

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Avaliação da introdução da alimentação
complementar de lactentes**

Aline Maria da Silva

Ana Carolina Gualassi

Júlia Souza Pinto Camanho

Marcielle de Jesus Rodrigues

Tatiane dos Santos Lopes

Thiago Siqui

Trabalho apresentado à disciplina Atividade Integradora: avaliação nutricional e alimentar de populações, do curso de graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública – USP.

Prof^a Dr^a Regina Mara Fisberg

São Paulo

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
4.1 DADOS DOS RESPONSÁVEIS.....	14
4.2 DADOS DAS CRIANÇAS.....	15
4.2.1 Aleitamento Materno.....	15
4.2.2 Alimentos presentes na alimentação complementar.....	19
4.2.3 Fatores influenciadores na introdução da alimentação complementar.....	23
4.2.4 Indicadores do consumo alimentar.....	26
4.2.5 Limitações.....	28
5 CONCLUSÃO.....	29
6 REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	33
Apêndice 1 – Questionário de Identificação.....	33
Apêndice 2 – Questionário de Frequência Alimentar (complemento).....	34
ANEXOS.....	35
Anexo 1 – Questionário de Marcadores do Consumo Alimentar.....	35

Anexo 2 – Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica.....	36
Anexo 3 – Guia Alimentar para menores de 2 anos.....	38
Anexo 4 – Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.....	41

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Códigos das variáveis referentes ao responsável do Questionário de Identificação.....	12
Quadro 2 – Códigos das variáveis referentes à criança do Questionário de Identificação.....	12
Quadro 3 – Códigos das questões do Questionário de Frequência Alimentar (complemento).....	13
Tabela 1 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo nível de escolaridade. São Paulo, maio a junho, 2017.....	14
Tabela 2 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo ocupação. São Paulo, maio a junho, 2017.	15
Tabela 3 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo a área de abrangência do Centro de Saúde. São Paulo, maio a junho, 2017.....	15
Tabela 4 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de frutas (inteira/pedaço/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.....	19
Tabela 5 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de comida de sal (inteira/pedaço/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.	20
Tabela 6 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de comida de sal por tipo de preparo (inteira/pedaço/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.	20

Tabela 7 – Tabela 6 – Cálculo dos indicadores do consumo alimentar. São Paulo, maio a junho, 2017.....	27
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo presença ou ausência de aleitamento materno. São Paulo, maio a junho, 2017.....	17
Gráfico 2 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de leite do peito no dia anterior. São Paulo, maio a junho, 2017.....	18
Gráfico 3 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de outro tipo de leite diferente do materno no dia anterior. São Paulo, maio a junho, 2017.....	18
Gráfico 4 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo os alimentos que foram consumidos no dia anterior. São Paulo, maio a junho, 2017.....	23
Gráfico 5 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo dos mesmos alimentos consumidos pela família. São Paulo, maio a junho, 2017.....	24
Gráfico 6 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo responsável pelo preparo das refeições da criança. São Paulo, maio a junho, 2017.....	25
Gráfico 7 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo local onde a criança realiza as refeições. São Paulo, maio a junho, 2017.....	25

1 INTRODUÇÃO

Diversas ações e investimentos em pesquisas vêm sendo realizados ao longo dos anos em busca de prevenir e conscientizar sobre o desmame e complementação alimentar precoce, que se define como qualquer alimento, que não o leite materno, oferecido à criança que está sendo amamentada.⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a criança receba o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, dando início, a partir daí, à alimentação complementar, permanecendo com a amamentação até os dois anos de idade ou mais.¹⁴

De acordo com a OMS, as práticas alimentares infantis são classificadas como: a) Aleitamento Materno Exclusivo (AME), quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama, ordenhado ou proveniente de uma ama de leite, com exceção de xaropes ou gotas contendo vitaminas, minerais, sais de reidratação oral ou medicamentos; b) Aleitamento Materno Predominante (AMP), onde a principal fonte nutricional seja proveniente do leite materno, direto da mama, ordenhado ou proveniente de uma ama de leite, mas com a introdução de líquidos (como água ou suco de fruta), fluidos rituais, xaropes ou gotas contendo vitaminas, minerais, sais de reidratação oral ou medicamentos; c) Alimentação Complementar, quando a criança recebe, além do leite materno, direto da mama, ordenhado ou proveniente de uma ama de leite, quaisquer alimentos sólidos ou semi-sólidos com o objetivo de complementar o aleitamento materno, incluindo fórmulas infantis ou leite não-humano, sendo que esse termo se refere ao período de transição entre o aleitamento materno e a alimentação adequada, geralmente no período de seis meses a dois anos de idade; d) Aleitamento Materno (AM), quando a criança recebe leite materno, direto da mama, ordenhado ou proveniente de uma ama de leite, e outros alimentos, líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo fórmulas e leite não-humano; e) Alimentação com mamadeira, onde a criança é alimentada com líquidos ou semi-sólidos, incluindo leite materno, através de uma garrafa com bico.²⁴

Diversos são os benefícios do aleitamento materno exclusivo, dentre eles, a prevenção da mortalidade por diarreia, doenças respiratórias e infecciosas, além de minimizar o risco de contaminação no preparo, já que o leite materno é um alimento pronto, evitando assim a intoxicação alimentar e, conseqüentemente, a perda de peso decorrente desse quadro.⁴ Segundo dados do DATASUS 2008, 77,6% das

crianças brasileiras recebiam aleitamento materno associado a outros alimentos até os seis meses de idade e apenas 41% o aleitamento exclusivo.^{2,3}

Nos primeiros seis meses de vida, a criança não necessita de outros alimentos ou água. A complementação alimentar precoce, além de ser prejudicial para a absorção dos nutrientes presentes no leite materno, também faz com que a criança diminua a frequência de mamadas até chegar ao desmame total. Além disso, os alimentos líquidos são, normalmente, oferecidos em mamadeiras, o que aumenta a chance da criança desenvolver dificuldade na sucção da mama.⁴

A complementação com alimentos deve ocorrer em três refeições ao dia, sem rigidez de horário, evitando maior frequência para que a criança não rejeite o leite materno. Frutas, verduras, legumes, leguminosas, tubérculos, cereais e carne, devem ser ofertados na forma de papas e purês, aumentando sua consistência gradativamente e respeitando sempre a vontade da criança.⁴

A qualidade da alimentação complementar é muito importante, visto que 15% das crianças brasileiras estão no quadro de sobrepeso e obesidade.¹ Dados da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento materno realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal mostram que 4,9% das crianças de seis a nove meses de idade consumiram refrigerante no dia anterior à coleta de dados; bolachas e salgadinhos são consumidos por 8,9% das crianças de três a seis meses e por 46,4% de seis a nove meses nas capitais e no Distrito Federal (DF).⁵

A introdução alimentar precoce acontece por diversos fatores, um deles é o cultural. Estudo realizado por VIEIRA *et al.*, na cidade de Feira de Santana – BA, mostrou que 26,7% das crianças que estavam sendo amamentadas até o quarto mês de idade consumiam chás, não pelo valor nutricional mas sim por ser considerado terapêutico, sendo indicado culturalmente para curar as cólicas dos bebês.²³ Assim como há a oferta precoce, a privação de alguns alimentos também é recorrente devido às crenças e tabus, como por exemplo o feijão, tido pelos habitantes da região Sudeste como alimento “forte”, causador de diarreia e desidratação nas crianças.⁴

A inserção cada vez mais frequente das mulheres no mercado de trabalho predispõe a uma situação em que, mesmo contra a sua vontade, a mãe tenha que iniciar o desmame e a alimentação complementar antecipadamente, apesar do respaldo da legislação com a licença a maternidade de 120 dias consecutivos ou

180 dias de acordo com a empresa, são poucas as mães que se dispõem a fazer a ordenha em casa e no trabalho, sendo mais prático a complementação precoce.⁸

O nível de escolaridade materna também está relacionado com o desmame precoce, sendo que a prevalência de amamentação exclusiva é maior quanto maior a escolaridade da mãe.⁵ Esse dado está relacionado à orientação materna quanto à importância da amamentação e, conseqüentemente, dos malefícios da introdução alimentar antes do sexto mês de idade. Estudos mostram que em regiões onde há melhor desenvolvimento no Brasil, as mulheres são mais instruídas e com melhor nível socioeconômico, portanto amamentam por mais tempo.¹³

Frente aos diversos obstáculos que envolve a alimentação complementar está o Nutricionista, responsável pela orientação nutricional também na infância, promovendo educação nutricional para os pais buscando minimizar os danos causados pelo desmame precoce e introdução de alimentos inadequados, que levam ao quadro alarmante de obesidade infantil a que nos encontramos. Portanto é necessário o contato do profissional com as pesquisas de campo relacionadas ao tema, buscando dados, analisando resultados e agindo sobre as causas.⁴

Baseado no pressuposto que a dupla jornada de trabalho levam as mães a ofertarem alimentos de fácil preparação, geralmente prontos, classificados como processados e ultraprocessados; e que os alimentos ofertados a criança são os mesmos consumidos pela família, temos um quadro em que a alimentação complementar é composta por alta densidade energética, além de ser muito palatável, rica em gorduras, pobre em vitaminas e outros nutrientes. Sendo assim, este trabalho se justifica pela importância da análise qualitativa dos alimentos oferecidos a essas crianças, visto que a oferta de leite materno é reduzida com o passar dos meses e introduzido gradativamente outros tipos de alimentos.

Assim, este estudo foi baseado na hipótese de que a localização do Centro de Saúde utilizado para a coleta de dados atrai um público em sua maioria de classe média alta, por se tratar de uma região nobre de São Paulo, e que portanto os níveis de escolaridade e poder aquisitivo das mães são melhores, sendo assim as crianças são amamentadas exclusivamente por mais tempo e/ou recebem uma alimentação complementar de melhor qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a introdução da alimentação complementar de lactentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a qualidade dos alimentos ofertados a lactentes;

Investigar fatores associados a introdução da alimentação complementar;

Investigar razões para o abandono do aleitamento materno.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizou-se no Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza (CSEGPS), localizado nas dependências da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na Avenida Doutor Arnaldo, número 715, no bairro Cerqueira César situado na cidade de São Paulo (SP). O CSEGPS foi o primeiro Centro de Saúde da América Latina a ser criado a partir do Decreto nº. 3874 de 19/07/1925. Hoje, o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza caracteriza-se como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) atendendo aos moradores dos bairros Jardim Paulista e Pinheiros em nível de Atenção Básica.¹⁰⁻¹⁹ Foram avaliadas 20 crianças aparentemente saudáveis de seis a doze meses, de ambos os sexos.

Inicialmente, foram feitas algumas perguntas gerais a mãe para seleção prévia dos lactentes aparentemente saudáveis (Apêndice 1).

Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada de modo a avaliar a qualidade dos alimentos ofertados às crianças e as possíveis causas determinantes para sua introdução, assim como para o abandono do aleitamento materno (Apêndice 2). Nesse mesmo momento, foi também aplicado um questionário de marcadores do consumo alimentar elaborado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Anexo 1).

Para a avaliação e investigação dos dados coletados, utilizou-se documentos do Ministério da Saúde como o documento de *Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica* (Anexo 2); o *Guia Alimentar para menores de 2 anos* (Anexo 3), o qual contém diversos marcadores que foram empregados pelo grupo para mensurar a qualidade dos alimentos introduzidos; e o guia *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (Anexo 4). Do segundo documento citado, os marcadores escolhidos foram: aleitamento materno continuado, diversidade alimentar mínima, frequência mínima e consistência adequada e consumo de alimentos ultraprocessados.

Foi criada uma planilha utilizando o programa *Excel* versão 2016 para tabulação dos dados. As variáveis relacionadas ao responsável usadas foram: sexo, escolaridade, ocupação, local de residência e idade (em anos). Já para identificação da criança as variáveis foram: sexo, idade (em meses), peso (em quilogramas),

altura (em centímetros), presença de doença e aleitamento materno. Para tabular, foram atribuídos códigos para cada variável, desde que aplicável, já que para idade do responsável e da criança e peso e altura da criança não se aplica. Para o questionário de marcadores do consumo alimentar e para a entrevista semi-estruturada foi utilizado apenas dois códigos. Dentre as quatro perguntas presentes na entrevista, três permitiram o uso de códigos, já que a última era uma pergunta aberta. A presença de doença excluiria automaticamente a criança do presente trabalho, porém não foi necessário fazer isso, pois ninguém declarou que a criança é doente (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Códigos das variáveis referentes ao responsável do Questionário de Identificação.

Variáveis	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Local de residência
Códigos	1: masculino 2: feminino	1: ensino médio incompleto 2: ensino médio completo 3: ensino superior incompleto 4: ensino superior completo 5: pós-graduação	1: trabalha fora do lar 2: trabalha no lar 3: estudante	1: dentro da área de abrangência do CSEGPS 2: fora da área de abrangência do CSEGPS

Quadro 2 – Códigos das variáveis referentes à criança no Questionário de Identificação.

Variáveis	Sexo	Aleitamento materno
Códigos	1: masculino 2: feminino	1: não 2: sim

Quadro 3 – Códigos das questões do Questionário de Frequência Alimentar (complemento).

Questões	Q1: Os alimentos ofertados à criança são os mesmos consumidos durante as refeições da família?	Q2: Quem prepara as refeições da criança?	Q3: Em que local a criança realiza as suas refeições?
Códigos	1: não 2: sim	1: mãe 2: mãe e outros	1: casa 2: outro lugar

Assim, a partir dos dados tabulados pôde-se realizar a sua interpretação e a construção de tabelas e gráficos, também com o uso do *Excel* versão 2016. Para os indicadores do consumo alimentar escolhidos, a contagem foi feita manualmente a partir da planilha de tabulação e o cálculo com uso de calculadora digital.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS DOS RESPONSÁVEIS

A idade média dos responsáveis é de 32,95 anos. Percebe-se que 50% dos entrevistados possuem grau superior (contando ensino superior completo e pós-graduação) e destacando que nenhuma pessoa declarou ensino superior incompleto (Tabela 1).

A maioria dos responsáveis declararam que trabalham fora de casa (60%), destacando que apenas uma se considerou estudante, representando apenas 5% (Tabela 2). Além disso, a maior parte mora fora da área de abrangência (52,63%) do Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo nível de escolaridade. São Paulo, maio a junho, 2017.

Escolaridade	N	%
Ensino médio incompleto	1	5,6
Ensino médio completo	8	44,4
Ensino superior incompleto	0	0,0
Ensino superior completo	5	27,8
Pós-graduação	4	22,2
Total	18	100,0

Notas:

*Faltou informação de dois entrevistados.

**Responsáveis eram somente do sexo feminino.

Tabela 2 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo ocupação. São Paulo, maio a junho, 2017.

Ocupação	N	%
Trabalha fora	12	60
Trabalha dentro do lar	7	35
Estudante	1	5
Total	20	100

Tabela 3 – Distribuição dos responsáveis pelas crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo a área de abrangência do Centro de Saúde. São Paulo, maio a junho, 2017.

Alcance do Centro de Saúde	N	%
Dentro da área	9	47,47
Fora da área	10	52,63
Total	19	100,00

Notas:

*Faltou informação de uma entrevistada.

4.2 DADOS DAS CRIANÇAS

A idade média das crianças é igual a 9,1 meses, peso médio igual a 9,26 kg e comprimento médio de 71,65 cm. Quanto ao sexo, a distribuição era igual (10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino).

4.2.1 Aleitamento Materno

No estudo, pode-se observar que o aleitamento materno continuado até um ano de vida, um dos indicadores da OMS, apresentou-se elevado para a amostra analisada, visto que 75% dos bebês encontravam-se em aleitamento materno, sendo que destas, todas receberam o leite do peito no dia anterior (Gráficos 1 e 2). Percebe-se assim, que a maior parte das mães segue o que é dito no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos: continuar o aleitamento materno mesmo após os seis meses e introduzir a alimentação complementar a partir dessa idade.⁶

Em países de baixa e média renda, as mulheres amamentam por mais tempo quando comparadas às mulheres de países de alta renda nos quais a prática do AM continuado é mais baixa, visto que menos de uma a cada cinco crianças são amamentadas aos doze meses de vida em países de alta renda. Sendo assim, a amamentação é uma das poucas situações positivas de saúde que é mais prevalente nos países menos desenvolvidos.²²

Ações de promoção da amamentação no Brasil vem merecendo destaque para evoluções positivas nas prevalências de AM observadas nos últimos anos. A partir da década de 1980, políticas de promoção, como o Programa Nacional de Incentivo ao AM e a aprovação da Licença Maternidade foram importantes. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com início em 1992, e a expansão do banco de Leite Humano também merecem destaque, sendo que o Brasil possui a maior rede de bancos de leite do mundo.²¹

Apesar da alta prevalência de AM continuado até um ano encontrada no estudo, observou-se que 50% das crianças recebem outros tipos de leite (leite de vaca ou fórmula infantil), sendo que um terço das crianças que recebem leite do peito também recebem outro tipo de leite (Gráfico 3). Esse resultado apoia as evidências de que as medidas de promoção à amamentação no Brasil, apesar de estarem sendo efetivas nas últimas décadas, ainda apresentam algumas lacunas a serem trabalhadas.²¹

Visto que todas as crianças já recebiam alimentação complementar, percebe-se que estão de acordo com o segundo passo para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos, que diz que a alimentação complementar deve ser oferecida a partir dos seis meses. Além disso, deve ser ofertada de forma lenta e gradual, o que pareceu estar sendo realizado pelas declarações dos entrevistados (maior parte deles era a mãe da criança).^{4,6}

Em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) foi associada à escolaridade e trabalho maternos. Levando em consideração a escolaridade materna, as mães de maior escolaridade tiveram maior presença do AME. Em relação ao trabalho materno, mulheres que, no momento da entrevista, não se encontravam em atividade ocupacional fora de casa também apresentaram maiores frequências do AME.¹² Em outro estudo, as mães que trabalhavam de forma informal ou encontravam-se desempregadas apresentaram uma maior probabilidade de interrupção do

aleitamento materno antes dos doze meses.²⁰ Um estudo de coorte realizado em São Paulo em que se analisou a introdução de alimentos concluiu que o principal determinante para a introdução de alimentos no primeiro ano de vida é a escolaridade materna.¹⁷ CORRÊA *et al.* encontraram associação entre baixa escolaridade materna e atividades fora do lar com a introdução precoce de alimentos.¹¹

A maior vulnerabilidade das mulheres de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso a uma rede de suporte familiar, social e de serviços de atenção à saúde, que seriam facilitadores para que essa prática fosse mantida.¹²

Ao considerarmos que quase 50% das mulheres que foram entrevistadas no Centro de Saúde apresentaram altos graus de escolaridade (27,8% de ensino superior e 22,2% de pós-graduação), pode-se sugerir que as práticas de amamentação continuada até pelo menos um ano de idade, observadas nesta amostra, podem ter grande influência do grau de escolaridade materno.

Gráfico 1 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo presença ou ausência de aleitamento materno. São Paulo, maio a junho, 2017.

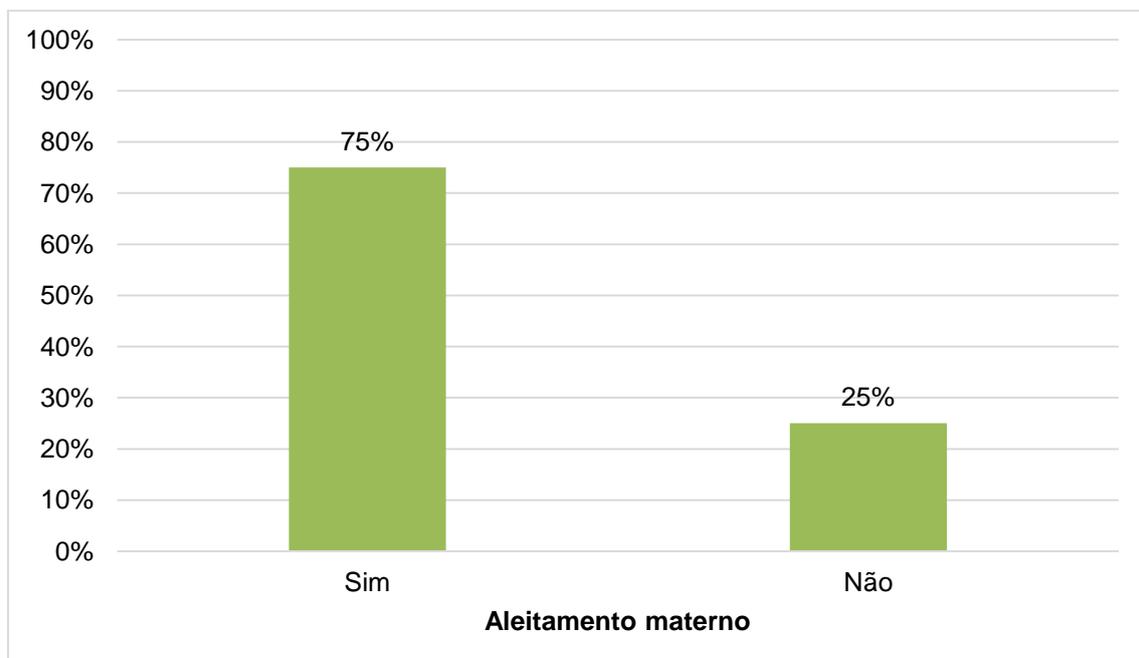


Gráfico 2 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de leite do peito no dia anterior. São Paulo, maio a junho, 2017.

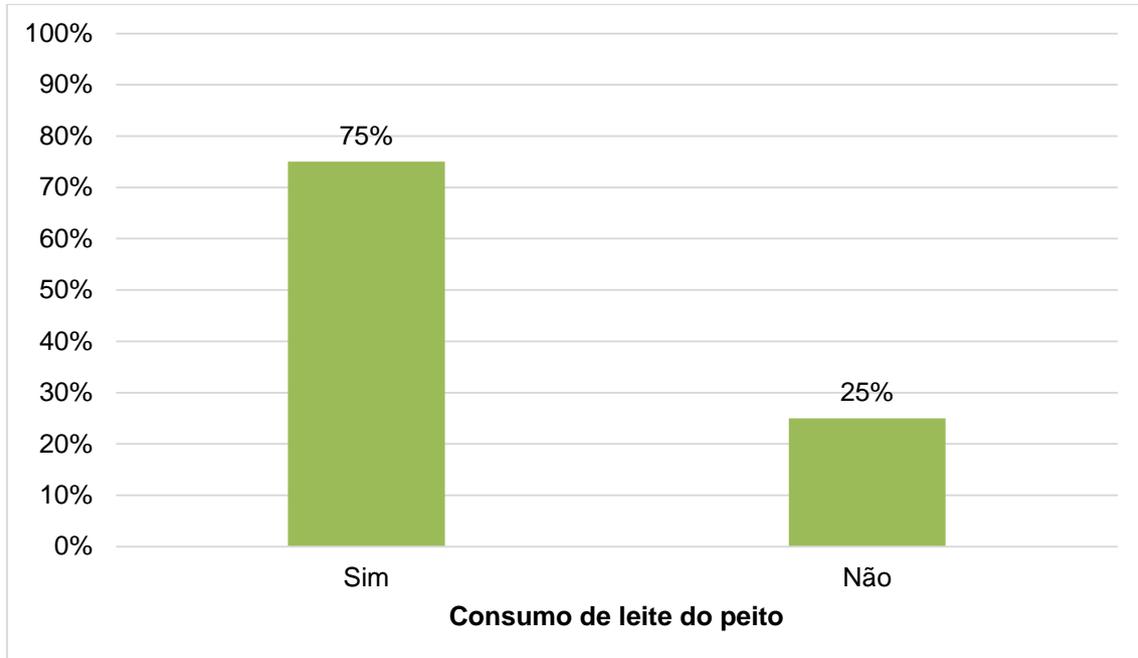
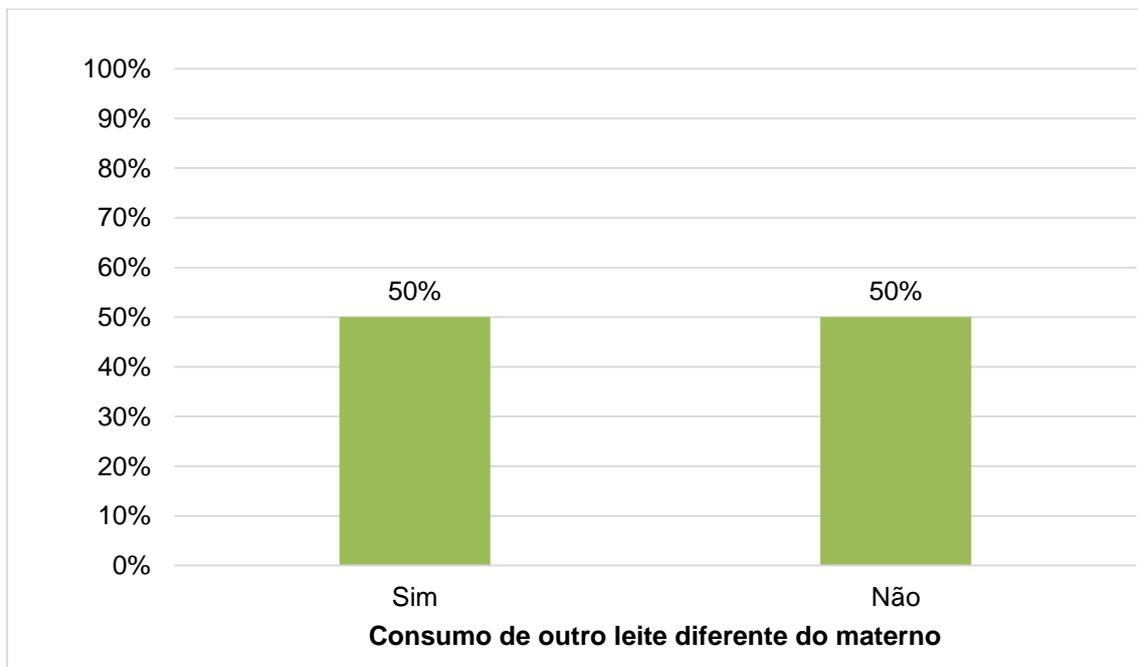


Gráfico 3 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de outro tipo de leite diferente do materno no dia anterior. São Paulo, Maio a Junho, 2017.



4.2.2 Alimentos presentes na alimentação complementar

Como pode ser observado na tabela 4, o consumo de frutas mostrou-se bem alto, sendo que todas as crianças receberam ao menos uma porção de fruta no dia anterior. A maior concentração do consumo encontra-se na categoria de duas vezes ao dia (55%), dessa forma, a maior parte não consumiu o que é recomendado pelo guia, que é de três porções de frutas ao dia.⁴

Tabela 4 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de frutas (inteira/pedaço/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.

Número de vezes que consomem	N	%
Não	0	0
Uma vez	7	35
Duas vezes	11	55
Três vezes ou mais	2	10
Não sabe	0	0
Total	20	100

Os dados apresentados na tabela 5 indicam que o consumo de comida de sal também apresentou-se elevado, sendo que apenas 5% não consumiu esse tipo de preparação no dia anterior. A maior concentração do consumo também se encontra na categoria de duas vezes ao dia (70%), assim segue o que é recomendado no guia.⁴

Ao considerarmos o modo de preparo da comida de sal, nota-se que as crianças que consumiram uma vez, receberam os alimentos em pedaços, amassados ou peneirados. Já as crianças que receberam duas vezes, além dos modos de preparados já citados, também receberam alimentos batidos no liquidificador. Por fim, quando recebido três vezes ou mais, o alimento foi ofertado apenas na forma amassada (Tabela 6). Observa-se que a prevalência de modo de preparo foi da comida amassada (45%), esta é a forma recomendada no guia para o profissional da saúde, não sendo aconselhado ofertar a comida liquidificada ou peneirada ou ainda como um caldo, pois não estimula a mastigação, além de “diluir” formas, sabores e aromas.⁶

Tabela 5 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de comida de sal (inteira/pedacão/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.

Número de vezes que consome	N	%
Não	1	5
Uma vez	4	20
Dois vezes	14	70
Três vezes ou mais	1	5
Não sabe	0	0
Total	20	100

Tabela 6 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo de comida de sal por tipo de preparo (inteira/pedacão/amassada) no dia anterior e número de vezes. São Paulo, maio a junho, 2017.

Número de vezes que consome	Modo de preparo	N	%
Uma vez	Pedacão	2	10
	Amassada	1	5
	Peneirada	1	5
	Liquidificada	0	0
	Só caldo	0	0
	Pedacão	3	15
Dois vezes	Amassada	7	35
	Peneirada	1	5
	Liquidificada	3	15
	Só caldo	0	0
	Pedacão	0	0
Três vezes ou mais	Amassada	1	5
	Peneirada	0	0
	Liquidificada	0	0
	Só caldo	0	0
Total	-	20	100

O consumo de mingau com leite não foi considerado elevado visto que apenas 25% dos responsáveis disseram que as crianças o consumiram, mas foi superior ao consumo de iogurte (apenas 5% das crianças o consumiram) (Gráfico 4). Alguns entrevistados entenderam o consumo de iogurte como de “Danoninho”, sendo este contra indicado de acordo o guia devido o teor de açúcar e aditivos.⁴

Já o consumo de legumes mostrou-se alto (95%), assim como já foi apresentado para o consumo de frutas e comida de sal. Vegetais ou frutas de cor alaranjada também estiveram bastante presentes na alimentação do dia anterior (75%), o que representa um bom percentual já que esses tipos de alimentos são fontes de vitamina A, sendo esta importante em diversas funções do organismo de acordo com o guia.⁴ Já o consumo de verduras de folha foi menos expressivo (apenas 20% das crianças as consumiram) (Gráfico 4).

O consumo de frutas e legumes encontrado na presente pesquisa está de acordo com as recomendações do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, no entanto, as verduras apresentaram pequena prevalência, mas seu consumo é importante por ser rico em fibras e micronutrientes.⁶

O Guia também recomenda que em todas as papas salgadas deve estar contido algum alimento do grupo das carnes e que vísceras e miúdos devem ser consumidos pelo menos uma vez por semana, tendo em vista que a partir dos seis meses o leite materno não é suficiente em fornecer ferro.⁶ O presente estudo encontrou uma prevalência elevada do consumo das carnes (90%), mas muito baixa no consumo de fígado (5%). Ademais, muitos responsáveis relataram que não oferecem ovo às crianças, devendo este ser oferecido desde os seis meses de acordo com o guia (Gráfico 4).⁶

Os dados apontam que o consumo de feijão foi considerado moderado (60% o consumiram), já o consumo de arroz e outros (batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha e macarrão sem ser instantâneo) mostrou-se elevado (90%) (Gráfico 4). SIMON *et al.* e SPINELLI *et al.* observaram que o feijão é um dos alimentos com introdução mais tardia, sendo que a maioria das crianças consomem feijão com mais frequência após um ano de idade.^{17,18}

O consumo de ultraprocessados de maneira geral foi baixo com uma média de consumo das quatro categorias de 7,5%, sendo que a maior ingestão foi observada na categoria biscoito recheado, doces ou guloseimas (20%) (Gráfico 4). Deste modo, este baixo consumo segue a recomendação do Guia, que diz para evitar estes tipos de alimentos nos primeiros anos de vida, pois favorece o desenvolvimento de anemias nutricionais, excesso de peso e alergias alimentares.⁶

As prevalências de consumo de alimentos ultraprocessados foram significativamente menores do que os encontrados por MARINHO *et al.* entre crianças de seis a doze meses para bebidas adoçadas, onde 34,7% consumiram

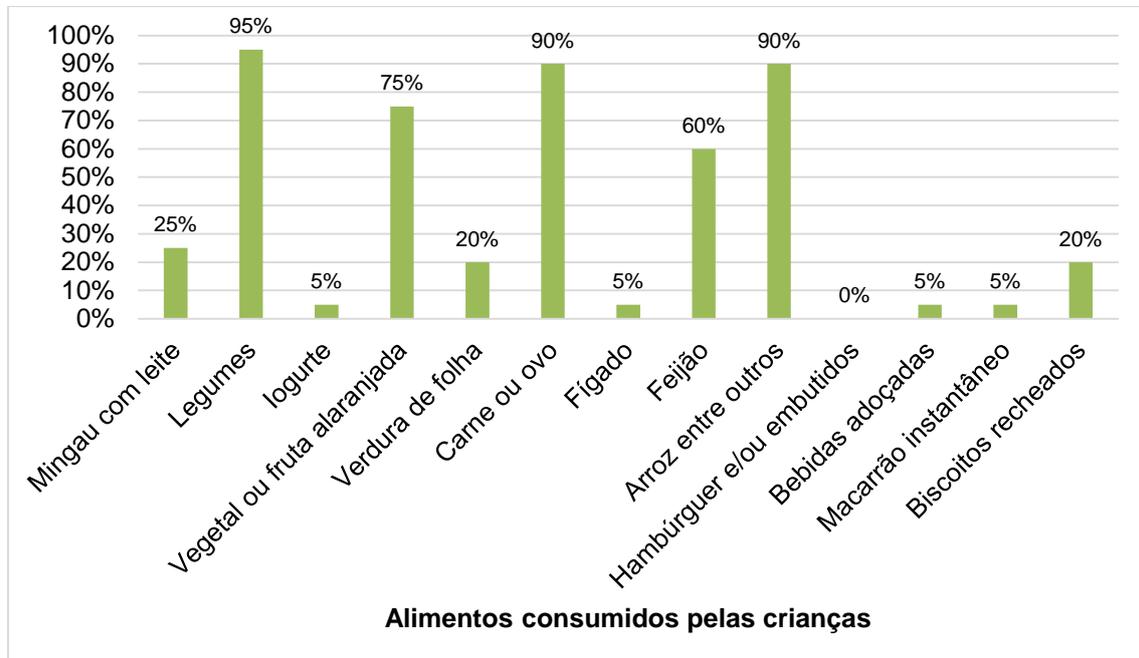
suco industrializado e 17,8% refrigerantes, enquanto que no nosso estudo apenas 5% relataram consumo de bebidas adoçadas, mas foi semelhante no consumo de alimentos fontes de açúcar (20% no nosso estudo e 23,8% no estudo de MARINHO *et al.*).¹⁵

Em nosso estudo, o consumo de determinados alimentos apresentaram maiores porcentagens, tais como leite materno (75%), frutas (100%), comida de panela ou comida de sal (90%) e consumo de carne (90%). Consumos semelhantes foram observados para o feijão (60%) e valores inferiores para o consumo de outros leites (50%) e mingau (25%).

Em 2013, um estudo realizado em Macaé (RJ), com crianças de seis a vinte e quatro meses assistidas pela Rede de Atenção Básica de Saúde, encontrou entre o grupo de seis a doze meses prevalências de consumo de 72,3% para verduras e legumes; 75,3% de frutas e 63,4% de carnes, que foi considerado pelos autores como indicadores de uma alimentação complementar saudável.¹⁵

Em um estudo que foi realizado em 136 municípios do estado de São Paulo e que avaliou o consumo de alimentos nas últimas 24 horas de crianças entre seis a doze meses, foram observados os seguintes dados: 50% receberam leite materno, 77% outros tipos de leite, 63% mingau, 87% frutas, 78% sopas, 64% comida de panela, 58% comida com feijão e 36% sopa ou comida com carne.¹⁶

Gráfico 4 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo os alimentos que foram consumidos no dia anterior. São Paulo, maio a junho, 2017.



4.2.3 Fatores influenciadores na introdução da alimentação complementar

Notou-se que os alimentos que são ofertados às crianças nem sempre são os consumidos pela família (55% consomem alimentos diferentes). As mães daquelas crianças que consomem alimentos diferentes declararam a ingestão de frutas orgânicas, sucos sem adição de açúcar e uma alimentação geral mais saudável que a da família. Além disso, a maior parte das refeições são preparadas exclusivamente pela mãe (75% declararam o preparo feito pela mãe), sendo que todas as crianças realizam suas refeições em casa (Gráficos 5, 6 e 7).

Apesar de 60% das mães terem afirmado que trabalham, o fato de todas as crianças realizarem suas refeições em casa indicam que elas não frequentavam creches.

Foi revelado que os motivos para que a criança não recebesse mais o leite materno foram: leite “secou”, idade do bebê igual a 6 meses, trabalho, falta de leite, orientação do médico, mãe não conseguiu amamentar e bebê não “pegava” no peito.

Estudo realizado por CAETANO *et al.* encontrou como principais motivos citados pelas mães para interrupção do aleitamento materno baixa produção de leite

(16,7%) e recusa da criança (8,4%), fatores também encontrados no presente estudo.⁹

Gráfico 5 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo consumo dos mesmos alimentos consumidos pela família. São Paulo, maio a junho, 2017.

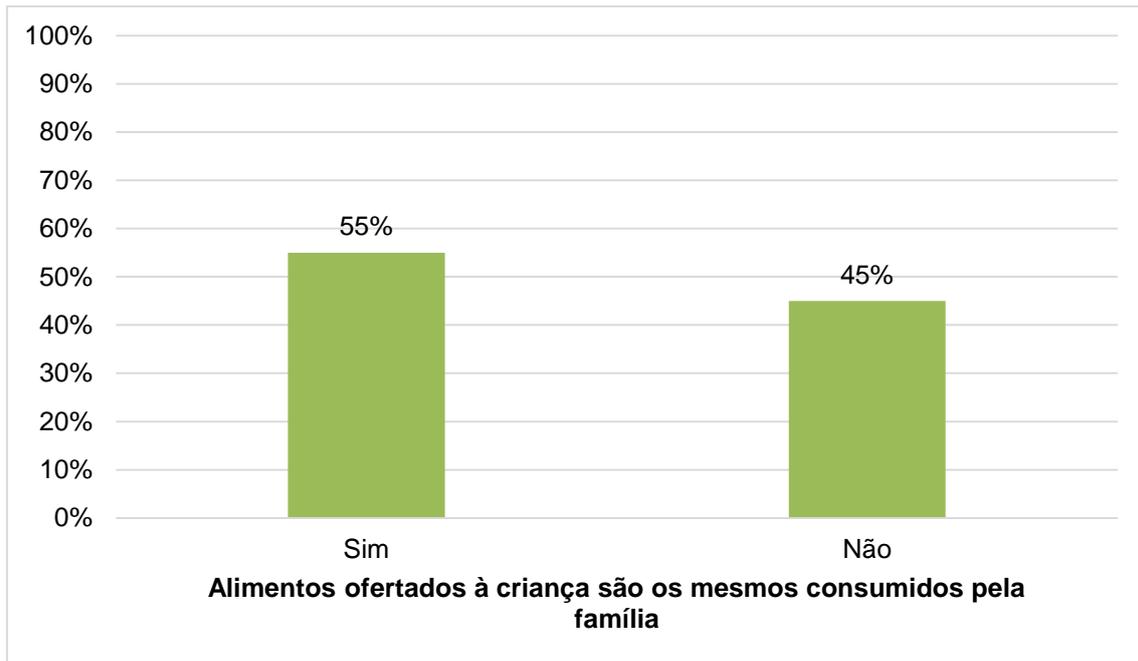


Gráfico 6 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo responsável pelo preparo das refeições da criança. São Paulo, maio a junho, 2017.

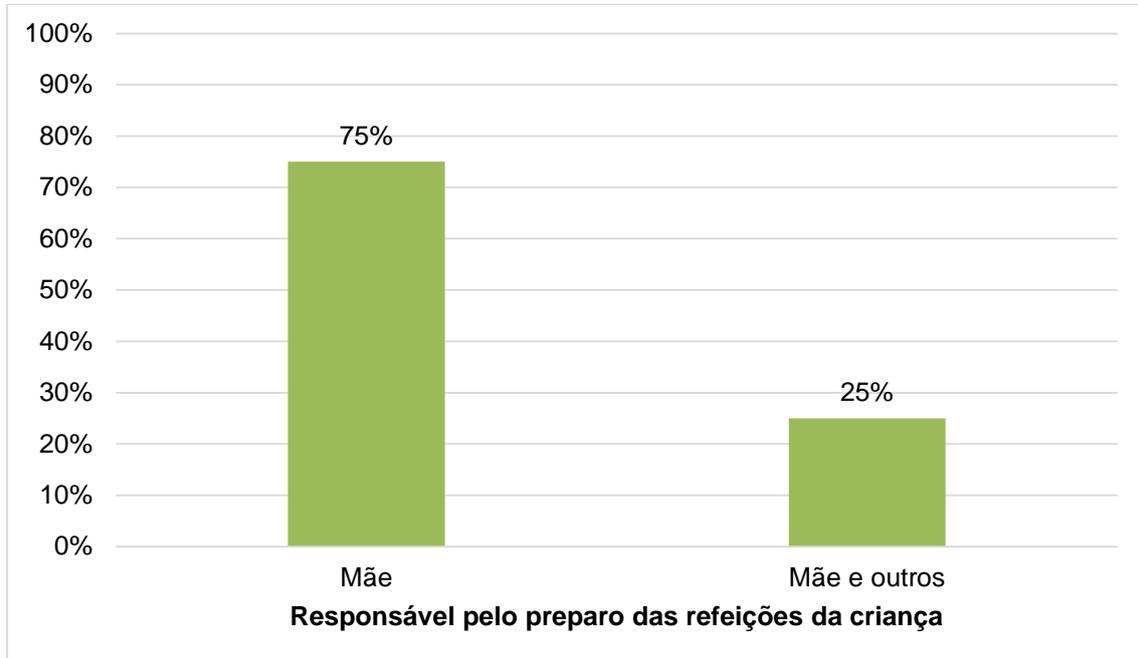
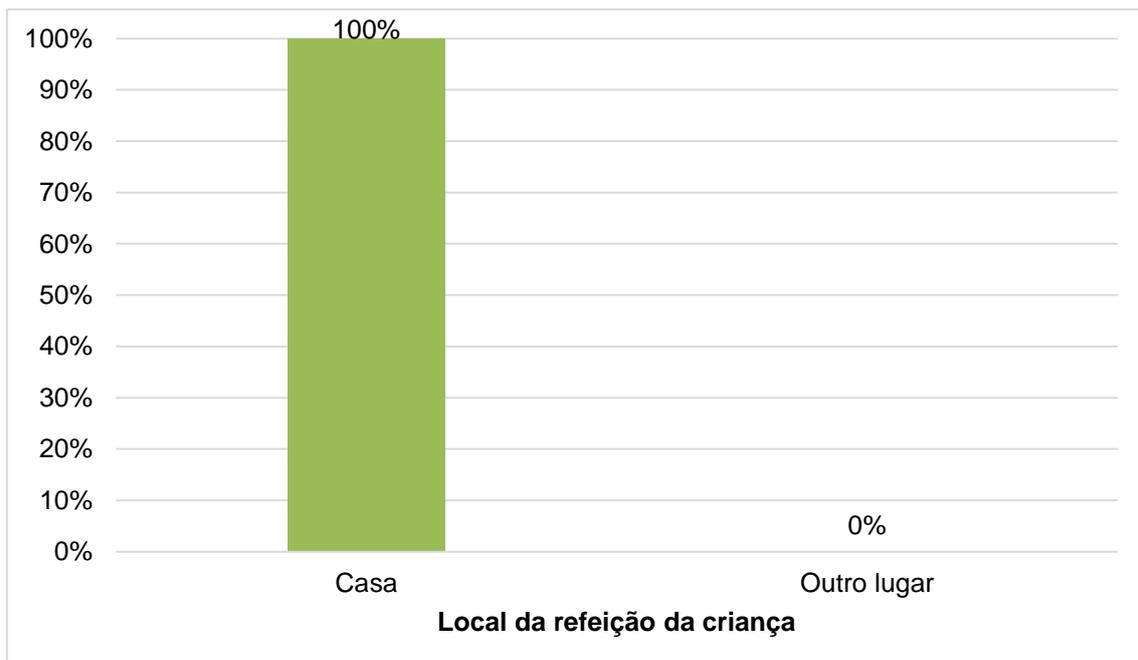


Gráfico 7 – Distribuição de crianças que frequentaram o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza segundo local onde a criança realiza as refeições. São Paulo, maio a junho, 2017.



4.2.4 Indicadores do consumo alimentar

A fim de contribuir para o diagnóstico coletivo, é possível a utilização de indicadores do consumo alimentar. Considerando a alimentação para menores de 2 anos, alguns indicadores que sintetizam características da alimentação infantil, consideradas importantes para o estudo, foram selecionados: aleitamento materno continuado, diversidade alimentar mínima, frequência mínima e consistência adequada e consumo de alimentos ultraprocessados.⁷ Os cálculos para tais indicadores podem ser observados na tabela 7.

O cálculo dos indicadores revela alta prevalência (75%) de aleitamento materno continuado (como já apresentado anteriormente), o que segue o que é recomendado pelo Guia.⁶

O indicador 0,7 para diversidade alimentar indica um resultado satisfatório e está de acordo com as recomendações do Guia, de que todo dia todos os grupos de alimentos devem ser ofertados na alimentação complementar e que é importante variar os alimentos do mesmo grupo, visto que podem fornecer nutrientes diferentes.⁶

Após os seis meses de idade, a criança precisa receber de forma gradual outros alimentos, de maneira que seja garantido o aporte calórico com base em uma alimentação de densidade energética adequada (relativamente alta) e rica em micronutrientes. Levando em consideração que o estômago da criança nessa faixa etária compreende um volume de cerca de 200ml, preparações como leites, mingaus e sopas muito diluídas dificilmente alcançarão a densidade energética aconselhada. Tendo isso em vista, torna-se importante a oferta de alimentos na alimentação complementar em consistências adequadas.¹⁶

No estudo, foi calculado o indicador de consistência adequada que considera as comidas ofertadas de forma amassada ou em pedaços como a forma mais aconselhável.⁶ O indicador de 0,6 indica que para uma parte considerável de crianças (60%) foram ofertados alimentos em consistências adequadas.

Ao considerarmos que, nessa fase da alimentação, as crianças estão formando seus hábitos alimentares, a introdução de açúcar na alimentação complementar pode levar ao maior consumo de alimentos ricos em açúcar que, geralmente, são produtos ultraprocessados. Preparações como leite com achocolatado, mingau, bolacha doce e recheada, agradam as crianças, podendo

levá-las ao consumo em maiores quantidades, o que aumenta o valor calórico total da dieta, contribuindo para o aumento de risco para sobrepeso e obesidade.¹⁶

Poucas crianças avaliadas no estudo parecem receber alimentos ricos em açúcar na sua alimentação complementar e, também considerando que o indicador de consumo de algum tipo de produto ultraprocessado foi baixo (0,3), sugere-se um ponto positivo na alimentação dessas crianças observadas no Centro de Saúde.

Tabela 7 – Cálculo dos indicadores do consumo alimentar. São Paulo, maio a junho, 2017.

Marcador	Fórmula	Cálculo
Aleitamento materno continuado	Crianças de 6 a 23 meses que receberam leite materno/ Total de crianças de 6 a 23 meses	$15/20 = 0,75$
Diversidade alimentar mínima	Crianças de 6 a 23 meses que receberam 6 grupos alimentares/ Total de crianças de 6 a 23 meses	$14/20 = 0,70$
Frequência mínima e consistência adequada	Crianças de 6 a 23 meses que receberam comida de sal na frequência e consistência adequadas/ Total de crianças de 6 a 23 meses	$12/20 = 0,60$
Consumo de alimentos ultraprocessados	Crianças de 6 a 23 meses que consumiram alimentos ultraprocessados/ Total de crianças de 6 a 23 meses	$6/20 = 0,30$

Notas:

*Baseado no documento Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica (Anexo 3).

**Os grupos alimentares são: leite materno ou outro leite, mingau com leite ou iogurte; frutas, legumes e verduras; vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras; carnes e ovos; feijão; e cereais e tubérculos.

***No terceiro marcador apresentado, considerar frequência mínima como uma vez para seis meses e duas vezes para os demais meses; e, consistência adequada como sendo em pedaços ou amassada para todos os meses.

****Os alimentos ultraprocessados: hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e biscoito recheado, doces ou guloseimas.

4.2.5 Limitações

Inquéritos alimentares que coletam informações a respeito do consumo de alimentos e preparações nas últimas 24 horas, mesmo que não permitam conhecer as quantidades e a frequência do consumo ou até mesmo analisar o valor nutricional da alimentação das crianças, possibilita estabelecer tendências desse consumo na faixa etária estudada, especialmente quando realizados em amostras representativas.²⁰ Porém, devido a amostra estudada ser pequena, provavelmente os resultados obtidos não são conclusivos e pontuais.

5 CONCLUSÃO

É evidente a importância de uma introdução da alimentação complementar adequada e saudável sempre acompanhada do aleitamento materno, juntos fornecem um aporte de energia e nutrientes que atendem e devem às necessidades nutricionais do bebê.

O aleitamento materno não deve ser abandonado após o início do consumo dos alimentos complementares visto o enorme benefício proporcionado ao bebê de forma que esse beneficiamento se prolonga até a vida adulta. Além de oferecer vantagens às mães também.

Não menos importante, a alimentação complementar serve para fornecer uma maior contribuição de energia e nutrientes já que o bebê possui um crescimento e desenvolvimento bastante acelerados.

Foi coletado e observado que a maior parte da amostra possui bons indicadores do consumo alimentar e segue o que é recomendado e proposto no Guia Alimentar para as crianças menores de dois anos e o Guia para o profissional da saúde. Porém, devemos levar em conta que a população entrevistada possui um nível de escolaridade maior, logo, um maior conhecimento sobre alimentação saudável. Isto representa um facilitador para que as crianças recebam uma alimentação mais adequada. De qualquer modo, sempre se pode melhorar, tanto a alimentação quanto o conhecimento sobre a mesma.

Assim se faz importante que sejam estudadas outras populações de vários estratos socioeconômicos a fim de identificar os modos de se alimentar e como é possível intervir de forma sustentável economicamente e culturalmente.

Dessa forma, devem ser criadas formas de intervenção que orientem e facilitem uma alimentação complementar saudável acompanhada do aleitamento materno continuado, de modo, que possuam adesão e eficácia. Com isso, se estará prevenindo e reduzindo várias doenças comuns na infância e muitas que se desenvolvem com os anos. Portanto, promover, apoiar e incentivar é uma maneira muito inteligente de redução de muitos problemas de saúde atuais.

6 REFERÊNCIAS

1. ABESO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 4 abril 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **G.13 Prevalência de aleitamento materno**. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g13_08.htm>. Acesso em: 27 jun. 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **G.14 Prevalência de aleitamento materno exclusivo**. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 2012b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g14_08.htm>. Acesso em: 27 jun. 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf>. Acesso em: 4 abril 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 4 abril 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 4 abril 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 4 abril 2017.
9. CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399738176006>>. Acesso em: 30 jun. 2017.
10. CANÔNICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 799-203. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500010>. Acesso em: 12 maio 2017.
11. CORRÊA, E. N. et. al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 64-258, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/05.pdf>>. Acesso em 4 jul. 2017.
 12. DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 52-442, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/10.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.
 13. FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13235/S1415-52732006000500010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 jun. 2017.
 14. GARCIA, M. T.; GRANADO, F.S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 305-306, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/12>>. Acesso em: 4 abril 2017.
 15. MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 977-986, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300977&lng=en>. Acesso em 4 jul. 2017.
 16. SALDIVA, S. R. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 8-53, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n1/v83n1a10.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.
 17. SIMON, V. G. N. et al. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-38, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/05.pdf>>. Acesso em 4 jul. 2017.
 18. SPINELLI, M. G. N. **Prática alimentar de crianças menores de um ano de idade atendidas em unidades básicas de saúde-escola do município de Mogi das Cruzes**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=265281&indexSearch=ID>>. Acesso em: 4 jul. 2017.
 19. USP – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. **Serviços: Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza**. [s.d.]. Disponível

- em: <<http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/135>>. Acesso em: 12 maio 2017.
20. VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.8-313, 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rsp/article/view/25342/27087>>. Acesso em: 21 jun. 2017.
21. VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 8-1205, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601205> Acesso em: 19 jun. 2017.
22. VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, Reino Unido, v. 387, n. 10017, p. 90-475, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.
23. VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 414, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5/v80n5a13.pdf>>. Acesso em: 4 abril 2017.
24. WHO – World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Part 3: Country Profiles. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44368/1/9789241599757_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 jun. 2017.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário de Identificação

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do responsável:
 2. Sexo: Feminino Masculino
 3. Idade do responsável:
 4. Escolaridade:
 5. Ocupação:
 6. Local de residência:
-

1. Nome da criança:
2. Idade da criança:
3. Peso (coletar da caderneta):
4. Altura (coletar da caderneta):
5. Motivo da visita ao hospital:
6. A criança encontra-se em aleitamento materno?

Apêndice 2 – Questionário de Frequência Alimentar (complemento)

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (complemento)

1. Os alimentos ofertados à criança são os mesmo consumidos durante as refeições da família?
2. Quem prepara as refeições da criança?
3. Em que local a criança costuma fazer suas refeições?
4. Quais os motivos que levaram a criança a não mais receber o aleitamento materno?

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Marcadores do Consumo Alimentar

		MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: *		CBO: *	Cód. CNES UNIDADE: *	Cód. EQUIPE (INE): *	DATA: *
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº CARTÃO SUS: <input type="text"/>					
Nome do Cidadão: *					
Data de Nascimento: * / / Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento: * <input type="text"/>					
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:				
	Mingau				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?				<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?				<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:				<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquefícada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:				
	Outro leite que não o leite do peito				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, brócolis, espinafre, mostarda)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Feijão				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?				<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem você consumiu:				
	Feijão				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 * Campo Obrigatório
 ** Todas as questões do bloco devem ser respondidas
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Anexo 2 – Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica

3.1.2 Aleitamento materno continuado

DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO:
esse indicador se destina a definir a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação.	$\frac{\text{Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam leite materno}}{\text{Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias}}$
COMO CALCULAR:	
considerar todas as crianças na respectiva faixa etária com resposta “Sim” à questão “Ontem, a criança tomou leite do peito?”	
CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE:	
Faixa etária: 6 a 8 meses e 29 dias; 9 a 11 meses e 29 dias; 12 a 17 meses e 29 dias; 18 a 23 meses e 29 dias.	

3.1.4 Diversidade alimentar mínima

DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO:
indicador que apresenta a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação.	$\frac{\text{Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares}}{\text{Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias}}$
COMO CALCULAR:	
considerar todas as crianças na respectiva faixa etária que consumiram os seis grupos de alimentos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> - Leite materno ou outro leite que não do peito, mingau com leite ou iogurte. - Frutas, legumes e verduras. - Vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras. - Carnes e ovos. - Feijão; e - Cereais e tubérculos (arroz, batata, inhame, aipi/macaxeira/madioca, farinha ou macarrão - sem ser instantâneo). 	
CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE:	
Faixa etária: 6 a 11 meses e 29 dias; 12 a 17 meses e 29 dias; 18 a 23 meses e 29 dias; 6 a 23 meses e 29 dias.	

3.1.5 Frequência mínima e consistência adequada

DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO:
<p>esse indicador é utilizado para avaliar a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam comida de sal com frequência e consistência adequadas para a idade no dia anterior à avaliação.</p>	<p>Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram comida de sal na frequência e consistência adequadas</p> <hr/> <p>Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias</p>
<p>COMO CALCULAR:</p> <p>considerar todas as crianças na respectiva faixa etária, de acordo com as observações a seguir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se criança de 6 a 6 meses e 29 dias, considerar o consumo de pelo menos uma vez ao dia de comida de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada. - Se criança de 7 a 23 meses e 29 dias, considerar o consumo de pelo menos duas vezes ao dia de comida de sal com consistência normal (em pedaços) ou amassada. 	
CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE:	
<p>Faixa etária: 6 a 6 meses e 29 dias; 7 a 11 meses e 29 dias; 12 a 17 meses e 29 dias; 18 a 23 meses e 29 dias; e 6 a 23 meses e 29 dias.</p>	

3.1.8 Consumo de alimentos ultraprocessados

DESCRIÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO:
<p>indicador que tem como objetivo apresentar a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram alimentos ultraprocessados no dia anterior à avaliação.</p>	<p>Crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que consumiram alimentos ultraprocessados</p> <hr/> <p>Total de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias</p>
<p>COMO CALCULAR:</p> <p>considerar todas as crianças na respectiva faixa etária que consumiram pelo menos um dos seguintes alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha). - Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar). - Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e - Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelo, gelatina). 	
CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE:	
<p>Faixa etária: 6 a 11 meses e 29 dias; 12 a 17 meses e 29 dias; 18 a 23 meses e 29 dias; 6 a 23 meses e 29 dias.</p>	

Anexo 3 – Guia Alimentar para menores de 2 anos

3.1 Práticas Adequadas de Alimentação Infantil

Práticas Adequadas de Alimentação Infantil, segundo definição de especialistas reunidos em Montpellier, na França, (World Health Organization, 1998a) são aquelas que:

1. Fornecem uma quantidade de alimentos adequada para suprir os requerimentos nutricionais;
2. Protegem as vias aéreas da criança contra aspiração de substâncias estranhas;
3. Não excedem a capacidade funcional do trato gastrointestinal e dos rins da criança.

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

A alimentação artificial consome grande parte da renda familiar, sendo que tais recursos poderiam ser utilizados para comprar outros alimentos e suprir as demais necessidades da família. Alimentar uma criança, nos seis primeiros meses de vida, com leite artificial consome cerca de 13% do salário-mínimo e quase 1/3, se o leite for do tipo modificado (King, 1998).

Existem muitas outras vantagens da amamentação, tanto para a mãe quanto para a criança, entre as quais uma possível proteção contra a síndrome da morte súbita, o diabetes melito insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas, o câncer de mama e o de ovário na mulher que amamenta, além de otimizar o desenvolvimento neurológico da criança e promover o vínculo afetivo entre mãe e filho (American Academy of Pediatrics, 1997).

São muitas e importantes as vantagens conhecidas do aleitamento materno que, somadas às prováveis vantagens ainda desconhecidas, não deixam dúvidas quanto à superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite para crianças pequenas.

Existe consenso de que a mulher que amamenta *exclusivamente*, em *livre demanda*, até os seis meses após o parto e cuja *menstruação ainda não tenha retornado*, apresenta proteção contra nova gravidez (Family Health International, 1988). O espaçamento entre os nascimentos conferido pelo aleitamento materno é importante para a saúde da criança, especialmente nas populações menos privilegiadas (Palloni e Millman, 1986; Tu, 1989). A mortalidade em crianças que nasceram até dois anos após o nascimento de um irmão ou cujas mães engravidaram antes que completassem dois anos, em 39 países em desenvolvimento, é consideravelmente maior do que a encontrada entre as crianças que têm uma diferença de dois ou mais anos com o irmão mais próximo (Huttly et al., 1992).

Não há dúvidas quanto às vantagens da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida da criança e quanto às desvantagens da introdução precoce de outros alimentos e mesmo líquidos, como água ou chás, e do uso de mamadeiras/chupetas.

A alimentação da criança deve ser variada. Para facilitar a aceitação de uma alimentação variada, a criança deve ser exposta, na época oportuna, aos diferentes alimentos ainda no primeiro ano de vida. Para que a criança aceite bem os novos alimentos, esses devem ser oferecidos com frequência.

As evidências sugerem que a introdução de alimentos complementares é mais fácil nas crianças amamentadas, pela exposição precoce a diferentes sabores e aromas existentes no leite humano.

6.1 Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos

Estes Dez Passos deverão nortear os conteúdos das mensagens a serem repassadas para a população alvo. São eles:

PASSO 1 – *Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.*

- O leite materno contém tudo o que a criança necessita até o 6.º mês de idade, inclusive água, além de proteger contra infecções.
- A criança que recebe outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, adoce mais e pode ficar desnutrida.

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

- A partir dos seis meses, o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares.
- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.
- Com a introdução da alimentação complementar, é importante que a criança beba água nos intervalos das refeições.

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

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

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

- Crianças amamentadas no peito em livre demanda desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após o jejum (período sem oferta de alimentos). Esquemas rígidos de alimentação interferem nesse processo de autocontrole pela criança.
- Este aprendizado precoce é fundamental na formação das diferenças nos estilos de controle de ingestão de alimentos nos primeiros anos de vida.
- O tamanho da refeição está relacionado positivamente com os intervalos entre as refeições. Grandes refeições estão associadas a longos intervalos e vice-versa.
- É importante que as mães desenvolvam a sensibilidade para distinguir o desconforto do bebê por fome de outros tipos de desconforto (sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, dor, necessidade de carinho) para que elas não insistam em oferecer alimentos à criança quando esta não tem fome.
- Sugere-se que para as crianças em aleitamento materno sejam oferecidas, sem esquema rígido de horário, três refeições complementares: uma no período da manhã, uma no horário do almoço e outra no final da tarde ou no início da noite.

- Para as crianças já desmamadas, devem ser oferecidas três refeições e dois lanches, assim distribuídos: no período da manhã (desjejum), meio da manhã (lanche), almoço, meio da tarde (segundo lanche), final da tarde ou início da noite (jantar).

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

- No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, sob a forma de papas/purês de legumes/cereais/frutas. São os chamados alimentos de transição.
- A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos.
- Sopas e comidas ralas/moles não fornecem energia suficiente para a criança.
- Deve-se evitar o uso da mamadeira, pois a mesma pode atrapalhar a amamentação e é importante fonte de contaminação e transmissão de doenças.
- Recomenda-se o uso de copos (copinhos) para oferecer água ou outros líquidos e dar os alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e com a colher.

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

- Desde cedo a criança deve acostumar-se a comer alimentos variados.
- Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequados.
- O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição, carne e frutas ricas em vitamina C.
- A formação dos hábitos alimentares é muito importante e começa muito cedo. É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas e não nas primeiras. O que pode parecer rejeição aos novos alimentos é resultado do

processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas e da própria evolução da maturação dos reflexos da criança.

- Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de cada alimento no prato, sem misturá-los.

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

- As crianças devem acostumar-se a comer frutas, verduras e legumes desde cedo, pois esses alimentos são importantes fontes de vitaminas, cálcio, ferro e fibras.
- Para temperar os alimentos, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha, coentro).

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

- Açúcar, sal e frituras devem ser consumidos com moderação, pois o seu excesso pode trazer problemas de saúde no futuro. O açúcar somente deve ser usado na alimentação da criança após um ano de idade.
- Esses alimentos não são bons para a nutrição da criança e competem com alimentos mais nutritivos.
- Deve-se evitar dar à criança alimentos muito condimentados (pimenta, mostarda, “catchup”, temperos industrializados).

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

- Para uma alimentação saudável, deve-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação.
- Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo; nunca oferecer restos de uma refeição.
- Para evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos que vão ser consumidos, assim como os utensílios onde serão preparados e servidos.
- Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais.
- Restos de refeições que a criança recusou não devem ser oferecidos novamente.

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

- As crianças doentes, em geral, têm menos apetite. Por isso, devem ser estimuladas a se alimentar, sem, no entanto, serem forçadas a comer.
- Para garantir uma melhor nutrição e hidratação da criança doente, aconselha-se oferecer os alimentos de sua preferência, sob a forma que a criança melhor aceite, e aumentar a oferta de líquidos.
- Para a criança com pouco apetite oferecer um volume menor de alimentos por refeição e aumentar a frequência de oferta de refeições ao dia.
- Para que a criança doente alimente-se melhor, é importante sentar-se ao lado dela na hora da refeição e ser mais flexível com horários e regras.
- No período de convalescença, o apetite da criança encontra-se aumentado. Por isso, recomenda-se aumentar a oferta de alimentos nesse período, acrescentando pelo menos mais uma refeição nas 24 horas.
- Enquanto a criança come com sua própria colher, a pessoa responsável pela sua alimentação deve ir oferecendo-lhe alimentos com o uso de outra.

A PIRÂMIDE ALIMENTAR INFANTIL proposta neste Guia está composta por oito grupos de alimentos, distribuídos em quatro níveis, apresentados da base ao topo da pirâmide, considerando a sua participação na dieta em quantidades respectivamente maiores ou menores de porções.

Os grupos estabelecidos para o Guia Alimentar Infantil na Pirâmide foram os seguintes, da base para o topo:

Nível 1 – Grupo 1 - cereais, pães e tubérculos (de três a cinco porções);

Nível 2 – Grupo 2 - verduras e legumes (três porções);

Grupo 3 - frutas (de três a quatro porções);

Nível 3 – Grupo 4 - leites, queijos e iogurtes (três porções);

Grupo 5 - carnes e ovos (duas porções);

Grupo 6 - feijões (uma porção);

Nível 4 – Grupo 7 - óleos e gorduras (duas porções);

Grupo 8 - açúcares e doces (uma porção).

Fonte: BRASIL⁴, 2005.

Anexo 4 – Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- A introdução dos alimentos complementares deve ser feita com colher ou copo, no caso da oferta de líquidos.
- As carnes são importante fonte de ferro e a partir dos 6 meses, sempre que possível, devem estar presente nas papas salgadas.
- O ovo inteiro e cozido pode ser introduzido ao completar 6 meses.
- Alimentos como laranja, limão, tomate, abacaxi, acerola, goiaba, kiwi, manga são importantes fontes de vitamina C e devem ser oferecidas junto à refeição principal ou após a refeição para aumentar a absorção do ferro.
- Ao completar 6 meses a mãe deve oferecer 3 refeições/dia com alimentos complementares. Essas refeições constituem-se em duas papas de frutas e uma salgada, preparada com legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijões.
- Ao completar 7 meses, essas refeições constituem-se em duas papas salgadas e duas de fruta.
- Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela. Os alimentos devem ser bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para amaciá-los.
- Nesta fase os alimentos devem ser amassados com o garfo. A consistência terá o aspecto pastoso (papa/purê). A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada, porque a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores dos novos alimentos. Além do que, os alimentos liquidificados não vão estimular o ato da mastigação.
- A partir dos 8 meses, algumas preparações da casa como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos (temperos) picantes e excessivos.
- Não oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética do tipo sopas, caldos e sucos.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- Oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação, principalmente as ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente.
- A papa deve conter um alimento de cada grupo: cereais ou tubérculos, leguminosas, legumes e verduras e carne ou ovo. A cada dia ela deverá escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa.
- Para que o ferro presente nos vegetais folhosos e feijão seja melhor absorvido, os mesmos têm que ser consumidos com algum alimento rico em vitamina C e/ou carnes. As carnes também aumentam a absorção do ferro dos outros alimentos.
- Sempre que possível, procure oferecer carne nas refeições e, no mínimo uma vez na semana, oferecer vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

- O valor de oferecer alimentos in natura, sem adição de açúcar;
- O consumo de alimentos não nutritivos (ex.: refrigerantes, açúcar, frituras, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares.
- A criança pequena não pode "experimentar" todos os alimentos consumidos pela família, por exemplo, iogurtes industrializados, queijinhos petit suisse, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, doces, sorvetes, biscoitos recheados, entre outros). Orientar os irmãos maiores e familiares para não oferecerem esses alimentos para a criança.
- A importância da leitura do rótulo dos alimentos infantis antes de comprá-los, evitando oferecer à criança alimentos que contenham aditivos e conservantes artificiais.

Fonte: BRASIL⁶, 2013.