



PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
**EM ALIMENTOS E NUTRIÇÃO**  
*O SEMEAR DA CIÊNCIA*

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCS

Aluna: Gabriela Dias Alves Pinto  
Orientadora: Maria Gabriela Bello Koblitz

# 10 passos para uma alimentação saudável de crianças até 2 anos de idade

Segundo o Guia Alimentar



# O Guia Alimentar

- Melhorar a alimentação infantil em 3 níveis
  - 1) Individual – Pequenas modificações;  
Manutenção da cultura e dos hábitos;  
Orientações para auxiliar nas escolhas
  - 2) Institucional – Subsídio a programas de alimentação e nutrição;  
Subsídio à profissionais  
Base para formação e capacitação de profissionais
  - 3) Indústria agroalimentícia e alimentação coletiva - Legislação  
Incentivo à produção de alimentos saudáveis e equilibrados  
Promoção da alimentação saudável em locais coletivos

# O Guia Alimentar

Bases científicas atuais da alimentação da criança menor de 2 anos

- **Práticas adequadas de alimentação infantil (WHO,1998) :**

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

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

# O Guia Alimentar

## Aleitamento materno

→ **Definição** (Organización Pan-americana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 1991):

- “*Aleitamento materno exclusivo*” – quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e / ou medicamentos.
- “*Aleitamento materno predominante*” – quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.
- “*Aleitamento materno*” – quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.

# O Guia Alimentar

## Importância

Garante a sobrevivência de crianças, principalmente em condições desfavoráveis e/ou que nascem com baixo peso

Mortalidade por enterocolite necrotizante

Risco 11 vezes menor em recém nascidos pré termo em amamentação exclusiva

Risco 3,5 vezes menor com alimentação mista

Comparados com alimentados por fórmulas lácteas (Lucas e Cole, 1990)

# O Guia Alimentar

## Importância

Proteção  
contra diarreia

Redução da  
incidência de  
diarreia

Redução do  
período da  
doença  
quando ocorre

Feachen e Koblinski,1984  
Brown et al.,1989  
Victoria et al.,1992

RS: 17 vezes  
maior o nº de  
internações por  
pneumonia em  
crianças não  
amamentadas

Risco 61 vezes  
maior nos  
primeiros 3  
meses

# O Guia Alimentar

## Importância

→ Menos risco de contaminação pelo preparo de fórmulas e alimentos lácteos

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

-

imento

→ proteção contra a síndrome da morte súbita, o diabetes mérito insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas, o câncer de mama e o de ovário na mulher que amamenta, além de otimizar o desenvolvimento neurológico da criança e promover o vínculo afetivo entre mãe e filho (American Academy of Pediatrics, 1997).

# O Guia Alimentar

## Importância do aleitamento materno exclusivo

- Não há necessidade de água ou chás
- Proteção contra transmissão vertical do HIV

14,6% x 24,1% amamentação exclusiva (Coutsoudis et al., 1999)

- li
  - p
  - D
  - A
- Não há dúvidas quanto às vantagens da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida da criança e quanto às desvantagens da introdução precoce de outros alimentos e mesmo líquidos, como água ou chás, e do uso de mamadeiras / chupetas.**
- Prejudica a sucção
  - Leva a desmame precoce

# O Guia Alimentar

## Duração do aleitamento materno exclusivo

- Sem vantagens na introdução precoce de outros alimentos ( 4 meses)
- Imaturidade do sistema digestivo e dos rins -> Não concentra a urina de forma adequada
- 54ª Assembléia Mundial de Saúde (2001) :

“... Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo durante 6 meses, como recomendação de saúde pública mundial..”



# O Guia Alimentar

## Duração do aleitamento materno

- Antes do uso de leites não humanos era comum amamentar por 3,4 anos
- OMS (1995): Até 2 anos ou mais
- 1 a 1/3 da energia ingerida até o fim do 1º ano de vida

Bangladesh: Crianças desnutridas não amamentadas após 1 ano -> Risco 6x maior de morrer comparadas com as amamentadas (Briend e Bari,1989)

# O Guia Alimentar

## Alimentação complementar

“ Quaisquer alimentos que não o leite humano oferecidos à crianças amamentadas”

→ Alimentos de transição : Alimentos complementares especialmente preparados para crianças pequenas até que elas passem a receber os alimentos consumidos pela família ( antigo alimento de desmame)



# O Guia Alimentar

## Quando começar

- Aos 6 meses
- Benefícios para crianças que são amamentadas exclusivamente e tem o crescimento desacelerado a partir de avaliação:
  - Curva de crescimento NCHS ( recomendada pela OMS e usada pelo MS)
  - Construída com crianças sem amamentação exclusiva
  - Novos padrões para referência de crescimento usando crianças com amamentação exclusiva pelo menos até 4 meses com complementação por 1 ano
  - Observar a técnica de amamentação pois pode dificultar a obtenção do leite posterior

# O Guia Alimentar

## Alimentação complementar

### Densidade energética

- Calorias/ Volume(ou Peso)
- Atualmente baseia-se em crianças de sociedades desenvolvidas e saudáveis com acréscimo de 5% pela diferença na ingestão de LM

**TABELA 1**

**Ingestão de energia recomendada para os dois primeiros anos de vida**

Grupo de idade (em meses)	Recomendação de Energia					
	<u>FAO / WHO / UNU 1985<sup>a</sup></u>		<u>Butte 1996<sup>b</sup></u>		<u>Torun et al., 1996<sup>c</sup></u>	
	Kcal/kg/d	kcal/d	kcal/kg/d	kcal/d	kcal/kg/d	kcal/d
0-2	116	520	88	404	----	----
3-5	99	662	82	550	----	----
6-8	95	784	83	682	----	----
9-11	101	949	89	830	----	----
12-23	106	1170	----	----	86	1092

<sup>a</sup> Números calculados a partir das estimativas das necessidades de proteína e energia da OMS, 1985.

<sup>b</sup> Baseado nas calorias necessárias para o gasto de energia total mais o crescimento de crianças amamentadas.

<sup>c</sup> Baseado nas calorias necessárias para o gasto de energia total mais o crescimento.

Fonte: World Health Organization, 1998a

# O Guia Alimentar

**TABELA 2**

**Energia (kcal) necessária dos alimentos complementares em crianças de países em desenvolvimento**

Energia Proveniente do Leite Materno <sup>a,b</sup>				Energia Necessária dos Alimentos Complementares <sup>c,d</sup>		
Ingestão de leite materno				Ingestão de leite materno		
Faixa etária (meses)	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
0-2	279	437	595	125	0	0
3-5	314	474	634	236	76	0
6-8	217	413	609	465	269	73
9-11	157	379	601	673	451	229
12-23	90	346	602	1002	746	490

<sup>a</sup> Para grupos com idade entre 0-2 e 3-5 meses, energia proveniente do leite materno em crianças amamentadas exclusivamente no peito; para crianças acima de 6 meses de idade, esses números refletem a ingestão de energia através do leite materno, independente da forma de alimentação.

<sup>b</sup> As categorias baixa, média e alta correspondem à ingestão de energia proveniente do leite materno, sendo: baixa (média - 2DP), média (média  $\pm$  2DP) e alta (média + 2DP).

<sup>c</sup> Energia necessária dos alimentos complementares calculada por diferença, isto é, necessidade energética (Tabela 1, Butte, 1996 e Torun et al, 1996) menos energia proveniente da amamentação.

<sup>d</sup> As categorias baixa, média e alta correspondem à ingestão de energia proveniente do leite materno, conforme descrito no item b.

**Fonte:** World Health Organization, 1998<sup>a</sup>

# O Guia Alimentar

**TABELA 3**

**Energia (kcal) necessária dos alimentos complementares em crianças de países desenvolvidos**

Energia Proveniente do Leite Materno <sup>a,b</sup>				Energia Necessária dos Alimentos Complementares <sup>c,d</sup>		
Ingestão de leite materno				Ingestão de leite materno		
Faixa etária (meses)	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
0-2	294	490	686	110	0	0
3-5	362	548	734	188	2	0
6-8	274	486	698	08	196	0
9-11	41	375	709	789	455	121
12-23	0	313	669	1092	779	423

<sup>a</sup> Para grupos com idade entre 0-2 e 3-5 meses, energia consumida por leite materno em crianças amamentadas exclusivamente no peito; para crianças acima de 6 meses de idade, esses números refletem a ingestão de energia através de leite materno, independente da forma de alimentação.

<sup>b</sup> As categorias baixa, média e alta correspondem à ingestão de energia proveniente do leite materno, sendo: baixa (média - 2DP), média (média  $\pm$  2DP) e alta (média + 2DP).

<sup>c</sup> Energia necessária dos alimentos complementares calculada por diferença, isto é, necessidade energética (Tabela 1, Butte, 1996 e Torun et al, 1996) menos energia proveniente da amamentação.

<sup>d</sup> As categorias Baixa, Média e Alta correspondem à ingestão de energia proveniente do leite materno, conforme descrito no item b

Fonte: World Health Organization, 1998a

# O Guia Alimentar

## Gorduras

- 0 – 9% de 6-11 meses ; 19% de 12 – 23 meses
- De acordo com o leite materno ( 3,8g/100g)
- Bangladesh (1998) – 2,8g/100g de leite materno
- 14 – 21% de gordura para crianças de 6 – 11 meses
- 26% para crianças de 12- 23 meses (WHO,1998)

**Para que as crianças supram as suas necessidades energéticas, os alimentos complementares devem ter uma densidade energética mínima de 0,7 kcal/g. Por isso, sucos de frutas ou vegetais e sopas são desaconselhados, por possuírem baixa densidade energética.**

# O Guia Alimentar

## Proteínas

- Proteína não é fator decisivo para déficit de crescimento
- Adequado conforme a adequação da dieta
- 6 – 24 meses – 0,7g/100 Kcal
- Digestibilidade e qualidade



Leite humano  
Alimentos de origem animal  
Combinações de vegetais (arroz e feijão)

# O Guia Alimentar

## Ferro

→ Deficiência:

- Anemia ferropriva
- Retardo no desenvolvimento psicomotor
- Diminuição das defesas do organismo
- Diminuição da capacidade intelectual e motora

→ Suplementação a partir dos 6 meses quando o LM não é mais suficiente

→ Absorção

LM – até 70%

Alimentos de origem vegetal – 1 a 6%

Alimentos de origem animal – até 22%

**Os alimentos ricos em ferro são consumidos em quantidades insuficientes por crianças abaixo de dois anos. Por isso, faz-se necessário a adoção de estratégias para aumentar a ingestão de ferro como a fortificação de alimentos infantis e suplementação com ferro medicamentoso.**

# O Guia Alimentar

## Frequência das refeições com alimentos complementares

**Para uma densidade energética de, no mínimo, 0,7 kcal/g, a OMS recomenda três refeições diárias de alimentos complementares para crianças amamentadas ao peito e cinco refeições para as não amamentadas.**



# O Guia Alimentar

## Fatores que afetam a ingestão de alimentos complementares

**A alimentação da criança deve ser variada.**

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



# O Guia Alimentar

## Fatores que afetam a ingestão de alimentos complementares

→ Sabor/Aroma

- LH : Com o tempo ↓ a concentração de lactose e ↑ de cloretos
- Adequação natural para outros alimentos

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

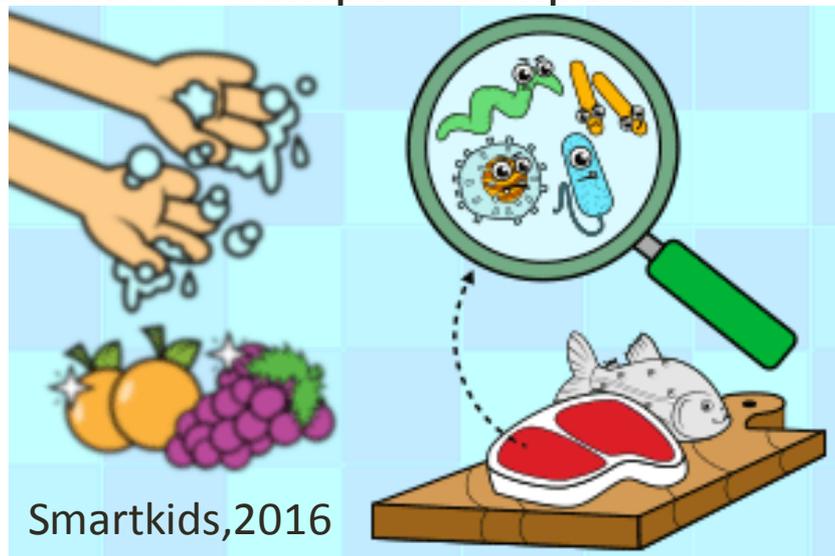
→ Viscosidade/ Textura

- Se relaciona com a densidade energética -> Sopas devem ser desencorajadas

# O Guia Alimentar

## Evidências sobre as práticas de higiene com relação aos alimentos complementares

- Água contaminada – Água fervida
- Higiene pessoal - Contaminação das mãos
  - Lavar as mãos pode reduzir de 14 – 48% a incidência de diarreia
- Utensílios usados para administrar alimentos – Mamadeiras e bicos
- Métodos de preparação dos alimentos – utensílios e mãos
- Estocagem de alimentos já preparados – Tempo x temperatura
  - $< 10^{\circ}\text{C}$  OU  $> 60^{\circ}\text{C}$
  - Reaquecer a pelo menos  $70^{\circ}\text{C}$



# O Guia Alimentar

## Alimentação da criança doente

**Durante a doença a criança aumenta suas necessidades de energia e nutrientes, além de reduzir sua ingestão devido à anorexia e de aumentar suas perdas pela diarreia, necessitando, assim, de maiores cuidados quanto a sua alimentação.**

- A criança doente deve ser estimulada a se alimentar com alimentos variados, de sua preferência com flexibilidade de horário



# O Guia Alimentar

Diagnóstico da situação nutricional e alimentar da Criança Brasileira  
menor de 2 anos

**O Brasil convive com os dois extremos da má nutrição em crianças pequenas: a desnutrição energético-protéica que, embora em declínio, ainda é um problema de saúde pública, e a obesidade, que está aumentando.**

# O Guia Alimentar

## Anemia ferropriva

### Prevalência de anemia em crianças menores de dois anos em diferentes estudos

Local do Estudo / Ano	% de Crianças Menores de Dois Anos com Anemia	Tipo de População	Fonte
Recife, PE	58,5 (6-11 meses) 66,0 (12-23 meses)	Demanda espontânea de 2 unidades de saúde (n=1306)	Salsano et al., 1985
São Paulo, (63 municípios)	55,5 (6-8 meses) 62,8 (9-11 meses) 62,8 (12-17 meses) 55,8 (18-23 meses)	Demanda espontânea de 160 unidades de saúde (n=2992)	Torres et al., 1994
São Paulo, SP / 1994	14,5 (0-6 meses) 22,6 (6-12 meses)	Demanda espontânea de 4 postos de saúde de localização central (n=317)	Souza et al., 1997
São Paulo, SP / 95-96	33,7 (0-5 meses) 71,8 (6-11 meses) 65,3 (12-23 meses)	Representativa da cidade de São Paulo (n=543)	Monteiro et al., 1998
Porto Alegre, RS / 1997	50,0 (6-11 meses) 65,2 (12-23 meses)	Freqüentadores de creches municipais (n=209)	Silva, 2000
Porto Alegre, RS / 1998	16,9 (0-5 meses) 53,9 (6-12 meses)	Demanda espontânea de 1 posto de saúde (n=500)	Salvado, 1999

# O Guia Alimentar

## Práticas Alimentares – Aleitamento materno

**Distribuição percentual das crianças vivas  
por condição da amamentação e porcentagem de crianças  
amamentadas que receberam complementação alimentar, segundo a idade**

Idade em meses	Não estavam sendo amamentadas	Estavam sendo amamentadas Exclusivamente	Recebiam, além do leite materno		
			Somente água pura	Alimentos complementares	Número de crianças vivas
0 – 1	3,6	57,8	3,6	25,0	119
2 – 3	23,3	26,4	2,9	47,4	150
4 – 5	39,9	11,2	6,3	42,6	167
6 – 7	39,7	13,9	3,6	42,8	138
8 – 9	58,4	3,7	0,7	37,1	159
10 – 11	59,2	5,4	2,2	33,1	172
12 – 13	63,0	1,9	1,4	33,7	188
14 – 15	71,4	1,2	1,3	26,1	141
16 – 17	69,8	2,9	0,7	26,6	146
18 – 19	78,3	0,3	0,7	20,8	159
20 – 21	79,8	1,5	0,0	18,7	147
22 – 23	86,3	0,4	0,0	13,3	152

Fonte: PNDS, 1996

# O Guia Alimentar

## Práticas Alimentares – Adequação da alimentação complementar

Percentuais de adequação de **proteínas** das dietas das crianças menores de dois anos

Local	Faixa Etária	
	6-12 Meses	13-24 Meses
Salvador	248,6	318,3
Goiânia	243,2	325,0
Ouro Preto	204,5	284,8
São Paulo	297,0	364,3
Curitiba	266,1	391,6

Fonte: Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar – 1996 / 97 (Brasil, 1999b)

Percentuais de adequação de **ferro** das dietas das crianças menores de dois anos

Local	Faixa Etária	
	6-12 Meses	13-24 Meses
Salvador	52,2	67,8
Goiânia	44,9	56,1
Ouro Preto	39,9	55,8
São Paulo	56,3	72,1
Curitiba	60,1	81,3

Fonte: Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar – 1996 / 97 (Brasil, 1999b).

# O Guia Alimentar

## Práticas Alimentares – Adequação da alimentação complementar

**Distribuição (%) de crianças de seis a doze meses de idade segundo o número de refeições diárias**

<b>N.º de Refeições/dia</b>	<b>Salvador</b>	<b>Ouro Preto</b>	<b>São Paulo</b>	<b>Curitiba</b>
< Quatro	9,6	0,0	5,9	0,0
Quatro	15,5	19,6	15,5	5,5
Cinco	34,3	25,5	31,6	28,8
Seis	40,6	54,9	47,0	65,7

**Fonte:** Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar – 1996 / 97 (Brasil, 1999b)

**Distribuição (%) de crianças de doze a 24 meses de idade segundo o número de refeições diárias**

<b>N.º de Refeições/Dia</b>	<b>Salvador</b>	<b>Ouro Preto</b>	<b>São Paulo</b>	<b>Curitiba</b>
< Quatro	4,6	7,8	3,1	1,4
Quatro	13,2	10,4	12,0	7,9
Cinco	38,2	37,7	43,6	33,6
Seis	44,1	44,1	41,3	57,1

**Fonte:** Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar – 1996 / 97 (Brasil, 1999b)

# 10 PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS

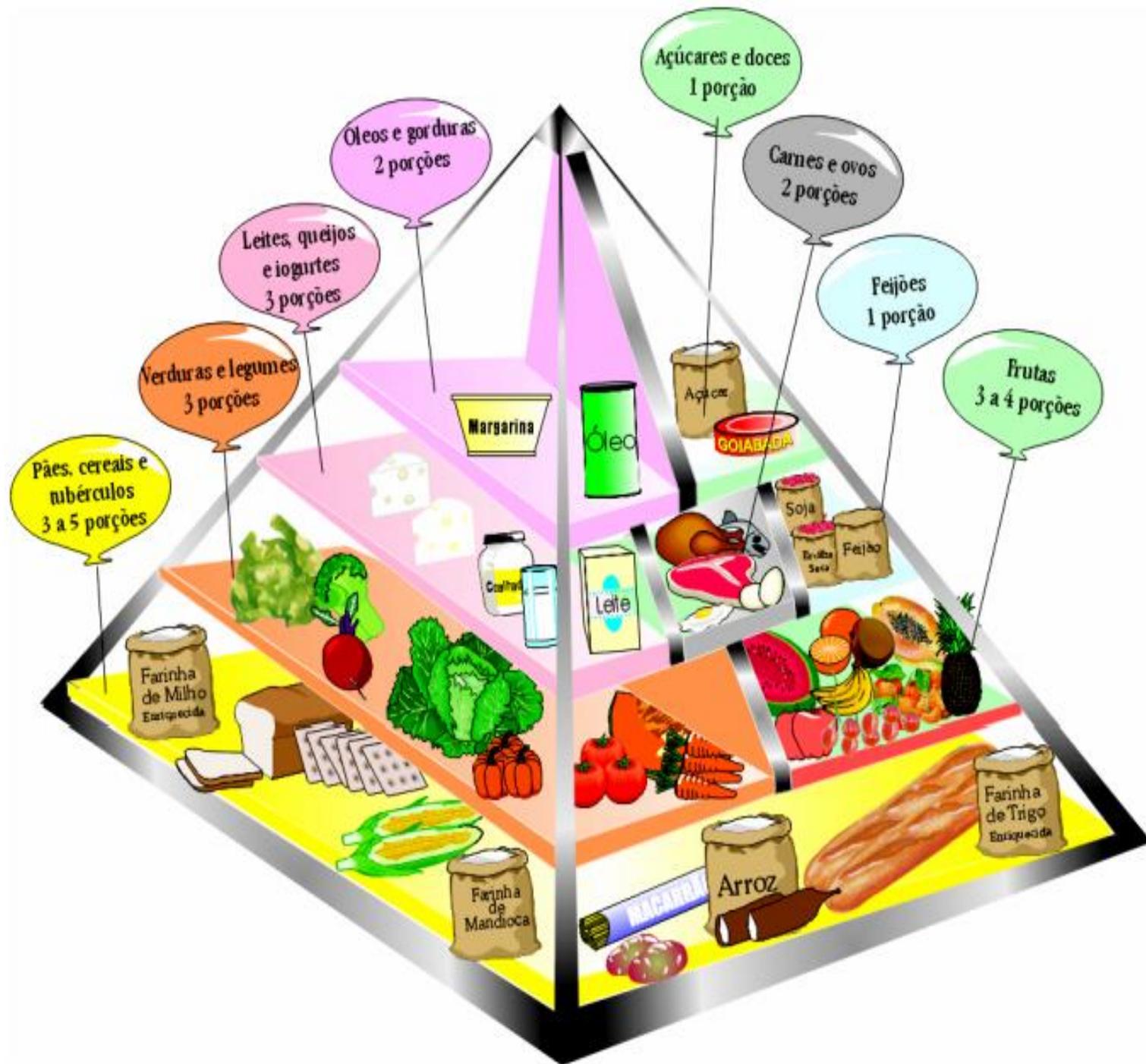


# 10 passos da alimentação saudável

- Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer águas, chás ou qualquer outro alimento
- Passo 2- A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais
- Passo 3- A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares ( cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada
- Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança
- Passo 5- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; Começar com consistência pastosa (papas/ purês) e, gradativamente aumentar a sua consistência até chegar a alimentação da família

# 10 passos da alimentação saudável

- 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 crianças doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.



# Referencias

- Mommysplace,2015 - [http://www.mommysplace.com.br/site/milassuntos/2015/03/baby-led weaning conheca o novo metodo para introducao alimentar nos bebes](http://www.mommysplace.com.br/site/milassuntos/2015/03/baby-led-weaning-conheca-o-novo-metodo-para-introducao-alimentar-nos-bebes)
- Ganhaquemperde,2016 - [https://www.google.com.br/search?q=crian%C3%A7a+BLW&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiGiKaC6unOAhXGjZAKHWSsB9kQ\\_AUIBygC#imgrc=1fwbxTCbTp6xPM%3A](https://www.google.com.br/search?q=crian%C3%A7a+BLW&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiGiKaC6unOAhXGjZAKHWSsB9kQ_AUIBygC#imgrc=1fwbxTCbTp6xPM%3A)
- Smartkids,2016 <http://www.smartkids.com.br/trabalho/alimentacao-segura-sem-toxinas>
- Pontoj - [http://pontoj.blogspot.com.br/2015\\_09\\_01\\_archive.html](http://pontoj.blogspot.com.br/2015_09_01_archive.html)