

DOENÇAS NA LACTÂNCIA E IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO PELO CONSUMO ALIMENTAR ADEQUADO

Brenda Caroline Dominical Rocha

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Renata Petrucci Flumian

Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde – UFMS;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

Este estudo apresenta diferentes doenças que podem afetar o desenvolvimento tanto físico, mental e social de crianças na lactância, informações sobre o tratamento nutricional adequado, um consumo alimentar adequado, em muitos casos é fundamental e primordial para a melhora e o bem-estar e desempenho da criança que possui essas doenças. Os cuidados nutricionais adequados de acordo com a alimentação mostram a possibilidade de melhora e de progresso da prevenção dessas doenças, buscando melhorar ou prevenir o desenvolvimento dessas crianças nessa fase de grande importância.

PALAVRAS-CHAVE: doenças; lactância; consumo alimentar; prevenção; crianças.

1 INTRODUÇÃO

Na lactância, as crianças encontram-se numa fase onde têm grandes taxas de morbimortalidade por falta de uma alimentação adequada e saudável ou uma má nutrição. Muitas acabam consumindo alimentos que levam ao excesso de peso, desnutrição ou ainda desenvolvem outras patologias associadas como anemias, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias e constipação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ainda assim, pode-se observar que algumas crianças brasileiras têm dificuldades de acesso à alimentação saudável e segura, seja pela desigualdade no sócio econômica ; que leva a inúmeras pessoas a passarem fome, ou por baixa condição de comprar boa variedade de alimentos ou até mesmo em quantidade necessária para uma alimentação saudável ou também pela má fiscalização dos programas relacionados a alimentação dessas crianças (LANGI, 2011).

Ao mesmo tempo, no Brasil, existem implementações de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, conhecidos como programas nacionais de saúde,

alimentação e nutrição, cujo objetivo dessas ações é passar o máximo de informação de como deveria ser uma alimentação adequada, segura, nutritiva e de qualidade para essas crianças. (VASCONCELOS, 2011).

2 OBJETIVOS

Este artigo tem como objetivo descrever o consumo alimentar adequado como prevenção das doenças na lactância.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Essa pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica de artigos, disponíveis nas bases científicas *SciELO* (Scientific Electronic Library Online). Foram utilizadas as palavras-chaves: Doenças, Lactância, Consumo alimentar, Prevenção, Crianças. Foram considerados os artigos publicados do ano 2008 a 2018, disponíveis na íntegra nas línguas portuguesa e inglesa.

4 ESTADO NUTRICIONAL E DE SAÚDE NA LACTÂNCIA

O processo alimentar e nutricional é muito importante na lactância, para tanto é de suma responsabilidade propor um padrão nutricional satisfatório, ou seja, até o sexto mês, aleitamento materno exclusivo e após o sexto mês, complementar com a introdução alimentar adequada. A segurança alimentar e nutricional é uma questão básica de saúde para as crianças na lactância (LACERDA, 2012).

O cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propostos pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) permite que centenas de milhões de crianças, deixem de passar fome, tenham acesso à água limpa e a saneamento básico, adquiram educação e desfrutem de vantagens econômicas para melhorar a qualidade de vida dessas famílias de baixa renda que passam fome (CAMPOS, 2013).

A má nutrição associada a exposição frequente aos agravos, comum em países mais pobres, tem uma taxa bastante elevada e preocupante de comprometimento da saúde. A fome e a desnutrição são causas de milhões de mortes anuais de crianças, ou seja, essas crianças não recebem os nutrientes que o corpo e a mente precisam para o seu crescimento e desenvolvimento adequado e

seguro (LACERDA, 2009).

5 AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Vários programas e ações relacionados à saúde e alimentação são implementados e devem ser seguidos e fiscalizados para melhorar ainda mais a alimentação das crianças. Eles abrangem uma política de caráter interdisciplinar, melhoram os agravos nutricionais, ajudam as famílias a alimentarem as crianças, passam informações em relação à alimentação adequada das crianças com responsabilidades municipais, quanto estaduais e federais (HENRIQUE, 2018).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o Programa de Assistência Integral às Doenças Prevalentes da Infância (PAIDPI) visam promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento às crianças de risco e melhorando a qualidade do atendimento, diminuindo as taxas de mortalidade. O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) engloba uma série de ações como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Programa Bolsa Família (PBF) que acompanha o estado nutricional de crianças e mulheres beneficiárias, além do mais, há os guias alimentares e as ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Ao nível municipal, destacam-se as ações de EAN e o Programa Saúde na Escola (PSE), que visam a articulação entre escola e rede básica de saúde, por meio de ações, entre as quais se sobressaem as da área alimentar e nutricional, orientada pela PNAN (SOUZA, 2017).

Com grandes avanços tem o de Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais, que inclui os programas de suplementação e de fortificação de ferro e ácido fólico, de suplementação de vitamina A, de poli vitamínico (NutriSUS), contempla incentivos à pesquisa aos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANE), o mais importante é o Programa de Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI). Todos são importantes ações para alimentação adequada e a saúde das crianças e das famílias (HENRIQUE, 2018).

6 DOENÇAS PREVALENTES NA LACTÂNCIA

6.1 Anemia Ferropriva

É uma das doenças mais comuns em crianças, resulta as perdas do ferro,

cerca de dois milhões de pessoas no mundo possuem a anemia ferropriva, ou seja, 33 % da população mundial, crianças de até 5 anos de idade e gestantes são os grupos mais afetados com prevalência de aproximadamente 47,4 % (LACERDA, 2009).

É considerada anemia, valor de hemoglobina abaixo do normal, que em crianças de 2-6 anos é de 11,5-13,5 g/dL, nas crianças de 6-12 anos é de 11,5-15,5 g/dL, nos homens é de 14-18 g/dL, nas mulheres de 12-16 g/dL e gestantes, de 11 g/dL. Os efeitos da carência de ferro são redução de hemoglobina, diminuição das ferroenzimas, comprometendo a respiração mitocondrial e o metabolismo energético, redução da produção de energia no sistema muscular levando a sintomas de irritabilidade, fadiga, apatia, estomatite, unhas fracas, anorexia, imunidade baixa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O mineral ferro deve estar presente nas refeições das crianças depois do sexto mês, pois é um nutriente essencial, é responsável pela síntese de células que fazem o transporte de oxigênio para demais células do corpo. O ferro está presente nas carnes, fígado, vegetais verdes escuros, beterraba. Para melhor absorção desse ferro, devem ser consumidos juntamente com alimentos fontes de Vitamina C que estão presentes nas frutas cítricas. Alimentos oferecidos antes do sexto mês atrapalham o aproveitamento do ferro existente no leite materno podendo causar anemia, os bebês que recebem os alimentos sem indicação de um profissional também tem risco de ter anemia, por não conter quantidades adequadas de ferro que o bebê precisa, além do mais o desmame precoce pode contribuir a criança a apresentar anemia ferropriva (LACERDA, 2009).

Entre os fatores inibidores da absorção de ferro encontram-se os polifenóis que estão no chá e no café, espinafre cru, berinjela, os fitatos que estão na aveia, gérmen de trigo e também o cálcio presente no leite e derivados. Outras formas de prevenção é a suplementação com ferro e a fortificação de alimentos com ferro e aumento de vitamina C e ácidos como o cítrico, ascórbico, láctico, tartárico (BRAGA, 2010).

6.2 Refluxo Gastroesofágico (RGE)

É definido como uma desordem primária da motilidade, com movimento retrógrado do conteúdo gástrico em direção ao esôfago que ocorre depois das refeições. Já a regurgitação, é definida como a passagem do conteúdo gástrico

refluindo para a faringe oral, é uma condição frequentemente benigna na infância e de resolução espontânea, que ocorre durante episódios de relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior (EEI) (MELLO, 2016).

O RGE funcional ou fisiológico pode atingir cerca de 55% da população infantil com idade inferior a 10 meses e 81% das crianças com menos de 18 meses de idade. O diagnóstico do RGE deve começar pela elaboração da história clínica completa. A história clínica de regurgitações em crianças de baixa idade, sem outras queixas e sem alterações ao exame físico, sugere o diagnóstico de RGE fisiológico. Nesses casos não há necessidade de qualquer exame complementar, sendo recomendado o acompanhamento clínico. Sintomas e sinais como ganho insuficiente de peso, irritabilidade, choro constante, sangramentos digestivos evidentes ou ocultos, acompanhados de anemia de difícil controle, broncoespasmo persistente, pneumonias de repetição e sintomas otorrinolaringológicos recorrentes podem ser manifestações do RGE patológico (LACERDA, 2012).

O comprometimento do crescimento pode resultar da perda de nutrientes determinada pela presença de refluxo e do gasto energético aumentado resultante de broncoespasmo e de outras manifestações respiratórias, ou ainda de dificuldade para se alimentar. As características físicas da dieta são fracionar a refeição várias vezes ao dia em pouca quantidade, a temperatura deve ser de morna a fria, alimentos que contêm fibras solúveis como a goma de sugar e a pectina. Se a alimentação do bebê for alimentação artificial, lactentes jovens recomenda-se o espessamento da formulação com farinhas pré-cozidas. Evitar os alimentos ricos em lipídeos, café, mate, guaraná e bebidas contendo cafeína, chocolate, chá-preto, condimentos como alho, cebola, pimenta e mostarda para crianças que já iniciaram introdução alimentar, ou seja, alimentos e medicamentos que diminuam o tônus do EEI ou aumentem a acidez gástrica (LACERDA, 2009).

6.3 Alergia às Proteínas do Leite de Vaca

A segunda doença que mais acomete e mais aumenta nas crianças é a alergia alimentar, e vários fatores contribuem para essa patologia, entre eles a genética, a flora intestinal do hospedeiro, a dosagem e a frequência de exposição a vários alimentos alergênicos, bem como a alergenicidade de várias proteínas alimentares. A alergia a proteína do leite de vaca (APLV) é forma mais comum de hipersensibilidade alérgica alimentar, visto que o leite é o alimento de uso corrente

na dieta infantil (BORGES, 2014).

Probióticos e prebióticos carecem de evidências como produtos para prevenção ou tratamento de alergia alimentar então a base do tratamento da alergia alimentar é essencialmente nutricional e está apoiada sob dois grandes pilares que é a exclusão dos alérgenos alimentares responsáveis pela reação alérgica com substituição apropriada e a utilização de fórmulas ou dietas hipoalergênicas, em lactentes, em situações de APLV. O objetivo global do tratamento nutricional é evitar o desencadeamento dos sintomas, a progressão da doença e a piora das manifestações alérgicas, proporcionar à criança crescimento e desenvolvimento adequados e prevenir distúrbios nutricionais (SOLÉ, 2018)

O diagnóstico da alergia pode ser por anemia hipocromica, aminoacidúria, aumento da excreção fecal, D-xilosemia baixa, sinais de má absorção intestinal, presença de anticorpos no soro e nas fezes, diminuição ou aumento de IgA sérica. Além do leite proteínas do ovo, trigo, cevada, amendoim, soja, frutos do mar, podem ser alergênicos e levar a reações adversas no organismo da criança (FERREIRA, 2010; COROZOLLA, 2010).

Os lactentes que estão em aleitamento materno devem ser assim mantidos, e a mãe deve ser submetida à dieta de exclusão do alérgeno envolvido, tanto para os com alergia alimentar IgE mediada, como para os com não-IgE mediada. Quando necessária a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados, deve ser recomendada a suplementação de cálcio e vitamina D (colecalfiferol). Em alguns países se começa a utilizar a proteína hidrolisada de arroz, que ainda carece de maiores estudos. A avaliação adequada do estado nutricional com o objetivo de planejar e adequar a ingestão às necessidades nutricionais da criança de acordo com os tipos de alimentos permitidos é prioritária. Todo empenho deve ser feito no intuito de realizar as substituições alimentares visando garantir a oferta nutricional adequada, alcançando-se as suas necessidades que devem atender as atuais recomendações nutricionais (SOLÉ, 2018).

6.4 Desnutrição

Lactentes apresentam mais risco de desnutrição, sendo mais, propensas a infecções graves e mortes por diarreia, sarampo, pneumonia e malária; as que sobrevivem podem ter o sistema imunológico debilitado e desenvolver um ciclo de infecções recorrentes. Além disso, podem apresentar rendimento escolar deficiente

e estão expostas ao maior risco de desenvolverem doenças crônicas na vida adulta. É muito comum em crianças ter desnutrição por não receber os nutrientes necessários durante a gestação, após o sexto mês por não consumir alimentos variados e a quantidade certa de nutrientes, a indicação para a melhora deste estado é adicionar uma colher de óleo vegetal sobre a refeição pronta, também pode acrescentar uma farinha fortificada com ferro na forma de mingau, com leite materno ou iogurte natural, não deixar a criança mais de 2 horas sem comer, fazer várias refeições por dia (FERNANDES, 2013)

A realidade com que muitos se deparam e de miséria, pobreza, desigualdade social, abandono; e nesse panorama que a desnutrição infantil se apresenta. Sabe-se que uma alimentação saudável passa inevitavelmente pela renda familiar; por isso a realidade da pobreza e da desigualdade social, que há longos anos perdura no Brasil, tem sido apontada como uma das causas mais relevantes na gênese da desnutrição, levando a ser entendida como uma questão de saúde pública (LACERDA, 2012).

A desnutrição pode se apresentar de diversas maneiras, devido à variedade de suas manifestações clínicas. Ela vai desde casos leves, cuja ocorrência não põe em risco a saúde da criança, até os considerados graves e de grande repercussão. Entre estes podemos encontrar o kwashiorkor e o marasmo nutricional, responsáveis por altas taxas de mortalidade e que se manifestam de maneira distinta. Algumas crianças podem ainda apresentar uma forma mista de desnutrição conhecida como kwashiorkor-marasmático. A desnutrição pode levar a criança a apresentar olhos encovados, glândulas (sudoríparas, salivares e lacrimais) atrofiadas, secura nos olhos e na boca, reduzida produção de suor, danos cerebrais, conduzindo a um aprendizado deficiente e a insuficiência na organização das atividades neuromotoras, o intelecto pode ser prejudicado pelo comprometimento em áreas do desenvolvimento neuropsicomotor algumas áreas (FRAGA, 2012).

A desnutrição é observada em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Mas o problema é mais grave na África, Ásia e América Latina, nos seis primeiros meses de vida, a ocorrência da desnutrição já é alta (21,8% (LACERDA, 2012).

O objetivo da introdução alimentar adequada após o sexto mês é fornecer energia, proteína, vitaminas e sais minerais quando o leite materno não atende a

total necessidade do lactente. O tratamento da desnutrição varia de acordo com a gravidade da doença. Os principais objetivos do tratamento é recuperar o estado nutricional, normalizar as alterações orgânicas ocasionadas pela desnutrição, promover o crescimento (no caso das crianças) e o ganho de peso. Existem recomendações gerais que ajudam no tratamento de desnutridos uma dieta específica para o caso, aliada a uma educação (ou reeducação) alimentar; orientações sobre higiene alimentar e pessoal; e a participação familiar e comunitária nesse processo. A dieta deve possibilitar a reposição, manutenção e reserva adequada de nutrientes no organismo. Para tanto, deve ser elaborada e acompanhada por um nutricionista (LACERDA, 2009).

6.5 Obesidade

A incidência de obesidade está muito elevada e tem relação com o desenvolvimento da criança seja por influências de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. A prevalência de obesidade também está crescendo intensamente, na infância e na adolescência, e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% de crianças obesas aos seis meses de idade, e 80% das crianças obesas aos cinco anos de idade, permanecerão obesas. Muitas vezes, a obesidade dependendo do período de gestação; do quanto a mãe engordou ou dos tipos de alimentos que ela consumiu durante a gestação; muitos estudos indicam quando os pais são obesos há 80% de chance de o filho nascer obeso ou ficar depois de alguns anos. Sendo assim é muito importante a alimentação na gestação e depois que a família se esforce para modificar os hábitos alimentares e o estilo de vida de forma a criar um ambiente mais saudável, capaz de reduzir o sobrepeso e a obesidade nessas crianças. Os hábitos alimentares influenciam de forma marcante o balanço energético positivo das crianças, sendo que o consumo do leite materno se mostrou como fator protetor contra a obesidade, e depois do sexto mês uma alimentação adequada e saudável pode reverter esse quadro de obesidade (OLIVEIRA, 2012).

A obesidade é uma desordem multifatorial crônica e complexa, mundialmente difundida, definida como excesso de gordura corporal, com determinantes genéticos e ambientais. O aumento na prevalência da obesidade infantil é preocupante, visto que, crianças e adolescentes com sobrepeso têm um risco maior de continuarem acima do peso quando adultas, além de terem taxas de

mortalidade e morbidade mais elevadas, em decorrência do risco aumentado de se desenvolver diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, esteatose hepática não alcoólica e suas complicações (LACERDA, 2012).

Muitos fatores influenciam a obesidade infantil como os exames de perfil lipídico, história gestacional, história socioeconômica, valores culturais da família, hábitos alimentares da família, atividade física diária, IMC (Índice de Massa Corporal), Peso por idade, Altura por idade, peso por idade para analisar se a criança está com alto risco de obesidade (OLIVEIRA, 2012).

A recomendação é que a redução do conteúdo calórico total seja feita utilizando-se alimentos com alto valor nutricional, ricos em vitaminas e minerais, e pobres em gorduras e açúcares. A redução lenta do tamanho das porções é uma forma fácil de diminuir o conteúdo calórico total. Crianças obesas perdem uma grande quantidade de água através da perda de água insensível através da pele como resultado da superfície corporal aumentada e do efeito de isolamento térmico do tecido adiposo aumentado. Uma vez que a necessidade diária de laticínios tenha sido atendida, o único líquido permitido deve ser a água. Sucos de frutas devem ser excluídos devido ao risco de alto consumo calórico, além do consumo das frutas in natura serem preferíveis, em decorrência do maior teor de fibras. Alimentos com baixo índice glicêmico (como laticínios, vegetais folhosos, leguminosas e frutas ricas em fibras) dão mais saciedade e devem ser as opções de escolha para lanches (LACERDA, 2012).

6.6 Constipação Intestinal

Constipação não é uma doença, trata-se como um sintoma, porem pode ter consequências como dor abdominal, distensão abdominal, anorexia, febre. É um problema que afeta 80% da população pediátrica, muitas vezes é ignorada ou tratada de forma incorreta. Pode se definir como retenção de fezes no cólon ou dificuldade de evacuação por tempo superior a 2 semanas (LACERDA, 2009).

As mudanças de práticas alimentares podem levar à constipação nos bebês de 0-6 meses que recebem fórmula láctea pode ocorrer constipação, e nos de 12-24 meses, dieta com baixa quantidade de fibra alimentar constitui fator de risco para constipação crônica, então após o sexto mês é aconselhável alimentos ricos em fibras, pois auxilia na formação de fezes e facilita sua eliminação, mais com os alimentos ricos em fibras temos que logo em seguida se hidratar com água, pois ela

é fundamental para impedir o ressecamento das fezes. (CONSOLINI, 2017).

As fibras são laxantes naturais que estão presentes nos vegetais, aveia, frutas. Quando se oferece suco não se deve coar, pois as fibras ficam na peneira e elas que ajudam na eliminação das fezes. Conforme as diretrizes, o tratamento da constipação intestinal funcional inclui esvaziamento do fecaloma e terapia de manutenção, mediante uso de laxantes, para evitar a reimplantação fecal, treinamento de toalete e o aumento da ingestão de fibras alimentares e de água (AGUIRRE, 2012).

7 ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Leite materno é o único alimento indicado até o sexto mês, dar fórmulas lácteas industrializadas só se for realmente necessário e se possível procurar uma nutricionista para a escolher a melhor formula que a criança precisa (LOPES, 2016).

Não dar chás, água ou outros alimentos antes do sexto mês; não é necessário colocar sal na comida do bebe até os 12 meses, pois a quantidade de iodo do sal é muito grande e os alimentos dados ao bebe contém iodo suficiente para ele, usar apenas temperos frescos como cebola, alho, manjeriço, salsinha. A ingestão excessiva de sódio pode desenvolver hipertensão arterial. O mel é contraindicado no primeiro ano de vida pelo risco de contaminação com *Clostridium botulinum*, que causa botulismo, ou seja, após o sexto mês uma alimentação adequada e saudável deve ser feita com alimentos *in natura* ou minimamente processados como cereais, raízes, tubérculos, leguminosas, frutas, legumes e verduras, carnes, aves, peixes e ovos em consistência adaptada a cada criança a fim de que ela receba os nutrientes necessários para crescer e se desenvolver de forma adequada e saudável (CUNHA, 2014).

É coletivo o trabalho de alimentar uma criança pois envolve os pais, familiares e cuidadores e qualquer outra pessoa que conviva com ela. A proteção da infância é responsabilidade de toda sociedade. O ato de amamentar deve ser apoiado e protegido por todos. A criança deve ser protegida da publicidade, tanto de fórmulas infantis industrializadas e como dos demais produtos lácteos que desestimulam o aleitamento materno, quanto daquelas que estimulam o consumo de alimentos ricos em açúcar, sódio e gordura. A alimentação adequada é um compromisso compartilhado entre Estado e sociedade, incluindo empresas,

organizações, família e educadores (ARAUJO, 2016).

O total de energia estimado para crianças saudáveis é de aproximadamente 615 kcal/dia dos 6-8 meses de idade, 686 kcal/dia dos 9-11 meses, sendo o ideal é misturar os alimentos de todos os grupos alimentares (SANTOS, 2011).

O atual requerimento total de energia estimado para crianças saudáveis é de aproximadamente 894 kcal/dia dos 12-23 meses. Nessa fase a criança já está comendo os alimentos *in natura* com mais facilidade. Ou seja, depois dos 12 meses, a criança pode comer alimentos que conseguem comer com a colher ou garfo, pois já tem coordenação motora, como preparações como por exemplo: sopas, mingau de aveia, tortas, escondidinho de carne, nessa fase pode começar a introduzir o suco, pois antes dos 12 meses só é indicado a fruta pois essas contêm mais fibras que o bebê precisa (LACERDA, 2009).

8 BENEFÍCIOS DOS GRUPOS ALIMENTARES

Segundo o Ministério da Saúde (2018), os grupos alimentares são os dos (i) energéticos, (ii) reguladores, (iii) construtores e (iv) energéticos extras.

O grupo dos energéticos (cereais, tubérculos e raízes) é fonte de carboidratos, alimentos que fornecem energia para o organismo. É preciso tomar cuidado quanto às porções a serem ingeridas. Possuem vitaminas do complexo B e fibras, que ajudam no bom funcionamento do intestino. Exemplos deste grupo incluem batata baroa, Batata doce, macarrão, arroz, mandioca, inhame, cará e aveia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O grupo dos reguladores (frutas e verduras) é fonte de vitaminas, sais minerais e fibras. Hortaliças possuem vitamina A, vitamina C, folato, ferro, fibras. Frutas possuem vitamina A, vitamina C, potássio, folato, ferro, fibras. Exemplos deste grupo incluem morango, uva, banana, maçã, Pêra, espinafre, acelga, almeirão, alface e entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O grupo dos construtores (leite e derivados, carnes, ovos, peixes, aves e leguminosas) incluem alimentos que atuam na regeneração dos tecidos e renovação das células. Compostos de proteínas e ricos em ferro, zinco e vitaminas B6 (pirixodina) e B12 (cianocobalamina). Carnes e ovos devem ser consumidos preferencialmente na forma cozida, no vapor ou grelhada. Iogurtes e queijos contêm cálcio (mineral envolvido na formação de ossos e dentes, na contração muscular e

na ação do sistema nervoso), proteína, vitamina A e D. Prefira produtos sem conservantes. Exemplos deste grupo incluem alguns alimentos como carne bovina, ovo de galinha, carne de peixe, vísceras, carne de frango, feijão e soja (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O grupo dos energéticos extras (gorduras, óleos e açúcares) contém vitamina E, ácidos graxos essenciais (ômega 3), carboidratos, porém são ricos em calorias. O consumo deve ser limitado e dar preferência às gorduras vegetais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Há ainda, algumas orientações básicas que são os 12 passos para alimentação saudável e adequada (Quadro I) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; LOPES, 2016; CUNHA, 2014).

Quadro 1. Doze passos para alimentação saudável e adequada.

| Passos | Orientações |
|--------|--|
| 1 | Leite materno é o único alimento ideal até os 6 meses, pois ele contém todas as vitaminas, todas as proteínas e protege a imunidade do bebê; após o sexto mês se prosseguir com a amamentação não precisa ter restrição de tempo entre as refeições. |
| 2 | Não dar alimentos antes do sexto mês, pois os sistemas digestório e renal do bebê não estão aptos para receber alimentos ainda. |
| 3 | Observar se a criança está pronta para comer; se ela senta na cadeira sem tombar para os lados, se tem controle da cervical, se tem interesse pelos alimentos, se a língua não fica empurrando o alimento para fora. |
| 4 | É muito comum a criança rejeitar novos alimentos, não devendo este fato ser interpretado como uma aversão permanente da criança ao alimento. Em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a 10 vezes para que o aceite bem, tenha paciência, calma e tranquilidade se ele rejeitar tente oferecer outro dia. |
| 5 | Introduzir novos alimentos no sexto mês de vida, para ativar e propiciar a sensação de autonomia, para criar hábitos, conhecer sabores variados, vários tipos de alimentos que beneficia a saúde; para estimular o bebê a mastigar, fortalecer a musculatura da bochecha, a dentição e a fala. |
| 6 | Lavar bem os alimentos e utensílios para fazer a alimentação da criança, para eliminar a possibilidade de bactérias e prevenir doenças e diarreia. |
| 7 | Não deixar a criança comer na frente de tablet, TV e computador. |
| 8 | Fale sobre o alimento que a criança está comendo; os benefícios, e coloque tudo separado no prato da criança. Importante nessa fase onde a criança está aprendendo a distinguir texturas, sabores e cores dos alimentos e respeite a fome e à saciedade da criança. |
| 9 | Oitavo mês a criança pode comer exatamente o que a família come desde que não tenha muito sal, gordura e muito temperos artificiais, e a temperatura deve ser sempre morna. |
| 10 | A comida da criança não deve ser passada em liquidificador nem peneira apenas amassada com o garfo para ela sentir o sabor e a textura do alimento. |
| 11 | Pais, professores, parentes e adultos que convivem com a criança precisam dar o exemplo, consumindo os alimentos saudáveis em horários determinados, com a quantidade adequada. |
| 12 | Preferir alimentos que estão na safra do mês ou da feira por ser orgânico, fresco e mais barato, evitar oferecer frutas e vegetais muito maduros ou muito verde pela incapacidade de fornecer vitaminas e minerais em quantidade e qualidade suficiente. |

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2018).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criança deve conhecer novos sabores, cores, texturas de vários alimentos que iremos relatar. Muitos pais têm dúvida e perguntas frequentes de como deveria ser o consumo alimentar das crianças, esse artigo mostrará quais alimentos são recomendados nessa faixa etária, com qual frequência a criança deve receber esses alimentos, quais alimentos são permitidos e quais devem ser evitados, a importância e os benefícios dos grupos alimentares nessa fase, orientações nutricionais.

Se a criança apresenta patologias ou condições específicas a alimentação tem que ser diferenciada e o plano alimentar desta criança deve ser individualizado e orientado por um nutricionista. Também iremos incentivar a todos que participa da alimentação de crianças menores de dois anos a oferecer alimentos mais saudáveis e nutritivos, como fazer as escolhas desses alimentos, mas, além disso, observar a disponibilidade de certos alimentos, seja no ambiente escolar, público.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, A. N. de C. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. 7 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

ARAUJO, M. Consumo de alimentos processados e ultra processados por crianças de 13 a 35 meses e fatores associados. 70 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

BORGES, W. Alergia Alimentar do tipo imediato. 2014

BRAGA, J.; VITALLE, M. S. S. Deficiência de ferro na criança. 10 f. Curso de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

CAMPOS, A. A. de O. L.; COTTA, R. M. M. L. Aconselhamento nutricional para a promoção da alimentação saudável de crianças e mães na Estratégia Saúde da Família: a importância da visita domiciliar. 12 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2013.

CONSOLINI, D M. A constipação nas crianças. 8 f. Curso de Medicina, Universidade Thomas Jefferson, Pensilvânia, 2017.

COROZOLLA, W.; RODRIGUES, A. G. Intolerância à Lactose e Alergia à Proteína

do Leite de Vaca. E o desafio de como diferenciá-las. 10 f. Curso de Biomedicina, Centro Universitário Amparense – Unifia, Amapá, 2010.

CUNHA, L. F. da. A importância de uma alimentação adequada na educação infantil. 32 f. Curso de Ciências, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná, 2014.

FERNANDES, E. C. B. Prevalência de déficits nutricionais em crianças menores de cinco anos. 7 f. Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto., São Paulo, 2013.

FERREIRA, C. T.; SEIDMAN, E. Alergia alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. 15 f. Curso de Medicina, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA), Porto Alegre, 2010.

FRAGA, J. A. A. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. 2012. 4 f. Curso de Nutrição, Revista da Associação Brasileira de Nutrição - Rasbran, São Paulo, 2012.

HENRIQUE, P.; O'DWYER, G.; DIAS, P. C. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. 9 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil, Rio de Janeiro, 2018.

LACERDA, E. M. de A.; ACIOLY, E.; FARIA, I. G. Práticas de Nutrição Pediátrica. 2012.

LACERDA, E. M. de A.; ACIOLY, E.; FARIA, I. G. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2.ed. 2009.

LANGI, R. M. F.; ALMEIDA, C. C. B. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de famílias de trabalhadores rurais Sem Terra. 8 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LOPES, W. C.; MARQUESB, F. K. S.; OLIVEIRA, C. F. de. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. 7 f. Curso de Nutrição, Faculdades de Saúde Ibituruna, Montes Claros, Mg, Brasil, Montes Claros, 2016.

MELLO, E. D. de. Tratamento da doença do refluxo gastrointestinal em crianças. 6 f. Curso de Nutrição, Instituto Metodista de Educação e Cultura, Brasília, 2016.

MINISTERIO DA SAÚDE. Departamento de atenção. Uma análise da situação de saúde e das causas externas. 464 f. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Esplanada dos ministérios, Brasília, 2014.

MINISTERIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção. Guia alimentar para crianças

menores de 2 anos 2018. 163 f. Coordenação Geral de alimentação e nutrição, Esplanada dos Ministérios, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, A. M. A. de; CERQUEIRA, E. M. M. Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. 7 f. Curso de Enfermagem, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, 2012.

SANTOS, G. G. Análise do cardápio e avaliação antropométrica de crianças. 16 f. Curso de Nutrição, Faculdade Anhanguera de Anápolis, Anápolis, 2011.

SOLÉ, D. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. 2018. 32 f. Curso de Imunologia Clínica e Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

SOUZA, L. M. S. de; SANTOS, S. M. C. dos. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. 20 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2017.

VASCONCELOS, F. de A. G. de; FILHO, M. B. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. 7 f. Curso de Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC, 2011.