



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
MATERNIDADE-ESCOLA



## ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

DENISE CALDAS DE JESUS

Rio de Janeiro  
2015

DENISE CALDAS DE JESUS

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

Monografia do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Lucília da Glória Afonso Caldas

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Maria Lúcia Teixeira Polônio

Rio de Janeiro  
2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

J 4996

Jesus, Denise Caldas de.

Alimentação complementar na região sudeste do Brasil / Denise Caldas de Jesus. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2015.

30f.: Il.; 31 cm.

Orientadora: Lucília da Glória Afonso Caldas.

Coorientadora: Maria Lúcia Teixeira Polônio.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2015.

Referências bibliográficas: f.24-27.

1. Alimentação complementar. 2. Alimentos complementares. 3. Aleitamento materno. 4. Interrupção do aleitamento materno. 5. Formação dos hábitos alimentares. 6. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Caldas, Lucília da Glória Afonso. II. Polônio, Maria Lúcia Teixeira. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO

**MATERNIDADE-ESCOLA**

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

DENISE CALDAS DE JESUS

Monografia do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

---

MSc. Lucília da Glória Afonso Caldas  
Escola de Nutrição  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

MSc. Raphaela Corrêa Monteiro Machado  
Maternidade-Escola  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 08 de julho de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de ingressar e concluir o Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

A minha melhor amiga, Aparecida, que me falou deste curso e incentivou-me a fazer a inscrição.

A minha irmã e melhor amiga, Fernanda, que me despertou para as áreas de Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

À professora Lúcia Polônio que me acolheu como orientadora, porém por motivos particulares teve que se ausentar e mesmo assim continuou me ajudando.

À professora Lucília que aceitou na última hora ser minha orientadora.

À Nutricionista Raphaela que aceitou prontamente participar da banca, como avaliadora.

E a todas as meninas da especialização.

## RESUMO

JESUS, D.C. **Alimentação complementar na região Sudeste do Brasil.** [Monografia de Especialização] Rio de Janeiro: Maternidade-Escola da UFRJ, 2015.

**Introdução:** A alimentação infantil saudável e adequada inicia-se com o leite materno na primeira hora de vida, mantido exclusivamente até os seis meses e complementado, a partir dessa idade, com alimentos sólidos e semissólidos até os dois anos ou mais. Alimentação complementar tem a função de complementar a energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais necessários para o crescimento e desenvolvimento das crianças. É importante que a introdução de alimentos complementares ocorra em época oportuna e de forma adequada.

**Objetivo:** Descrever as práticas da alimentação complementar em crianças da Região Sudeste do Brasil, nos primeiros dois anos de vida.

**Metodologia:** Revisão não sistemática de artigos publicados em português, de 2009 a 2015, pesquisados a partir dos descritores: aleitamento materno, desmame e alimentação complementar. As bases de dados consultadas foram *SciELO*, Google Acadêmico e sites de órgãos oficiais nacionais como o Ministério da Saúde.

**Resultados:** A revisão destaca interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de seis meses. Observou-se introdução precoce de líquidos e alimentos sólidos e semissólidos; preparações com consistência inadequada para idade, com predomínio de refeições com baixa densidade energética; e consumo frequente de alimentos não saudáveis antes de a criança completar um ano de idade. Os motivos encontrados para introdução precoce da alimentação complementar foram crenças, dificuldades da criança, necessidades maternas como retorno ao trabalho, serviço de saúde privado, idade materna, orientação e uso de chupeta.

**Considerações finais:** Os estudos analisados apontam inadequações da alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida, em crianças da região Sudeste. Os profissionais de saúde envolvidos na área de alimentação infantil devem promover e participar de ações de educação em saúde da criança, da mulher e da família com os temas aleitamento materno e alimentação complementar, considerando os alimentos regionais.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Interrupção do aleitamento materno. Alimentação complementar. Alimentos complementares. Formação dos hábitos alimentares

## ABSTRACT

JESUS, D.C. **Complementary feeding in Southeastern Brazil.** [Specialization monograph] Rio de Janeiro: Maternidade-Escola da UFRJ, 2015.

**Introduction:** A healthy and appropriate infant feeding begins with breast milk in the first hour of life, held exclusively up to six months and complemented, from that age, with solid and semi-solid food up to two years or more. Complementary feeding has the function of complementing the energy, proteins, fats, vitamins and minerals required for growth and children's development. It is important that the introduction of complementary food take place in due time, and properly.

**Objective:** To describe the practices of complementary feeding for children from southeastern Brazil, in their first two years of life.

**Methodology:** Non-systematic review of articles published in Portuguese, from 2009 to 2015, surveyed from the descriptors: breast-feeding, weaning and complementary feeding. The databases consulted were SciELO, Google Scholar and sites official national bodies such as the Ministry of Health.

**Results:** The review highlights interruption of exclusive breast-feeding before recommended by the World Health Organization (WHO), which is six months. There was early introduction of liquids and solids and semi-solids; preparations with inadequate consistency for age, with a predominance of food with low energy density; and frequent consumption of unhealthy food before a child is one year old. The reasons found for early introduction of complementary food were beliefs, child's difficulties, maternal needs like returning to work, private health services, maternal age, health professionals guidance and pacifier use.

**Final considerations:** The analyzed studies indicate inadequacies of complementary feeding in the first two years of life of children in the Southeast. Health professionals involved in infant feeding area should promote and participate in educational activities on children's health , women's and family issues with breastfeeding and complementary feeding, considering the regional food.

**Keywords:** Breast-feeding. Interruption of breast-feeding. Complementary feeding. Complementary food. Forming eating habits.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	7
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	9
1.1 Recomendações da Organização Mundial de Saúde	9
1.2 Políticas públicas na área de alimentação infantil: alimentação complementar	10
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	13
<b>3 OBJETIVOS</b>	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
<b>4 METODOLOGIA</b>	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Seleção dos artigos científicos	15
4.3 Análise dos artigos científicos	15
<b>5 RESULTADOS: alimentação complementar na região Sudeste</b>	16
<b>6 DISCUSSÃO</b>	20
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	23
<b>REFERÊNCIAS</b>	24
<b>APÊNDICE</b> – Síntese dos artigos científicos selecionados	28



## INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. São direitos humanos fundamentais, pois representam a base da própria vida (BRASIL, 2010).

Uma alimentação adequada para crianças pequenas compreende a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida e exclusivo por seis meses e a introdução de alimentos semissólidos ou sólidos de qualidade em tempo oportuno, que complementem o leite materno até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2009a).

Os primeiros anos de vida são críticos para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança. É por meio da amamentação que o bebê recebe água, vitaminas, minerais, proteção contra infecções, além de favorecer o vínculo e o desenvolvimento afetivo (BRASIL, 2009a).

Considera-se atualmente que o período ideal para a introdução de alimentos complementares é a partir do seis meses de idade, já que antes o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Além disso, no sexto mês de vida, a criança tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual; já manifesta excitação à visão do alimento; sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher; e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação (BRASIL, 2009a).

A alimentação complementar (AC), conforme o nome sugere, tem a função de complementar a energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais necessários para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Os alimentos devem ser seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e agradáveis à criança (BRASIL, 2009a).

Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta (BRASIL, 2013a).

É preciso valorizar o momento oportuno para que ocorra a introdução dos alimentos complementares.

Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros

alimentos está associada a: maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor duração do aleitamento materno; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009b).

Por outro lado, a introdução tardia pode ter como consequências o déficit de crescimento e o risco de desnutrição, uma vez que as crianças não irão adquirir valores energéticos e nutrientes necessários para o seu potencial máximo de desenvolvimento (BRASIL, 2010).

A introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança dos 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 (BRASIL, 2009a).

A mãe e a família, nesse período, precisam receber orientações e serem apoiadas para introdução adequada e oportuna dos alimentos complementares de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras, resgatando e valorizando os alimentos regionais (BRASIL, 2013b). As práticas de alimentação no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança que repercutirá nas fases posteriores (BRASIL, 2010).

# **I REFERENCIAL TEÓRICO**

## **1.1 Recomendações da Organização Mundial de Saúde**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a alimentação complementar (AC) inicie aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente, gradativamente, à medida que a criança cresce. A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, porém é importante que a criança continue recebendo o aleitamento materno até os dois anos ou mais, tendo em vista que o leite materno continua alimentando e protegendo-a contra doenças (BRASIL, 2013b).

A partir dos seis meses, o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidade suficientes; a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher (BRASIL, 2013b).

Os alimentos complementares, aos seis meses, devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa de fruta, papa salgada e papa de fruta). Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados (BRASIL, 2009a). Aos 7 meses, a segunda papa salgada deve ser acrescentada ao esquema alimentar. A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um dos legumes e verduras, um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos e ovo) e uma leguminosa (feijão, lentilha, soja, grão de bico) (BRASIL, 2013b).

Recomenda-se o consumo de carne e ovo diariamente ou com maior frequência possível, devido ao seu conteúdo nutricional com destaque para ferro e zinco (OMS, 2005).

A partir dos seis meses, é importante que a criança ingira água (tratada, filtrada e fervida) nos intervalos das refeições (BRASIL, 2013b).

A partir dos oito meses, a criança já pode receber progressivamente os alimentos da família, desde que amassados, picados ou em pedaços pequenos, sem conter temperos fortes e picantes ou industrializados, e com pouco óleo (OMS, 2005). A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural e alimentar das regiões (BRASIL, 2013b).

Aos 12 meses, a criança pode receber o mesmo tipo de alimento consumido pela família, desde que sejam nutricionalmente adequados (OMS, 2005). Após 1 ano de idade, pode-se adicionar pouco sal na comida (SBP, 2012).

Deve-se evitar oferecer bebidas de baixo valor nutricional, tais como café, chá, sucos industrializados e refrigerantes, por dificultar a absorção de micronutrientes e reduzir o apetite da criança (OMS, 2005).

A recomendação da OMS às mães ou outro responsável é de adotar a prática da alimentação responsiva, que utiliza de princípios de cuidados psicossociais ao alimentar a criança menor de dois anos. A prática inclui alimentar ou assistir a criança, quando esta está sozinha; respeitar e responder aos sinais de fome e saciedade; alimentar a criança lenta e pacientemente, jamais forçar a criança a comer; minimizar as distrações durante a refeição; experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento para a criança comer. As refeições devem ser prazerosas, um momento de aprendizagem e de troca afetiva entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa (OMS, 2005).

## 1.2 Políticas públicas na área de alimentação infantil: alimentação complementar

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), em 2002, publicou o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, que apresentou as primeiras diretrizes alimentares oficiais para crianças pequenas. O Guia foi elaborado para apoiar a garantia do direito de todas as crianças à alimentação e nutrição adequadas para o pleno crescimento e desenvolvimento, sendo destinado à qualificação técnica dos diversos profissionais que atuam no campo da alimentação infantil (REDENUTRI, 2015).

No mesmo ano, foi publicado um manual baseado no Guia intitulado Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. O manual foi elaborado para auxiliar profissionais e agentes comunitários de saúde a lidar com as dúvidas, dificuldades, receios e ansiedades das famílias em relação às práticas alimentares, principalmente durante a introdução da alimentação da família nos hábitos alimentares da criança (REDENUTRI, 2015).

O MS, em 2009, publicou o Caderno de Atenção Básica número 23, Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no sentido de sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da Atenção Básica. Trouxe novas estratégias de abordagem do aleitamento materno e alimentação complementar, com intuito de potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno, numa linha de cuidado integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2009a).

A segunda versão do Guia foi publicada em 2010 e implementou-se a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Sem alterar a essência do Guia anterior, tem como objetivo a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para orientação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A atual versão do Guia traz anexadas receitas de papas, práticas alimentares que previnem anemia, sugestões para o controle do excesso de peso infantil e situações recorrentes na puericultura.

O Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, em 2015, será revisado com objetivo de atualizar e alinhar os conteúdos de acordo com as recomendações da nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicada em 2014, e com as evidências científicas mais recentes sobre o assunto (REDENUTRI, 2015).

Listam-se os Dez passos para alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013b):

Passo 1 – “Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

Passo 2 – “Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”.

Passo 3 – “Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno”.

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”.

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

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

Passo 7 – “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.

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

Passo 9 – “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados”.

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

Em 2013, o MS instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (BRASIL, 2013c).

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil resultou da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica (CGAN/DAB) e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (CRIALM/DAPES), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).

Esta Estratégia é uma aposta do Ministério da Saúde para a formação de hábitos alimentares saudáveis na infância resultando não apenas nos indicadores de consumo alimentar, mas prevenindo as carências nutricionais, como a anemia, e a obesidade na infância e por todo o curso da vida (REDENUTRI, 2012).

## **2 JUSTIFICATIVA**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) afetam a saúde de muitos brasileiros que desde tenra idade podem desenvolver obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, alergia alimentar à proteína heteróloga e asma.

Uma alimentação adequada e de qualidade, com alimentos regionais e sazonais, aliado ao modo de vida salutar, diminui o risco de DCNT.

A formação dos hábitos alimentares saudáveis inicia-se nos primeiros anos de vida da criança. A dieta infantil deve ser apropriada ao desenvolvimento fisiológico e neurológico da criança.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever as práticas de alimentação complementar em crianças da Região Sudeste do Brasil, nos primeiros dois anos de vida.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- 1) Analisar a prevalência do aleitamento materno exclusivo e as práticas de alimentação complementar.
- 2) Identificar fatores relacionados à introdução de alimentos complementares.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão não sistemática, em que se priorizou a busca de artigos científicos publicados na língua portuguesa. O recorte temporal abrangeu o período compreendido entre 2009 a 2015. As bases de dados consultadas foram *SciELO*, Google Acadêmico e *sites* de órgãos oficiais nacionais como o Ministério da Saúde.

Após o levantamento, procedeu-se a análise, no período de 2009 a 2015, que retratassem a alimentação complementar na região Sudeste, entre crianças de até 2 anos de idade.

### 4.2 Seleção de artigos científicos

Outros critérios utilizados para análise foram a seleção dos artigos a partir da análise dos resumos, sendo incluídos os que continham os descritores: aleitamento materno, desmame e alimentação complementar. Embora o termo correto seja interrupção do aleitamento materno exclusivo, foi pesquisada a palavra-chave desmame a fim de se obter maior número de artigos científicos.

Dezessete artigos científicos foram selecionados, após a exclusão daqueles que estavam em desacordo com as proposições da revisão.

### 4.3 Análise dos artigos científicos

Nos artigos selecionados buscou-se consolidar informações sobre a prevalência de aleitamento materno, introdução precoce, oportuna ou tardia da alimentação complementar, grupos de alimentos introduzidos, tipos de preparações oferecidas às crianças, motivos para introdução precoce, oportuna ou tardia da alimentação complementar.

## 5 RESULTADOS: alimentação complementar na região Sudeste

Existem poucos artigos científicos sobre alimentação complementar o que é compreensível, já que as políticas públicas de alimentação infantil, até pouco tempo, estavam direcionadas ao aleitamento materno.

Bernadi, Jordão e Barros Filho (2009) desenvolveram no município de Campinas (SP), um estudo transversal com crianças menores de 2 anos, detectaram que a mediana do AME foi de 90 dias e aleitamento materno foi de 120 dias. Observaram introdução precoce de líquidos: água e chá foram os primeiros a serem oferecidos, com mediana de 120 dias. A papa salgada, composta de carnes, verduras e legumes, foi pioneira, com mediana de 180 dias, nas consistências amassada em 66,4%, liquidificada 32,9% e pedaços em 4,4%. As sopas e a alimentação da família com mediana de 240 dias e 300 dias, respectivamente. O ovo inteiro com mediana de 360 dias. Antes dos quatro meses, 39,1% haviam ingerido leite em pó e 2,1% refrigerantes, dados que subiram para 63,2% e 69,1%, respectivamente, com 1 ano de idade. As mulheres que trabalhavam em profissões de nível técnico, as que estavam desempregadas e as que não tinham companheiro ofereceram leite materno por menos tempo.

Na cidade de São Paulo, Simon *et al.* (2009) verificaram que água e/ou chá e frutas apresentaram idade mediana de introdução precoce de quatro meses, e o leite não materno, de cinco meses. As idades medianas de introdução para carnes, cereal e tubérculos, feijão, açúcar e guloseimas ocorreram de seis a 12 meses. Os autores notaram que a única variável associada à introdução dos alimentos complementares foi idade materna para três grupos de alimentos: cereais, carnes e guloseimas. Observaram que mães mais velhas introduziram mais cedo cereais e carnes e introduziram mais tarde as guloseimas.

Uma investigação sobre alimentação complementar oportuna (ACO) em crianças de 6 a 12 meses do município do Rio de Janeiro, Almeida, Castro e Damiano (2010) verificaram que entre as crianças de 6 a 9 meses (grupo A), 66,9% consumiam leite materno e 37,1% recebiam ACO. Entre as crianças de 9 a 12 meses (grupo B), 56% consumiam leite materno e 32,3% recebiam a alimentação complementar oportuna. Também foi analisado o consumo de preparações com alimentos fontes de ferro: a maioria das crianças foi contempladas. Observaram que o consumo de leite de vaca foi de 68,4% entre as crianças do grupo A e 73,7% entre as do grupo B. Cerca de 1/3 das crianças não consumiram frutas no dia anterior. Mães com maior escolaridade tenderam a introduzir AC em tempo oportuno.

O estudo conduzido por Cruz, Almeida e Engstrom (2010) com filhos de adolescentes de Volta Redonda (RJ), mostrou prevalências do AME aos 30 e 120 dias (49% e 27,4%, respectivamente), prevalência média de 63,8% para aleitamento materno em crianças de 6 a 12 meses. A prevalência de ACO foi de 48% entre crianças de 6 a 9 meses. Quanto à consistência da alimentação complementar houve o predomínio de sopa ou papa.

Parizoto *et al.* (2010) estudaram a tendência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses, no município de Bauru (SP). A prevalência de AME quase triplicou em 2006; era de 8,5% em 1999. A taxa de AME em crianças menores de 1 mês de idade mais do que dobrou de 1999 para 2006; o mesmo foi observado em todas as faixas etárias, exceto entre 1 e 2 meses de vida. Observaram associação inversa significativa entre AME e uso de chupeta: fator de risco para interrupção do AME.

Silva, Venâncio e Marchioni (2010), em uma investigação das práticas alimentares das crianças no primeiro ano de vida de São Bernardo do Campo (SP), constataram que a prevalência de AME aos 180 dias foi de 5%. Os alimentos complementares foram precocemente introduzidos na dieta das crianças: cerca de um terço das crianças recebiam suco de fruta e um quarto recebia mingau, fruta ou sopa aos quatro meses de vida, porém a probabilidade de consumir a comida da família aos oito meses foi baixa (48%). Os fatores associados ao consumo de alimentos complementares antes dos seis meses foram: sistema de assistência à saúde; idade materna; trabalho materno e uso de chupeta.

A cultura, a crença e os tabus em torno da amamentação têm influenciado sua prática.

Issler *et al.* (2010) fizeram um estudo qualitativo com mães internadas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e identificaram quatro categorias temáticas: “amamentar é bom”, “o leite não sustenta”, “amamentar incomoda” e “falta de apoio”. Os autores afirmaram que as mães associavam a falta de ajuda com cansaço físico, sobrecarga emocional, desorientação, isolamento materno e, às vezes, dificuldades econômicas.

Em outro estudo qualitativo, Polido *et al.* (2011) identificaram três categorias: “iniciando a amamentação”, “vivenciando o processo de desmame precoce” e “mantendo o aleitamento materno exclusivo”. A amamentação apresentou-se como um evento especial em cada contexto familiar. O AME esteve ligado à determinação materna a despeito das dificuldades vividas. O AME duradouro relacionou-se às mães que se mostraram motivadas com a prática, cientes de seus benefícios e apoiadas pela família.

Arantes *et al.* (2011) em um estudo em Alfenas, MG, observaram que a prevalência da AM em crianças menores de seis meses foi de 77% e percentual de 37,3% para AME.

Constataram introdução precoce de AC. Os alimentos semissólidos ocorreram de forma mais acentuada a partir do quinto mês de vida da criança.

Filamingo, Lisboa e Basso (2012), através de entrevistas com mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, SP, verificaram que 89,8% amamentaram seu filho e o AME foi exclusivo até o quarto mês para 74,4% e até o sexto mês para 15,4%. O tempo de aleitamento complementado foi de 4 a 6 meses para 51,4% dos bebês, de 6 a 12 meses para 25,6% e de mais do que doze meses para 12,8%. A maioria das mulheres (87,2%) recebeu informações sobre a importância do aleitamento materno durante o período do pré-natal.

No município de Piracicaba-SP, Brasileiro *et al.* (2012) analisaram os benefícios trabalhistas e fatores associados à manutenção dos índices de amamentação entre mães trabalhadoras e notaram que tiveram mais chances de interromper precocemente o AM antes do quarto mês: mães não participantes do programa de incentivo, mães que não tinham intervalo de 30 minutos durante a jornada de trabalho e mães cujos filhos utilizavam chupeta ou mamadeira.

No município de Serrana, SP, foi realizado um estudo por Queluz *et al.* (2012) no qual do total de crianças menores de seis meses, apenas 29,8% estavam em AME. Os autores verificaram que mães que trabalhavam fora sem licença-maternidade, mães que não trabalhavam fora, adolescentes e o uso de chupeta apresentaram maior chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo. A primeira situação foi o fator de maior chance (cerca de 3 vezes mais) de desmamarem precocemente.

Em Juiz de Fora (MG), Oliveira *et al.* (2012) entrevistaram mães de crianças atendidas pelo Serviço de Atenção ao Desnutrido e notaram que grande parte delas (51%) não havia recebido nenhum tipo de orientação sobre alimentação complementar, apesar de ter realizado o acompanhamento pré-natal e curso de gestante. O tempo de AME foi inferior a três meses e a introdução de alimentos complementares foi precoce ou tardia para a maioria das crianças. Todas as crianças menores de seis meses consumiam água, leite de vaca e farináceos a base de arroz e milho. Cerca da metade das crianças de 6 a 12 meses consumia com frequência embutidos, refrigerantes, frituras e doces. Já as crianças maiores de 12 meses consumiam com frequência leite de vaca e suco (100%), arroz, tubérculos, frango, biscoitos e água (97,3%), feijão e macarrão (94,6%) e açúcar (91,9%). Algumas destas crianças ainda consumiam alimentos complementares na consistência pastosa: purê, sopa e mingau.

Alves *et al.* (2012) pesquisaram a dieta de crianças de 12 a 24 meses de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte-MG. As crianças foram distribuídas em dois grupos:

aleitamento materno complementado (AMC) e sem leite materno (SLM). Aproximadamente 35% das crianças eram amamentadas. Destas 36,6% recebiam leite materno em livre demanda. As crianças SLM tiveram duração mediana do aleitamento materno de sete meses. Apenas 15,3% das crianças mantiveram aleitamento materno exclusivo por seis meses de vida. Em ambos os grupos houve introdução precoce de alimentos complementares, elevado consumo de alimentos industrializados e baixo consumo de frutas. Além disso, 44% das crianças comeram ovos ocasionalmente, 25,4% carne uma vez ou menos por dia e 26,3% comeram frutas apenas de uma a quatro vezes por semana.

A partir do reconhecimento do território de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campinas, SP, Mais *et al.* (2014) observaram altas frequências para todas as inadequações, especialmente na introdução tardia de sólidos (80,2%), precoce de açúcares/engrossantes (78,1%) e de líquidos (73,5%). Mães que vivem sem companheiro e mães que são chefe de família apresentaram alto risco de cometer inadequações na AC. Grande parte dos motivos citados pelas mães para a introdução precoce da AC estava relacionada às suas crenças (36,8%) e à criança e suas necessidades (10,1%). Por outro lado, 32,4% das mães relataram ter tomado a decisão de introduzir precocemente a AC com base na conduta do pediatra.

Em pesquisa realizada no ambulatório de pediatria da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), Oliveira, Parreira e Silva (2014) entrevistaram mães de crianças com idade de seis a 11 meses e 29 dias. Foi observada introdução precoce da alimentação complementar em 27,9%, oportuna em 67,4% e tardia em 4,7% das crianças. Em 58,1% das crianças, o leite materno foi mantido após o início da alimentação complementar, 32,6% ofereceram outro tipo de leite. Quanto à forma de introdução da alimentação complementar, 97,7% das mães iniciaram de forma gradual, introduzindo a cada mês novos alimentos. Inicialmente, 76% preparavam a alimentação das crianças separada da refeição da família. Quanto à consistência dos alimentos, 58,1% eram oferecidos às crianças em consistência pastosa, 25,6% em líquida e 16,3% em consistência sólida.

Gonçalves e Cadete (2015) investigaram a prevalência de AME e AC no município de Ribeirão das Neves, MG. As autoras observaram que a prevalência de AME foi de 30%. Identificaram prevalência de AME em crianças com idade até três meses e 29 dias, introdução precoce da AC e o consumo de alimentos não recomendados para idade, como chá, café e leite de vaca.

## 6 DISCUSSÃO

Foi observado, através da leitura dos artigos selecionados, que a alimentação complementar em crianças de até 2 anos de idade da região Sudeste é bastante inadequada.

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, o guia Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013b) foi utilizado como referência para discussão.

Passo 1 – “Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”, porém foi verificado nos artigos selecionados grande frequência de introdução precoce de líquidos como água, chá e leite não materno, e, conseqüentemente, interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. A introdução de água deve-se à mãe que acredita que seu bebê sente sede, desconhece que a hidratação ocorre com a ingestão de leite materno. O chá é usado como calmante para aliviar cólicas abdominais que a criança sente. É uma prática cultural. Quanto ao leite não materno, destaca-se o leite de vaca que deve ser apresentado após o primeiro ano de vida. O leite de vaca é responsável por alergias alimentares, anemia ferropriva e parece ser fator de risco ao desenvolvimento de asma em criança que o recebe antes dos quatro meses de idade (BRASIL, 2009a).

Saldiva *et al.* (2011), analisando dados de crianças menores de seis meses participantes da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (II PPAM), verificaram maior frequência de consumo precoce de suco e outros tipos de leite na região Sudeste.

A Pesquisa Nacional de Demografia Social (PNDS-2006) observou que as crianças menores de 24 meses eram amamentadas exclusivamente por 2,17 meses (mediana) e que a interrupção dessa prática ocorreu devido à introdução precoce de líquidos como água, chá e outros tipos de leite (BRASIL, 2009b).

A interrupção precoce do AME aumenta o risco do bebê desenvolver pneumonia e aumenta o risco de óbito por doenças infecciosas e por diarreia ou doenças respiratórias (GONÇALVES e CADETE, 2015).

A introdução da alimentação complementar é a partir dos seis meses, conforme o passo 2, contudo houve introdução precoce de alimentos sólidos ou semissólidos a partir dos quatro meses em Simon *et al.* (2009), Silva, Venâncio e Marchioni (2010) e Filamingo, Lisboa e Basso (2012) e antes dos seis meses em Arantes *et al.* (2011), Oliveira *et al.* (2012), Alves *et al.* (2012), Mais *et al.* (2014), Oliveira, Parreira e Silva (2014) e Gonçalves e Cadete (2015). A introdução precoce de alimentos complementares reduz a ingestão de leite materno,

interfere na absorção de micronutrientes, aumenta o risco de morbimortalidade como consequência de menor ingestão de fatores de proteção existentes no leite materno, pode afetar negativamente no desenvolvimento infantil e aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta.

Os motivos para a introdução precoce da alimentação complementar foram o serviço de saúde privado, idade materna (mães adolescentes ou jovens), uso de chupeta, cultural (crenças), questões da criança (choro), necessidades maternas (retorno ao trabalho, dificuldades com amamentação e seu manejo) e orientação do profissional de saúde.

A prevalência da introdução de alimentos complementares em tempo oportuno foi 37,1% em Almeida, Castro e Damião (2010), 48% em Cruz, Almeida e Engstrom (2010) e 67,4% em Oliveira, Parreira e Silva (2014). Um dos benefícios da tal prática alimentar ao completar seis meses, tendo em vista que antes desse período a criança alimentou-se exclusivamente de leite materno, é a capacidade de autocontrole da ingestão. A criança aprende 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 e FISHER, 1995 *apud* BRASIL, 2009a).

Quanto à introdução tardia dos alimentos complementares foi observado nos estudos de Bernadi, Jordão e Barros Filho (2009) (introdução tardia da comida da família e do ovo); Silva, Venâncio e Marchioni (2010); Oliveira *et al.* (2012) e Oliveira, Parreira e Silva (2014). A introdução complementar tardia propicia menor ingestão de suprimentos nutricionais, diminuindo o potencial de crescimento da criança.

De acordo com o passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”.

Nos estudos que abordaram a consistência dos alimentos houve introdução de alimentos complementares na consistência líquida para crianças maiores de 6 meses. Tal consistência apresenta baixa densidade energética que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento das crianças. A OMS recomenda que não liquidifique nem peneire a comida da criança, mas que amasse com garfo. De 8 a 10 meses de idade, a criança inicia o consumo da comida da família pode conter alimentos em pedaços com carnes desfiadas ou trituradas a fim de que a criança mastigue.

Ela também precisa conhecer as cores, as consistências e os sabores dos alimentos apresentados.

O passo 8: “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida...”, os estudos que apontaram o consumo de guloseimas verificaram que estes alimentos não nutritivos são frequentes na dieta infantil. As crianças tenras submetidas a alimentos altamente calóricos e ricos em açúcar, sódio e gorduras, ou seja, estão sendo condicionadas a gostos e sabores saturados e suas preferências alimentares estabelecidas.

A presente revisão mostra a inadequação da alimentação complementar nas crianças da região Sudeste, nos dois primeiros anos de vida, e como esta inadequação perpassa pelos hábitos e preferências alimentares daqueles que cuidam da dieta infantil, contextualizados através dos aspectos socioculturais e do discurso tecnicista. O discurso deve ser acolhedor e conferir importância ao conhecimento popular que é arraigado de simbolismo e significados.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados apontam inadequações da alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida, nas crianças da região Sudeste.

O Nutricionista possui papel fundamental como educador em saúde na transformação dessa realidade. Áreas de atuação: planejamento familiar, pré-natal, puerpério imediato, unidades básicas de saúde, creches, unidade de terapia intensiva neonatal e *follow up*.

É pertinente que os Nutricionistas participem de capacitação na área de alimentação infantil e que ações de educação em saúde dirigidas à criança, à mulher e à família sobre aleitamento materno e alimentação complementar sejam contempladas, considerando os alimentos regionais.

Os profissionais de saúde devem estar despojados de julgamentos e preparados para acolher, ouvir, discutir abertamente, esclarecer, encorajar, aceitar os desejos da mãe e convidar e estimular a participação familiar.

Pesquisar a postura materna ou do responsável diante da alimentação da criança pequena é pertinente, uma vez que o autocontrole da saciedade e do apetite evita o ganho ponderal em excesso, agravos na saúde e distúrbios nutricionais.

Alimentação é uma dinâmica de aprendizado e experiências mútuas e únicas, quando todos os envolvidos estão comprometidos e abertos ao conhecimento, à troca afetiva, à participação e a permitir que o novo transforme o velho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.C.; CASTRO, L.M.C.; DAMIÃO, J.J. Alimentação complementar oportuna e consumo de alimentos ricos em ferro e facilitadores de sua absorção no município do Rio de Janeiro. **Ceres: Nutrição e Saúde**, v.5, n.1, p.5-17, 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/1905/2630>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

ALVES, C.R., et al. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.4, p.499-509, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/07.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

ARANTES, C.I.S., et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev Nutr.**, v.24, n.3, p.421-429, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732011000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300005)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS FILHO, A.A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev Panam Salud Publica**, v.26, n.5, p.405-411, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/04.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n.23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, 112 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 300 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. **ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 108 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª ed., 1ª reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 84 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2 ed., 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 72 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 03 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde (REDENUTRI). Blog da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. **ENPACS agora é A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**, 2012. Disponível em: <[http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view\\_blog\\_post.php?postId=32](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_blog_post.php?postId=32)>. Acesso em: 03 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde (REDENUTRI). Blog da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. **Chamamento de pesquisadores e profissionais para participar de oficina de escuta sobre o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos**, 2015. Disponível em: <[http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view\\_blog.php?blogId=1&offset=1](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_blog.php?blogId=1&offset=1)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASILEIRO, A.A., et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.4, p. 642-648, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n4/3731.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

CRUZ, M.C.C; ALMEIDA, J.A.G.; ENGSTROM, E.M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev. Nutr.**, v.23, n.2, p.201-210, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000200003)>. Acesso em: 22 out. 2014.

FILAMINGO, B.O.; LISBOA, B.C.F.; BASSO, N.A.S. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. **SciMed**, v.22, n.1, p.81-85, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/10509/8155>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

GONÇALVES, M.R.S.; CADETE, M.M.M. Aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar entre menores de um ano em Ribeirão das Neves-MG. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v.10, n.1, p.173-187, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13479/12223>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

ISSLER, H., et al. Fatores socioculturais do interrupção precoce precoce: estudo qualitativo. **Pediatria (São Paulo)**, v.32, n.2, p.113-120, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1341.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

MAIS, L.A., et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciênc. Saude Coletiva**, v.19, n.1, p.93-104, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00093.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

OLIVEIRA, B.B.; PARREIRA, B.D.M.; SILVA, S.R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. **REAS**, v.3, n.1, p.2-13, 2014. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/926/658>>. Acesso em: 13abr. 2015.

OLIVEIRA, V., et al. Práticas alimentares de crianças atendidas pelo serviço de atenção ao desnutrido do município de Juiz de Fora-MG. **Rev. APS**, v.15, n.1, p.55-66, 2012. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1249/592>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aconselhamento em Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância: Um curso integrado**. Geneva, 2005. Trad. Ana Carolina Mesquita e Luiza Toma Ribeiro.

PARIZOTO, G.M, et al. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **J Pediatr (Rio J)**, v.85, n.3, p.201-208, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300004)>. Acesso em: 21abr. 2015.

POLIDO, C.G., et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.5, p.624-630, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0103-21002011000500005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0103-21002011000500005&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em: 22out. 2014.

QUELUZ, M.C., et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.3, p.537-543, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/02.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

SALDIVA, S.R.D.M., et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.11, p.2253-2262, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100018)>. Acesso em: 21 abr. 2015.

SILVA, L.M.P.; VENÂNCIO, S.I.; MARCHIONI, D.M.L.Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev Nutr.**, v.23, n.6, p.983-992, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000600005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 out. 2014.

SIMON, V.G.N.; SOUZA, J.M.P.; SOUZA, S.B. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr**, v.27, n.4, p.389-394, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a07.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3ª edição revisada e ampliada. Sociedade Brasileira de Pediatria, RJ: SBP, 2012, 148p.

VENANCIO, S.I., et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J Pediatr (Rio J)**, v.86, n.4, p.317-324, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012)>. Acesso em: 21 abr. 2015.

APÊNDICE – Síntese dos artigos científicos selecionados

Autor(es) e Ano	Estado	Objetivos	Resultados
Bernadi, Jordão e Barros Filho, 2009	SP	Estabelecer o momento da introdução de alimentos complementares	Mediana do AME foi de 90 dias. Mediana para papa salgada foi de 180 dias, sendo 32,9% liquidificada. Houve introdução precoce de refrigerante e tardia para comida da família e ovo inteiro.
Simon et al., 2009	SP	Verificar a idade de introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas de crianças matriculadas em pré-escolas particulares do município de São Paulo	Água e/ou chá, frutas e leite não materno foram introduzidos antes do sexto mês de vida. A variável idade materna associou-se à introdução de alimentos complementares para três grupos de alimentos: cereais, carnes e guloseimas.
Almeida, Castro e Damião, 2010	RJ	Analisar o perfil alimentar, bem como os fatores associados à prática de alimentação complementar oportuna em crianças de 6 a 12 meses, identificando o consumo de alimentos ricos em ferro e facilitadores de sua absorção.	Entre crianças de 6 a 9 meses, 66,9% consumiam leite materno e 37% recebiam alimentação complementar oportuna (ACO). Entre as de 9 a 12 meses, 56% consumiam leite materno e 32,3% recebiam ACO. A escolaridade materna foi a variável que mais influenciou a introdução de ACO. A maioria das crianças recebeu refeições com alimentos fontes de ferro.
Cruz, Almeida e Engstrom, 2010	RJ	Estudar as práticas alimentares de menores de um ano, filhos de adolescentes, residentes no município de Volta Redonda.	As prevalências de AME foram aos 30 e 120 dias (49% e 27,4%); prevalência de aleitamento materno complementar foi de 48%. Houve predomínio de preparações de baixa densidade energética.
Parizoto et al., 2010	SP	Estudar a tendência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Bauru.	Aumento da prevalência de AME em menores de seis meses.
Silva, Venâncio e Marchioni, 2010	SP	Investigar a prevalência de consumo de alimentos complementares e os fatores associados à alimentação complementar oportuna em menores de um ano.	Os alimentos complementares foram introduzidos na dieta das crianças aos quatro meses de vida, porém a probabilidade de consumir a comida da família aos oito meses foi baixa (48%). Os fatores associados ao

			consumo de alimentos complementares antes dos seis meses foram: sistema de assistência à saúde; idade materna; trabalho materno e uso de chupeta.
Issler et al., 2010	SP	Compreender as razões socioculturais do início da interrupção precoce associada à hipogalactia.	Emergiram quatro categorias temáticas: (1) amamentar é bom, (2) o leite não sustenta, (3) amamentar incomoda e (4) falta de apoio.
Polido et al., 2011	SP	Descrever as experiências da amamentação de mães usuárias do SUS, buscando tanto apreender conhecimentos, expectativas, concepções e sentimentos envolvidos, como identificar aspectos relevantes para o AME mais prolongado.	O AME esteve relacionado à determinação materna, apesar das dificuldades vivenciadas. O AME mais duradouro esteve associado às mães motivadas com a prática, cientes dos benefícios e apoiadas pela família, mesmo diante de interferência contrária de seu meio cultural.
Arantes et al., 2011	MG	Determinar a prevalência da amamentação e avaliar o consumo de outros alimentos em crianças menores de seis meses em Alfenas.	Prevalência de AME foi de 37,3%. Introdução de alimentos semissólidos ocorreu acentuadamente no quinto mês de vida. No sexto mês, 50,7% das crianças encontrava-se em aleitamento materno complementado.
Brasileiro et al., 2012	SP	Analisar benefícios trabalhistas e fatores associados à manutenção dos índices de amamentação entre mães trabalhadoras.	Mães não participantes do programa de incentivo, mães que não tinham intervalo de 30 minutos durante a jornada de trabalho e mães cujos filhos usavam chupeta ou mamadeira tiveram maior risco de desmamearem.
Filamingo, Lisboa e Basso, 2012	SP	Verificar o índice de aleitamento materno entre mães menores de 20 anos de idade, na cidade de Dois Córregos.	Amamentaram o filho 89,8%, com AME até o 4º mês 74,4% e até 6º mês 15,4%. O tempo de AMC foi de 4 a 6 meses para 51,4% dos bebês, de 6 a 12 meses para 25,6% e de mais de 12 meses para 12,8%. A maioria das mães receberam informações sobre AM.
Queluz et al., 2012	SP	Identificar a prevalência e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses de idade, no município de Serrana, no ano de 2009.	Apenas 29,8% estavam em AME. Notaram que mães que trabalhavam fora sem licença-maternidade, mães que não trabalhavam fora, adolescentes e o uso de chupeta exibiram maior risco de interrupção do AME.

Oliveira et al., 2012	MG	Avaliar os hábitos alimentares de crianças atendidas pelo Serviço de Atenção ao Desnutrido do município de Juiz de Fora.	A maioria das mães (51%) não havia recebido nenhum tipo de informação sobre alimentação complementar. O tempo de AME foi inferior a três meses e a introdução de alimentos complementares foi precoce ou tardia para maioria das crianças.
Alves et al., 2012	MG	Estudar as práticas alimentares de crianças no segundo ano de vida, comparando as que estão em aleitamento materno complementado com aquelas desmamadas antes dos 12 meses de vida.	Nas crianças amamentadas, a mediana do AME foi de quatro meses e, nas desmamadas, foi de dois meses. Em ambos os grupos houve introdução precoce de alimentos complementares, elevado consumo de alimentos industrializados e baixo consumo de frutas.
Mais et al., 2014	SP	Desenvolver um escore de inadequações na alimentação complementar e estudar sua associação com variáveis socioeconômicas, clínico-epidemiológicas e nutricionais.	Altas frequências de inadequações, em especial na introdução tardia de sólidos (80,2%), precoce de açúcares/espessantes (78,1%), precoce de líquidos (73,5%).
Oliveira, Parreira e Silva, 2014	MG	Identificar o período de amamentação e de introdução da alimentação complementar e descrever a forma de introdução dessa alimentação em crianças de 6 a 11 meses e 29 dias.	O índice de AME foi de 51,2%. Quanto à introdução da alimentação complementar, 67,4% das crianças iniciaram aos seis meses de idade, 27,9% antes do seis meses e 4,7% após os seis meses de idade. A maioria iniciou a AC de forma gradual e separada da alimentação da família.
Gonçalves e Cadete, 2015	MG	Identificar o índice de AME e alimentação complementar adotada em menores de um ano no município de Ribeirão das Neves.	O índice de AME foi de 30%. Apontaram início precoce da alimentação complementar e a utilização de alimentos não recomendados para idade.