MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil

Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Caderno de Atenção Básica, nº 23

Brasília – DF
2009

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

SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil

Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica – n.º 23

Este material é detinado prioritariamente
para as Equipes de Saúde da Família.
Deve ser conservado em
seu local de trabalho.

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Básica, n. 23

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
6º andar, sala 655
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61)3315-2497
Fone: (61)3315-2850
Home page: http://www.saude.gov.br/dab

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,6º andar, sala 605
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Fone: (61)3315-2850

Supervisão Geral:
Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica:
Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos
Nulvio Lermen Junior

Elaboração Técnica:
Antonio Garcia Reis Junior
Elsa Regina Justo Giugliani
Gisele Ane Bortolini

Colaboradores:
Helen Altoé Duar
Janaína Rodrigues Cardoso
Lílian Cordova do Espírito Santo
Lilian Mara Consolin Poli de Castro
Lylian Dalete Soares de Araújo
Patrícia Chaves Gentil
Sérgio Roberto Barbosa de Jesus

Revisão Técnica:
Armando Henrique Norman
Elisabeth Susana Wartchow

Fotos:
Créditos cedidos ao Departamento de Atenção Básica

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

ISBN 978-85-334-1561-4

1.Saúde Integral da Criança. 2. Aleitamento Materno. 3. Alimentação Complementar Adequada e Oportuna. 4. Atenção Básica. I. Título. II. Série.

CDU 613.95

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/ 0092

Em inglês: Child Health: Infant nutrition: breastfeeding and complementary feeding
Em espanhol: Salud en la Niñez: nutrición del lactante: lactancia materna y alimentación complementaria

EDITORA MS
SIA, trecho 4, lotes 540/610
Tels.: (61) 3233-1774/2020
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Documentação e Informação
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Fax: (61) 3233-9558
http://www.saude.gov.br/editora

Normalização: Valéria Gameleira da Mota
Revisão: Eric Alves e Mara Pamplona
Capa e Diagramação: Renato Barbosa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

1 ALEITAMENTO MATERNO 11

1.1 Introdução 11

1.2 Tipos de Aleitamento Materno 12

1.3 Duração da Amamentação 12

1.4 Importância do Aleitamento Materno 13

1.4.1 Evita mortes infantis 13

1.4.2 Evita diarréia 14

1.4.3 Evita infecção respiratória 14

1.4.4 Diminui o risco de alergias 15

1.4.5 Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes 15

1.4.6 Reduz a chance de obesidade 15

1.4.7 Melhor nutrição 16

1.4.8 Efeito positivo na inteligência 16

1.4.9 Melhor desenvolvimento da cavidade bucal 17

1.4.10 Proteção contra câncer de mama 17

1.4.11 Evita nova gravidez 17

1.4.12 Menores custos financeiros 17

1.4.13 Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho 18

1.4.14 Melhor qualidade de vida 18

1.5 Produção do Leite Materno 18

1.6 Características e Funções do Leite Materno 20

1.7 Técnica de Amamentação 21

1.8 Aconselhamento em Amamentação nos Diferentes Momentos 26

1.8.1 Pré-natal 28

1.8.2 Início da amamentação 29

1.9 Prevenção e Manejo dos Principais Problemas Relacionados à Amamentação 37

1.9.1 Bebê que não suga ou tem sucção fraca 37

1.9.2 Demora na "descida do leite" 38

1.9.3 Mamilos planos ou invertidos 38
1.9.4 Ingurgitamento mamário 39
1.9.5 Dor nos mamilos/mamilos machucados 40
1.9.6 Candidíase (monilíase) 42
1.9.7 Fenômeno de Raynaud 43
1.9.8 Bloqueio de ductos lactíferos 44
1.9.9 Mastite 44
1.9.10 Abscesso mamário 46
1.9.11 Galactocele 48
1.9.12 Reflexo anormal de ejeção do leite 48
1.9.13 Pouco leite 48
1.10 Como Manejar o Aleitamento Materno em Situações Especiais? 50
1.10.1 Nova gravidez 50
1.10.2 Gemelaridade 51
1.10.3 Crianças com más formações orofaciais 54
1.10.4 Crianças portadoras de distúrbios neurológicos 55
1.10.5 Refluxo gastroesofágico 55
1.10.6 Mãe com necessidades especiais 56
1.11 Situações em que há Restrições ao Aleitamento Materno 56
1.12 Apoio dos Serviços de Saúde à Amamentação 59
1.13 A Importância da Família e da Comunidade no Processo da Amamentação 60
1.13.1 Quais os instrumentos de proteção do aleitamento materno no Brasil? 62
1.14 Ajuda à Dupla Mãe/Bebê no Processo do Desmame 63
2 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS 66
2.1 Importância 66
2.2 Problemas Nutricionais mais Prevalentes na Infância 67
2.3 Formação dos Hábitos Alimentares 69
2.4 Alimentação Complementar Saudável 72
2.4.1 Os atributos da alimentação saudável 72
2.4.2 Como orientar para que a criança receba alimentação complementar saudável 75

2.5 Alimentos Processados 85
2.6 Ações do Serviço de Saúde que Podem Fortalecer a Alimentação Complementar 87
2.6.1 Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) 87
2.6.2 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A 89
2.6.3 Informações sobre outros micronutrientes 90
2.7 Alimentação para Crianças não Amamentadas 90
2.8 Orientações Importantes de Acordo com a Idade da Criança 92
2.9 Indicadores para Avaliar as Práticas Alimentares nos Dois Primeiros Anos de Vida 93
2.10 Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos 94
REFERÊNCIAS 97
ANEXOS 108
ANEXO A – Receitas de Papas para Crianças 108
ANEXO B – Marcadores Dietéticos para Avaliação do Consumo Alimentar 110

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 eqüitativo 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.

Nos últimos 30 anos, as políticas nacionais de apoio ao aleitamento materno se basearam eminentemente na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas houve pouco e incipiente estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da Atenção Básica. Da mesma forma, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição encerra uma lacuna de informação e amparo legal entre hábitos considerados inadequados até então e corrobora para a concepção de novos padrões, aceitos atualmente.

Na área da Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação, no ano de 1993, 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. Dentro desse processo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS.

Recentemente, o Unicef, em sua publicação "Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil", reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo País responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Segundo dados do Unicef, o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. O Brasil apresentou expressiva evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permite prever o cumprimento da meta muito antes do pactuado.

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. 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

1 ALEITAMENTO MATERNO

1.1 INTRODUÇÃO

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, 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 taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um 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 processo do 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 uma prática saudável de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar uma 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 o emocional), bem como informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo, 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.

1.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

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

- **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 rituais[1].
- **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 semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

1.3 DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

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 Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. 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 diarréia;

---

[1] Embora 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, apóia 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.

- 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 lactação 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 (500ml) 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)

1.4 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

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.

1.4.1 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 et al., 2003). Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Unicef, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva.

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%. (ESCUDER; 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 diarréia diminui com

a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém 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 diarréia 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 et al., 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)

Um estudo demonstrou que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. (EDMOND et al., 2006)

1.4.2 Evita diarréia

Há fortes evidências de que o leite materno protege contra a diarréia, 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 diarréia nos primeiros seis meses. (BROWN et al., 1989; POPKIN et al., 1992)

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

1.4.3 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 diarréia, 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 et al., 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. (TEELE; KLEIN; ROSNER, 1989)

1.4.4 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 et al., 2003). Assim, retardar a introdução de outros alimentos na dieta da criança pode prevenir o aparecimento de alergias, principalmente naquelas com histórico familiar positivo para essas doenças.

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 fórmulas lácteas nas maternidades.

1.4.5 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 et al., 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 et al., 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)

1.4.6 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 freqüência 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 et al., 2005)

1.4.7 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.

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



"A mãe coloca o bebê no colo, da o peito diariamente, sempre que o bebê quiser, passando amor e carinho."

1.4.8 Efeito positivo na inteligência

Há evidências de que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. 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 (HORTENSEN et

al., 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.

1.4.9 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.

1.4.10 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.

1.4.11 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 et al., 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.

1.4.12 Menores custos financeiros

Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Em 2004, o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil variou de 38% a 133% do salário-mínimo, dependendo da marca da fórmula infantil. 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.

1.4.13 Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho

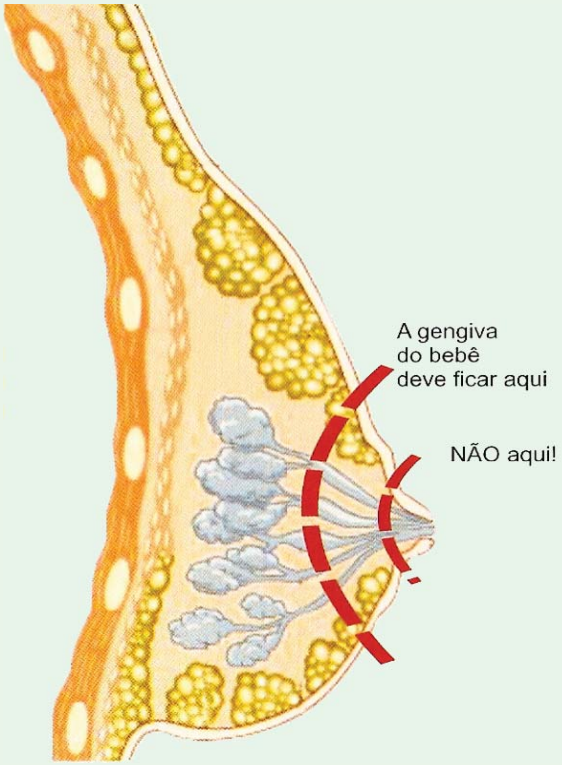
Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção 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.

1.4.14 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.

1.5 PRODUÇÃO DO LEITE MATERNO



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. Estes, 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 sangüíneos, tecido nervoso e tecido linfático.

O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário há um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo.

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. Apesar de a secreção de prolactina estar muito aumentada na gestação, a mama não secreta leite nesse período graças a sua inibição pelo lactogênio placentário.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com conseqüente 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 uma 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.

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o 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 tranqüilidade. 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, menor que 100ml/dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600ml de leite.

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da freqüência 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, 800ml por dia no sexto mês. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê.

1.6 CARACTERÍSTICAS E FUNÇÕES DO LEITE MATERNO

Apesar de a alimentação variar enormemente, 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 1 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. Este 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 1 – 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

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 microorganis-

mos 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 germens 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. Este favorece o crescimento do *Lactobacilus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarréia, 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.

1.7 TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Apesar de a sucção do bebê 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.

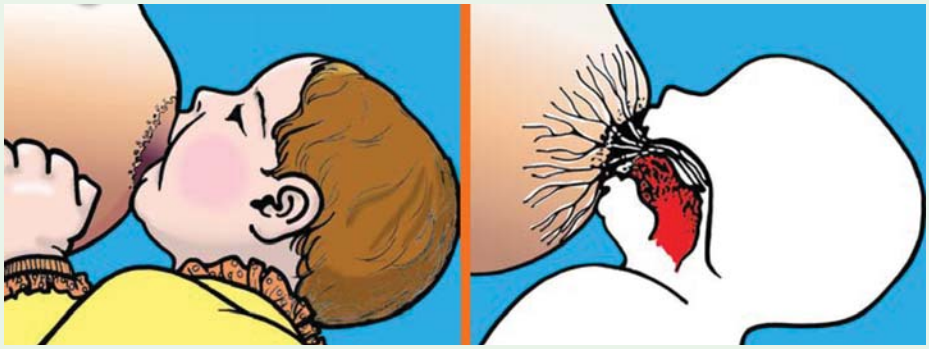
O ciclo de movimentos mandibulares (para baixo, para a frente, para cima e para trás) promove o crescimento harmônico da face do bebê.

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, levando 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.

Pega adequada ou boa pega



Pega inadequada ou má pega



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:

Posição da Mãe – A mãe escolhe uma posição



Posição de Jogador de Futebol Americano



- 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 2cm além do mamilo)? É importante lembrar que o bebê retira o leite comprimindo os seios 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.





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 a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

1.8 ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO NOS DIFERENTES MOMENTOS

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 uma 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 freqüência, 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 aquilo 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.

1.8.1 Pré-natal



A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento.

Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados com o aleitamento materno;
- 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 lactação;
- 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 do recém-nascido;
- Vantagens e desvantagens do uso da chupeta.

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

A "preparação" das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumen-

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

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

1.8.2 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:

1.8.2.1 Comportamento normal do bebê

O entendimento da mãe e das pessoas que vão conviver com o bebê sobre as necessidades deste é fundamental para a tranqüilidade 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 intra-uterinas, vivências do parto e diversos fatores ambientais, incluindo o estado emocional da mãe. É importante lembrar à mãe que cada bebê é único, respondendo de maneiras diferentes às diversas experiências. Comparações com filhos anteriores ou com outras crianças podem atrapalhar a interação entre a mãe e o bebê.

Algumas crianças demandam (choram) mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina. Essas crianças, com freqüência, 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 freqüência, o interpretam como fome ou cólicas. Elas devem ser esclarecidas que existem muitas razões para o choro, incluindo adaptação à vida extra-uterina e tensão no ambiente. Na maioria das vezes os bebês se acalmam se aconchegados ou se colocados no peito, o que reforça a sua necessidade de se sentirem seguros e protegidos. As mães que ficam

tensas, frustradas e ansiosas com o choro dos bebês tendem a transmitir esses sentimentos a eles, causando mais choro, podendo instalar-se um ciclo vicioso.

É comum algumas mães rotularem os seus bebês de "bravos". Uma atitude de solidariedade e entendimento das necessidades dos seus bebês traria mais tranqüilidade 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 tranqüilizadas quanto a esse eventual comportamento do bebê.

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

Hoje se sabe que os bebês têm competências que antes eram ignoradas, e as mães (e pais e familiares) devem saber disso para melhor interagirem com eles, além de tornar a interação mais gratificante.

O melhor momento de interagir com a criança é quando ela se encontra no estado quieto-alerta. Nesse estado o bebê encontra-se quieto, mas alerta, com os olhos bem abertos, como se estivesse prestando atenção. Na primeira hora de vida, esse estado de consciência predomina, favorecendo a interação. A separação da mãe e do bebê e a sedação da mãe logo após o parto privam a dupla desse momento tão especial. Ao longo do dia e da noite a criança encontra-se no estado quieto-alerta várias vezes, por períodos curtos. Durante e após intensa interação, os bebês necessitam de freqüentes períodos de repouso.

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

- Ir ao encontro da mama da mãe por si próprios logo após o nascimento, se colocados no tórax dela. Dessa maneira eles decidem por si o momento da primeira mamada, que ocorre em média aos 40 minutos de vida;
- Reconhecer a face da mãe após algumas horas de vida. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20 a 25cm, a mesma que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas;

- 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.

1.8.2.2 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 freqüência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a 12 vezes ao dia. Muitas mães, principalmente as que estão inseguras e as com baixa auto-estima, costumam interpretar esse comportamento normal como sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos.

O tamanho das mamas pode exercer alguma influência no número de mamadas da criança por dia. As mulheres com mamas mais volumosas têm uma maior capacidade de armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à freqüência das mamadas (DALY; HARTMANN, 1995). Já as mulheres com mamas pequenas podem necessitar amamentar com mais freqüência 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.

1.8.2.3 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.

1.8.2.4 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 et al., 1993). Mesmo ingerindo pouco colostro nos primeiros dois a três dias de vida, recém-nascidos normais não necessitam de líquidos adicionais além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos.

1.8.2.5 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 freqüência, o que pode comprometer a produção de leite. Embora não haja dúvidas de que o desmame precoce ocorre com mais freqüência 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. (VICTORA et al., 1997)

Além de interferir no aleitamento materno, o uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato. A comparação de crânios de pessoas que viveram antes da existência dos bicos de borracha com crânios mais modernos sugere o efeito nocivo dos bicos na formação da cavidade oral. (PALMER, 1998)

1.8.2.6 Aspecto do leite

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

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

O leite pode ter aspecto azulado ou esverdeado quando a mãe ingere grande quantidade de vegetais verdes.

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

1.8.3 Manutenção da amamentação

1.8.3.1 Alimentação da nutriz

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

Fazem parte das recomendações para uma alimentação adequada durante a lactação os seguintes itens:

- 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 500g por semana);
- Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados.

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

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

Como regra geral, as mulheres que amamentam não necessitam evitar determinados alimentos. Entretanto, se elas perceberem algum efeito na criança de algum componente de sua dieta, pode-se indicar a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piorem com a sua 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.

1.8.3.2 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:

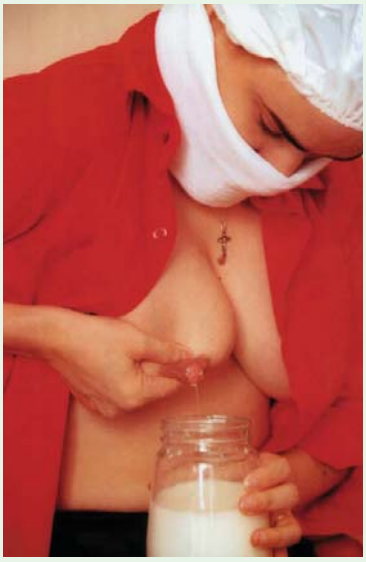
Antes do retorno ao trabalho

- Manter o aleitamento materno exclusivo;
- Conhecer as facilidades para a retirada e armazenamento do leite no local de trabalho (privacidade, geladeira, 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 freqüência 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 geladeira. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar. Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no *freezer* ou congelador, por 15 dias;
- Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, este deve ser descongelado, de preferência dentro da geladeira. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura;
- Realizar ordenha, de preferência manual, da seguinte maneira;





- 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 tranqüilo para esgotar o leite;
- Prender os cabelos;
- Usar máscara ou 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 freqüentemente;

- Secar as mãos e antebraços com toalha limpa ou de papel;
- Posicionar o recipiente onde 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 tranqüilo no colo, na posição sentada ou semi-sentada, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90º 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.

1.9 PREVENÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

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.

1.9.1 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 freqüência 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. 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.

1.9.2 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 freqüente 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.

1.9.3 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 10ml ou 20ml 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.

1.9.4 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 a 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 freqüência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infreqüentes, restrição da duração e freqüência 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.

1.9.4.1 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 freqüentes, sem horários preestabelecidos (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/antiinflamatórios. 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;
- Compressas frias (ou gelo envolto em tecido), 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 sangüíneo, com conseqüente 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.

1.9.5 Dor nos mamilos/mamilos machucados

É comum 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.

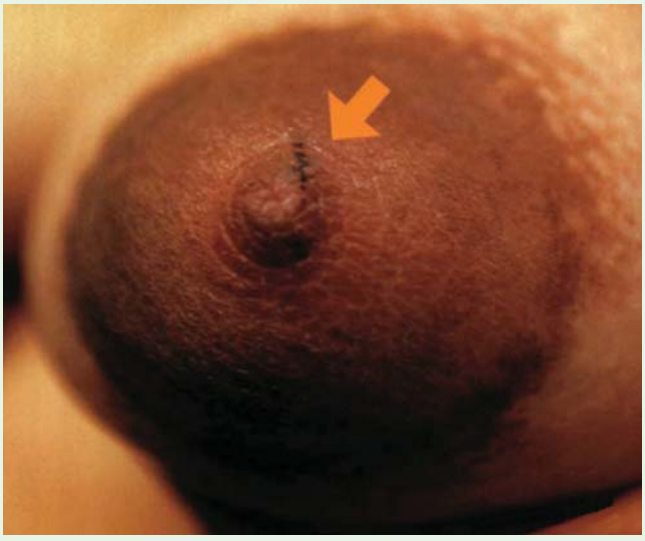
A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração 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 freqüentes 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.

Lesão mamilar por má pega



1.9.5.1 Manejo

As lesões mamilares são muito dolorosas e, com freqüência, 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, podem-se sugerir as seguintes medidas de conforto, que visam a 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. Esse artifício, no entanto, favorece a drenagem espontânea de leite, o que torna o tecido aréolo-mamilar mais vulnerável a macerações. Por isso, essa recomendação deve ser avaliada em cada caso, pesando-se os riscos e os benefícios;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante.

É importante ressaltar que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar.

Têm sido utilizados dois tipos de tratamento para acelerar a cicatrização das lesões mamilares: tratamento seco e tratamento úmido. O tratamento seco (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. Por isso, atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das lesões mamilares, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Para isso, pode-se recomendar o uso do próprio *leite materno* ordenhado nas fissuras. É preciso ter cautela ao recomendar cremes, óleos e loções, pois eles podem causar alergias e, eventualmente, causar obstrução de poros lactíferos.

Existem muitas práticas de uso popular que visam a aliviar o sofrimento materno causado por machucadura de mamilos, como o uso de chá e casca de banana ou mamão, entre outras. Essas práticas devem ser evitadas até que haja estudos indicando a sua eficácia e inocuidade. A casca de banana, por exemplo, pode causar reação alérgica e ser fonte de contaminação. (NOVAK; ALMEIDA; SILVA, 2003)

1.9.6 Candidíase (monilíase)

A infecção da mama no puerpério por *Candida sp* (candidíase ou monilíase) 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 esteróides. 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.

1.9.6.1 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% pode ser usada nos mamilos/aréolas e na boca da criança uma vez por dia por três a quatro dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se Cetoconazol 200mg/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 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.

1.9.7 Fenômeno de Raynaud

O fenômeno de Raynaud, uma isquemia intermitente causada por vasoespasmo, 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 sangüínea) 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 candidíase. Os espasmos, com a dor característica, duram segundos ou minutos, mas a dor pode durar uma hora ou mais. É comum haver uma seqüência de espasmos com repousos curtos. Algumas medicações como Fluconazol e contraceptivos orais podem agravar os vasoespasmos.

1.9.7.1 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.

Quando a dor é importante e não houver melhora com as medidas já citadas (o que é raro), deve-se utilizar a Nifedipina 5mg, três vezes ao dia, por uma ou duas semanas

ou 30–60mg, 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.

1.9.8 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 freqüência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infreqüente 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 conseqüência 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 freqüentes 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.

1.9.8.1 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 freqüentes;
- 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.

1.9.9 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 segun-

da e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e o aumento de 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 do leite 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 fissuras, 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 a 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.

O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado devido a um aumento dos níveis de sódio e uma 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.

Mastite



1.9.9.1 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:

- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante do tratamento da mastite. Preferencialmente a mama deve ser esvaziada pelo próprio recém-nascido, 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 houve um 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 500mg, por via oral, de seis em seis horas, Amoxicilina 500mg ou Amoxicilina associada ao Ácido Clavulânico (500mg/125mg), por via oral, de oito em oito horas. Em pacientes alérgicas a essas drogas, está indicada a Eritromicina 500mg, por via oral, de seis em seis horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência;
  Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antiobioticoterapia, 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;
- 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 antiinflamatórios não-esteróides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

1.9.10 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 a galactocele, a fibroadenoma e o carcinoma da mama.

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 conseqüentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.

Abscesso Mamário



1.9.10.1 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;
- Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. Essa é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Manutenção da amamentação na mama sadia.

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.

1.9.11 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 ultra-sonografia. O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com freqüência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.

1.9.12 Reflexo anormal de ejeção do leite

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

1.9.13 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 freqüência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas freqüentes (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 tranqüilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a idéia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como conseqüência, vai haver menor produção de leite, processo que com freqüência 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 800ml 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 leite humano 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 freqüência 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 infreqüentes, 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 infreqüentes e/ou curtas, amamentação com horários preestabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar a um esvaziamento inadequado das mamas. Outras situações menos freqüentes associadas com sucção ineficiente do bebê, como lábio/palato leporino, freio da língua muito 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, progetogênios, 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 500g 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.

1.9.13.1 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 freqüência das mamadas;

- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- 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;
- 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.

Apesar de haver controvérsias sobre o uso de medicamentos para o estímulo da lactação, 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. Nesse caso, as mais utilizadas são: Domperidona (30mg três vezes ao dia) e Metoclopramida (10mg três vezes ao dia por aproximadamente uma ou duas semanas). A Domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hemato-encefálica, o que a torna mais segura do que a Metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

1.10 COMO MANEJAR O ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS?

1.10.1 Nova gravidez

É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gravidez for normal. 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 cloreto), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez. 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.

1.10.2 Gemelaridade



Com o advento da inseminação artificial, o nascimento de múltiplas crianças se tornou mais freqüente. 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. Estes devem estar preparados para 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 de 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 freqüência e em livre demanda. No caso de extração do leite, desenvolver uma rotina que mimetize as mamadas dos bebês é útil. Para isto, 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 se surpreendem com a 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. Desta 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 deste 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. Neste 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 deste método por acharem mais fácil lembrar quem mamou, onde e quando.
- Escolha de uma mama específica para cada bebê. Nesta circunstância, cada mama se adapta às necessidades de cada bebê. Porém, pode haver diferença no tamanho das mamas, diminuição da produção 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 esta modalidade, então se recomenda 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 apóia 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 desta 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 esta situação, pensam que não estão sendo capazes de produzir leite suficiente para os bebês e tendem a suplementar com outros leites. Estes períodos podem ser antecipados, diminuindo a ansiedade das mães e preparando-as para uma maior demanda, o que pode significar reforço na ajuda. 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. Isto pode ajudar a mãe a ter uma idéia se a criança está recebendo leite suficiente.

Amamentar plenamente um dos bebês e dar exlusivamente 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 esta 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 isto a mãe deve estar preparada e receber auxílio adicional. O profissional de saúde pode auxiliar a mãe nesta 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.

1.10.3 Crianças com más formações orofaciais

É importante que as crianças com más formações 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 conseqüências 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 um maior contato entre mãe e filho, colaborando para estreitar o vínculo entre ambos.

É comum as crianças com más formações 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 do 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 más formações 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 do bebê em posição semi-sentada 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 má formação 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 má formação. (GARCEZ; GIUGLIANI, 2005)

1.10.4 Crianças portadoras de distúrbios neurológicos

Crianças que sofreram asfixia perinatal grave, portadoras de síndromes genéticas, com diversos tipos de infecções congênitas e com más formações do sistema nervoso central podem ter distúrbios neurológicos. Freqüentemente elas têm incoordenação 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 freqüência 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.

1.10.5 Refluxo gastroesofágico

Uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância é o refluxo gastroesofágico. Muitas vezes essa condição se resolve 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 do 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 freqüentes em lactentes com aleitamento artificial quando comparados a bebês amamentados no peito (GIOVANNI et al., 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.

1.10.6 Mãe com necessidades especiais

Em algumas ocasiões o profissional de saúde pode se deparar 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. 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.



Expressão "Aleitamento Materno Exclusivo", Traduzida para a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

1.11 SITUAÇÕES EM QUE HÁ RESTRIÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contra-indicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas infor-

mações sofrem freqüentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrizes se consulte o manual "Amamentação e uso de drogas", disponível em <http://bvsms2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=26;

- 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, 2006a), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso.

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

Fonte: hale e hall (2005)

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

Nas seguintes condições maternas, o **aleitamento materno não deve ser contra-indicado:**

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;
- 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 contra-indicação 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 contra-indicação à amamentação. O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em *perguntar, avaliar, aconselhar, preparar* e *acompanhar* a mãe fumante (BRASIL, 2001). No aconselhamento, o profissional deve alertar sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a eventual diminuição da produção e da ejeção do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros (se não possível a cessação do tabagismo, procurar fumar após as mamadas) e a não fumarem no mesmo ambiente onde está a criança;

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

1.12 APOIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE À AMAMENTAÇÃO



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 exclusivo até os seis meses e complementado até dois anos ou mais, enfatizando que o leite materno protege o bebê de infecções e alergias, enumerando as demais vantagens do aleitamento 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, conseqüências do desmame precoce, produção do leite e manutenção da lactação, amamentação precoce ainda na sala de parto, importância do alojamento conjunto, técnica de amamentação, problemas e dificuldades, direitos da mãe, do pai e da criança e 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 o aleitamento materno.

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.

1.13 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NO PROCESSO DA AMAMENTAÇÃO

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. Portanto, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família.



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 outros leites nos primeiros seis meses. 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.



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 recém-nascido.

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 apóiem as mães a manterem a lactação.



1.13.1 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 Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII). A Lei Federal nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008, cria o Programa Empresa Cidadã, que visa a 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. É importante lembrar que 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;
- 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);
- 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 lácteas 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 sítio: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/index.php>.

1.14 AJUDA À DUPLA MÃE/BEBÊ NO PROCESSO DO DESMAME

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 socioculturais. 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 adquirindo competências para tal.

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 também 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 uma transição mais tranqüila, 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 o autodesmame natural com a chamada "greve de amamentação" do bebê. Esta 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 freqüência, 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 nela, o que dificulta o processo de independização.

Muitas vezes a amamentação é interrompida apesar do desejo da mãe em mantê-la. As razões mais freqüentes 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 apóie 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 se afastar nesse período;
- Ausência de outras mudanças, ocorrendo por exemplo controle dos esfícteres, 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.

2 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS

2.1 IMPORTÂNCIA

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

O grande desafio do profissional de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável. Para tal, a empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas, já que muitas inseguranças no cuidado com a criança não têm "hora agendada" para ocorrer e isso exige sensibilidade e vigilância adicional não só do profissional procurado, mas de todos os profissionais da equipe, para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado.

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de outros alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. A partir do sexto mês a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta (BIRCH, 1997).

O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase. Se durante o aleitamento materno exclusivo a criança é mais intensamente ligada à mãe, a alimentação complementar permite maior interação do pai, dos 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. 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 também

deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar e ouvir, demonstrar interesse e orientar todos os cuidadores da criança, para que ela se sinta amada e encorajada a entender sua alimentação como ato prazeroso, o que evita, precocemente, o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais.

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.

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

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos seis meses e após os seis meses. No primeiro semestre de vida objetiva-se que a criança mame por seis meses exclusivamente ou que, pelo menos, retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos. A partir de seis meses a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno. Assim é de fundamental importância que as mães e a família, nesse período, recebam orientações para a adequada introdução dos alimentos complementares, objetivo principal a ser trabalhado neste Caderno.

2.2 PROBLEMAS NUTRICIONAIS MAIS PREVALENTES NA INFÂNCIA

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 conseqüência 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 complementar, conforme o nome sugere, tem a função de complementar a energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças. As situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia, obesidade e desnutrição.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) divulgada no ano de 2008 mostrou que 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 2006, evidencia-se a diminuição da desnutrição infantil.

Estudos em crianças de diferentes municípios e regiões brasileiras têm sugerido baixa prevalência de baixo peso em crianças (VICTORA et al., 1998; MONTEIRO; CONDE, 2000b; STRUFALDI et al., 2003; CORSO et al., 2003). A desnutrição pode ocorrer precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e freqüentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar inadequada nos primeiros dois anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarréicas e respiratórias (BRASIL, 2005a, 2005b).

O *deficit* 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 freqüente nas áreas de piores condições socioeconômicas (GUIMARÃES; LATORRE; BARROS, 1999; SALDIVA et al., 2004) e quatro vezes mais prevalente em crianças com baixo peso ao nascimento (DRASCHLER et al., 2003). Estudo avaliou crianças menores de cinco anos, na cidade de São Leopoldo (RS), durante a Campanha Nacional de Imunização, e mostrou a baixa estatura em 9,1 % das crianças e o excesso de peso em 9,8% (VITOLO et al., 2008).

O desenvolvimento precoce da obesidade vem apresentando cifras alarmantes entre crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo, sendo um problema de saúde pública que tende a se manter em todas as fases da vida. O excesso de peso como problema de saúde pública tem suplantado, em muito, o baixo peso para estatura no Brasil (POST et al., 1998) e em outros países (POPKIN; HORTON; KIM, 2001). A mobilidade social dessa condição constitui na característica epidemiológica mais marcante do processo de transição nutricional da população brasileira (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Em estudo realizado com crianças menores de cinco anos, a prevalência de obesidade em cinco cidades do interior de São Paulo foi de 6,6% (SALDIVA et al., 2004). Dados de Pelotas (RS) mostraram que a prevalência de excesso de peso dobrou entre 1986 e 1993 nas crianças com quatro anos (GIGANTE et al., 2003), sendo que pesquisas populacionais brasileiras mostram que a prevalência de obesidade em crianças de seis a nove anos triplicou entre 1974 e 1997 (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

A obesidade infantil pode gerar conseqüências no curto e longo prazos e é importante preditivo da obesidade na vida adulta (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003). Sendo assim, a prevenção desde o nascimento é necessária, tendo em vista que os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida (SKINNER et al., 2002). Uma vez habituada a grande concentração de açúcar ou sal, a tendência da criança é rejeitar outras formas de preparação do alimento (SULLIVAN; BIRCH, 1990). A ingestão de alimentos com alta densidade energética pode prejudicar a qualidade da dieta, resul-

tando no aumento do peso e na ingestão deficiente de micronutrientes (OVERBY et al., 2003; KRANZ et al., 2005; DUBOIS et al., 2007). O consumo desses alimentos é facilitado na população de baixa renda pela correlação negativa entre preço e densidade energética demonstrada em estudos (DREWNOWSKI; SPECTER, 2004; DREWNOWSKI et al., 2007).

A anemia por deficiência de ferro, em termos de magnitude, é na atualidade o principal problema em escala de saúde pública do mundo. Estima-se que a prevalência global de anemia em crianças menores de cinco anos é de 47,4% e, na América Latina e no Caribe, é de 39,5%. A África é o continente que apresenta a mais elevada prevalência de anemia (64,6%), e as menores prevalências são observadas na Europa (16,7%) e na América do Norte (3,4%) (KRAEMER; ZIMMERMANN, 2007). No Brasil se conhece bem a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos. Diversos estudos isolados mostram que as prevalências variam de 30% a 70% dependendo da região e estrato socioeconômico (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000; OSÓRIO; LIRA; ASHWORTH, 2004; SPINELLI et al., 2005; ASSUNÇÃO et al., 2007). A anemia causa prejuízos e atrasos no desenvolvimento motor e cognitivo em crianças (WALTER, 1993a; WALTER; KOVALSYS; STEKEL, 1983; WALTER et al., 1989; GRANTHAM-MCGREGOR; ANI, 2001; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007) e que parecem não ser revertidos mesmo após a suplementação medicamentosa com ferro (LOZOFF et al., 2000; LOZOFF; JIMENEZ; SMITH, 2006; LOZOFF; WOLF; JIMENEZ, 1996). 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 (SIIMES; SALMENPERA; PERHEENTUPA, 1984; DEWEY et al., 1998; DOMELLOF et al., 2001). 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.

2.3 FORMAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES

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. O leite materno oferece diferentes experiências de sabores e aromas que vão refletir os hábitos alimentares maternos e a cultura alimentar (MENNELLA, 1995). 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 se gostar ou não se gostar de determinados gostos, e diferenças nas sensibilidades para alguns gostos e sabores herdados dos pais. Essa influência genética vai sendo moldada por experiências adquiridas ao longo da vida. Sensibilidades específicas a algum gosto ou sabor podem influenciar preferências e escolhas alimentares, mas parece não prevalecerem isoladamente (BARTOSHUK, 2000; DREWNOWSKI; HENDERSON; HANN, 2000). Sabores vivenciados nos primeiros meses de vida podem influenciar as preferências alimentares subseqüentes. 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" e que as mães que amamentaram seus filhos por mais tempo apresentaram menor comportamento restritivo (TAVERAS et al., 2004; FISHER; 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 (FOZ et al., 2006; BIRCH, 1998). Os pais são responsáveis pelo que é oferecido à criança, e a criança é responsável por quanto e quando comer. Essa posição é pertinente, desde que os alimentos não ofereçam riscos nutricionais ou de saúde às crianças. Os pais podem ainda contribuir positivamente para a aceitação alimentar por meio da estimulação dos sentidos. Isso pode ser feito por meio de palavras elogiosas e incentivadoras, com o toque carinhoso e permitindo ambiente acolhedor, com pouco ruído, boa luminosidade e conforto à criança. O contato visual entre a criança e quem oferece o alimento é outro estímulo importante, pois, se a visão da mãe durante a amamentação transmite segurança à criança, o semblante alegre de quem oferece o alimento também pode influenciar na aceitação do alimento.



Em geral as crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares (BIRCH, 1997) e esse tipo de comportamento manifesta-se precocemente. Porém, com exposições freqüentes, os alimentos novos passam a ser aceitos, podendo ser incorporados à dieta da criança (ROZIN, 1977; BIRCH; MARLIN, 1982; BIRCH, 1997). 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.

2.4 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

2.4.1 Os atributos da alimentação saudável



A alimentação saudável deve contemplar os seguintes pontos básicos, são eles:

- **Acessibilidade física e financeira:** ao contrário do que tem sido construída socialmente, por meio de informação equivocada, veiculada principalmente pela mídia, a alimentação saudável não é cara, pois se baseia em alimentos *in natura* e produzidos regionalmente. A alimentação das crianças deve ser composta por alimentos básicos e devem ser evitados alimentos processados nos primeiros anos de vida. O apoio e o fomento aos agricultores familiares e às cooperativas para a produção e a comercialização de produtos saudáveis, como grãos, leguminosas, frutas, legumes e verduras, são importantes alternativas não somente para a melhoria da qualidade da alimentação, mas também para estimular a geração de renda em pequenas comunidades, além de sinalizar para a integração com as políticas públicas de produção de alimentos.
- **Sabor:** o argumento da ausência de sabor da alimentação saudável é outro tabu a ser desmistificado, pois é e precisa ser necessariamente saborosa. As crianças, ao receberem a alimentação complementar, tendem a se acostumar com os alimentos na forma como são inicialmente oferecidos. A família deve resgatar o sabor como um atributo fundamental para a promoção da alimentação saudável. As práticas de *marketing* muitas vezes vinculam a alimentação saudável ao consumo de alimentos industrializados especiais para crianças e não privilegiam os alimentos naturais e menos refinados, como,

por exemplo, tubérculos, frutas, legumes e verduras e grãos variados – alimentos saudáveis, saborosos, culturalmente valiosos, nutritivos, típicos e de produção factível em várias regiões brasileiras, inclusive e principalmente por pequenos agricultores familiares; alimentos que são recomendados para as crianças após os seis meses de vida.

- **Variedade:** o consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes necessários, evitando a monotonia alimentar, que limita a disponibilidade de nutrientes necessários para atender a uma alimentação adequada; as crianças devem ser expostas a diferentes alimentos, sendo necessárias, às vezes, diversas exposições ao mesmo alimento para a sua aceitação.
- **Cor:** a alimentação saudável contempla uma ampla variedade de grupos de alimentos com múltiplas colorações. Sabe-se que quanto mais colorida é a alimentação, mais rica é em termos de vitaminas e minerais. Essa variedade de coloração torna a refeição atrativa, o que agrada aos sentidos e estimula o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral.



- **Harmonia:** essa característica da alimentação se refere especificamente à garantia do equilíbrio em quantidade e em qualidade dos alimentos consumidos para o alcance de uma nutrição adequada, considerando que tais fatores variam de acordo com a fase do curso da vida e outros fatores, como estado nutricional, estado de saúde, idade, sexo, grau de atividade física, estado fisiológico. Vale ainda ressaltar que, entre os vários nutrientes, ocorrem interações que podem ser benéficas, mas também prejudiciais ao estado nutricional, o que implica necessidade de harmonia e equilíbrio entre os alimentos consumidos.

- **Segurança sanitária:** os alimentos devem ser seguros para o consumo, ou seja, não devem apresentar contaminantes de natureza biológica, física ou química ou outros perigos que comprometam a saúde do indivíduo ou da população. As crianças são vulneráveis e constituem grupo de risco para a ocorrência de doenças em função da falta de segurança sanitária. Assim, com o objetivo de redução dos riscos à saúde, medidas preventivas e de controle, incluindo as boas práticas de higiene, devem ser adotadas em toda a cadeia de alimentos, desde a sua origem até o preparo para o consumo em domicílio, em restaurante e em outros locais que comercializam alimentos. A vigilância sanitária deve executar ações de controle e fiscalização para verificar a adoção dessas medidas por parte das indústrias de alimentos, dos serviços de alimentação e das unidades de comercialização de alimentos. Além disso, a orientação da população sobre práticas adequadas de manipulação dos alimentos deve ser uma das ações contempladas nas políticas públicas de promoção da alimentação saudável. Os alimentos consumidos pelas crianças são aqueles disponíveis para o consumo da família em nível domiciliar. Assim, a garantia da segurança alimentar dos alimentos é de extrema importância.

A estratégia para a promoção da alimentação saudável também deve levar em consideração modificações históricas importantes que contribuíram para a transição nutricional em que as crianças pequenas são inseridas, tais como:

- O papel do gênero nesse processo, quando a mulher assume uma vida profissional extradomicílio e continua acumulando a responsabilidade sobre a alimentação da família e, em especial, das crianças pequenas.A atribuição de atividades à mulher no ambiente do trabalho remunerado e no espaço doméstico se coloca como um novo paradigma da sociedade moderna, que não tem criado mecanismos de suporte social para a desconcentração dessa atribuição como exclusivamente feminina;
- A modificação dos espaços físicos para o compartilhamento das refeições e nas práticas cotidianas para a preparação dos alimentos;
- As mudanças ocorridas nas relações familiares e pessoais com a diminuição da freqüência de compartilhamento das refeições em família (ou grupos de convívio);
- A perda da identidade cultural no ato das preparações e receitas com a chegada do "evento social" da urbanização/globalização;
- O crescente consumo de alimentos industrializados, pré-preparados ou prontos, os quais respondem a uma demanda de praticidade;
- A desagregação de valores sociais e coletivos que vêm culturalmente sendo perdidos em função das modificações acima referidas.

Assim, a promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever escopo amplo de ações que contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando as identidades cultural e alimentar das diversas regiões. Os profissionais da Atenção Básica, em especial os das equipes de Saúde da Família, com o apoio da comunidade, dos Conselhos de Saúde e em articulação com outros setores da sociedade, podem ser indutores e estimuladores de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais (BRASIL, 2006c).

2.4.2 Como orientar para que a criança receba alimentação complementar saudável

2.4.2.1 Idade de introdução e freqüência

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 (leite materno somente) (STEVENSON; ALLAIRE, 1991). Por volta do quarto ao sexto mês 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 da função gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular (BARNESS, 1990). Com a aproximação do sexto mês 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 (PIPES et al., 1993; HENDRICKS; BADRUDDIN, 1992).



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

os intervalos entre as refeições, segundo suas necessidades. Posteriormente esse autocontrole sofrerá influência de outros fatores, como o cultural e social (BIRCH; FISHER, 1995). Deve-se sempre pesquisar a história familiar de reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada[1]/comida de panela). Ao se aproximar do sétimo, respeitando-se a evolução da criança, deverá ser introduzida a segunda papa salgada/comida de panela (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. Durante essa fase, não é preciso se preocupar com a quantidade de comida ingerida; o mais importante é proporcionar introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que a criança se acostume aos poucos. Além disso, como conseqüência do seu desenvolvimento e controle sobre os movimentos e da fase exploratória em que se encontra, a criança não se satisfaz mais em apenas olhar e em receber passivamente a alimentação. É comum querer colocar as mãos na comida. É importante que se dê liberdade para que ela explore o ambiente e tudo que a cerca, inclusive os alimentos, permitindo que tome iniciativas.

---

[1] Embora a expressão "papa salgada" seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação da composição da dieta da criança e para diferenciá-la da papa de frutas, é importante salientar que o objetivo do uso do termo "salgada" não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal. Expressões como "papa de vegetais com carne" ou outra que dê idéia de consistência (de papa) e variedade também podem ser empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.



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, apenas serve de guia para a orientação das mães quanto à época e freqüência de introdução da alimentação complementar. Embora a amamentação deva continuar em livre demanda após o sexto mês de vida, é possível estabelecer um esquema para a administração da alimentação complementar, de forma a aproximar gradativamente os horários da criança aos da família. **Na impossibilidade do aleitamento materno, oriente em tempo oportuno e de forma adequada a alimentação da criança, de acordo com o preconizado na página 91.**

Quadro 1 – Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento materno

De 6 a 7 meses	De 8 a 12 meses	A partir de 12 meses
• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde	• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde • 1 papa salgada no final da tarde	• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 refeição pela manhã (mingau ou leite batido com fruta) • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da manhã • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da tarde

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

2.4.2.2 Composição e consistência

Deve-se procurar variar ao máximo a dieta para que a criança receba todos os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, além de evitar a monotonia alimentar.

A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, é de aproximadamente 200kcal por dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses. (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1998). A energia total requerida para o crescimento saudável em criança em aleitamento é de 615kcal/dia de seis a oito meses, 686kcal/dia de nove a 11 meses e 894kcal/dia de 12 a 23 meses (DEWEY; BROWN, 2003). A energia necessária proveniente de alimentos complementares é estimada pela subtração da energia média proveniente do leite materno da energia total requerida. Em crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, em média o leite materno fornece 413kcal/dia, 379kcal/dia, 346kcal/dia nas idades de seis a oito meses, nove a 11 meses e 12 a 23 meses, respectivamente. A consistência dos alimentos deve aumentar gradativamente e a textura deve ser apropriada à idade. A primeira papa salgada deve ser oferecida no sexto mês, no horário de almoço (BRASIL, 2002a, 2002b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Tal refeição deve conter alimentos dos seguintes grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, carne e hortaliças. O ovo e as carnes devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade. As papas devem conter no mínimo um alimento de cada grupo. Lembrando que a criança passa a aceitar de forma lenta e gradual porções maiores. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos, propiciando oferta calórica adequada. Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados. Na idade de oito a dez meses, a criança já pode receber os alimentos da família, desde que não muito condimentados ou com grandes quantidades de sal.

As frutas devem ser oferecidas após os seis meses de idade, preferencialmente sob a forma de papas, sempre em colheradas. O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e a presença de fibras, lembrando que nenhuma fruta é contra-indicada. Os sucos naturais podem ser usados preferencialmente após as refeições principais, e não em substituição a elas, em uma dose pequena.



A alergia alimentar ou alergia à proteína heteróloga pode ser desenvolvida a qualquer proteína introduzida na dieta habitual da criança. A mais freqüente é em relação à 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 freqüência, a idade da criança exposta e, ainda, o desenvolvimento da tolerância. A amamentação é bastante eficiente na prevenção à alergia ao leite de vaca e também para o desenvolvimento da tolerância oral aos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Importante:

- Estimular o consumo de alimentação básica e alimentos regionais (arroz, feijão, batata, mandioca/macaxeira/aipim, legumes, frutas, carnes);
- A carne deve fazer parte das refeições desde os seis meses de idade;
- O profissional deve insistir na utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro;
- Crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 400ml por dia.

Tabela 3 – Esquema para introdução dos alimentos complementares

Faixa etária	Tipo de alimento
Até o 6º mês	Leite materno
6º ao 7º mês	Leite materno, papa de fruta, papa salgada, ovo, carne
7º ao 8º mês	Leite materno, segunda papa salgada
9º ao 11º mês	Leite materno, gradativamente passar para alimentação da família
12º mês	Leite materno, comida da família

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, (2006)

2.4.2.3 Alimentação variada: garantir os grupos de alimentos

A garantia do suprimento adequado de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento da criança após o sexto mês depende da disponibilidade de nutrientes no leite materno e na 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, 2002a, 2002b).

Quadro 2 – Descrição dos grupos de alimentos

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Exemplos Recomendação prática
Cereais, pães e tubérculos:	Alimentos ricos em carboidratos devem aparecer em quantidades maiores nas refeições, principalmente nas papas, pois aumentam a densidade energética, além de fornecer proteínas.	Três porções	Cinco porções	Arroz (60g) – 2 colheres das de sopa Mandioca (70g) – 1 colher das de servir Batata (100g) – 1 unidade média Macarrão (50g) – 2 colheres das de sopa Amido de milho/farinhas (20g) – 1 colher das de sopa de amido de milho Pão francês (25g) – ½ unidade Pão de forma (25g) – 1 fatia Bolacha sem recheio (20g) – 4 unidades
Verduras e legumes:	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. Devem ser variados, pois existem diferentes fontes de vitaminas nesse mesmo grupo. Os alimentos de coloração alaranjada são fonte de betacaroteno (pró-vitamina A). As folhas verde-escuras possuem, além de betacaroteno, ferro não heme, que é mais absorvido quando oferecido junto com alimentos com fonte de vitamina C.	Três porções	Três porções	Legumes (20g) – 1 colher das de sopa do alimento picado Verduras (30g) – 2 folhas médias ou 4 pequenas Exemplos: Cenoura – 4 fatias Couve picada – 1 colher das de sopa Abobrinha picada – 1 ½ colher das de sopa Brócolis picado – 1 ½ colher das de sopa Chuchu picado – 1 ½ colher das de sopa

Continua

Continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Exemplos Recomendação prática
Frutas:	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. São também importante fonte de energia. Após o sexto mês, a criança deve receber duas frutas por dia e nenhuma fruta é contra-indicada.	Três porções	Quatro porções	60 a 80g (½ unidade média) Exemplos: Banana nanica – ½ unidade Maçã – ½ unidade Laranja – 1 unidade Mamão papaia – 1/3 unidade Abacaxi – ½ fatia
Leites e produtos lácteos:	Para crianças menores de dois anos, o leite materno pode ser o único alimento desse grupo. Para crianças maiores de quatro meses totalmente desmamadas, não se recomenda a oferta de leite de vaca (ou outro) na forma pura, e sim adicionado a cereais, tubérculos e frutas. Esse grupo é básico para crianças menores de um ano e complementar para crianças maiores de um ano. Fornece cálcio e proteína. O cálcio é fundamental para o desenvolvimento ósseo da criança.	Três porções	Três porções	Leite materno: LIVRE DEMANDA Leite artificial – 150ml (1 copo americano) Iogurte (150g) – 1 pote Queijo (30g) – 1 fatia fina
Carnes, miúdos e ovos:	Esse grupo é fonte de proteína de origem animal (carne e ovos). As carnes possuem ferro de alta biodisponibilidade e, portanto, previnem a anemia. A oferta desses alimentos deve fazer parte da papa oferecida para a criança. As carnes são oferecidas trituradas, desfiadas ou cortadas em pedaços pequenos. Os miúdos contêm grande quantidade de ferro e devem ser recomendados para consumo no mínimo uma vez por semana. Não existem restrições para carnes e ovos a partir dos seis meses de idade.	Duas porções	Duas porções	Carnes (frango, gado, peixe, porco etc.) e miúdos (50g) – 2 colheres das de sopa Ovo (50g) – 1 unidade

Continua

Continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6–12 meses	Recomendação diária 12–24 meses	Exemplos Recomendação prática
Leguminosas:	Esses alimentos são fonte de proteína, além de oferecerem quantidades importantes de ferro não heme e de carboidratos. Quando combinados com o cereal, como por exemplo o arroz, e um alimento rico em vitamina C, podem ser comparáveis ao valor protéico das carnes.	Uma porção	Uma porção	Grãos cozidos – 1 colher das de sopa
Óleos e gorduras:	A gordura está presente naturalmente nas carnes e no preparo das refeições salgadas, devendo ser evitado o excesso e as frituras antes de dois anos de idade.	Duas porções	Duas porções	Óleo vegetal (5g) – 1 colher das de sobremesa Manteiga (5g) – 1 colher das de chá
Açúcares e doces:	Antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar, pois a criança está formando seus hábitos alimentares, que perpetuarão para a vida toda. Sabe-se que os alimentos oferecidos nos primeiros anos de vida, com freqüência, passam a fazer parte do hábito alimentar.	Nenhuma porção	Uma porção	Descrição: antes do primeiro ano de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar. Alimentos industrializados podem conter açúcares. Açúcar (10g) – 1 colher das de sobremesa

2.4.2.4 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/preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarréica 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 alimentares de higiene dos alimentos complementares são um importante componente para a prevenção e redução da ocorrência das doenças diarréicas (FEACHEM; KOBLINSKI, 1984; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985) e suas conseqüentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças (GOVE, 1997).

Tabela 4 – Práticas que devem ser repassadas para as mães:

A água deve ser fervida ou filtrada;
Lavar as mãos em água corrente e sabão antes de preparar e oferecer a alimentação para a criança;
Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a 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 própria, antes de serem descascadas, mesmo aquelas que não sejam consumidas com casca;
A sobra do prato não deve ser oferecida novamente, tão bem como a sobra da mamadeira;
A mamadeira é o maior veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarréia. Orientar à higienização adequada.

2.4.2.5 Higiene e saúde bucal

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

Apesar de ser uma medida de difícil adoção pelos pais, é interessante recomendar a higiene da cavidade bucal da boca do bebê desde o nascimento, com fralda de pano limpa umedecida em água filtrada ou fervida, com a finalidade de se criarem hábitos de higienização.

Quando começarem a nascer os dentes decíduos (de leite) da frente, a limpeza também é feita com fralda de pano limpa umedecida em água filtrada ou fervida.

Quando nascerem os dentes decíduos de trás, é recomendada a higiene bucal com escova dental de cabeça pequena, cabo longo e cerdas macias após cada refeição, orientando utilizar quantidade de creme dental (dentifrício) não superior a um grão de arroz cru, já que o excesso pode provocar a fluorose (manchas esbranquiçadas que aparecem nos dentes por excesso de flúor). Os pais e responsáveis devem higienizar a cavidade bucal da criança até que ela aprenda a escovar corretamente e saiba cuspir o creme dental.

Igualmente importante é recomendar que, após cada refeição e uso de xaropes e outros medicamentos (que são adocicados), deve-se fazer a higienização dos dentes, independentemente do horário.



2.5 ALIMENTOS PROCESSADOS

A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com freqüência e passam a gostar da maneira com que eles foram introduzidos inicialmente. É desejável que ela ingira alimentos com baixos teores de açúcar e sal, de modo que esse hábito se mantenha na sua fase adulta. As versões doces ou mais condimentadas dos alimentos fazem com que as crianças não se interessem por consumir frutas, verduras e legumes na sua forma natural. É comum mães e cuidadores oferecerem a elas alimentos de sua preferência e que são desaconselhados para crianças menores de dois anos. Foi constatado que o estabelecimento dos hábitos alimentares acontece durante os primeiros anos de vida, por volta de dois a três anos. (SKINNER et al., 2002)

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2002a, 2002b). 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 (OVERBY et al., 2003; KRANZ et al., 2005; DUBOIS et al., 2007). São também causa de anemia e alergias. As crianças já nascem com preferência ao sabor doce; portanto, oferecer alimentos adicionados de açúcar ou alimentos com grandes quantidades de energia faz com que a criança se desinteresse pelos cereais, verduras e legumes, alimentos que têm outros sabores e são fontes de nutrientes importantes (OVERBY et al., 2003; KRANZ et al., 2005; DUBOIS et al., 2007)

Os sucos artificiais não devem ser oferecidos ao lactente, pelo fato de não oferecerem nada além de açúcar, essências e corantes artificiais, que são extremamente prejudiciais à saúde e podem causar alergias. A oferta de bebidas e líquidos açucarados deve ser desencorajada, já que foi demonstrada também a associação entre o consumo desses alimentos e o excesso de peso (MALIK; SCHULZE; HU, 2006; SANIGORSKI; BELL; SWINBURN, 2007) e com o surgimento precoce de cáries. As crianças devem receber suco de fruta natural após as principais refeições e, durante o dia, apenas água.

O consumo de mel deve ser evitado no primeiro ano de vida. Apesar de suas excelentes propriedades medicinais e de seu valor calórico, tem sido implicado em fonte alimentar que pode conter esporos de *Clostridium botulinum.* Esses esporos são extremamente resistentes ao calor, portanto não são destruídos pelos métodos usuais de processamento do mel. O consumo do mel contaminado pode levar ao botulismo, devido às condições apropriadas no intestino da criança para germinação e produção da toxina. (ARNON; DAMOS; WOOD, 1979; MIDURA et al., 1979; HURTANEN; KNOX; SHIMANUKI, 1981; DECENTORBI et al., 1997). Os alimentos em conserva, tais como palmito e picles, e os alimentos embutidos, tais como salsichas, salames, presuntos e patês, também constituem fontes potenciais de contaminação por esporos de *C. botulinum* e devem ser evitados, já que oferecem maior risco de transmissão de botulismo de origem alimentar. (CERESER, 2008).

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 (MENELLA, 1996). Assim, como o gosto por alimentos salgados é um aprendizado que se adquire, é recomendável sugerir a quem os prepara que administre quantidade mínima de sal, observando a aceitação da criança. A quantidade inicialmente oferecida tende a ser memorizada e induz a criança a aceitar no mínimo as mesmas quantidades em suas próximas refeições. Além disso, o consumo precoce de sal está associado ao aparecimento de hipertensão arterial, inclusive na infância, e conseqüente aumento no risco cardiovascular, quando adulta. Há diversas opções de ervas e vegetais que podem ser utilizados para temperar as refeições, o que estimula a redução do uso do sal e evita a "necessidade" de adição de condimentos prontos, freqüentemente 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, manjericão, coentro, noz-moscada, canela, cominho, manjerona, gergelim, páprica, endro, louro, entre outros.

2.6 AÇÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE QUE PODEM FORTALECER A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

2.6.1 Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

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 18 meses com sulfato ferroso. Mais informações podem ser obtidas na publicação Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e no Caderno de Atenção Básica intitulado Carências de Micronutrientes, disponíveis no sítio <http://www.saude.gov.br/nutricao>.

Como o PNSF prevê, 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%. 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 (MONSEN et al., 1978; HURREL, 1997). 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 (MONSEN et al., 1978; HALLBERG; BRUNE; ROSSANDER, 1988; ROSSANDER-HULTHEN; GLEERUP; HALLBERG, 1990). Três potentes facilitadores da absorção do ferro não heme são as carnes (ENGELMANN et al., 1998a; ENGELMANN et al., 1998b), o ácido ascórbico – vitamina C – (COOK; REDDY, 2001) e a vitamina A (GARCIA-CASAL et al., 1998), contribuindo para diminuir a prevalência de anemia (VITOLO; BORTOLINI, 2007). Fitatos, taninos, cálcio e fosfatos, por outro lado, possuem efeito inibidor, diminuindo a sua absorção. 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). 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 normal. 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 400ml de leite por dia. Crianças de 6 a 18 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.

Tabela 5 – Alimentos que são fonte de ferro

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

Fonte: Taco (2006) e Philippi (1996)

Atenção!

Crianças que apresentam doenças que cursam com o acúmulo de ferro, como a hemossiderose e anemia falciforme, não devem ser suplementadas com ferro, ressalvadas aquelas que tenham a indicação de profissional. Havendo suspeita dessas doenças, a suplementação não deve ser iniciada, até a confirmação do diagnóstico.

Sinais e sintomas observados em pessoas que têm anemia falciforme: anemia crônica, crises dolorosas no corpo, palidez, cansaço constante, icterícia (cor amarelada identificada na esclerótica ou "branco do olho" e em outras partes do corpo), feridas nas pernas, constantes infecções e febres e inchaço muito doloroso nas mãos e nos pés. Caso apresente tais sinais e sintomas, a criança deve receber acompanhamento clínico.

2.6.2 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

A magnitude do problema de deficiência de vitamina A no Brasil ainda não tem dados nacionais, mas estudos isolados demonstram que há prevalência maiores de 10% de crianças com níveis de retinol sérico abaixo de 20μg/dL (>0,70μmol/L), condição que caracteriza a hipovitaminose A como problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). O valor de vitamina A em equivalente de retinol (EqR) representa o consumo das duas formas dessa vitamina, as quais são representadas pelos carotenóides presentes nos vegetais e a vitamina A propriamente dita, que ocorre naturalmente nos alimentos de origem animal, em grandes proporções no fígado de boi. Nos seis primeiros meses de vida a quantidade de vitamina A presente no leite materno supera as necessidades da criança (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Dos seis aos 12 meses, as crianças devem consumir 500*μg* de vitamina A e, na idade de um a três anos, 300*μg*. Na tabela a seguir estão listados alimentos comumente consumidos pelas crianças e fonte de vitamina A.

Tabela 6 – Alimentos que são fonte de vitamina A

Alimento	Quantidade (100g)	Vitamina A (μg)
Abóbora cozida	4 colheres das de sopa	108
Mamão papala	½ unidade média	31,22
Manga	½ unidade média	402,12
Cenoura crua	1 unidade média	2813,7
Cenoura cozida	1 unidade média	2455,25
Brócolis	3 ramos médios	139
Couve	4 colheres das de sopa	72
Espinafre	4 colheres das de sopa	819
Batata doce cozida	3 colheres das de sopa	1790,25
Fígado bovino cru	1 bife médio	10318,75

Fonte: Taco (2006) e Philippi (1996)

Para prevenir e controlar a deficiência de vitamina A, desde 1983 o Ministério da Saúde distribui cápsulas de 100.000UI dessa vitamina para crianças de seis a 11 meses de idade e de 200.000UI para crianças de 12 a 59 meses de idade nos Estados da Região

Nordeste e no Estado de Minas Gerais (Vale do Jequitinhonha e Vale Mucuri). Essa distribuição é feita associada às campanhas de vacinação, na rotina das unidades básicas de saúde, ou ainda em visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Maiores informações podem ser obtidas na publicação Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e no Caderno de Atenção Básica intitulado Carências de Micronutrientes, disponíveis no sítio <http://www.saude.gov.br/nutricao>.

2.6.3 Informações sobre outros micronutrientes

2.6.3.1 Vitamina D

É pequena a contribuição do leite materno e dos alimentos complementares para o suprimento das necessidades de vitamina D, o qual primordialmente depende da exposição direta da pele à luz solar. Em bebês amamentados exclusivamente ao seio e não expostos à luz solar, os estoques de vitamina D existentes ao nascimento provavelmente seriam depletados em oito semanas. Porém, umas poucas horas de exposição à luz solar no verão – 30 minutos a 2 horas por semana (17 minutos por dia), com exposição apenas da face e mãos do bebê, e 30 minutos por semana (4 minutos por dia), se o bebê estiver usando apenas fraldas – produzem vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses. Crianças com pigmentação escura da pele podem requerer três a seis vezes o tempo de exposição de bebês de pigmentação clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D (MONTE; GIUGLIANI, 2004). Portanto, no Brasil, não há recomendação de rotina de suplementação oral dessa vitamina em virtude das necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição solar.

2.6.3.2 Outras vitaminas

O suprimento de vitaminas como riboflavina, niacina, tiamina, folato e vitamina C pode ser baixo em algumas populações, assim como o de vitamina E, mas não há evidência de benefício da indicação de suplementação dessas vitaminas de forma rotineira (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

2.7 ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Quando o desmame não pôde ser revertido após orientações e acompanhamento dos profissionais ou em situações em que a mãe não está recomendada a amamentar, como no caso da mãe soropositiva para o vírus HIV e HTLV-1 e HTLV-2, a melhor opção para crianças totalmente desmamadas com idade inferior a 4 meses é a alimentação láctea, por meio da oferta de leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite Humano, quando disponível. O uso de leite de vaca e/ou fórmula infantil deve ser avaliado pelo profissional de saúde.

É conveniente evitar o leite de vaca não modificado no primeiro ano de vida em razão do pobre teor e baixa disponibilidade de ferro, o que pode predispor anemia, e pelo risco maior de desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrolíticos e predisposição futura para excesso de peso e suas complicações. Após os 4 meses de idade, as crianças desmamadas devem receber outros alimentos segundo o esquema abaixo:

Quadro 3 – Esquema alimentar para crianças menores de dois anos não amamentadas

	Menores de 4 meses	4–8 meses	Maiores de 8 meses
Manhã	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo
Intervalo	Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta
Almoço	Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Lanche	Alimentação láctea	Papa de fruta	Fruta ou pão ou bolacha sem recheio
Jantar	Alimentação láctea	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
Noite	Alimentação láctea	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

O Ministério da Saúde publicou em 2006 o Guia Prático de Preparo de Alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, disponível em <http://www.saude.gov.br/nutricao>.

Quadro 4 – Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para as crianças que não podem ser amamentadas

Idade	Volume diário	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60 – 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 –180ml	5 a 6
3 a 4 meses	180 – 200ml	4 a 5
> 4 meses	180 – 200ml	2 a 3

Quadro 5 – Reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses

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 fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.
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

Os valores indicados acima são aproximados, de acordo com a variação de peso corporal da criança nas diferentes idades. Após os quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e deve ser oferecido com outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

2.8 ORIENTAÇÕES IMPORTANTES DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA

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, 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 6 sumariza as principais orientações e condutas que devem ser preconizadas de acordo com a idade da criança.

Quadro 6 – Principais condutas de acordo com a idade da criança

Período	Orientações
Até os seis meses de vida:	Orientar para o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês. Sem chá, água ou qualquer outro alimento.
Aos seis meses de vida:	• Orientar a introdução dos alimentos complementares; • Orientar a introdução da água; • Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos; • Orientar o consumo de alimentos que são fontes de ferro e vitamina A; • Orientar para que não sejam oferecidos para criança açúcar, doces, chocolates, refrigerantes e frituras; • Fornecer o suplemento de ferro do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e orientar a forma de oferecer à criança; • Em regiões cobertas pelo programa, fornecer a megadose de vitamina A do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (ver regiões página 89); • Orientar práticas de higiene no preparo da alimentação complementar.
Aos nove meses de vida:	• Orientar que a partir do 10º mês de vida a criança já pode receber a comida preparada para a família; • Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade; • Orientar o consumo de alimentos fontes de ferro e vitamina A; • Orientar para que não sejam oferecidos para criança açúcar, doces, chocolates, refrigerantes e frituras; • Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro; • Para as regiões do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificar se a criança recebeu a dose referente ao período de seis a 11 meses.
Dos 12 aos 18 meses de vida:	• Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade; • Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro; • Para as regiões do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, verificar a data da última dosagem. Se houve intervalo de seis meses ou mais, fornecer a megadose.

2.9 INDICADORES PARA AVALIAR AS PRÁTICAS ALIMENTARES NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

A vigilância alimentar e nutricional é uma forma de manter um olhar atento sobre o estado nutricional e o consumo alimentar da população brasileira. O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) recomenda a adoção de questionário que irá caracterizar de forma ampla o padrão alimentar das crianças, não pretendendo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes. São identificados os chamados "marcadores do consumo alimentar", que indicam a qualidade da alimentação em suas características tanto positivas como negativas.

O questionário que está no anexo B é o instrumento atualmente disponibilizado pela Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGPAN), por meio do SISVAN, e tem por objetivos:

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.

2.10 DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS

O *Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos* é uma iniciativa do Ministério da Saúde (Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição e da Saúde da Criança e Aleitamento Materno) e do Programa de Promoção e Proteção à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Brasil). Esse guia foi elaborado após amplo levantamento de dados existentes no País e complementado com a realização de estudos qualitativos, garantindo-se, assim, a identificação dos problemas existentes e, entre eles, os prioritários para intervenção. As bases científicas descritas no guia constituem sumário de ampla revisão da literatura internacional, baseadas no documento publicado pela OPAS/Brasil (GIUGLIANI; VICTORA, 1997), fundamentadas nos anais da reunião da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância sobre alimentação complementar, realizada em Montpellier, na França, em dezembro de 1995, e publicadas em 1998 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). A partir desse estudo, foram elaboradas recomendações para uma alimentação saudável, expressas em *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*, publicadas em um manual técnico para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena. O estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o impacto da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos nas práticas alimentares no primeiro ano de vida (VITOLO et al., 2005), sendo que o grupo de intervenção recebeu orientações dietéticas, de acordo com o que é preconizado e recomendado nos *Dez passos*, durante visitas domiciliares

sistemáticas no primeiro ano de vida e visitas para coleta de dados aos seis e 12 meses; o grupo controle, somente as visitas para coletas de dados. Ao final do estudo observou-se que 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 diarréia, 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 (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* é 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 no curto prazo imediato, desde que os profissionais de saúde passem a priorizar essas orientações na atenção primária.

Os profissionais e as equipes de Saúde da Família 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 (REIS JUNIOR, 2008), com base nos Dez Passos (BRASIL, 2002a, 2002b):

- **Passo 1**: *"Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento."*

  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.

- **Passo 2**: *"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."*

  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**: *"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."*

  Dica ao profissional e à equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar idéia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

- **Passo 4**: *"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."*

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:** *"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."*

  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:** *"Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida."*

  Dica ao profissional e à equipe: Conversar sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetuosa entre a criança e a família.

- **Passo 7**: *"Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições."*

  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.

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

  Dica ao profissional e à equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

- **Passo 9**: *"Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados."*

  Dica ao profissional e à equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

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

  Dica ao profissional e à equipe: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

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

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Committee on Infectious Diseases. *Red book 2000*. [S.l.]: Elk Grove Village, 2000.

_____. Policy Statement: Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics*, [S.l.], v. 112, n. 2, p. 424-430, 2003.

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 70, p. 525-35, 1999.

ARIFEEN, A. E. et al. Infant growth patterns in the slums of Dhaka in relation to birth weight, intrauterine growth retardation, and prematurity. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 72, p. 1010-7, 2000.

ARNON, S. S.; DAMUS, K.; WOOD, R. M. Honey and other enviromental risk factores for infant botulism. *Journal of Pediatrics,* [S.l.], v. 94, n. 2, p. 231-236, 1979.

ASHRAF, R. N. et al. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr*., [S.l.], v. 82, p. 1007-11, 1993.

ASSUNÇÃO, M. C. et al. Anemia in children under six: population-based study in Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saude Pública*, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 328-35, 2007.

BARNESS, L. A. History of infant feeding practices. *Journal of Pediatrics*, [S.l.], v.117, p. S84-S85, 1990.

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

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Caderno de Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 181S-91S, 2003.

BIRCH, L. L. Conducta alimentar en los niños: perspectiva de su desarrollo. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Nutrición y alimentación del nino em los primeros años de vida*. Washington, D. C., 1997. p. 34-48

_____. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *The Proceedings of the Nutrition Society,* [S.l.], v. 57, n. 4, p. 617-624, 1998.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. A. A appetite and eating behaver in children. *Pediatric Clinic of North America*, [S.l.], v. 42, n. 4, p. 931-953, 1995.

BIRCH, L. L.; MARLIN, D. W. I don't like it: I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite*, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 353-360, 1982.

BIRCH, L. L.; MARLIN, D.W.; ROTTER, J. Eating as the "means" activity in a contingency: effects on young children1s food preferences. *Child Development,* [S.l.], v. 55, n. 2, p. 532-539, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável:* guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de dois anos.* Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Abordagem e tratamento do fumante:* consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais.* Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Manual operacional:* Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/nutricao>

_____. Ministério da Saúde. *Manual operacional*: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/nutricao>

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006c.

_____ . Ministério da Saúde. *Saúde bucal.* Brasília, 2006b. (Caderno de Atenção Básica, n. 17)

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

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.

CERESER, N. D. et al. Botulismo de origem alimentar. *Ciência Rural,* [S.l.], v. 38, n. 1, p. 200-287, jan./fev 2008.

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

CHEN, A.; ROGAN, J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics,* [S.l.], v. 113, p. 435-9, 2004.

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,* [S.l.], v. 360, p.187-95, 2002.

COOK, J. D.; REDDY, M. B. Effect of ascorbic acid intake on non heme-iron absorption from a complete diet. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 73, p. 93-8, 2001.

CORSO, A. C. T. et al. Sobrepeso em crianças menores de seis anos de idade em Florianópolis, SC. *Revista de Nutrição*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 21-8, 2003.

DALY, S. E.; HARTMANN, P. E. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactatingwomen. *J. Hum. Lact.,* [S.l.], v. 11, p. 21-6, 1995.

DeCENTORBI, O. P.; SATORRES, S. E.; ALCARAZ, L. E. Detection of clostridium botulinum spores in honey. *Revista Argentina de Microbiologia,* [S.l.], v. 29, n. 3, p. 147-151, 1997.

DEWEY, K. G. ; BROWN, K. H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr. Bull.,* [S.l.], v. 24, p. 5-28, 2003.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.,* [S.l.], v. 1, p. 19: 9-18, 2003.

DEWEY, K. G. et al. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breast-fed infants in Honduras. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 67, p. 878-84, 1998.

DOMELLOF, M. et al. Iron supplementation of breast-fed Honduras and Swedish infants from 4 to 9 months of age. *The Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 138, p. 679-87, 2001.

DRASCHLER, M. L. et al. Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 1073-81, 2003.

DREWNOWSKI, A. et al. Low-energy-density diets are associated with higher diet quality and higher diet costs in French adults. *Journal of American Dietetic Association*, [S.l.], v.107, n. 6, p. 1028-32, 2007.

DREWNOWSKI, A.; HENDERSON, S. A.; HANN, C. S. Genetic taste markers and preferences for vegetable and fruit of female breast care patients. *American Journal of Dietetic Association*, [S.l.], v. 100, p. 191-197, 2000.

DREWNOWSKI, A.; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *American Journal Clinical of Nutricion,* [S.l.], 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. *Journal of American Dietetic Association*, [S.l.], v. 107, p. 924-934, 2007.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, [S.l.], v. 117, p. 380-6, mar. 2006.

ENGELMANN, M. D. M. et al. The influence of meat on nonheme iron absorption in infants. *Pediatric Research*, [S.l.], v. 73, p. 768-73, 1998a.

ENGELMANN, M. D. M. et al. Meat intake and iron status in late infancy: an intervention study. *Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition*, [S.l.], v. 26, n.1, p. 26-33, 1998b.

ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 30, p. 233-39, 1996.

ESCUDER, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev. Saúde Pública,* [S.l.], v. 37, p. 319-25, 2003.

FEACHEM, R. G.; KOBLINSKI, M. A. Intervention for the control of diarrhoeal disease among young children: promotion of personal and domestic hygiene. *Bulletin of World Health Organization,* [S.l.], v. 62, p. 467-476, 1984.

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*, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 215-23, 2007.

FISCHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, [S.l.], 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. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 69, p. 1264-1272, 1999b.

FOX, M. K. et al. Relatioship between portion size and energy intake among infants and toddles: Evidence of Self-regulation. *Journal of American Dietetic Association*, [S.l.], v. 106, n.1, p. S77-S83, 2006.

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.,* [S.l.], v. 42, p. 687-93, 2005.

GARCIA-CASAL, M. N. et al. Vitamin A and *ß*-Carotene Can Improve Nonheme Iron Absorption from Rice, Wheat and Corn by Humans. *Journal of Nutrition,* [S.l.], v. 128, n.3, p. 646-50, 1998.

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

GIGANTE, D. P. et al. Tendências no perfil nutricional das crianças nascidas em 1993 em Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil: análises longitudinais. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, p. 141-7, 2003. Suplemento 1

GIOVANNI, C. et al. Sandifer's syndrome in a breast-fed infant. *Am. J. Perinatol,* [S.l.], v. 17, n. 3, p. 147-50, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. *Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos:* embasamento científico. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 1997.

GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p 147-154, nov. 2004.

GOVE, S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overviews. *Bulletin World Health Organization*, [S.l.], v. 75, p. 7-16S, 1997. Suppl. 1.

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

GRANTHAM-MCGREGOR, S.; ANI, C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development children. *Journal of Nutrition*, [S.l.], v. 131, p. S649-S668, 2001.

GRAY, R. H. et al. Risk of ovulation during lactation. *Lancet*, [S.l.], v. 335, p. 25-9, 1990

GUIMARÃES, L. V.; LATORRE, M. do R. D. de O.; BARROS, M. B. de A. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 605-15, 1999.

HAISMA, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. *J. Nutr.,* [S.l.], v. 135, p. 1889, 2005.

HALE, T. W. Drug theraphy and breastfeeding. In: RIORDAN, J. (Ed.). *Breastfeeding and human lactation.* 3. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005. p. 137-66.

HALLBERG, G. L.; BRUNE, M.; ROSSANDER, L. Effect of ascorbic acid on iron absorption from different types of meals. *Human Nutrition Application*, [S.l.], v. 40A, p. 97-113, 1988.

HENDRICKS, K. M.; BADRUDDIN, S. H. Weaning recommendations: the scientific basis. *Nutrition*, [S.l.], v. 50, p. 125-133, 1992.

HORTA, B. L. et al. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding:* systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organiztion, 2007.

HURRELL, R. F. Bioavailability of iron. *European Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 5, p. 4-8, 1997. Suppl. 1.

HURTANEN, C. N.; KNOX, D.; SHIMANUKI, H. Incidence and origin of Clostridium botulinum spores in honey. *Journal of Food Protection*, [S.l.], v. 44, p. 812-814, 1981.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Dietary Reference intakes for vitamin A, vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc.* Washington, D.C. : The National Academy Press, 2001. 773 p.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.

KENNEDY, G. E. From the ape's dilemma to the wealing's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J. Hum. Evol.,* [S.l.], v. 48, p. 123-45, 2005.

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

KRANZ, S. et al. Adverse effect of high added sugar consumption on dietary intake in American Preschoolers. *Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 146, p. 105-11, 2005.

LEATHWOOD, P.; MAIER, A. Early influences on taste preferences. *Nestle Nutrition Workshop*. [S.l.], v. 56, p. 127-38, 2005. Discussion p. 138-141

LOZOFF, B. et al. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *Pediatrics*, [S.l.], v.105, n. 4, p. E51, 2000.

LOZOFF, B.; JIMENEZ, E.; SMITH, J. B. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, [S.l.], v.160, n.11, p. 1108-13, 2006.

LOZOFF, B.; WOLF, A.W.; JIMENEZ, E. Iron-deficiency anemia and infant development: effects of extended oral iron therapy. *Journal of Pediatrics,* [S.l.], v. 129, n. 3, p. 382-9, 1996.

MALIK, V. S.; SCHULZE, M. B.; HU, F. B. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition,* [S.l.], v. 84, n. 2, p. 274-88, 2006.

MARINS, V. M. R. V. et al. Perfil antropométrico de crianças de 0 a 5 anos do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 246-53, 1995.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. *Aleitamento materno e introdução de novos alimentos:* a sua importância. Etnia Terena. Aquidauna. Mato Grosso do Sul, 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Amamentação em Libras:* glossário bilingue. Mato Grosso do Sul, 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Cartilha Aleitamento Materno:* alimento da mãe para o filho. Etnia Guarani. Kaiowá. Caarapó. Mato Grosso do Sul, 2008.

MENELLA, J. A. The early development of human flavor preference. In: CAPALDI, E. D. *Why we eat we eat.* Washington, D. C.: American Psychological Association, 1996. p. 83-112.

MENNELLA, J. A.; JOHNSON, A.; BEAUCHAMP, G. K. Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of aminiotic fluid. *Chemical Senses*, [S.l.], v. 20, p. 207-209, 1995.

MIDURA, T. F. et al. Isolation of Clostridium botulinum from honey. *Journal of Clinical Microbiology,* [S.l.], v. 9, p. 282-283, 1979.

MONSEN, E. R. et al. Estimation of available dietary iron. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 31, p. 134-41, 1978.

MONSEN, E. Iron nutrition and absorption: dietary factors which impact iron bioavailability. *Journal of American Dietetic Association*, [S.l.], v. 88, n. 77, p. 786-790, 1988.

MONTE, C.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Journal of Pediatric*, [S.l.], v. 80, p. S131-S141, 2004. Suplemento 5.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Secular trends in childhood in the city of São Paulo, Brazil (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 34, p. 62-72, 2000a. Suplemento 6

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular a desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 52S-61S, 2000b.

MORTENSEN, E. L. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *J.A.M.A.,* [S.l.], v. 287, p. 2365-71, 2002.

NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, R. S. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. *Journal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 221, 2003.

OSÓRIO, M. M.; LIRA, P. I.; ASHWORTH, A. Factors associated with Hb concentration in children aged 6-59 months in the State of Pernambuco, Brazil. *British Journal of Nutrition,* [S.l.], v. 91, n. 2, p. 307-15, 2004.

OVERBY, N. C. et al. High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. *Public Health Nutrition*, [S.l.], 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.,* [S.l.], v. 14, p. 93-8, 1998.

PHILLIPPI, S. T. et al. *Virtual Nutre (Software) cessão 1.0 for windows.* São Paulo: USP 1996.

PIPES, P. L. Nutrition during infancy. In: WILLIAMS, S. R.; WORTHINGTON-ROBERTS, B. S. *Nutrition throughout the life cycle.* St. Louis: Mosby, 1992. p. 214-251.

PIPES, P. L.; TRAHMS, C. M. Nutrient needs of infantes and children. In: _____. *Nutrition in infancy and childhood*. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1993. p. 30-58.

POPKIN, B. M. et al. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics,* [S.l.], v. 86, p. 874-82, 1990.

POPKIN, B.; HORTON, S.; KIM, S. *The nutrition transition and prevention of diet-related chronic diseases in Asia and the Pacific.* Manila: Asian Development Bank Nutrition and Development, 2001.

POST, C. L. et al. Desnutrição e obesidade infantis em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Caderno de Saúde Pública*, [S.l.], v. 12, p. 49-57, 1998. Suplemento1.

RAYNOR, H. A.; EPSTEIN, L. H. Dietary variety, energy regulation, and obesity. *Psychological Bulletin*, [S.l.], v.127, p. 325-341, 2001.

REIS JUNIOR, A. G. "10 Passos para uma alimentação saudável em menores de dois anos": uma proposta metodológica para ESF. In: MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 3.,2008., Brasília. *Anais...* Brasília: [s.n], 2008.

ROSSANDER-HULTHEN, L.; GLEERUP, A.; HALBERG, L. Inhibitory effec of oat products on nonhaem iron absorption in man. *European J. of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 11, n. 44, p. 783-791, 1990.

ROZIN, P. The use of characteristic flavorings in human culinary practice, In: APT, C. M. (Ed.). *Flavor its chemical, behavioral, and commercial aspects.* Boulder, CO: Westview, 1977. p. 97-110.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Prevalence of obesity in preschool children from five towns in Sao Paulo state, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 1.627-32, 2004.

SANIGORSKI, A. M.; BELL, A. C.; SWINBURN, B. A. Association of key foods and beverages with obesity in Australian schoolchildren. *Public Health Nutrition,* [S.l.], v. 10, n. 2, p. 152-7, 2007.

SATTER, E. The feeding relationship: problems and intervention. *Journal of Pediatrics,* [S.l.], v. 117, p. S181-S189, 1990.

SIIMES, M. A.; SALMENPERA, L.; PERHEENTUPA, J. Exclusive breast-feeding for 9 months: risk of iron deficiency. *The Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 104, p. 196-9, 1984.

SKINNER, J. D. et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *Jornal of American Dietetic Association*, [S.l.], v. 102, n. 11, p. 1.638-47, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (São Paulo). Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação:* alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 2006. 64 p.

SPINELLI, M. G. N. et al. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 84-91, 2005.

STEVENSON, R.; ALLAIRE, J. H. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinic of North America,* [S.l.], v. 38, p.1439-1453, 1991.

STRUFALDI, M. W. L. et al. Prevalência de desnutrição em crianças residentes no município de Embu, São Paulo, Brasil, 1996-1997. *Cadernos de Saúde Pública,* [S.l.], v. 19, n. 2, p. 421-8, 2003.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. *J.A.M.A.,* [S.l.], v. 294, p. 2601-10, 2005.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics,* [S.l.], v. 93, p. 271-277, 1994.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. L. Pass the sugar, pass the salt: experience dictates preference. *Developmental Psychology,* [S.l.], v. 23, p. 546-551, 1990.

TAVERAS, E. M. et al. Association of breastfeeding with the maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics,* [S.l.], 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.,* [S.l.], v. 160, p. 83-94, 1989.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Prevention of Dental Caries in Preschool Children. *U.S Preventive services task force.* The guide to clinical preventive services. [S.l.], 2006.

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,* [S.l.], v. 58, p. 833-43, 2003.

VICTORA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *Bull. World Health Organ.,* [S.l.], v. 7, p. 467-75, 1992.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet,* [S.l.], v. 2, p. 319-22, 1987.

VICTORA, C. G. et al. Estimativa da prevalência de déficit de altura/idade em criança brasileiras. *Revista de Saúde Pública,* [S.l.], v. 32, n. 4, p. 321-7, 1998.

VICTORA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics,* [S.l.], v. 99, p. 445-53, 1997.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Biodisponibilidade do ferro como fator de proteção contra anemia entre crianças de 12 a 16 meses. *Jornal de Pediatria,* [S.l.], v. 83, n. 1, p. 33-38, 2007.

VITOLO, M. R. et al. Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de cinco anos. *Jornal de Pediatria*, [S.l.], v. 84, n. 3, p. 251-257, 2008.

VITOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cadernos de Saúde Pública,* [S.l.], v. 21, p. 1448-57, 2005.

WALTER, T. et al. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics*, [S.l.], v. 84, n. 1, p. 7-17, 1989.

WALTER, T. Impact of iron deficiency on cognition in infancy and childhood. *European Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 47, p. 307-316, 1993.

WALTER, T.; KOVALSYS, J.; STEKEL, A. Effect of mild iron deficiency on infant mental developmental scores. *The Journal of Pediatrics*, [S.l.], v. 102, p. 519-22, 1983.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United State, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 75, p. 971-7, 2002.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 75, p. 975-81, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 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,* [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

____. CDD. *Interventions*: other tha case management for reducing diarrhea morbidity and mortality: findings and implications for CDD activities. Geneva, 1985 (CDD. TAG. 85.7)

____. *Complementary feeding of young children in developing countries:* a review of current scientific knowledge. Geneva, 1998.

____. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Geneva, 2003.

____. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices.* Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007a.

____. *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the firts six months of life.* Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), THE UNITED NATIONS CHILDRENS´S FUND (UNICEF). *Complementary feeding of young children in developing coutries*: a Review of Current Scientif knowledge. Geneva, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – RECEITAS DE PAPAS PARA CRIANÇAS

As receitas de papas apresentadas a seguir são alguns exemplos que podem ser utilizados em oficinas sobre alimentação complementar com as mães e/ou responsáveis, ou reproduzir e ser entregue. Outras receitas podem ser acrescentadas, de acordo com a cultura alimentar regional.

Papa de abóbora (jerimum), folha de taioba e carne

Ingredientes

- 1 pedaço médio de jerimum (150g)
- 1 colher das de sopa cheia picada de taioba (ou outra folha verde escura)
- 2 colheres das de sopa cheias de carne moída (50g)
- 1 colher das de chá de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 pitada de orégano

Modo de preparo

Descascar o jerimum e cortá-lo em pedaços pequenos. Lavar bem as folhas de taioba e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, colocar os pedaços de jerimum e a carne moída e acrescentar dois copos de água. Deixar cozinhar até o jerimum ficar macio. Antes de a água secar, adicionar a taioba picada e o orégano. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de batata, espinafre, cenoura e galinha

Ingredientes

- 1 batata média (100g)
- ½ cenoura (50g)
- 1 colher das de sopa cheia picada de espinafre (ou outra folha verde escura)
- 2 colheres das de sopa cheias de galinha desfiada ou 1 coxa (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 colher das de chá de tomate picado

Modo de preparo

Descascar a batata e cortá-la em pedaços pequenos. Picar a cenoura. Lavar bem as folhas de espinafre e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar

a cebola e o tomate. Colocar os pedaços de batata, cenoura e galinha desfiada e acrescentar dois copos de água. Deixar cozinhar até a batata ficar macia. Antes de a água secar, adicionar o espinafre picado. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de mandioca/macaxeira/aipim, brócolis, beterraba e fígado

Ingredientes

- ½ mandioca média (150g)
- 2 ramos de brócolis
- 2 fatias de beterraba
- 2 colheres das de sopa cheias de fígado picado (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 colher das de chá de cheiro verde picado

Modo de preparo

Descascar a mandioca e a beterraba e cortá-las em pedaços pequenos. Lavar bem os brócolis e picar. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, colocar os pedaços de mandioca, beterraba e fígado. Acrescentar o cheiro verde e dois copos de água. Deixar cozinhar até que a mandioca e a beterraba fiquem macias. Antes de a água secar, adicionar os brócolis picados. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar.

Papa de feijão, arroz, espinafre e ovo

Ingredientes

- ½ concha com feijão
- 3 colheres das de sopa cheias de arroz
- 1 colher de sopa cheia picada de espinafre (ou outra folha verde escura)
- 1 ovo (50g)
- 1 colher pequena de óleo
- 1 colher das de café rasa de sal
- 1 colher das de chá de cebola ralada
- 1 dente de alho picado

Modo de preparo

Lavar bem as folhas e talhos do espinafre e picá-los. Colocar o óleo em uma panela pequena e refogar a cebola, o alho e o arroz, e acrescentar dois copos de água. Deixar cozinhar até que o arroz esteja quase pronto. Antes de a água secar, acrescentar as folhas e talos picados de espinafre. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar e adicionar o feijão e o ovo cozido. Amassar

ANEXO B – MARCADORES DIETÉTICOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Abaixo, encontra-se o formulário atualmente adotado pela CGPAN para avaliação das práticas alimentares de crianças menores de dois anos. Mais informações podem ser obtidas pelo endereço <http://www.saude.gov.br/nutricao>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/DAB/CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou matrícula do profissional de saúde	
Nome completo*	Data de nascimento:* / /
Endereço completo*	
Documentação (tipo, número e outras especificações)*	Data de preenchimento: / /

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR – CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE –

CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES
1. A criança ontem recebeu leite do peito? ☐ Sim (pule para a pergunta 3) ☐ Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? ☐ Nunca ____meses OU_ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) ☐ Ainda mama no peito ☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses
4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) ☐ Leite do peito ☐ Chá/água ☐ Leite de vaca ☐ Fórmula infantil ☐ Suco de fruta ☐ Fruta ☐ Papa salgada ☐ Outros

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE SEIS MESES E MENOS DE DOIS ANOS
1. A criança ontem recebeu leite do peito? ☐Sim (pule para a pergunta 3) ☐Não
2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? ☐ Nunca ____meses OU ___ dias
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) ☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses ☐ até 6 meses ☐> 6 meses ☐ Ainda mama no peito
4. Ontem quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) ☐ Não tomou ☐ Até 2 (copos/mamadeiras) ☐ Mais que 2 (copos/mamadeiras)
5. Ontem a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? ☐ Sim ☐ Não
6. Ontem a criança comeu fruta? ☐ Sim ☐ Não
7. Ontem a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? ☐ Sim ☐ Não
8. Ontem a criança comeu feijão? ☐ Sim ☐ Não
9. Ontem a criança comeu assistindo à televisão? ☐ Sim ☐ Não
10. Ontem a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? ☐ Sim ☐ Não
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de seis meses de idade consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? ☐ Sim ☐ Não
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de seis meses de idade? ☐ Sim ☐ Não
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês? ☐ Sim ☐ Não
14. A criança tomou refrigerante no último mês? ☐ Sim ☐ Não
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem? ☐ Sim ☐ Não