que entre o sexto e o sétimo mês há o período chamado 'janela de oportunidades', em que o sistema imunológico está maduro para receber novos alimentos. No entanto, para crianças com história familiar de alguma alergia é prudente que a introdução seja gradual, ou seja, que cada alimento potencialmente alergênico seja introduzido isolado de outros com a mesma característica (KOPLIN, 2010; OLIVES, 2010; GRIMSHAW, 2012).

A amamentação é bastante eficiente na prevenção das alergias em geral, incluindo alergias alimentares, alergia ao leite de vaca, prevenção da doença celíaca, e também para o desenvolvimento da tolerância oral aos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008; OLIVES, 2010). Assim, é recomendado que a introdução de alimentos seja acompanhada da manutenção do aleitamento materno, uma vez que o leite materno tem efeito protetor sobre a mucosa gastrointestinal, diminuindo a permeabilidade intestinal e a prevalência de gastroenterites agudas (OLIVES, 2010; SHAMIR, 2012).

A fluoração da água, a escovação dos dentes com cremes dentais (dentifrícos) fluoretados e o hábito alimentar saudável constituem as melhores medidas para prevenção de cárie e outros problemas bucais nas crianças (BRASIL, 2009b).

Recomenda-se a higiene da cavidade bucal do bebê a partir da erupção do primeiro dente decíduo, com fralda de pano ou gaze limpa ou com uma escova de dente umedecida em água filtrada ou fervida, com a finalidade de se estabelecer desde cedo o hábito da higienização.

Enquanto a criança possuir apenas os dentes anteriores, a higiene pode ser feita com fralda ou gaze. Entretanto, a partir do nascimento do primeiro dente posterior, que ocorre entre 12 e 18 meses, é indispensável realizar a higiene bucal (dentes e dorso da língua) com uma escova dental de cabeça pequena, cabo longo e cerdas macias. Desde a erupção do primeiro dente e durante os 4 primeiros anos de vida orienta-se utilizar pouca quantidade de creme dental (dentifríco), não superior a um grão de arroz cru, por duas vezes ao dia, e deve-se ensinar a criança a não engolir a espuma do creme dental, já que o excesso pode provocar a fluorose (manchas esbranquiçadas que aparecem nos dentes por excesso de absorção de flúor). Dos quatro aos oito anos, a quantidade de creme dental em cada escovação pode ser um pouco maior: o equivalente a um grão de ervilha. Os pais e responsáveis devem higienizar a cavidade bucal da criança até que ela aprenda a escovar corretamente sozinha e saiba cuspir o creme dental. Mesmo depois que consigam escovar os dentes é importante que os pais ou responsáveis estejam juntos com a criança, ajudando-a na tarefa (BRASIL, 2006a).

A limpeza dos dentes, antes de dormir, é a mais importante sob o ponto de vista de prevenção da cárie. Enquanto a criança ainda mamar, deve-se fazer a limpeza noturna dos dentes após a última mamada, mas se isso não for possível, pode ser feita a limpeza dos dentes antes dessa mamada. Vale ressaltar que só a criança só desenvolve cárie se consumir açúcar e que tanto a quantidade quanto a frequência de ingestão de açúcar estão associadas ao risco de cárie.

Em caso de ser utilizado leite de vaca líquido ou em pó, chá, suco ou água, deve-se desestimular o acréscimo de açúcares. Igualmente importante é recomendar que, após uso de xaropes e outros medicamentos (que são adocicados), seja feita a higienização dos dentes, independentemente do horário. Além disso, deve ser desestimulado o consumo de alimentos açucarados, principalmente aqueles que contêm sacarose, como biscoitos e sucos industrializados, nos intervalos das refeições.

IMPORTÂNCIA DOS DENTES DECÍDUOS

Os dentes decíduos guardam espaço e preparam o caminho para os dentes permanentes, servindo de guia para que estes se posicionem de forma correta. Dentes decíduos saudáveis proporcionam alimentação prazerosa, mastigação eficiente, sem desconforto, e fonação adequada. Além disso, dentes decíduos sadios são importantes para que a criança não se sinta diferente do restante do grupo de sua faixa etária e apresente algum problema emocional/social.

Ações do serviço de saúde que podem fortalecer a nutrição das crianças

21

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida, que inclui a prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade e a introdução de alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, mantendo o leite materno até 2 anos de idade ou mais, resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todos os ciclos de vida. No entanto, nesse período, considerando as elevadas necessidades nutricionais, se fazem necessárias ações que complementem a ingestão de alguns micronutrientes. Assim, para contribuir com prevenção das carências nutricionais específicas, principalmente a anemia e a hipovitaminose A, recomenda-se a suplementação com micronutrientes.

Associada às ações de suplementação, é importante conhecer e avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar das crianças, no âmbito da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). O acompanhamento dos indicadores do estado nutricional e dos padrões de consumo ao longo dos anos permite que os gestores, em diferentes níveis de governo, implementem estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição.

21.1 Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar

A vigilância epidemiológica em Alimentação e Nutrição é feita a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que tem como objetivo fornecer informação contínua sobre o perfil alimentar e nutricional da população brasileira e os fatores que o influenciam. Esta informação irá servir de base para a tomada de decisões pelos responsáveis por políticas, planejamento e o gerenciamento de programas para melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional em nível local, estadual e federal.

O sistema informatizado do SISVAN permite o registro dos dados de alimentação e nutrição da população atendida na Atenção Básica por meio de formulários para avaliação do estado nutricional e levantamento das práticas alimentares nos diversos ciclos de vida.

Para crianças menores de seis meses:

O formulário para essa faixa etária tem como objetivo identificar o tipo de alimentação que a criança recebe (aleitamento materno exclusivo ou predominante, alimentação complementar ou não recebe leite materno). Deve-se enfatizar que o período que está sendo avaliado corresponde à prática alimentar do dia anterior à data do inquérito.

Para crianças entre seis meses e até dois anos:

O objetivo das questões para essa fase da vida é caracterizar a introdução de alimentos, que deve ocorrer a partir dos 6 meses de idade e a adoção de comportamento de risco tanto para a ocorrência de deficiência de ferro, como para o desenvolvimento de excesso de peso. Novamente, deve-se enfatizar que muitas questões referem-se ao dia anterior à data do inquérito.

O conhecimento dessas informações subsidia profissionais que atuam na Atenção Básica e os gestores em diferentes esferas de governo na implantação e implementação de estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição.

21.2 Ações complementares para a prevenção e controle das carências nutricionais na infância

21.2.1 Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

Dentre os grupos de risco, as crianças com idade inferior a 24 meses merecem especial atenção, devido ao alto requerimento de ferro, dificilmente atingido pela alimentação complementar nesta fase da vida. A maioria das crianças, nessa idade, não consomem a quantidade de ferro recomendada. Em função disso, recomenda-se a adoção de estratégias adicionais à promoção da alimentação complementar para garantir o suprimento adequado de ferro nessa fase tão importante. As intervenções mundialmente conhecidas e adotadas pelos países para conter a anemia por deficiência de ferro são: a fortificação de alimentos, a suplementação com ferro e/ou outros micronutrientes e a educação alimentar e nutricional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, 2011).

Além da fortificação das farinhas de trigo e de milho e das ações educativas, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 24 meses com sulfato ferroso. Assim, todas as crianças brasileiras devem receber suplementação com ferro, em doses profiláticas, para a prevenção da anemia. A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Organização Mundial da Saúde também fazem a recomendação de suplementação com ferro para crianças menores de dois anos de idade.

Até o ano de 2012, o Ministério da Saúde adquiria o sulfato ferroso de forma centralizada e distribuía a todos os municípios brasileiros. Em 2013, a compra de sulfato ferroso foi

descentralizada com a publicação da Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Assim, os estados, Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela aquisição do sulfato ferroso por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. É importante destacar que a suplementação de ferro para a prevenção da anemia deve estar disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde do país.

Em 12 de setembro de 2014, foi publicada a Portaria nº 1977 que atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

O manual operacional do Programa está disponível: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_ferro2013>

Quadro 15 – Recomendação de suplementação de crianças com ferro

Público	Conduta*	Periodicidade	Insumo
Crianças de 6 a 24 meses	1 mg de ferro elementar/Kg de peso	diariamente até completar 24 meses	Sulfato Ferroso Gotas (25 mg/ml)

Fonte: BRASIL (2013).

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 introdução da alimentação complementar deve ser orientada de forma adequada, uma vez que ela tem papel importante no suprimento de ferro durante a infância. É indiscutível que o leite materno nos primeiros seis meses de vida da criança previne anemia, apesar da sua baixa quantidade de ferro, pois a biodisponibilidade permite a absorção de 50% do ferro presente, enquanto a absorção do ferro do leite de vaca, que possui quantidades semelhantes, é de 10%.

No Brasil, alguns estudos pontuais observaram que a deficiência de ferro é a principal causa da anemia em crianças menores de dois anos (HADLER et al., 2002; ALMEIDA et al., 2004; CARVALHO et al., 2010; BORTOLINI; VITOLO, 2010). Recentemente tem se discutido a importância da deficiência de outros micronutrientes na etiologia da anemia. Algumas hipóteses têm sido consideradas para explicar a discordância entre os níveis de hemoglobina baixos e a presença de depósito adequado de ferro, que perpassam pela possível deficiência de outros micronutrientes ou ainda por prejuízos no transporte do ferro. Sabe-se que alguns micronutrientes são importantes para o metabolismo do ferro, assim, na ausência desses o ferro não seria mobilizado (ALLEN; PEERSON; OLNEY, 2009; FISHMAN; CHRISTIAN; WEST, 2000).

O ferro apresenta-se nos alimentos sob duas formas: heme e não heme. O ferro heme, presente na hemoglobina e mioglobina das carnes e vísceras, tem maior biodisponibilidade, não estando exposto a fatores inibidores. As carnes apresentam cerca de 2,8mg de ferro por 100g do alimento, sendo absorvidos em torno de 20% a 30% desse nutriente. O ferro não heme, contido no ovo, cereais, leguminosas (ex. feijão) e hortaliças (ex. beterraba), ao contrário do ferro animal,

é absorvido de 2% a 10% pelo organismo. Ele pode ter suas taxas de absorção aumentadas pela presença de agentes facilitadores da sua absorção, ou agentes que diminuem sua absorção. Três potentes facilitadores da absorção do ferro não heme são as carnes, o ácido ascórbico – vitamina C e a vitamina A, contribuindo para diminuir a prevalência de anemia. Fitatos, taninos, cálcio e fosfatos, por outro lado, possuem efeito inibidor, diminuindo a sua absorção.

Atenção especial deve ser dada às crianças com idade entre 6 a 12 meses, pois a recomendação de ferro é elevada e difícil de ser consumida apenas pela alimentação. A necessidade diária de ferro em crianças de seis a 12 meses é de 11mg/dia e, para crianças de um a três anos, é de 7mg/dia (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Assim, a criança fica vulnerável ao desenvolvimento de anemia por deficiência de ferro, que prejudica o seu crescimento e desenvolvimento. Por isso os esforços devem ser centrados na recomendação de alimentos que são fonte de ferro, com consumo diário de carne, miúdos (no mínimo uma vez por semana) e suco de fruta natural, fonte de vitamina C, após o almoço e jantar, para aumentar a absorção do ferro não heme. Deve ser reforçada a recomendação da ingestão máxima de 500ml de leite por dia, caso a criança não seja amamentada. Crianças de 6 a 24 meses devem receber o suplemento de ferro disponível nas unidades básicas de saúde de forma preventiva. A seguir estão listados alimentos comumente consumidos pelas crianças e fonte de ferro.

Quadro 16 – Lista de alimentos e quantidade de ferro fornecida por alimentos usualmente consumidos

ALIMENTOS	DESCRIÇÃO	PORÇÃO	Ferro (mg)
Ferro heme			
Fígado bovino cozido	1 bife médio	60g	3,4
Fígado de frango cozido	1 unidade pequena	50g	4,8
Bife de gado cozido - lagarto	1 bife médio	60g	1,2
Bife de gado cozido - patinho	1 bife médio	60g	1,8
Frango cozido - coxa (sem pele)	1 unidade pequena	50g	0,5
Frango cozido – sobrecoxa (sem pele)	1 unidade pequena	50g	0,7
Peixe cozido	1 filé pequeno	50g	0,3
Ferro não heme			
Ovo cozido	1 unidade pequena	50g	0,75
Feijão preto cozido	½ concha média	50g	0,75
Brócolis cozido	2 colheres de sopa cheias picado	20g	0,2
Espinafre cozido	1 colher de sopa cheia	25g	1,65
Beterraba cozida	2 fatias grandes	50g	0,1

Fonte: PHILIPPI (2002); PINHEIRO (2002).

Atenção!

As crianças e/ou gestantes que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade da suplementação com sulfato ferroso do Programa Nacional de Suplementação de Ferro ou com micronutrientes em pó da Estratégia NutriSUS. Esses casos devem ser acompanhados individualmente pelas equipes de saúde e, somente o médico responsável pelo acompanhamento da criança, deve avaliar a indicação do uso do sulfato ferroso ou dos sachês de vitaminas e minerais ou qualquer outro suplemento de ferro.

21.2.2 Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS

A partir de 2014, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, implantou a Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS, com o objetivo de potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências de vitaminas e minerais na infância.

O NutriSUS consiste na adição direta de nutrientes em pó (vitaminas e minerais) na alimentação que as crianças de 6 a 48 meses de idade irão consumir em uma de suas refeições diárias. A estratégia está sendo implantada em creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), como uma das ações intersectoriais que visam à saúde, nutrição e desenvolvimento das crianças brasileiras.

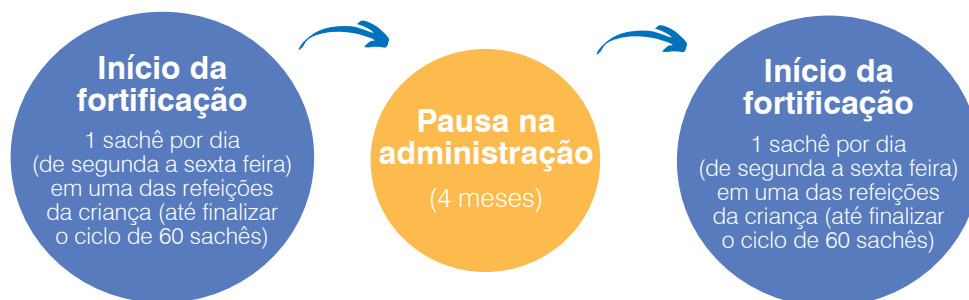
Ressalta-se que as crianças que participam da estratégia NutriSUS não devem receber o sulfato ferroso ou outras formas de suplementação de ferro. As crianças que recebem megadose de vitamina A na atenção básica podem fazer uso concomitante do sachê com múltiplos micronutrientes.

Atenção!

As crianças que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade da suplementação com sulfato ferroso do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - PNSF ou com micronutrientes em pó da Estratégia NutriSUS. Esses casos devem ser acompanhados individualmente pelas equipes de saúde e, somente o médico responsável pelo acompanhamento da criança, deve avaliar a indicação do uso do sulfato ferroso ou dos sachês de vitaminas e minerais ou qualquer outro suplemento de ferro.

Para mais informações, acesse os materiais no link: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/nutrisus.php>>

Figura 17 – Calendário anual a ser realizado na Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó em creches do PSE



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

21.2.3 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, publicada em 2006, a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública moderado no país. Dados dessa pesquisa mostram que 17,4% das crianças brasileiras menores de 5 anos estão nessa condição, sendo que a prevalência é de 21,6% na região sudeste, 19,0% na região nordeste, 11,8% na região centro-oeste, 10,7% na região norte e 9,9% na região sul (BRASIL, 2009a). Para a OMS, estes percentuais indicam que a hipovitaminose A é um problema de saúde pública moderado no Brasil e, portanto, recomenda-se a suplementação com megadose de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade.

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, reduz o risco de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade, por todas as causas, em crianças HIV positivo em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também aumenta o risco das crianças desenvolverem anemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Diante disso, a adequação do consumo de vitamina A é fundamental para o crescimento saudável de crianças da primeira infância. Por isso, o governo brasileiro implementou o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, que prevê a suplementação de todas as crianças na idade de 6 a 59 meses que moram nas regiões Nordeste e Norte e também nos municípios que fazem parte do Programa Brasil Sem Miséria pertencentes às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, além de todas as crianças residentes em territórios dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2012). A partir de 2014, foi aberta adesão aos municípios que não participavam do Programa, mas que manifestaram interesse em participar.

De acordo com o Programa, os suplementos (insumos) são adquiridos pelo Ministério da Saúde e enviados aos estados e estes encaminham aos municípios. Os insumos serão entregues nas Unidades Básicas de Saúde para serem administrados em todas as crianças de 6 a 59 meses de idade, durante a rotina do serviço e nas campanhas de vacinação. Ressalta-se que crianças que

recebem megadoses de vitamina A na atenção básica podem fazer uso concomitante dos sachês com múltiplos micronutrientes nas creches.

Recomendação:

- Mega dose de Vitamina A de 100.000 UI para crianças de 6 a 11 meses: 1 dose apenas;
- Mega dose de Vitamina A de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses: 1 dose a cada 6 meses.

Além do suplemento de vitamina A, é importante que a alimentação habitual das crianças forneça alimentos fontes de vitamina A. Por isso, além de oferecer alimentos ricos nesse nutriente na alimentação escolar e nas refeições das creches, é fundamental que a família seja envolvida em ações em que seja incentivado o consumo de alimentos ricos nesse nutriente. A vitamina A pode ser encontrada em alimentos como abóbora, manga, cenoura, acerola, goiaba, melão, agrião, alface, brócolis, couve e rúcula, entre outros.

Quadro 17 – Lista de alimentos e quantidade de vitamina A fornecida por alimentos usualmente consumidos

ALIMENTOS	DESCRIÇÃO	PORÇÃO	VIT. A (RE)
Fígado bovino cozido	1 bife médio	100g	10.318.764
Ovo cozido	1 unidade pequena	50g	95.5
Leite de vaca integral	1 copo requeijão	250ml	77.5
Abóbora cozida	2 colheres sopa cheia	72g	178.56
Mamão papaya	½ unidade média	155g	68.2
Manga	1 unidade média	140g	301.0
Cenoura cozida	1 colher sopa cheia	25g	55.75
Cenoura crua	2 colheres sopa cheia	24g	675.12
Acerola	10 unidade	120g	278.4
Goiaba	1 unidade média	170g	59.5
Melão	1 fatia média	90g	165.6
Pitanga	10 unidades	100g	78
Tomate	4 fatias médias	60g	27
Agrião	4 folhas médias	20g	45.8
Alface lisa	3 folhas médias	30g	55.2
Brócolis cozido	3 ramos médios	60g	78.6
Espinafre cozido	2 colheres sopa	50g	94.0
Couve refogada	2 colheres sopa cheia	40g	76.8
Rúcula	4 folhas	20g	63.4

Fonte: PHILIPPI (2002); RODRIGUEZ-AMAYA (2008).

Orientações importantes de acordo com a idade da criança

22

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida é fundamental para a prevenção de anemia, deficiência de vitamina A, sobrepeso e baixo peso. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para as crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar e nutricional de uma população. Embora seja atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e da família a sua execução, o sucesso final da ação depende também da definição de políticas governamentais adequadas e da participação e apoio de toda a sociedade civil. O quadro 15 sumariza as principais orientações e condutas que devem ser preconizadas de acordo com a idade da criança.

Quadro 18 – Principais condutas de acordo com a idade da criança

Período	Orientações
Até completar 6 meses de vida	Orientar, apoiar, promover e proteger as mães para o aleitamento materno exclusivo até que a criança complete 6 meses de vida. Desestimular a oferta de chás, água ou qualquer outro alimento nesse período.
Aos completar 6 meses de vida	Orientar a introdução dos alimentos complementares. Orientar a introdução da água. Estimular a manutenção do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais. Orientar o consumo de alimentos que são ricos em Vitamina A e Ferro. Desestimular a oferta de alimentos com açúcar, ou a adição de açúcar, doces, chocolates, refrigerantes, frituras, salgadinhos e outras guloseimas. Fazer a orientação para uso de suplemento de ferro, em doses preventivas, para a prevenção da anemia. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, fornecer a megadose para as crianças a cada 6 meses. Orientar práticas de higiene no preparo da alimentação complementar.
Aos 9 meses de vida	Orientar que a partir dos oito meses de vida a criança já pode receber a comida preparada para a família, desde que sem excesso de óleo, sal e condimentos; Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais; Orientar o consumo de alimentos que são ricos em Vitamina A e Ferro. Desestimular a oferta de alimentos com açúcar, ou a adição de açúcar, doces, chocolates, refrigerantes, frituras, salgadinhos e outras guloseimas. Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificar se a criança recebeu a megadose depois de completar 6 meses.
Dos 12 aos 24 meses de vida	Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais. Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificar a data da última dosagem. Se houve intervalo de seis meses ou mais, fornecer a megadose.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2009a).

Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos

23

Os Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos é um manual técnico para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena. Estudos de intervenção foram realizados para avaliar o impacto de orientações baseadas nas recomendações do "Guia Alimentar para crianças menores de dois anos". A intervenção associou-se a maior proporção de aleitamento materno exclusivo aos quatro e seis meses e amamentadas aos 12 meses e a menor proporção de crianças que apresentaram diarreia, problemas respiratórios e uso de medicamentos na faixa etária de 12 a 16 meses. A intervenção associou-se também a menor prevalência de cárie dentária nas crianças que receberam a intervenção (VITOLO et al., 2005; FELDENS; VITOLO; DRACHLER, 2007).

Em relação ao consumo de alimentos de baixo valor nutricional, o mesmo estudo mostrou que a intervenção baseada na orientação dos Dez passos foi capaz de reduzir o número de crianças que receberam bala, refrigerante, mel, biscoitos do tipo recheado, chocolate e salgadinho na faixa etária de 12 a 16 meses. Os autores enfatizam que as orientações contidas nos Dez passos da alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos não requerem mudanças estruturais no âmbito econômico e social e, portanto, não há limitações para serem alcançadas em curto prazo, desde que os profissionais de saúde passem a priorizar essas orientações na atenção primária.

Os profissionais e as Equipes de Atenção Básica podem estabelecer estratégias para sensibilizar e avaliar sua prática profissional, pensando na integralidade e interdisciplinaridade do cuidado e, ao mesmo tempo, ajudar a família a adotar os dez passos. Eis algumas orientações:

Passo 1:	<i>Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Rever se as orientações sobre aleitamento materno são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

continua

continuação

Passo 2:	<i>A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Antes de dar a orientação desse passo, perguntar à mãe/cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidá-la(lo) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.
Passo 3:	<i>Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Sugerir receitas de papas, oferecendo ideias em relação à proporcionalidade entre os grupos de alimentos, de forma prática e com linguagem simples.
Passo 4:	<i>A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.
Passo 5:	<i>A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.
Passo 6:	<i>Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Conversar sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e a família.
Passo 7:	<i>Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

continua

continuação

Passo 8:	<i>Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.
Passo 9:	<i>Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.
Passo 10:	<i>Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.</i>
Dica ao profissional e à equipe:	Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Referências

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. Protocol nº 9: use of galactagogues in initiating or augmenting maternal milk supply. **Breastfeeding Medicine**, Mary Ann Liebert, v. 6, n. 1, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução-RDC ANVISA 216, de 15 de setembro de 2004**. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/segurancaalimentar/resolucoes/2004/Resolucao%20RDC%20no%20216-%20de%2015%20de%20setembro%20de%202004%20-%20Anvisa.pdf/view>>. Acesso em: 3 dez. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução-RDC ANVISA 275, de 21 de outubro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos e a lista de verificação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/dcf7a900474576fa84cfd43fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+275%2C+DE+21+DE+OUTUBRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 9 dez. 2013.

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. **R. Saúde Pública**, v. 37, p. 485-493, 2003.

ALLEN, K. J.; HILL, D. J.; HEINE, R. G. Food allergy in childhood. **M.J.A.**, v. 185, n. 7, p. 394-400, 2006.

ALLEN, L. H.; PEERSON, J. M.; OLNEY, D. K. Provision of multiple rather than two or fewer micronutrients more effectively improves growth and other outcomes in micronutrient-deficient children and adults. **J. of Nutrition**, v. 139, n. 5, p. 1022-1230, May 2009.

ALMEIDA, C. A. N. et al. Fatores associados a anemia por deficiência de ferro em crianças pré-escolares brasileiras. **J. Pediatr.**, v. 80, p. 229-234, 2004.

AMBROSZKIEWICZ, J. et al. Serum homocysteine, folate, vitamin B12 and total antioxidant status in vegetarian children. **Advances in Medical Sciences**, v. 51, 2006, p. 265-268.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Infectious Diseases. **Red book 2000**. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the american dietetic association: vegetarian diets. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 109, n. 7, july. 2009.

AMIT, M. Vegetarian diets in children and adolescents. **Pediatr. Child Health**, v. 15, n. 5, p. 303–314, May/June 2010.

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 70, p. 525-535, 1999.

ASHRAF, R. N. et al. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. **Acta Pediatr.**, v. 82, p. 1007-1011, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca mediada pela imunoglobulina E. **Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.**, v. 35, n. 6, p. 203-233, 2012.

BARTOSHUK, L. M. Comparing sensory experiences across individuals: recent psychophysical advances illuminate genetic variation in taste perception. **Chem Senses**, v. 25, p. 447-460, 2000.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2013. (Supl.1).

BELO HORIZONTE (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações para estabelecimentos de alimentação**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

BIRCH, L. L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 57, n. 4, p. 617-624, 1998.

BIRCH, L. L.; MARLIN, D. W.; ROTTER, J. Eating as the means activity in a contingency: effects on young children's food preferences. **Child Development**, v. 55, n. 2, p. 532-539, 1984.

BOCCOLINI, C. S. et al. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal: um estudo ecológico. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, 2013.

BOCCOLINI, C. S. et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ci. e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1857-1863, 2012.

BORTOLINI, G. A. et al. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **J. Pediatr.**, 2013.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, set. 2012.

BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R. Relação entre deficiência de ferro e anemia em crianças de até 4 anos de idade. **J. Pediatr.**, v. 86, p. 488-492, 2010.

BOYCE, J. A. et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: Report of the NIAD - Sponsored expert panel. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 126, p. s1-58, 2010.

BRANSKI, D. New insights in Celiac Disease. **Rambam Maimonides Med. J.**, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROWN, K. H. et al. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar. **Pediatrics**, Lima (Peru), v. 83, p. 31-40, 1989.

CARING FOR KIDS. **Healthy bodies**: vegetarian diets for children and teens. Disponível em: <http://www.caringforkids.cps.ca/handouts/vegetarian_diets_for_children_and_teen>. Acesso em: 8 maio 2012.

CARVALHO, A. G. C. et al. Diagnóstico por deficiência de ferro em crianças do Nordeste do Brasil. **R. Saúde Pública**, v. 44, p. 513-519, 2010.

CASEY, C. et al. Nutrient intake by breastfed infants during the first five days after birth. **A. J. Dis. Child**, v. 140, p. 933-936, 1986.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, p. 179-188, 2010.

CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____. **Aleitamento materno**: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006, p. 41-49.

CESAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **B. M. J.**, v. 318, p. 1316-20, 1999.

CHEN, A.; ROGAN, J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. **Pediatrics**, v. 113, p. 435-439, 2004.

CHETCHOWSKA, M.; LASKOWSKA-KLITA, T.; KLEMARCZYK, W. Lipids and vitamin A and E status in vegetarian children. **Med. Wieku. Rozwoj.**, v. 7, n. 4, p. 577-585, Oct./Dec. 2003.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet**, v. 360, p. 187-195, 2002.

COUCEIRO, P.; SLYWITCH, E.; LENZ, F. Padrão alimentar da dieta vegetariana. **Einstein**, v. 6, n. 3, p. 365-373, 2008.

DALY, S. E.; HARTMANN, P. E. Infant demand and milk supply: part 1: Infant demand and milk production in lactating women. **J. Hum. Lact.**, v. 11, p. 21-26, 1995.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J. Hum. Lact.**, v. 19, p. 9-18, 2003.

DREWNOWSKI, A. et al. Low-energy-density diets are associated with higher diet quality and higher diet costs in French adults. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 107, n. 6, p. 1028-1032, 2007.

DREWNOWSKI, A.; HENDERSON, S. A.; HANN, C. S. Genetic taste markers and preferences for vegetable and fruit of female breast care patients. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 100, p. 191-197, 2000.

DREWNOWSKI, A.; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **J. Am. Clin. Nutr.**, v. 79, n. 1, p. 6-16, 2004.

DUBOIS, L. et al. Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 107, p. 924-934, 2007.

DURSEN, N. et al. Influence of duration of total breastfeeding on bone mineral density in a Turkish population: does the priority of risk factors differ from society to society? **Osteoporosis International**, v. 17, p. 651-655, 2006.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, v. 117, p. 380-386, Mar. 2006.

ENGLE, P. L. et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 378, n. 9799, p. 1339-53, 2011.

ENGLE, P. L. et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. **Lancet**, v. 369, n. 9557, p. 229-42, 2007.

ESCUDER, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **R. Saúde Pública**, v. 37, p. 319-325, 2003.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE CELÍACOS DO BRASIL. **Guia orientador para celíacos**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2010.

FELDENS, C. A.; VITOLO, M. R.; DRACHLER, M. DE L. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 35, n. 3, p. 215-23, 2007.

FIOCCHI, A. et al. World Allergy Organization Diagnosis and Rationale for Action Against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. **Pediatr. Allergy Immunol.**, v. ?, n. ?, p. ?, 2010.

FISCHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to foods and children's eating. **Appetite**, v. 32, p. 405-19, 1999a.

FISCHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. **J. Am. Clinical Nutrition**, v. 69, p. 1264-1272, 1999b.

FISHMAN, S. M.; CHRISTIAN, P.; WEST, K. P. The role of vitamins in the prevention and control of anaemia. **Public Health Nutr.**, v. 3 n. 2, p. 125-150, 2000.

FOX, M. K. et al. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: evidence of self-regulation. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 106, n. 1, p. 77-83, 2006. Suppl.

GARCEZ, L. W.; GIUGLIANI, E. R. J. Population-based study on the practice of breastfeeding of children born with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 42, p. 687-693, 2005.

GARZON, D. L.; KEMPKER, T.; PIEL, P. Primary care management of food allergy and food intolerance. **The Nurse Practitioner**, v. 36, n. 12, Dec. 2011.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. a critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, v. 17, p. 13-19, 1994.

GIOVANNI, C. et al. Sandifer's syndrome in a breast-fed infant. **Am. J. Perinatol.**, v. 17, n. 3, p. 147-150, 2000.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.

GRAY, R. H. et al. Risk of ovulation during lactation. **Lancet**, v. 335, p. 25-29, 1990.

GREER, F. R. et al. American Academy of Pediatrics Committee on N, American Academy of Pediatrics Section on A, immunology: effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. **Pediatrics**, v. 121, p. 183-191, 2008.

GRIMSHAW, K. Food allergy prevention. **Current Allergy Clin. Immunol.**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012.

GUNDERSON, E. P. et al. Duration of lactation and incidence of the metabolic syndrome in women of reproductive age according to gestational diabetes mellitus status: a 20-year prospective study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). **Diabetes**, v. 59, p. 495-504, 2010.

- HADLER, C. M. et al. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. **J. Pediatr.**, v. 78 p. 321-326, 2002.
- HAISMA, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **J. Nutr.**, v. 135, p. 1889, 2005.
- HALE, T. W. Drug therapy and breastfeeding. In: RIORDAN J. **Breastfeeding and human lactation**. 3. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005. p.137-66.
- HENDERSON, J. J. et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. **Birth**, v. 30, p. 175-180, 2003, p. 31-76, 2004 Erratum.
- HORTA, B. L. et al. **Evidence of the long-term effects of breastfeeding**: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO, 2007.
- HUSBY, S. Food allergy as seen by a pediatric gastroenterologist. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, p. 49-52, 2008. Suppl.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride**. Washington, D.C: National Academy Press, 1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline**. Washington, D.C: National Academy Press, 1998.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc**: a report of the panel on micronutrients. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2013.
- IP, S. et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Develop Countries. **Breastfeeding Medicine**, v. 4, p. 17-30, 2009. Suppl 1.
- IRELAND. FOOD SAFETY AUTHORITY. **Food Storage**. Disponível em: <<http://www.fsai.ie/content.aspx?id=588&LangType=1033&terms=frozen+food>>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, v. 362, p. 65-71, 2003.
- JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **R. Paulista de Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.
- JUSTO, E. B.; GIUGLIANI, E. R. J. Wich women breastfeed for two years or more? **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.
- KENNEDY, G. E. From the ape's dilemma to the wealing's dilemma: early weaning and its evolutionary context. **J. Hum. Evol.**, v. 48, p. 123-145, 2005.
- KOPLIN et al. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? **J Allergy Clin. Immunol.**, v. 126, n. 4, p. 807-813, 2010.

- KRANZ, S. et al. Adverse effect of high added sugar consumption on dietary intake in American Preschoolers. **J. Pediatrics**, v. 146, p. 105-11, 2005.
- KULIE, T. et al. Obesity and women's health: an evidence-based review. **J. Am. Board. Fam. Med.**, v. 24, p. 75-85, 2011.
- LANGER-GOULD, A. et al. Exclusive breastfeeding and risk of postpartum relapses in women with multiple sclerosis. **Arch. Neurol.**, v. 88, p. 958-963, 2009.
- LAUER, J. A. et al. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. **Publ. Health Nutr.**, v. 9, n. 6, p. 673-685, 2006.
- LEATHWOOD, P.; MAIER, A. Early influences on taste preferences. **Nestle Nutrition Workshop**, v. 56, p. 127-141, 2005.
- LOCHNER, J. et al. Which interventions are best for alleviating nipple pain in nursing mothers? **J. Fam. Pract.**, v. 58, n. 11, p. 612-612, 2009.
- MESSINA, V.; MANGELS, A. R. Considerations in planning vegan diets: children. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 101, n. 6, p. 670-677, June. 2001.
- MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004. Supl.
- MORTENSEN, E. L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**, v. 287, n. 18, May 8, 2002.
- MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **J. Nutr.**, v. 138, p. 599-603, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE FOR ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE. **Guidelines for the diagnosis and management of food allergy**. 2010. Disponível em: <<http://www.niaid.nih.gov/topics/foodallergy/clinical/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 29 mar. 2012.
- NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, R. S. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79 n. 3, p. 221, 2003.
- NOWAK-WĘGRZYN, A.; MURARO, A. Food allergy therapy: is a cure within reach? **Pediatr. Clin. N. Am.**, v. 58, p. 511-530, 2011.
- OLIVES, J. P. Quand doit-on introduire le gluten dans l'alimentation des nourrissons? **Arch. Pediatr.**, v. 17, n. 5, p. 199-203, 2010. Supl.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Brasília, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La alimentación del lactante y del niño pequeño**: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Ginebra: OMS, 2010b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein.** Genève: OMS, 2006.

OVERBY, N. C. et al. High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. **Public Health Nutrition**, v. 7, n. 2, p. 285-93, 2003.

PALMER, B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a comentary. **J. Hum. Lact.**, v. 14, p. 93-98, 1998.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Tabela de composição de alimentos para suporte nutricional.** 2. ed. São Paulo: Coronário, 2002.

PIKWER, M. et al. Breastfeeding, but not use of oral contraceptives, is associated with reduced risk of rheumatoid arthritis. **Ann. Rheumat. Dis.**, v. 68, p. 514-518, 2009.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, v. 86, p. 874-882, 1990.

RADLOVIC, N. P. et al. Influence of early feeding practices on celuac disease in infants. **Croat. Med. J.**, v. 51, p. 417-422, 2010.

RIORDAN, J.; WAMBACH, K. Breast-related problems. In: RIORDAN, J.; WAMBACH, K. **Breastfeeding and human lactation.** 4. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett, 2010, p. 291-324.

RODRIGUEZ-AMAYA, Delia B. **Fontes brasileiras de carotenóides:** tabela brasileira de composição de carotenóides em alimentos. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2008.

ROSENBLATT, K. A.; THOMAS, D. B. Prolonged lactation and endometrial câncer: WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. **Int. J. Epidemiol.**, v. 24, p. 499-503, 1995.

SALVATORE, S. et al. Chronic enteropaty and feeding in children: an update. **Nutrition**, v. 24, p. 1205-1216, 2008.

SAMPSON, H. A. Update on food allergy. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 113, p. 805-819, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. **Cartilha boas práticas em manipulação de alimentos.** São Paulo: Secretaria de Saúde, 2006.

SCHWARTZ, E. B. et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. **Obsst. Gynecol.**, v. 113, p. 974-982, 2009.

SELI MOGLU, M. A.; KARABIBER, H. Celiac disease: prevention and treatment. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 44, n. 1, p. 4-8, 2010.

SHAMIR, R. Can feeding practices during infancy change the risk for celiac disease? **IMAJ**, v. 14, p. 50-52, 2012.

SKINNER, J. D. et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. **J. Am. Dietetic Association**, v. 102, n. 11, p. 1638-1647, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012, p. 148.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. Alergia Alimentar. **R. Med. de Minas Gerais**, 2008, p. 1-44. Supl.
- SPINELLI, M. G. N. et al. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. **R. Panam. Salud Publica**, v. 17, n. 2, p. 84-91, 2005.
- STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **JAMA**, v. 294, p. 2601-2610, 2005.
- SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. **Pediatrics**, v. 93, n. 2, p. 271-277, 1994. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/93/2/271>>. Acesso em: 9 dez. 2013.
- TAVERAS, E. M. et al. Association of breastfeeding with the maternal control of infant feeding at age 1 year. **Pediatrics**, v. 114, p. 577-583, 2004.
- TEELE, D. W.; KLEIN, J. O.; ROSNER, B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. **J. Infect Dis.**, v. 160, p. 83-94, 1989.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Departamento de Vigilância Sanitária de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. **Boas práticas em manipulação de alimentos**: cartilha feirantes. Goiânia: UFG, 2010.
- VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature: 1966-2001: on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, v. 58, p. 833-843, 2003.
- VAN VELDHUIZEN-STAAS, C. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. **Int. Breast. J.**, v. 2 p. 11, 2007.
- VICTORIA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull World Health Organization**, v. 70, p. 467-75, 1992.
- VICTORIA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, v. 2, p. 319-322, 1987.
- VICTORIA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, p. 445-453, 1997.
- VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **R. Nutr.**, v. 23, n. 3, p. 433-444, 2010.
- VITOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1448-1457, 2005.
- WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**, v. 378, n. 9799, p. 1325-38, 2011.

WANG, J.; SAMPSON, H. A. Food allergy. **J. Clin. Invest.**, v. 21, n. 3, p. 827–835. March 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, v. 355, p. 451-455, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence**. Geneva: OMS, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-modified animal milk for replacement feeding: is it feasible and safe?** Discussion paper prepared for HIV and infant feeding technical consultation. 2006. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/a91064.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November**. Washington, DC: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. In: **INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: WHO, 2009, p. 65-76.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS UNIVERSITY; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers**. WHO: 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia**. Geneva: WHO, 2008.

YOUNG et al. Current knowledge and future research on infant feeding in the context of HIV: basic, clinical, behavioral, and programmatic perspectives american society for nutrition. **Adv. Nutr.**, v. 2, p. 225–243, 2011.

Anexo – Receitas Regionais para crianças de 6 a 24 meses

APRESENTAÇÃO

Nos primeiros anos de vida, a alimentação saudável é muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento infantil e para a formação de hábitos alimentares saudáveis que contribuirão para a saúde durante toda a vida.

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de vida. A partir desta idade recomenda-se que seja complementado com alimentos saudáveis até os dois anos ou mais. No entanto, o que oferecer às crianças a partir dos seis meses? Como oferecer uma alimentação complementar que seja saudável e culturalmente aceita pelas famílias brasileiras?

A resposta para essas perguntas é o objetivo desse material: apresentar aos profissionais de saúde, aos pais, familiares e cuidadores das crianças de seis meses a dois anos preparações que possam ser oferecidas no almoço ou jantar, que sejam saudáveis, com preços acessíveis, saborosas, que utilizem e respeitem a identidade cultural e alimentar do Brasil, e, especialmente, contribuam para a promoção da saúde.

Neste material são apresentadas vinte e cinco receitas com ingredientes que representam todas as regiões brasileiras. Esperamos que ajude as famílias brasileiras no preparo de refeições saborosas e na formação de um hábito alimentar saudável para as crianças.

**Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição/DAB/ SAS/MS
IBFAN Brasil**

Crianças amamentadas desenvolvem um autocontrole de sua saciedade bastante eficaz. É importante que, após a introdução de alimentos complementares, os pais e cuidadores não adotem esquemas rígidos de alimentação, como horários e quantidade fixos, intervalos curtos entre refeições, prêmios e ou castigos.

A tabela abaixo apresenta uma referência das quantidades adequadas de alimentos, de acordo com a idade da criança. Contudo, é necessário reforçar que algumas crianças aceitarão volumes maiores ou menores por refeição, sendo importante observar e respeitar os sinais de fome e saciedade da criança.

Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Obs. A mãe ou a pessoa responsável pela criança deve preparar a quantidade de alimento que normalmente a criança ingere. Se, após a refeição, sobrar alimentos no prato (restos), eles não podem ser oferecidos posteriormente.

PREPARAÇÕES GERAIS

Preparação: Arroz

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cru	2 colheres de sopa
Cebola ralada	1 colher de chá
Alho picado	½ colher de café
Óleo	1 colher de café
Água	1/3 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Com o fogo aceso, coloque em uma panela pequena, o óleo e a cebola. Mexa e acrescente o alho e o arroz; deixe cozinhar por 30 segundos;
3. Adicionar a água e deixar ferver;
4. Diminuir a chama e cozinhar até a água secar e o arroz amolecer;
5. Se for necessário, adicionar mais água.

Preparação: Feijão

Ingredientes	Medida caseira
Feijão cru	2 colheres de sopa
Água	3/4 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;

2. Em um prato de sopa, na véspera do preparo, colocar o feijão de molho em 100 ml (½ copo) de água;
3. Escorrer o feijão, jogar fora a água do remolho, e colocar em uma panela pequena com mais 100 ml de água;
4. Cozinhar o feijão por 25 minutos, até que o feijão fique bem cozido;
5. Se for necessário, adicionar mais água;
6. Amassar o feijão com o caldo com o auxílio de um garfo.

Preparação: Peixe cozido

Ingredientes	Medida caseira
Peixe	1 pedaço pequeno
Cebola ralada	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Água	3/4 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Para a cocção do peixe, aquecer água em uma panela;
3. Colocar o peixe para cozinhar com 1 colher de chá de cebola ralada (5g) e 1 colher de café de óleo;
4. Depois de 15 minutos, desligar o fogo e retirar o peixe para desfiar;
5. Retirar toda espinha com muito cuidado.

Preparação: Frango cozido

Ingredientes	Medida caseira
Frango (peito sem pele)	1 pedaço pequeno
Cebola ralada	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Água	3/4 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Para a cocção do frango, aquecer água em uma panela;
3. Colocar o peito de frango para cozinhar com 1 colher de chá de cebola ralada (5g) e 1 colher de chá de óleo;
4. Depois de 15 minutos, desligar o fogo e retirar o frango para desfiar.

Região Norte

As preparações regionais são exemplos de como resgatar alimentos das diversas regiões brasileiras. Destaca-se que, no início da introdução dos alimentos complementares, as preparações “básicas” como arroz, tubérculos, feijão, legumes, verduras, carnes e ovos sejam oferecidas separadas no prato da criança, pois a criança precisa conhecer os novos sabores e texturas dos alimentos.

Açaí com farinha de tapioca e peixe desfiado

Ingredientes	Medida caseira
Tapioca	4 colheres de sopa
Polpa de açaí	5 colheres de sopa
Cebola ralada	1 colher de chá
Peixe (posta)	1 posta pequena
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1/3 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, colocar a tapioca de molho na polpa de açaí por 20 minutos;
3. Levar ao fogo baixo o açaí com a tapioca, a água e o sal;
4. Deixar cozinhar por 5 minutos;
5. Desligar o fogão e servir com o peixe cozido desfiado.

Valor nutricional:

Energia: 421kcal; Proteína: 14g; Carboidrato: 51g; Lipídeos: 18g; Fibra: 6,2g; Vitamina A: 0,44mcgEAR; Ferro: 1,1mg; Vitamina C: 33,94mg; Cálcio: 135,16mg; Zinco: 0,02mg; Sódio: 195mg.

Peixe com alfavaca e papa de batata com pupunha

Ingredientes	Medida caseira
Pupunha picada	1 colher de sopa
Batata descascada	1 unidade pequena
Alfavaca	1 folha
Cebola ralada	1 colher de sopa
Peixe	1 pedaço pequeno
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1/3 copo de requeijão

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, colocar a pupunha picadinha, a batata descascada e cortada em cubos, a alfavaca picadinha, o sal, a cebola e a água;
3. Levar ao fogo baixo e cozinhar por 15 minutos;
4. Escorrer a água;
5. Amassar com um garfo e servir com o peixe cozido desfiado.

Valor nutricional:

Energia: 213kcal; Proteína: 12,35g; Carboidrato: 24,72g; Lipídeos: 7,16g; Fibra: 5,23g; Vitamina A: 306,49mcgEAR; Ferro: 2,16mg; Vitamina C: 28,3mg; Cálcio: 39,63mg; Zinco: 0,43mg; Sódio: 198,05mg.

Arroz e feijão com tucumã e frango desfiado

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cozido (papa)	3 colheres de sopa
Feijão cozido e amassado	3 colheres de sopa
Frango desfiado	2 colheres de sopa
Polpa de tucumã	1 colher de sobremesa
Sal	1 colher de café nivelada

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, colocar a polpa de tucumã;
3. Levar ao fogo baixo e cozinhar por 5 minutos;
4. Adicionar o frango desfiado com o caldo do cozimento, o arroz papa e o feijão amassado.

Valor nutricional:

Energia: 235kcal; Proteína: 13g; Carboidrato: 23g; Lipídeos: 10g; Fibra: 4,2g; Vitamina A: 626,54mcgEAR; Ferro: 1,94mg; Vitamina C: 1,6mg; Cálcio: 31,51mg; Zinco: 1,67mg; Sódio: 246mg.

Carne desfiada com maxixe e mandioca

Ingredientes	Medida caseira
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Mandioca	1 unidade média
Maxixe limpo	1 unidade pequena
Cebola ralada	1 colher de chá

continua

continuação

Óleo	1 colher de café
Cheiro verde picadinho	1 colher de sobremesa
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Com o fogo aceso, coloque em uma panela pequena, o óleo e a cebola. Acrescentar a carne em pedaços pequenos ou moída;
3. Acrescentar o sal e a mandioca em pedaços pequenos;
4. Colocar 400 ml de água (2 e ½ xícaras) e tampar a panela;
5. Cozinhar em fogo baixo por 20 minutos;
6. Abrir a panela e colocar o maxixe em cubos;
7. Cozinhar por mais 10 minutos, sendo que no minuto final acrescentar 1 colher de sobremesa de cheiro verde;
8. Misturar e desligar o fogo.

Valor nutricional:

Energia: 318kcal; Proteína: 16g; Carboidrato: 48g; Lipídeos: 6,8g; Fibra: 1,4g; Vitamina A: 23,9mcgEAR; Ferro: 3,8mg; Vitamina C: 56,7mg; Cálcio: 62,48mg; Zinco: 4,9mg; Sódio: 234,46mg.

Cará e cenoura, carne, feijão com chicória

Ingredientes	Medida caseira
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Cará descascado	1 unidade média
Cenoura	1 unidade pequena
Feijão cozido com caldo	3 colheres de sopa rasas
Cebola ralada	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Chicória	1 colher de sopa
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Com o fogo aceso, coloque em uma panela pequena, o óleo e a cebola. Acrescentar a carne em pedaços pequenos ou moída;

3. Acrescentar o sal e o cará e a cenoura cortados em pedaços pequenos;
4. Colocar 400 ml de água (2 e ½ xícaras) e tampar a panela;
5. Cozinhar em fogo baixo por 20 minutos;
6. Abrir a panela e colocar o feijão cozido e a chicória picada;
7. Cozinhar por mais 2 minutos e servir.

Valor nutricional:

Energia: 324kcal; Proteína: 18g; Carboidrato: 48g; Lipídeos: 6,3g; Fibra: 4,7g; Vitamina A: 1432,24mcgEAR; Ferro: 4,3mg; Vitamina C: 16,28mg; Cálcio: 73,3mg; Zinco: 4,18mg; Sódio: 316mg.

Região Nordeste**Baião de dois (arroz e feijão) com carne moída e bredo**

Ingredientes	Medida caseira
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Arroz cru	2 colheres de sopa
Feijão cru	2 colheres de sopa
Alho picado	½ colher de café
Cebola ralada	1 colher de chá
Bredo	1 colher de sopa
Sal	1 colher de café nivelada
Óleo	1 colher de café
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar a cebola e o alho;
3. Acrescentar em seguida a carne moída e o bredo;
4. Adicionar o feijão e 200ml de água e cozinhar por 20 minutos;
5. Juntar o arroz, o restante da água (200ml) e o sal e cozinhar por mais 20 minutos ou até que os grãos fiquem bem macios.

Valor nutricional:

Energia: 252kcal; Proteína: 19g; Carboidrato: 30g; Lipídeos: 6,4g; Fibra: 2,9g; Vitamina A: 33,59mcgEAR; Ferro: 3,54mg; Vitamina C: 2,92mg; Cálcio: 47,63mg; Zinco: 4,27mg; Sódio: 238,7mg.

Cozidão maranhense

Ingredientes	Medida caseira
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Maxixe	1 unidade pequena
João Gomes	1 colher de sopa rasa
Quiabo	2 unidades pequenas
Abóbora descascada e picada	3 colheres de sopa
Vinagreira	1 colher de sopa
Cebola	1 colher de chá
Alho	1 colher de chá nivelada
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela de pressão, refogar no óleo, a cebola, o alho, e a carne cortada em cubos;
3. Acrescentar o sal e a água;
4. Fechar a panela e cozinhar por aproximadamente 10 minutos;
5. Abrir e certificar-se que a carne já esta cozida;
6. Acrescentar o João Gomes, a vinagreira e os vegetais partindo do mais resistente e respeitando o intervalo entre eles para que todos estejam cozidos: o quiabo, o maxixe, a abóbora;
7. Ao fi nal, amassar os vegetais com o garfo no prato.

Valor nutricional:

Energia: 150kcal; Proteína: 17g; Carboidrato: 5,7g; Lipídeos: 6,6g; Fibra: 2,6g; Vitamina A: 386,96mcgEAR; Ferro: 5mg; Vitamina C: 31,9mg; Cálcio: 140mg; Zinco: 4,76mg; Sódio: 238mg.

Arroz com vinagreira e feijão com peixe desfiado

Ingredientes	Medida caseira
Feijão	3 colheres de sopa
Arroz cru	2 colheres de sopa
Peixe cru	1 posta grande
Vinagreira	1 colher de sopa
Cebola ralada	1 colher de chá

continuação

Alho	1 colher de chá nivelada
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Este preparo tem duas etapas uma para o arroz e outra para o cuxá.

ETAPA 1:. Arroz

1. Cozinhar o arroz juntamente com a cebola e o alho;
2. Adicionar água quente, o sal e cozinhar até que esteja com o grão macio.
3. APA 2: Cuxá
4. Cozinhar a vinagreira somente em água, peneirando-a em seguida;
5. Picar bem e misturar o arroz já cozido.
6. No prato, acrescentar o feijão, o peixe desfiado e o arroz de cuxá e amassar com o garfo.

Valor nutricional:

Energia: 220kcal; Proteína: 14g; Carboidrato: 24g; Lipídeos: 7,5g; Fibra: 3,7g; Vitamina A: 104,73mcgEAR;

Ferro: 2,28mg; Vitamina C: 2,33mg; Cálcio: 68,24mg; Zinco: 0,29mg; Sódio: 199,32mg.

Purê de jerimum com inhame e frango desfiado (escondidinho) ou com carne desfiada

Ingredientes	Medida caseira
Abóbora descascada e picada	5 colheres de sopa
Inhame descascado e picado	1 unidade pequena
Frango cozido desfiado	2 colheres de sopa cheias
Coentro picado	1 colher de chá
Cebola ralada	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;

2. Colocar a abóbora para cozinhar em pedaços pequenos juntamente com o inhame em panela com 300 ml de água e o sal.
3. Retirar do fogo e amassar.
4. À parte cozinhe o frango desfiado junto à cebola e o óleo.
5. Após dourar, colocar 50 ml de água para completar a cocção e o coentro.
6. Montar o escondidinho com uma camada de purê embaixo, o frango desfiado ao centro e por último a cobertura de purê.

Valor nutricional:

Energia: 199kcal; Proteína: 15g; Carboidrato: 19g; Lipídeos: 7g; Fibra: 2,46g; Vitamina A: 235,05mcgEAR; Ferro: 2,2mg; Vitamina C: 14,79mg; Cálcio: 70,43mg; Zinco: 1,58mg; Sódio: 245,39mg.

Feijão fradinho com mandioquinha e frango desfiado

Ingredientes	Medida caseira
Feijão fradinho cozido e amassado	3 colheres de sopa rasa
Mandioquinha	1 unidade média
Frango desfiado	2 colheres de sopa cheias
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cozinhar a mandioquinha com água e amassar.
3. Servir a mandioquinha com o feijão e o frango.

Valor nutricional:

Energia: 285kcal; Proteína: 17g; Carboidrato: 44g; Lipídeos: 4,3g; Fibra: 2,3g; Vitamina A: 31,12mcgEAR; Ferro: 3,09mg; Vitamina C: 32,34mg; Cálcio: 84,19mg; Zinco: 1,93mg; Sódio: 133mg.

REGIÃO CENTRO-OESTE**Galinhada com cenoura e salsinha**

Ingredientes	Medida caseira
Frango cru cortado em cubos	1 pedaço pequeno
Arroz cru	2 colheres de sopa
Salsinha	1 colher de chá
Cenoura	1 colher de sopa cheia
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá

continua

continuação

Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela, cozinhar o frango (peito em cubos pequenos).
3. Acrescentar a cebola e o alho.
4. Adicionar o arroz, a cenoura e o sal cozinhá-los com a água.
5. Por último, adicionar a salsinha e mexer bem para misturar com o arroz.

Valor nutricional:

Energia: 220kcal; Proteína: 14g; Carboidrato: 27,1g; Lipídeos: 6,1g; Fibra: 1,6g; Vitamina A: 722mcgEAR; Ferro: 1,84mg; Vitamina C: 5,7mg; Cálcio: 27,55mg; Zinco: 2,15mg; Sódio: 273mg.

Cozidão para criança

Ingredientes	Medida caseira
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Banana da terra	3 rodela
Cenoura	1 colher de sopa
Mandioca	3 colheres de sopa
Batata doce	3 colheres de sopa
Cheiro verde	1 colher de chá
Batata inglesa	3 colheres de sopa
Repolho branco	1 colher de sopa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de chá
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela colocar a carne, o óleo e o alho.
3. Cobrir com água e adicionar o sal, deixando cozinhar até que a carne fique macia (pode ser utilizada a panela de pressão).
4. Enquanto a carne cozinha, descascar e cortar em cubos (4x4cm) a mandioca, cenoura, batatas, batata doce, repolho, e cebola.

5. Adicionar cada uma destas verduras e legumes na ordem citada, com intervalos de 5 minutos de uma para outra.
6. Deixar cozinhar e por ultimo adicionar a banana cortada em cubos, finalizando a preparação salpicando o cheiro verde picado.

Valor nutricional:

Energia: 322kcal; Proteína: 15g; Carboidrato: 41g; Lipídeos: 11g; Fibra: 4g; Vitamina A: 729,42mcgEAR; Ferro: 3,04mg; Vitamina C: 47,14mg; Cálcio: 58,5mg; Zinco: 4,2mg; Sódio: 281mg.

Maria Isabel com beterraba

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cru	2 colheres de sopa
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Beterraba cortada em cubos pequenos	3 colheres de sopa
Cebola ralada	1 colher de chá
Alho	1 colher de chá nivelada
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Com o fogo aceso, em uma panela pequena, junte o óleo, a cebola e o alho;
3. Acrescentar em seguida a carne picada e a beterraba;
4. Adicionar o arroz e cozinhar.
5. Adicionar a água e o sal e cozinhar por 20 minutos ou até que os grãos fiquem bem macios.

Valor nutricional:

Energia: 205kcal; Proteína: 15,3g; Carboidrato: 22g; Lipídeos: 6,18g; Fibra: 1,39g; Vitamina A: 15,52mcgEAR; Ferro: 2,5mg; Vitamina C: 7,85mg; Cálcio: 4,37mg; Zinco: 4,1mg; Sódio: 247,84mg.

Mojica (mandioca, peixe e temperos)

Ingredientes	Medida caseira
Peixe cru	1 posta grande
Mandioca crua	1 pedaço pequeno
Cheiro verde	1 colher de chá
Cebola ralada	1 colher de chá

continuação

Alho	1 colher de chá nivelada
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cortar o filé de peixe em cubos de 2x2cm, temperar com o alho e o sal e reservar;
3. Cortar a mandioca no mesmo tamanho do peixe e a cebola;
4. Em uma panela, acrescente a mandioca, o alho e a cebola. Cozinhe em água fervente até que a mandioca esteja macia (15 minutos);
5. Acrescentar o peixe e cozinhar por 10 min;
6. Finalizar a cocção e salpicar o cheiro verde.

Valor nutricional:

Energia: 307 kcal; Proteína: 14,5g; Carboidrato: 47,8g; Lipídeos: 6,4g; Fibra: 1,5g; Vitamina A: 14,8mcgEAR; Ferro: 2,33mg; Vitamina C: 53,53mg; Cálcio: 67,14mg; Zinco: 0,03mg; Sódio: 195,47mg

Quibebe de abóbora, frango desfiado e arroz com feijão

Ingredientes	Medida caseira
Abóbora descascada e picada	3 colheres de sopa
Frango cozido desfiado	2 colheres de sopa cheias
Arroz cozido (papa)	3 colheres de sopa
Feijão cozido e amassado	5 colheres de sopa rasa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cozinhar a abóbora, a cebola e o alho picados;
3. Acrescentar a água e cozinhar até desmanchar (25 minutos);
4. Acrescentar o frango cozido desfiado.

5. À parte cozinhar o arroz e o feijão - seguir o procedimento descrito na página 158.

Valor nutricional:

Energia: 222kcal; Proteína: 17,42g; Carboidrato: 24,12g; Lipídeos: 6,16g; Fibra: 2,96g; Vitamina A: 145,23mcgEAR; Ferro: 2,16mg; Vitamina C: 8,96mg; Cálcio: 47,88mg; Zinco: 1,79mg; Sódio: 250,3mg.

REGIÃO SUDESTE

Angu com quiabo, frango e feijão

Ingredientes	Medida caseira
Quiabo cru limpo	3 unidades
Fubá	2 colheres de sopa cheias
Vinagre	1 colher de café
Frango desfiado	1 colher de sopa cheia
Feijão cozido com caldo	3 colheres de sopa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	2 xícaras de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cortar o quiabo em rodela bem finas e cozinhar com o vinagre, o alho e a cebola;
3. Reservar;
4. Levar ao fogo o fubá, com a água e o sal, mexendo por 30 minutos (acrescentar mais água se necessário);
5. Adicionar o quiabo, o frango desfiado e o feijão cozido com mais caldo, seguindo as orientações da página 4 e 5.

Valor nutricional:

Energia: 301kcal; Proteína: 18,36g; Carboidrato: 39,18g; Lipídeos: 7,90g; Fibra: 4,54g; Vitamina A: 34,56mcgEAR; Ferro: 2,93mg; Vitamina C: 25,02mg; Cálcio: 68,29mg; Zinco: 1,90mg; Sódio: 250,63mg.

Arroz com beldroega, feijão e fígado bovino

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cozido papa	3 colheres de sopa
Beldroega picada	2 colheres de sopa

continuação

Feijão cozido e amassado	3 colheres de sopa cheias
Fígado bovino	3 colheres de sopa cheias
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cozinhar o fígado com o óleo, o alho e a cebola;
3. Misturar a beldroega ao fígado até que ela murche;
4. Servir com o arroz e o feijão.

Valor nutricional:

Energia: 237kcal; Proteína: 16g; Carboidrato: 25g; Lipídeos: 7,8g; Fibra: 2,0g; Vitamina A: 6.478,13mcgEAR; Ferro: 7,43mg; Vitamina C: 20,16mg; Cálcio: 45mg; Zinco: 3,29mg; Sódio: 260mg.

Tutu de feijão com *ora pro nobis* e frango

Ingredientes	Medida caseira
Feijão cru	4 colheres de sopa
Farinha de mandioca	1 colher de sobremesa nivelada
Ora pro nobis	2 colheres de sopa
Frango desfiado	2 colheres de sopa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Cozinhar o feijão e liquidificar com a água (300 ml);
3. Cozinhar o feijão com o sal e a farinha, adicionando-a lentamente para que não forme grumos (3 minutos em fogo médio);
4. Acrescentar o ora pro nobis e cozinhar;
5. A parte cozinhar o frango seguindo as orientações da página 5.

Valor nutricional:

Energia: 211kcal; Proteína: 18g; Carboidrato: 18g; Lipídeos: 7,2g; Fibra: 3,8g; Vitamina A: 43,8mcgEAR; Ferro:2,99mg; Vitamina C: 5,94mg; Cálcio: 62,38mg; Zinco: 1,82mg; Sódio: 252mg.

Arroz colorido (ovo, cenoura e abobrinha)

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cru	2 colheres de sopa
Ovo	1 unidade
Cenoura crua	1 colher de sopa cheia
Abobrinha	3 colheres de sopa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, aquecer o óleo e adicionar a cebola, mexer, acrescentar o alho, a cenoura ralada e refogar;
3. Acrescentar o arroz e refogar por mais 30 segundos;
4. Adicionar a água e deixar ferver;
5. Diminuir a chama e cozinhar até a água secar e adicionar a abobrinha ralada;
6. Misturar e verificar se o arroz está amolecido;
7. Se for necessário, adicionar mais água;
8. A parte, cozinhar o ovo, em água fervente por 12 minutos;
9. Misturar o ovo picado ao arroz e servir.

Valor nutricional:

Energia: 199kcal; Proteína: 8,4g; Carboidrato: 21g; Lipídeos: 9g; Fibra: 1,6g; Vitamina A: 839,15mcgEAR; Ferro:1,91mg; Vitamina C: 7,64mg; Cálcio: 49,07mg; Zinco: 0,75mg; Sódio: 270mg.

Bambá

Ingredientes	Medida caseira
Canjiquinha	1 xícara de chá
Peito de frango	2 colheres de sopa
Couve	1 folha

continua

continuação

Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, colocar a canjiquinha de milho e cobrir com 500ml de água;
3. Ferver por 20 minutos, sempre mexendo;
4. Não deixar a água secar, acrescentado mais, caso seja necessário;
5. Colocar para cozinhar em outra panela, o frango cortado em cubos (3x3cm), a cebola bem picada ou ralada, o alho amassado e o sal;
6. Adicionar água e cozinhar por 15 minutos;
7. Separar o frango com o auxílio de uma colher e colocar sobre um prato e com uma faca e um garfo, desfiar o frango;
8. Misturar a canjiquinha cozida com o caldo do frango, o frango e acrescentar a couve cortada em tirinhas e depois em pedacinhos pequenos;
9. Ferver por 1 minuto e colocar no prato para servir.

Valor nutricional:

Energia: 264kcal; Proteína: 15g; Carboidrato: 38g; Lipídeos: 6g; Fibra: 4,1g; Vitamina A: 52,67mcgEAR; Ferro:0,91mg; Vitamina C: 13,67mg; Cálcio: 49,8mg; Zinco: 1,24mg; Sódio: 255mg.

REGIÃO SUL**Sopa de lentilha com carne bovina e espinafre**

Ingredientes	Medida caseira
Lentilha crua	1 colher de sopa
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Espinafre	½ xícara de chá
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena adicionar o óleo, a cebola e o alho;
3. Acrescentar a carne e cozinhar por 30 segundos;
4. Juntar a lentilha, o sal e a água e cozinhar por 20 minutos;
5. Se for necessário, adicionar mais água;
6. Por último, adicionar o espinafre picadinho;
7. Servir com batata cozida.

Valor nutricional:

Energia: 189kcal; Proteína: 17g; Carboidrato: 6g; Lipídeos: 6,2g; Fibra: 2,2g; Vitamina A: 123,09mcgEAR; Ferro:3,72mg; Vitamina C: 18,65mg; Cálcio: 45,59mg; Zinco: 4,3mg; Sódio: 248mg.

Maria Rita (arroz com carne moída, temperos e repolho)

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cru	2 colheres de sopa
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	3 colheres de sopa
Repolho branco	1 colher de sopa
Cheiro verde picadinho	1 colher de sobremesa
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Numa panela pequena, colocar o óleo, a cebola e o alho;
3. Acrescentar em seguida a carne moída e cozinhar;
4. Acrescentar o repolho;
5. Adicionar o arroz;
6. Adicionar a água e o sal e cozinhar por 20 minutos ou até que os grãos fiquem bem macios;
7. Por último, adicionar o cheiro verde picadinho e misturar.

Valor nutricional:

Energia: 181kcal; Proteína: 15g; Carboidrato: 17g; Lipídeos: 6,1g; Fibra: 0,76g; Vitamina A: 15,85mcgEAR; Ferro: 2,34mg; Vitamina C: 7,23mg; Cálcio: 21,38mg; Zinco: 3,9mg; Sódio: 233mg.

Arroz com pinhão e peixe com repolho roxo

Ingredientes	Medida caseira
Arroz cozido papa	3 colheres de sopa
Pinhão cozido e sem casca	1 colher de sopa
Peixe cozido	1 posta grande
Repolho	1 colher de sopa
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Preparar o arroz papa - seguir procedimento da página 4;
3. Acrescentar o pinhão picado;
4. A parte, cozinhar o peixe com o óleo e a cebola, após 30 segundos acrescentar o sal e o repolho e cozinhar por 3 minutos com acréscimo de 100 ml de água (1/2 xícara de chá).

Valor nutricional:

Energia: 236kcal; Proteína: 12g; Carboidrato: 24g; Lipídeos: 10g; Fibra: 2,5g; Vitamina A: 1,24mcgEAR; Ferro: 1,57mg; Vitamina C: 7,86mg; Cálcio: 29,28mg; Zinco: 0,12mg; Sódio: 206mg.

Purê de batata baroa, arroz com feijão e frango desfiado

Ingredientes	Medida caseira
Batata baroa	1 unidade média
Arroz cozido papa	3 colheres de sopa
Feijão cru	4 colheres de sopa
Frango desfiado	2 colheres de sopa
Sal	1 colher de café nivelada

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Preparar o purê, amassando a batata baroa cozida e acrescentando o sal;
3. Preparar o arroz papa, o feijão e o frango desfiado, conforme preparações das páginas 4 e 5.

Valor nutricional:

Energia: 280kcal; Proteína: 17,1g; Carboidrato: 39g; Lipídeos: 6,2g; Fibra: 4,5g; Vitamina A: 17,48mcgEAR; Ferro:3,77mg; Vitamina C: 14,46mg; Cálcio: 56,44mg; Zinco: 1,67mg; Sódio: 248mg.

Purê de batata doce com rúcula, arroz com cenoura ralada e carne desfiada

Ingredientes	Medida caseira
Batata doce cozida	3 colheres de sopa
Rúcula	½ xícara de chá
Arroz cru	2 colheres de sopa
Cenoura crua	1 colher de sopa cheia
Carne (patinho ou alcatra ou coxão mole ou músculo - moído ou picado)	2 colheres de sopa cheia
Alho	1 colher de chá nivelada
Cebola	1 colher de chá
Óleo	1 colher de café
Sal	1 colher de café nivelada
Água	1 xícara e meia de chá

Modo de preparo

1. Separar todos os ingredientes e utensílios que serão utilizados;
2. Em uma panela pequena, aquecer o óleo e adicionar a cebola, mexer, acrescentar o alho, a carne e cozinhar;
3. Adicionar a cenoura ralada;
4. Acrescentar o arroz e cozinhar por mais 30 segundos;
5. Adicionar a água e o sal e cozinhar por 20 minutos ou até que os grãos fiquem bem macios;
6. Diminuir a chama e cozinhar até a água secar;
7. A parte, preparar o purê, amassando a batata doce cozida;
8. Por último, misturar a rúcula picada.

Valor nutricional:

Energia: 221kcal; Proteína: 13g; Carboidrato: 29g; Lipídeos: 5,8g; Fibra: 1,4g; Vitamina A: 678,33mcgEAR; Ferro:2,63mg; Vitamina C: 23,23mg; Cálcio: 47,29mg; Zinco: 3,4mg; Sódio: 234mg.

