

ALIMENTAÇÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL

Feeding in early childhood in Brazil

Daniela Braga Lima¹, Margarida Maria Santana da Silva², Hudsara Aparecida de Almeida Paula³,
Rita de Cássia Lanes Ribeiro⁴, Rita de Cássia Gonçalves Alfenas⁵

RESUMO

A alimentação, desde o nascimento até aos dois primeiros anos de vida, tem repercussões, ao longo de toda a existência do indivíduo. Neste sentido, objetivou-se realizar uma revisão atualizada, sobre alimentação infantil, abordando: o direito à saúde e nutrição; a importância da nutrição e alimentação no crescimento e desenvolvimento; aleitamento materno; alimentação complementar e alimentação no segundo ano de vida. A revisão foi realizada no intuito de contribuir e orientar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de programas governamentais para a promoção de saúde, nesta faixa etária. Acredita-se que alcançar a alimentação adequada, para as crianças menores de dois anos de idade, deve ser um componente essencial, da estratégia global, para assegurar a alimentação de uma população. Embora seja atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e das mães a sua execução, o sucesso final da ação também depende, principalmente, da definição de políticas públicas adequadas e da participação da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: aleitamento materno, desmame, alimentação complementar, nutrição infantil.

INTRODUÇÃO

A nutrição é base para o desenvolvimento humano e, de acordo com Valente¹, por ser fundamental, merece atenção desde os primeiros estágios da vida intrauterina, prolongando-se por toda a infância e pelas diferentes fases

ABSTRACT

Feeding from birth up to two years of age carries repercussions throughout a person's lifetime. Accordingly, this paper aimed at doing an up-to-date review on infant feeding covering: the right to health and nutrition; the importance of nutrition and feeding while growing and developing; breastfeeding; complementary feeding; and feeding during the second year of life. The purpose was to contribute to and guide the planning, monitoring, and evaluation of government programs to promote health for this age group. It is believed that the goal of appropriate feeding of children under two years old must be an essential element of the overall strategy to ensure a population's nourishment. Although it's the health professional's job to promote this action and the mother's to carry it out, its final success also depends mainly on defining appropriate public policy, as well as on society's participation.

KEY-WORDS: breastfeeding, weaning, complementary feeding, infant nutrition.

do ciclo da vida. A inadequada prática alimentar infantil aparece como uma das mais importantes razões para se iniciar o círculo vicioso da infecção, das deficiências nutricionais e desnutrição.²

Não obstante essas e tantas outras afirmações científicas, observa-se, na literatura disponível, uma relativa carência de

¹ Daniela Braga Lima, Departamento de Nutrição. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: danibraga@unifal-mg.edu.br.

² Margarida Maria Santana da Silva, Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

³ Hudsara Aparecida de Almeida Paula, Mestre em Ciência da Nutrição. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

⁴ Rita de Cássia Lanes Ribeiro, Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

⁵ Rita de Cássia Gonçalves Alfenas, Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

estudos que tratem dessa questão. No Brasil, os trabalhos, nesta área, têm se limitado, quase exclusivamente, à questão da prática do aleitamento materno, indiscutivelmente, de fundamental importância, nos primeiros 24 meses de vida. Porém, há outros elementos que envolvem a alimentação e nutrição neste período, que merecem, de forma semelhante, atenção especial. Por exemplo, os aspectos qualitativos e quantitativos da alimentação artificial e o próprio processo de desmame.

A importância da alimentação, nesta faixa etária, isto é, nos primeiros 24 meses de idade, período considerado crítico para o adequado crescimento e desenvolvimento somático do ser humano, encontra respaldo nos direitos das crianças, que são regulamentados por instituições internacionais e pela Constituição brasileira³, que asseguram, a essa faixa etária, uma alimentação adequada para garantir um crescimento e um desenvolvimento saudável. De acordo com Menendez *et al.*⁴ e Marcondes *et al.*⁵, o crescimento do lactente duplica seu peso por volta dos 4-6 meses, triplica ao fim do primeiro ano e quadruplica aos dois anos de idade. Em relação ao comprimento, há aumento de 50% no final do primeiro ano e duplicidade de seu tamanho até os quatro anos de idade. Desta forma, a ingestão de calorias e nutrientes é necessária não só para manter as funções e atividades do organismo, mas, principalmente, para deposição tissular. Conseqüentemente, as necessidades nutricionais, nos dois primeiros anos de vida, são elevadas: o triplo das de um adulto e qualitativamente diferentes de crianças maiores.

De acordo com Ferraz⁶, o estado nutricional do indivíduo é resultante de um processo dinâmico entre a oferta/ absorção/ utilização de nutrientes e de demanda metabólica para mantê-lo vivo em boas condições de saúde e, no caso específico da criança, também para crescer.

Em face da importância da alimentação, na promoção da saúde, de crianças menores de 24 meses de idade, bem como o crescente interesse na relação entre a dieta e ocorrência de distúrbios nutricionais, o objetivo deste artigo foi realizar uma revisão atualizada, sobre alimentação de crianças, nos primeiros anos de vida, abordando: o direito infantil à saúde e nutrição; a importância da nutrição e alimentação no crescimento e desenvolvimento; aleitamento materno; alimentação complementar e alimentação no segundo ano de vida. A revisão foi realizada com vistas a orientar o planejamento de políticas públicas, a monitor e avaliar programas governamentais para a promoção de saúde, nesta faixa etária.

O direito infantil à saúde e nutrição

Somente a partir do século XX, a criança começou a ter lugar nas leis e códigos no mundo e, por extensão, no Brasil.

A importância de olhar a criança como um ser que existe e, diante da sua fragilidade e dependência, procurar meios para protegê-la, levou vários seguimentos da sociedade e instituições a lutarem pela elaboração de leis em sua defesa.⁷

O direito inalienável de todo o ser humano de se alimentar para crescer e se desenvolver, de maneira saudável, foi reafirmado, sucessivamente, em conferências dos países membros das Nações Unidas, em 1948 (Declaração Universal dos Direitos Humanos), em 1974 (Conferência Mundial de Alimentação das Nações Unidas), em 1978 (Pacto Internacional de Direitos Econômicos e Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre “Saúde para todos no ano 2000”) e em 1989 (Convenção sobre os Direitos da Criança).⁸ Como partícipe desses movimentos internacionais, o Brasil, mesmo não se fazendo representar em todos os momentos, contou com um amplo movimento para a garantia desse direito humano, lutando, paralelamente, pela democratização.

Embora esta revisão limite-se aos direitos da infância à saúde, não se pode perder de vista a complexidade que permeia as questões de saúde. A partir de tais considerações, aborda-se parte dos dispositivos constitucionais dedicados à infância. Notadamente, o artigo 227 da Constituição brasileira³ é taxativo, ao tornar um dever do Estado e da sociedade civil, garantir a prioridade de atendimento às necessidades das crianças e adolescentes.

Outro marco importante, na garantia de direitos das crianças, é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - publicado como Lei 8.069/90⁹ que traça diretrizes para programas e políticas de atenção a este segmento etário; busca assegurar tratamento compatível com sua condição de pessoa em desenvolvimento, promovendo, assim, a expansão da cidadania da população infanto-juvenil, considerando-a sujeito de direito.

Fundamentado nessas leis, o Ministério da Saúde identifica uma nova concepção de saúde que tem, como objetivo, a qualidade de vida. Diante disso, esta nova concepção de saúde visa: ao desenvolvimento pleno das potencialidades do indivíduo; à elaboração de políticas públicas, que apontem para a necessidade de ambiente e de estilo de vida saudáveis, bem como para a reorientação dos sistemas de serviços públicos de saúde, com propostas e estratégias coerentes.¹⁰

Há evidências de que o meio ambiente, permeado pelas condições materiais de vida e pelo acesso aos serviços de saúde e educação, determina padrões característicos de saúde e doença na infância, contribuindo, principalmente, em estudos epidemiológicos, para conhecimento do processo saúde-doença, na faixa etária de zero a 24 meses.^{11,12}

Variáveis como renda familiar e escolaridade estão condicionadas, em última instância, à forma de inserção das famílias, no processo de produção, refletindo, na aquisição de alimentos e, conseqüentemente, no estado nutricional.^{13,14} Em recente estudo de revisão, Krebs e Hambidge¹⁵ reconhecem que 50% da mortalidade infantil é direta ou indiretamente relacionada à desnutrição.

As condições de moradia e de saneamento determinam não só o conforto mas também as condições de saúde dos indivíduos de uma sociedade.¹⁶ O ambiente sadio pode ser medido pela disponibilidade de serviços básicos ou pela presença de unidades sanitárias em uma residência. Em relação à constituição familiar, observa-se que um número grande de crianças pequenas, na família, aumenta a demanda por alimentos e cuidados, o que eleva à probabilidade de redução destes importantes fatores na promoção da saúde e nutrição, nesta fase da vida.^{13,17}

O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, Situação da Infância Brasileira em 2001¹⁸ afirma: “O Brasil, apesar dos avanços, ainda deve superar grandes desafios para garantir o direito das crianças”. Todas as dificuldades a serem enfrentadas afetam mais diretamente as crianças, principalmente nos seus primeiros anos de vida. Nesta perspectiva, o Comitê Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas - SCN/ONU, na 32ª Sessão, realizada no Brasil, em março de 2005, definiu, como linha prioritária de atuação, estimular os países a incorporarem as prioridades alimentares e nutricionais, visando o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio, sob a perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA.¹⁹

Algumas iniciativas governamentais são estratégicas nesse sentido, como avanços na aproximação de programas que compõem o campo da saúde da mulher e da criança, incluindo a área de alimentação e nutrição. Principalmente no que se refere à nutrição, a promoção do aleitamento materno se destaca como medida primordial de garantia do DHAA. Os esforços que o Governo brasileiro já vem empreendendo, nessa direção, merecem reforço ainda maior, considerando que, embora alguns avanços tenham sido alcançados, a taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo ainda é muito baixa no País.¹⁹

A legislação brasileira 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 moni-

tore o seu cumprimento, denunciando as irregularidades. Alguns direitos da mulher que, direta ou indiretamente, protegem o aleitamento materno são: a adoção do Sistema de Alojamento Conjunto para Recém-Nascidos, a modificação da legislação trabalhista visando amparar a gestante e a lactante, a melhoria nos programas de atendimento à gestante e à criança, a criação dos Bancos de Leite Humano, o Método Canguru, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, culminando com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno, entre outros.²⁰

Na área da Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação, no ano de 1993, vem consolidando-se como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando 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 Fundo das Nações Unidas para a Infância (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, 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, proposto pela 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.²⁰

Neste sentido, foi lançado pelo Ministério da Saúde um material de apoio para a implementação da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar. Essa Estratégia, elaborada em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - IBFAN Brasil, tem, como finalidade, a formação de profissionais de saúde da atenção básica e da Equipe de Saúde da Família para impulsionar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras. Nos anos de 2009 e 2010, foram previstas 30 oficinas estaduais sobre a temática, em parceria com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição.²⁰

A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

A alimentação é um aspecto fundamental para a promoção da saúde da criança. Os primeiros anos de vida, especialmente os dois iniciais, são caracterizados por: crescimento acelerado; desenvolvimento de habilidade para receber, mastigar e digerir alimentos, bem como de autocontrolar o processo de ingestão de alimentos.²⁰⁻²⁴

As deficiências nutricionais resultantes de condutas inadequadas na prática alimentar podem acarretar prejuízos imediatos à saúde da criança, elevando a morbimortalidade infantil, deixando sequelas como: retardo de crescimento, atraso escolar, baixa imunidade e facilidade para desenvolver doenças crônico-degenerativas na idade adulta.^{23,25-27} Assim, torna-se inquestionável a importância da alimentação das crianças de zero a 24 meses de idade, como um processo dependente da ingestão adequada de energia, proteína e micronutrientes como o ferro, a vitamina A e o zinco.

Diversos fatores concorrem para as carências nutricionais que impedem que a criança alcance seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Em geral, os fatores mais relevantes em relação ao consumo alimentar são: o desmame e a introdução da alimentação complementar precoces, que coincidem com o início do déficit de crescimento.^{7,28}

Black *et al.*²⁹ afirmam que 20% das crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento tinham escore-Z de peso/idade menores de -2; já a prevalência de stunting foi de 32%, ou seja, 178 milhões de crianças.

No Brasil, segunda a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)30, a prevalência de déficits de altura/idade entre crianças menores de cinco anos de idade foi de 7%. Essa frequência vai de 4,9% no primeiro ano de vida para 12,3% no segundo, quando alcança seu pico, reduzindo-se progressivamente nas idades posteriores. Déficits de peso/altura não ultrapassaram 3% em qualquer estrato da população, indicando um equilíbrio adequado entre o acúmulo de massa corporal e o crescimento linear das crianças. Por outro lado, a frequência de déficits de peso/idade foi de 1,7%.

A carência de ferro é um grande problema de saúde pública, atingindo tanto países em desenvolvimento como os desenvolvidos.³¹ No Brasil, estima-se que prevalência da anemia entre crianças menores de cinco anos varie de 30 a 70%, sendo que as maiores prevalências (>50%) são observadas nas crianças com idade abaixo de 24 meses. De

fato, dos 6 aos 18 meses, as necessidades de ferro tendem a ser maiores que a ingestão.³²

A educação alimentar inicia-se, muito precocemente, nos primeiros meses de vida, quando são construídos os alicerces dos hábitos alimentares. Então, de modo geral, o comportamento alimentar é determinado pela interação da criança com o alimento e o ambiente.³³⁻³⁵ A criança começa a aprender: o que comer; quando comer; por que certas substâncias são comestíveis e outras não; e quais alimentos e sabores são apropriados para combinações, de acordo com a cultura do grupo social ao qual ela pertence. Aprende também a gostar ou não de alimentos pela sua ingestão repetida, associando os sabores dos alimentos com reação afetiva do contexto social e a satisfação fisiológica da alimentação.^{33,35}

ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o melhor alimento para garantir o crescimento e desenvolvimento saudável dos lactentes, por fornecer todos os nutrientes e proteção, desenvolver estruturas ósseas, psicológicas e neurológicas.^{36,37} Os nutrientes do leite humano são encontrados em composição e em condições de biodisponibilidade ideais, resultando em um processo digestivo harmônico de acordo com as condições fisiológicas do lactente, assim como no melhor aproveitamento dos elementos que o compõem.^{23,36}

Entre os benefícios do aleitamento materno, recentemente demonstrados, podem-se citar: escore significativamente maior para o desenvolvimento cognitivo; proteção contra morbidades como diarreias, infecções respiratórias e alergias alimentares; diminuição da mortalidade infantil; prevenção de doenças crônicas como diabetes e doença de Crohn; promoção de melhor crescimento; aprimoramento do vínculo mãe-filho; ausência de sobrecarga renal de solutos; melhor biodisponibilidade e digestibilidade de nutrientes; melhor aceitação de novos alimentos no desmame (pela exposição a odores e sabores diferentes); e custo menor quando comparado com o de alimentação artificial.^{20,27,37}

A importância do leite materno, como alimento exclusivo, até o sexto mês de vida, tem sido reiterada, em diversos estudos, referendando a adoção da amamentação como a melhor prática de alimentação infantil em relação a qualquer outro recurso já avaliado, valorizando o seu papel no estado nutricional infantil.^{20,38,39} Segundo Heinig *et al.*⁴⁰, crianças alimentadas no seio apresentam ganho ponderal mais lento que as alimentadas por fórmulas infantis. O leite materno é considerado um fator de proteção, pois a maior ingestão de

energia e proteínas, propiciada pelo aleitamento artificial, está relacionada com o aumento de morbidades.^{5,33,34}

Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, que varia de acordo com a idade da criança, a duração e o tipo de amamentação e as características da população. Especialmente em populações de baixo nível socioeconômico, quanto menor a criança e maior o período de amamentação maior a proteção conferida pelo leite materno.

No estudo realizado por Camilo *et al.*⁴¹ sobre a prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos, vacinadas nos “centros de saúde escola”, em Campinas, observou-se que a mediana de amamentação exclusiva foi de 68 dias. Apesar de estar muito distante da recomendação oficial de 180 dias, este valor foi maior do que os apontados, na última década, em outras localidades, como: 53 em Florianópolis (SC)⁴²; 17 em Ouro Preto (MG)⁴³ e 27 em Montes Claros (MG)⁴⁴, 45,3 na região do Alto Jequetinhonha (MG)⁴⁵, 30,6 em Salvador (BA)⁴⁶, 11,9 em Londrina (PR)⁴⁷, 24 no estado de Pernambuco.⁴⁸

Recentemente, segundo a PNDS, 96% das crianças menores de 60 meses foram alguma vez amamentadas. No entanto, a introdução de outros alimentos e bebidas é precoce, ocorrendo durante as primeiras semanas ou meses de vida. No Brasil, a duração mediana do aleitamento materno exclusivo é de 2,71 meses e 41,7% das crianças brasileiras de 4 a 6 meses de idade já consomem leite não materno.³⁰

Assim, ainda é baixa, no Brasil, a prevalência de lactentes amamentados exclusivamente até os seis meses de idade, período recomendado pela OMS e pelo Governo brasileiro. Ao avaliarem 102 crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida, numa instituição pública de Belém, PA, Marques *et al.*⁴⁹ comprovaram um crescimento adequado. Nessas crianças, o peso dobrou antes do quarto mês de vida, com desaceleração do ganho pêntrico-estatural após o quarto mês. No sexto mês, as crianças chegaram com peso médio superior ao percentil 50, confirmando as vantagens nutricionais do leite materno.

Araújo e Silva²¹ relataram que é mais barato e eficaz garantir complementação alimentar de nutrizes carentes, para promover a amamentação, auxiliando o crescimento e desenvolvimento infantil, do que distribuir fórmulas artificiais ou leite, favorecendo o desmame precoce. Assim, pode-se comprovar, na literatura científica referendada, que o leite materno é ideal para um crescimento adequado, nos primeiros seis meses de vida, não havendo, portanto, a necessidade de complementações.

Embora o valor do aleitamento materno, para a saúde da criança, seja inquestionável, sua importância ainda não é

devidamente reconhecida pela população e, especialmente, pelos profissionais e autoridades de saúde, fazendo com que a alimentação complementar continue ocorrendo precocemente.^{23,24,50,51} Nesse sentido, medidas de promoção (produção de material educativo, divulgação das vantagens e incentivo à amamentação nos meios de comunicação em massa, treinamento de profissionais de saúde), de proteção (leis trabalhistas, controle de comercialização de leites artificiais) e de apoio (aconselhamento individual e formação de grupos de mães) são fundamentais para aumentar a frequência e duração do aleitamento materno.^{23,52}

A necessidade de complementação ou suplementação do leite materno ocorre quando a ingestão for inadequada ou as mães não queiram ou não possam amamentar. Segundo Issler⁵³, o procedimento exigirá decisão clínica individualizada e dependerá da idade da criança.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A introdução de alimentos diferentes do leite materno era denominada “desmame”. Hoje, utiliza-se o termo “alimentação complementar”, pois desmame pode ser interpretado como a interrupção imediata do aleitamento materno, substituindo-o pelos “alimentos de desmame” que, pelo mesmo motivo, hoje, são chamados alimentos complementares.^{23,28,54,55}

A Organização Mundial de Saúde³⁷ recomenda que, aos sete meses de idade, deve-se iniciar a introdução de alimentos complementares apropriados, seguros e nutricionalmente adequados; que protejam as vias respiratórias contra aspiração de pequenas porções de alimentos e não excedam a capacidade funcional do trato gastrintestinal e dos rins. Os alimentos complementares devem ser ricos em energia e nutrientes, particularmente ferro, cálcio, zinco, vitamina A e C e ácido fólico, livres de contaminação microbiana ou química. Devem ser apresentados em quantidade e consistência própria para a idade da criança e sem excessos de sal e condimentos. As crianças amamentadas entre seis e oito meses de idade devem receber, além do leite materno, duas ou três refeições diárias. E, os maiores de oito meses, pelo menos três refeições.

No Brasil, o Ministério da Saúde define dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. É recomendável que a alimentação complementar seja iniciada aos seis meses, mantendo o aleitamento materno exclusivo até essa idade. Os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia às crianças que estão em aleitamento materno e cinco vezes às crianças desmamadas. Porém, sem rigidez de horários.

As sopas e preparações muito diluídas devem ser evitadas, desde o início, assim como o uso da mamadeira. As frutas, verduras e legumes devem ser consumidos diariamente e a alimentação deve ser variada. Devem ser evitados: açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, sal em excesso e alimentos muito condimentados. Cuidados de higiene durante o preparo, a manipulação e a conservação dos alimentos são necessários e, mesmo doente, a criança deve ser estimulada a comer.²³

A Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BE-MFAM56 revelou que mais da metade das crianças menores de quatro meses amamentadas já estava recebendo alimentação complementar, como chás e água. Isso foi identificado como um hábito generalizado, no país, confirmado, também, em outras pesquisas.^{43,44,57,58}

Na Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada, em 1999, apenas 48,9%, das crianças estudadas, recebiam alimentação complementar adequada. Além disso, mais da metade das crianças já estava recebendo fórmula infantil ou outro tipo de leite antes do sexto mês de idade.²⁴ Na última PNDS,³⁰ pôde-se observar que o percentual de crianças de 0 a 6 meses que já estão com alimentação complementar é de 52%, enquanto que 35,6% das crianças de 6 a 8 meses não haviam consumido nenhuma comida de sal nas últimas 24 horas anteriores a pesquisa.

Em outro estudo realizado em 136 municípios do estado de São Paulo com 24448 crianças de 6 a 12 meses, foi observado que dos 6 a 9 meses de idade, 48% das crianças ainda não consumiam refeição de sal.⁵⁹ Diante do exposto, observamos que inadequações no processo de alimentação complementar são comuns, podendo desencadear déficits de crescimento por não receberem alimentos em quantidade e qualidade adequados depois de seis meses de idade.²⁹

ALIMENTAÇÃO NO SEGUNDO ANO DE VIDA

No segundo ano de vida, a criança torna-se mais independente, tem mais condições de se comunicar, apresenta maior maturidade muscular, diversos dentes, bem como sistemas metabólicos e digestivos funcionando adequadamente. Sendo assim, a criança passa a explorar o seu espaço para conhecê-lo.

Diante disso, ocorre maior grau de autonomia na criança, o que, conseqüentemente, provoca maior grau de socialização.^{33,34} Nessa perspectiva, Ramos e Stein²⁷ afirmam que é, na infância, que o hábito alimentar se instaura. Trata-se de um processo de aprendizagem por condicionamento, na medida em que a criança associa a sugestão do sabor

dos alimentos à sensação pós-refeição e ao contexto social alimentar. Araújo e Silva²¹ e Euclides³⁴ salientam que, quando a introdução da alimentação complementar é feita na época certa e de maneira correta, nessa fase, a criança se torna apta para receber alimentação bem semelhante à da família.

É importante que a criança se habitue a comer alimentos variados, evitando a monotonia da dieta. Os alimentos não devem ser apresentados misturados uns aos outros, pois é fundamental que a criança identifique o sabor, a cor e a textura de cada um. É comum a aceitação de certos alimentos, após a rejeição, nas primeiras tentativas, pois é o processo natural de conhecer novos sabores e texturas, bem como da própria evolução da maturação dos reflexos da criança.^{20,23,50}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental considerar que a alimentação da criança, desde o nascimento até aos dois primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. Sabe-se que a prática do aleitamento materno exclusivo, até seis meses de idade, é capaz de nutrir adequadamente as crianças. Porém, a partir desse período, a introdução de uma forma adequada de alimentação complementar é importante, não só para garantir um crescimento e desenvolvimento ideal, na infância, mas na promoção da saúde, deste grupo, com o intuito de prevenir doenças futuras.

Em que pese o avanço alcançado na recuperação da prática da amamentação ao longo das últimas décadas no Brasil, a prevalência de aleitamento materno ainda está muito aquém da desejável, contribuindo para os níveis de morbimortalidade infantis ainda altos em nosso país. Essa revisão sistemática desenvolvida sugere que a perspectiva de redução do desmame precoce a partir da assistência primária à saúde deve ser aplicada com grande diversidade de ações. No entanto, ressaltamos que, mesmo com as características diferenciadas da rede primária de saúde existentes nos vários municípios do país, devemos considerar relevante o papel desta categoria de serviços na atenção da saúde infantil.

Neste contexto, atingir a alimentação adequada, para a maioria das crianças menores de dois anos de idade, deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a alimentação de uma população. Embora seja atribuição dos profissionais de saúde a sua promoção e das mães a sua execução, o sucesso final da ação depende, principalmente, da definição de políticas governamentais adequadas e da participação da sociedade.

Para isso, são essenciais: definição de mensagens educacionais efetivas para atingir a adoção de práticas mais positivas; conhecimento dos conceitos e opiniões das mães sobre a alimentação das crianças pequenas; reconhecimento e valorização, pelo profissional de saúde, da capacidade da mãe como elemento-chave para a saúde da criança; atuação efetiva do profissional de saúde inclusive, quando necessário, ajudando a mãe a executar as práticas de alimentação da criança até que ela aprenda a implementá-las sozinha; identificação e valorização das características maternas que fazem o diferencial qualitativo das mães que têm práticas positivas de alimentação de suas crianças, mesmo quando vivendo em condições desfavoráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valente LS. Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.
2. Soares NT, Guimarães ARP, Sampaio HAC, Almeida PC, Coelho RR. Estado Nutricional de lactentes em áreas periféricas de Fortaleza. *Rev Nutr.* 2000 maio/ago; 13(2): 99-106.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988. 292p.
4. Menendez G, Elias MC, Ito MT. Padrões de ingestão alimentar x crescimento. *Ped Mod.* 1999 out; 35(10): 810-2.
5. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal.* 9ª ed. São Paulo: Savier; 2002. 844p.
6. Ferraz IS. Nutrição no primeiro e segundo ano de vida. In: Monteiro JP, Camelo Junior JS. *Caminhos da nutrição e terapia nutricional: da Concepção à Adolescência.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; p. 245-77.
7. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. *Rev Bras Enferm.* 2008 jan/fev; 61(1):61-5.
8. Monte MCG. Desnutrição: um desafio secular. *J Pediatr.* 2000 nov/dez; 76 (Supl3): 285-97.
9. Brasil. Lei n.º 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de set. 1990.*
10. Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Armond L. *Saúde da Criança.* Belo Horizonte: UFMG; 2003.122p.
11. Santos MA, Rezende EG, Lamounier JA, Galvão MAM. Hipovitaminose A em escolares da zona rural de Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2005 maio/jun; 18 (3): 331-9.
12. Assis AMO, Barreto ML. Condições de vida, saúde e nutrição na infância em Salvador. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Salvador: Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2000.
13. Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Barreto ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. *Rev Saúde Pública.* 2006 out; 40(5): 874-82.
14. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública.* 2000 dez; 34(Supl 6): 52-61.
15. Krebs NF, Hambidge M. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. *Am J Clin Nutr.* 2007 feb; 85(2): 639S- 45S.
16. Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública.* 2009 fev; 43(1): 35-43.
17. Silva LMS, Giugliani ERJ, Artes DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2001 fev; 35(1): 66-73.
18. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Relatório da Situação da Infância Brasileira.* Brasília (DF): UNICEF; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

21. Araújo CMT, Silva GAP. Introdução da Alimentação Complementar e o Desenvolvimento Sensorio Motor Oral. São Paulo: Nestlé; 2004. 16p.
22. Spinelli EGN, Goulart RMM, Santos ALP, Gumiero LDC. Consumo alimentar de crianças de 6 a 18 meses em creches. Rev Nutr. 2003 out/dez; 16(4): 409-14.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002b.
24. Brasil. Ministério da saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito federal: relatório. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
25. Victora CG, Adair L, Fall C, *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008; 371: 340-57.
26. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev Bras Matern Infant. 2004 jan/mar; 4(1): 15-23.
27. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. J Pediatr. 2000 nov/dez; 76 (Supl 3): 228-37.
28. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação Complementar. J Pediatr. 2000 jul/ago; 76(Supl. 3): 253-62.
29. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008; 371:243-60.
30. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS- 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
31. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization; 2008.
32. Beard JL. Why Iron Deficiency Is Important in Infant Development. J Nutr. 2008; 138: 2534-6.
33. Accioly ES, Lacerda C, Aquino EM. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 649p.
34. Euclides MP. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. 3a ed. Viçosa: Suprema; 2005. 551p.
35. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004 jan/mar; 4(1): 85-94.
36. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2008 jan./fev; 13(1): 103-9.
37. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization; 1998.
38. Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. Clin Perinatol. 1999 jun; 26(2): 399-430.
39. Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. J Pediatr. 1998 mai/jun; 74(3): 171-3.
40. Heinig MJ, Nommsen LA, Pearson JM, Lonnerda LB, Dewey KG. Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING study. Acta Paediatric. 1993 jan; 82:999-1006.
41. Camilo DF, Carvalho RVB, Oliveira EF, Moura EC. Prevalência da amamentação em crianças menores de dois anos vacinadas nos centros de saúde escola. Rev Nutr. 2004 jan/mar; 17(1): 29-36.
42. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. Cad Saúde Pública. 2000 out/dez; 16(4): 1111-9.
43. Passos MC, Lamounier JA, Silva CAM, Freitas, SN, Bandson MF. Práticas de amamentação no município de Ouro Preto, MG, Brasil. Rev Saúde Pública. 2000 dez; 34(6): 617-22.
44. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas gerais: estudo de uma amostra representativa. J Pediatr. 2000 jan/fev; 76(1): 65-72.

45. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2004 out/dez; 17(4): 437-47.
46. Oliveira LPM, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005 set/out; 21(5): 1519-30.
47. Vannuchi MTO, Thomson Z, Escuder MML, *et al.* Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005 abr/jun; 5(2): 155-62.
48. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no Estado do Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006 jan/mar; 6(1): 99-105.
49. Marques FS, Lopes FA, Braga JA. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr.* 2004 mar/abr; 80(2): 99-105.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos., Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
51. Souza SB, Szarfarc SC, Souza JMP. Prática Alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde escola do município de São Paulo. *Rev Nutr.* 1999 maio/ago; 12 (2): 167-74.
52. Devincenzi UM, Ribeiro LC, Modesto SP, Campos KA, Sigulem DM. Nutrição e alimentação nos dois primeiros anos de vida. *Compacta Nutrição.* 2004; 5(1): 1-22.
53. Issler H, coordenador. O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas. São Paulo: Sarvier; 2008. 468p.
54. Monte MCG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr.* 2004 out/nov; 80(Supl.5): 131-41.
55. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of Young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull.* 2003 mar; 24(1): 5-28.
56. Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil - BE-MFAM. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 - PNDS/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
57. Brunken GS, Silva M, França GVA, *et al.* Fatores associados a práticas alimentares na infância. *J Pediatr.* 2006 nov/dez; 82(6): 445-51.
58. Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan TAB, *et al.* Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto. *Cad Saúde Pública.* 2004 jan/fev; 20(1): 172-9.
59. Saldiva SRDM, Mondini L, Escuder MM. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J Pediatr.* 2007 jan/fev; 83(1): 53-8.

Submissão: junho/2009

Aprovação: novembro/2009
