

Larissa Barbosa Gusmão

Graduanda em Nutrição – Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana
Mackenzie
larissa.barbosa@hotmail.com

Lara Ramalho Pinheiro

Graduanda em Nutrição – Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana
Mackenzie
laramalhop@gmail.com

**Gabriela Carboni Ferreira Boiani e
Azevedo**

Graduanda em Nutrição – Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana
Mackenzie
gabriela@azevedo.adv.br

Luiza Contesini

Graduanda em Nutrição – Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana
Mackenzie
luizacontesini@gmail.com

Deborah Vitória Viana da Silva

Graduanda em Nutrição – Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana
Mackenzie
devitoria3@outlook.com

Daniela Maria Alves Chaud

Profª adjunta – Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde – Universidade Presbiteriana Mackenzie
daniela.chaud@mackenzie.br

INTRODUÇÃO ALIMENTAR EM CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RESUMO

A introdução alimentar é um período crítico ao ser considerado uma janela de oportunidades para a boa nutrição da criança, que terá repercussões em sua saúde e relação com a alimentação durante toda a sua vida. Por isso, existe uma série de recomendações sobre o tema que necessitam ser observadas, para que os cuidadores sejam corretamente orientados. O objetivo desta revisão foi analisar os materiais da literatura científica referentes à introdução alimentar em crianças na primeira infância e apontar as vantagens da introdução alimentar adequada e as desvantagens e riscos da introdução alimentar inadequada. Trata-se de uma revisão de estudos publicados nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e PubMed. Observou-se que a introdução alimentar, se executada da melhor maneira, pode trazer diversos benefícios tanto para o lactente quanto para a nutriz, mas se houver introdução de alimentos não aconselháveis precocemente, como os ultraprocessados, a criança poderá desenvolver doenças durante a infância ou até em sua vida adulta.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Lactente. Alimentação complementar. Aleitamento Materno. Hipersensibilidade Alimentar

COMPLEMENTARY FEEDING IN EARLY CHILDHOOD: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

The complementary feeding is a critical period as it is considered a window of opportunities for good nutrition for children, which will have repercussions on their health and relationship with food throughout their lives. Therefore, there are a series of recommendations on the topic that need to be observed, so that caregivers are correctly oriented. The aim of this review was to analyze the materials in the scientific literature regarding complementary feeding in children in early childhood. It is a review of studies published in the Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Scholar and PubMed databases. It was observed that the complementary feeding, if performed in the best way, can bring several benefits for both the breastfeeding mother and the nursing mother, but if there is the introduction of unadvisable foods, the child can develop diseases during childhood or even in your adult life.

Keywords: Child Development. Infant. Complementary Feeding. Breast Feeding. Food Hypersensitivity

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento alimentar é uma relação heterogênea, que não depende apenas de fatores fisiológicos, como os mecanismos de homeostase, capacidade motora, sensorial e sistema de recompensa neural, mas também de fatores como a parentalidade e influências sociais e ambientais (GAHAGAN, 2012).

Segundo a WHO (2020), o leite materno é composto de todos os nutrientes e energia adequados para cada fase fisiológica do bebê, além de protegê-lo contra doenças. A recomendação é de que o aleitamento exclusivo seja mantido até os 6 meses de idade, de preferência sem nenhum outro líquido ou alimento que suplemente a alimentação. Esta fase tem grande importância na formação do lactente, pois, se nutrido desta forma, haverá uma menor possibilidade do desenvolvimento de doenças alérgicas, obesidade e alguma disfunção nos órgãos fonoarticulares (relacionados a mobilidade, postura, respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala) na infância e até na vida adulta.

Um adendo importante é que, no contexto atual de pandemia do Covid-19, não há recomendações para a suspensão do aleitamento, pois ainda há ausência de constatações científicas significativas sobre a transmissão do vírus pelo leite (WHO, 2020).

As recomendações feitas pela WHO (2020) indicam que a partir dos 6 meses de idade, pode-se iniciar a alimentação complementar, que caracteriza-se pela utilização do leite materno, com o suplemento de outras fontes nutricionais, podendo ser alimento lácteos ou não, sólidos ou

líquidos, pois nessa fase, apenas a composição do leite humano não é mais suficiente para suprir as novas necessidades calóricas que o bebê necessita para seu desenvolvimento fisiológico e é aconselhável que se mantenha até os 2 anos de idade.

A introdução alimentar (IA) é indicada nessa idade, pois é quando a criança já começa a adquirir uma estabilidade do pescoço e tronco, consegue sentar-se e começa a aceitar alimentos não líquidos. Com isso, a criança passa a demonstrar interesse ou não pelo alimento que lhe é oferecido (GAHAGAN, 2012).

Executar uma IA adequada é de extrema importância. Pesquisadores estão cada vez mais seguros de que, não apenas o período de IA, e sim os primeiros 1000 dias de vida são cruciais para evitar doenças e comorbidades tanto na infância, como na vida adulta (DANONE NUTRICIA, 2020).

A consistência dos alimentos é de extrema importância e muda de acordo com as habilidades e a idade da criança. Os primeiros alimentos introduzidos devem ser semissólidos, amassados, como purês. Não se deve bater os alimentos no liquidificador, no *mixer* ou peneirá-los. O objetivo é oferecer uma consistência diferente da líquida, para estimular a mastigação, desenvolvendo novas habilidades (BRASIL, 2019).

É preciso entender que a capacidade gástrica da criança ainda é bastante reduzida nessa idade: 30-40ml/kg de peso corporal (SBP, 2012). Portanto, a densidade energética dos alimentos é fundamental já que, se essa for muito alta, a ingestão de leite materno pode se reduzir, o que é contra indicado. Por outro lado, se for

muito baixa e com quantidade insuficiente de nutrientes, a criança pode não suprir suas necessidades nutricionais (WHO, 1998).

Já os minerais têm uma alta porcentagem fornecida pelos alimentos complementares, dos 9 aos 11 meses de idade. Por exemplo, 97% do ferro vem deles, assim como 86% do zinco, 81% do fósforo, 76% do magnésio, 73% do sódio e 72% do cálcio (DEWEY; BROWN, 2003).

Quando a questão é o líquido, deve-se oferecer água entre as refeições às crianças desde o início da IA como forma de estimular que a criança se hidrate. Portanto, deve ser uma iniciativa dos pais, já que nem sempre a criança vai pedir. E, não deve ser substituída por chás, sucos e, muito menos, por bebidas ultraprocessadas (BRASIL, 2019).

Além das necessidades nutricionais, diversos fatores terão influência marcante em sua relação com a comida: biológicos, fisiológicos, culturais, emocionais, psicológicos e socioeconômicos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

O ambiente doméstico, entretanto, é considerado o fator de maior influência. As atitudes das pessoas que cercam a criança influenciam muito no seu aprendizado. Pensando na hora de comer, as pessoas que cuidam dessa criança devem estar muito alinhadas para não criar situações conflitantes. Esse momento deve gerar experiências positivas de aprendizado e afeto (BRASIL, 2019).

O período espaçado entre a introdução de um alimento e outro também é importante para detectar possíveis alergias e intolerâncias que possam causar riscos à saúde da criança. A exposição à maior quantidade de diversidade possível de alimentos no primeiro ano é muito

importante, pois é nesse momento que as crianças têm maior aceitabilidade de alimentos diferentes, caindo muito dos dois aos seis anos (GAHAGAN, 2012).

Estudos apontam que os bebês conseguem detectar aromas desde a fase fetal, ao engolirem o líquido amniótico até a fase de amamentação, pelo leite materno. Portanto, a alimentação da gestante durante a gravidez e da nutriz pode influenciar na aceitação e preferência de alimentos pelo bebê no período de IA. Isso explica o porquê de crianças que, dependendo da cultura, desde a IA, já ingerem alimentos ou temperos com forte sabor ou odor sem nenhum sintoma de estranheza do organismo, mostrando-se a importância de introduzir alimentos presentes na cultura familiar já nessa fase (MENNELLA; JAJNOW; BEAUCHAMP, 2001).

Por ser o primeiro e mais frequente alimento adicionado precocemente à dieta da criança, deve-se fazer um destaque às preparações à base de leite de vaca, já que elas aumentam o risco do desenvolvimento de alergias alimentares, em especial à proteína do leite de vaca (APLV) (SILVA, et al., 2019). Diante deste fato, compreende-se que o leite de vaca não é recomendado antes dos 9 a 12 meses. No entanto, a introdução tardia de alimentos também é desaconselhada, já que pode afetar o crescimento da criança e colocá-la em maior risco de desnutrição e deficiências de micronutrientes (WHO, 2020; OPAS, 2003).

Os alimentos industrializados e ultraprocessados devem ser evitados antes que o bebê complete 2 anos. A oferta excessiva de carboidratos e lipídeos pode levar ao desenvolvimento de doenças crônicas não

transmissíveis e à carência nutricional, a qual pode provocar efeitos na saúde do indivíduo que poderão se estender até a vida adulta.

Dessa forma, o objetivo desta revisão foi apontar as vantagens da IA adequada e as desvantagens e riscos da IA inadequada em crianças na primeira infância.

2. MÉTODOS

Por se tratar de uma revisão narrativa, foi realizado um levantamento de artigos disponível em bases de dados: PubMed, SciElo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos com a temática introdução alimentar, priorizando artigos com maior relevância, em diferentes idiomas como inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: estudos com número amostral muito reduzido e que se distanciavam do tema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a revisão bibliográfica narrativa foram selecionados 13 artigos. A discussão foi estruturada de acordo com o assunto principal abordado por eles. No primeiro bloco, os artigos abordam sobre recomendações para a IA adequada e seus benefícios; e IA no Brasil e os principais fatores associados a IA inadequada.

Em relação à quando iniciar a IA, há total consenso entre Dias, Freire e Franceschini (2010) e Monte e Giugliani (2004). Em 2001, a WHO promoveu uma revisão sistemática da literatura científica sobre o assunto, redefinindo a recomendação vigente que estipulava a IA a partir dos 4 aos 6 meses de idade, e substituindo

pela promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.

Entretanto, segundo a ESPGHAN (2017), essa recomendação é baseada na duração ótima do aleitamento materno exclusivo, e não considera a idade ótima para IA em lactentes alimentados com fórmula. Por isso, há fatores culturais e biológicos a serem observados, relacionados ao neurodesenvolvimento e maturação renal e gastrointestinal da criança. Alguns países mantiveram a recomendação anterior da WHO; o Brasil (2019) adotou a atual. O consenso é não introduzir alimentos antes dos 4 meses, nem atrasar para além dos 6 meses. Porém, em crianças com determinadas condições patológicas, este atraso é esperado (ESPGHAN, 2017).

Ademais, nenhuma das organizações de saúde fornecem recomendações baseadas em evidência sobre a idade ótima para IA em bebês pré-termos extremos. O estudo de Gupta et al. (2017) sugere que é preferível a IA aos 6 meses de idade corrigida do que aos 6 meses de idade cronológica, visto que a maturidade da criança é mais adequada para tal.

Já, o estudo de Castenmiller et al. (2019), que se trata de um consenso europeu do periódico EFSA, refere que não há evidências de benefícios para a IA antes dos 6 meses em bebês termo, salvo quando há risco de depleção de ferro (em aleitamento exclusivo por mãe com deficiência de ferro, ou que sofreu pinçamento precoce do cordão umbilical, ou nascido pré-termo, ou pequeno para a idade gestacional, ou com alta velocidade de crescimento).

O Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012) recomenda introduzir um

alimento por vez, a cada 3 a 7 dias, e oferecê-lo de 8 a 10 vezes, ou até 15 vezes, pois as crianças rejeitam facilmente sabores que não conhecem, não significando que elas não gostem do alimento, e sim que ainda têm que se acostumar a ele; fenômeno conhecido como neofobia.

Monte e Giugliani (2004) especificam que a IA precoce pode diminuir a duração do aleitamento materno, interferir na absorção de nutrientes importantes provenientes do leite, como ferro e zinco; reduzir a ação da lactação na prevenção de novas gravidezes nesse período, expor a criança a maior número de contaminações, aumentar o risco do desenvolvimento de doenças atópicas, tais como diabetes mellitus tipo I e aumentar a morbimortalidade infantil. Segundo Castenmiller et al. (2019), sobre o risco de desenvolver doença celíaca ou diabetes mellitus tipo I, o glúten pode ser introduzido na dieta de uma criança quando outros alimentos são introduzidos. Além disso, afirmam que não há evidências de que o momento da IA esteja associado a um maior risco de desenvolver sobrepeso e obesidade.

Dias, Freire e Franceschini (2010) complementam esse raciocínio ao ressaltar, também, o alto valor imunológico do leite materno, que parece ser um fator protetor no desenvolvimento de doenças, principalmente de natureza alérgica, podendo manter essa proteção durante os primeiros 10 anos de vida. Mencionam, ainda, o fato de que o cumprimento das recomendações de aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade diminui o risco de mortalidade por diarreia e infecções.

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019) corrobora com os autores mencionados

anteriormente, apontando os fatores que explicam o porquê de o período de amamentação ser de extrema importância.

Referente às características da IA adequada, diversas fontes recomendam a oferta de alimentos ricos em energia e micronutrientes (em especial ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folato), livres de contaminação (microrganismos patogênicos, toxinas e produtos químicos prejudiciais à saúde), sem excesso de sal e condimentos, evitando-se alimentos industrializados, introduzindo alimentos que pertençam à cultura familiar, em quantidades adequadas para a idade da criança, e que sejam acessíveis economicamente (BRASIL, 2019; SBP, 2012; GUERRA et al., 2012; WHO, 2009).

Como foi comentado anteriormente, sabe-se que o leite de vaca introduzido de forma precoce e indevida pode causar APLV. Baseado nisso, um estudo feito por Errázuriz et al. (2016) em Santiago (Chile) com amostra de 106 lactantes menores de 6 meses, mostrou que, entre outros motivos, a introdução precoce de fórmulas que substituem o leite materno aumenta as chances de desenvolver a alergia à essa proteína. Os resultados foram que 15% dos lactantes receberam fórmula durante o período neonatal e 49% antes do terceiro mês, o que coincidiu com o período de aparecimento dos sintomas de alergia, mas isso deve ser considerado levando em conta também os antecedentes parentais.

Castenmiller et al. (2019) relata que não há evidências que apoiem o adiamento da introdução de outros alimentos alergênicos (ovo, peixe, cereais e amendoim), podendo ser introduzidos ao mesmo tempo que os outros alimentos, desde que a criança já tenha capacidade de tolerar suas consistências.

Quando o assunto densidade energética total é abordado, Dias, Freire e Franceschini (2010), adotam a Estimated Energy Requirement (EER) do IOM (2002), em que a necessidade energética é de 512 kcal/dia para crianças de 0 a 3 meses, 573 kcal/dia entre 4 a 6 meses, 676 kcal/dia entre 7 a 9 meses, e 780 kcal/dia entre 10 a 12 meses. De acordo com a WHO (2009), a densidade calórica da alimentação complementar deve ser maior que a do leite materno (0,7kcal/mL), ou seja, entre 0,8 e 1,0 kcal/mL. Para tal, inicialmente a consistência deverá ser mais grossa (tipo purê) e conter adição de gordura ou óleo, necessitando se tornar mais sólida gradualmente. Dessa forma, sendo ofertada 2 a 3 vezes ao dia, deverá oferecer 200 kcal adicionais (6-8 meses). Alimentos em pedaços pequenos e finos, 3 a 4 vezes ao dia, oferecem 300 kcal adicionais (9-11 meses). A partir dos 12 meses, a criança já está apta a receber os mesmos alimentos que a família, e até os 23 meses, a alimentação complementar deverá fornecer 550 kcal.

Quanto à densidade proteica, Dias, Freire e Franceschini (2010) e Monte e Giuliani (2004) consideram a mesma recomendação de 0,7g/100 kcal (BRASIL, 2019). Como é importante que essa proteína seja de alto valor biológico e ofereça boa digestibilidade, mencionam fontes proteicas de origem animal, assim como o leite humano, mas também combinações adequadas de alimentos provenientes de fontes vegetais como opção. Essas recomendações são facilmente alcançadas quando há um consumo energético adequado, já que não costuma haver deficiência de proteína em crianças nessa faixa etária.

Monte e Giuliani (2004) e Dewey e Brown (2003) consideram adequado o aporte de

gorduras entre 30 a 40%-45%. A OPAS (2003) acrescenta ainda que se deve garantir ingestão adequada de ácidos graxos essenciais (ômega 6 e 3), para absorção de vitaminas lipossolúveis.

A vitamina A, segundo Monte e Giuliani (2004), é facilmente suprida se a mãe apresenta níveis adequados da vitamina e se a criança está sendo amamentada corretamente; e vitamina D, que é atingida facilmente se a criança é exposta ao sol, sendo necessários cerca de 30 minutos por semana (usando apenas fralda), para crianças de pele clara, e de 3 a 6 vezes mais de tempo para crianças de pele escura.

O modo de ofertar alimentos envolve não só os fatores citados anteriormente, mas também características culturais, psicossociais, econômicas e emocionais, sendo que a atitude dos pais ou cuidadores é fundamental para que a criança desenvolva uma relação saudável com a comida, sendo o respeito pelos sinais de fome e saciedade da criança algo fundamental, demonstrando paciência e tomando o momento da refeição prazeroso, com troca amorosa, mediante conversas, sorrisos e contato visual. Se feita dessa forma a introdução de alimentos complementares, ela é capaz de trazer diversos benefícios imediatos e futuros para os indivíduos e, assim, para a sociedade em escala global, sendo de crucial importância o entendimento e disseminação desse conteúdo por profissionais da saúde capacitados (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Sobre isso, Cunha, Leite e Almeida (2015) acreditam que, com o adequado desenvolvimento e nutrição alcançados, espera-se que ocorra a diminuição da mortalidade e

morbidade na infância; incremento no desenvolvimento cognitivo, motor e socioafetivo, no desempenho social e na capacidade de aprendizado; aumento na estatura do adulto e diminuição na obesidade e nas doenças crônico-degenerativas; e aumento na capacidade de trabalho e produtividade.

Já, no segundo bloco, os artigos tecem sobre os alimentos não indicados para serem oferecidos no período de IA. Também abordam a taxa de frequência em que eles são ofertados no Brasil e os aspectos negativos dessa prática.

Mediante um estudo transversal, foram coletados dados de creches públicas e filantrópicas do município de São Paulo com uma amostra de 270 crianças, no qual evidenciase que a baixa escolaridade materna duplica o risco de IA precoce de macarrão e salgadinho (TOLONI et al., 2011). Em contrapartida, há dados que também relacionam o padrão alimentar das crianças com características socioeconômicas das mães por Bogeia et al. (2019). Os resultados foram que quanto menor a escolaridade materna, havia maior aderência ao padrão comum brasileiro, caracterizado pelos autores pelo consumo de alimentos como arroz, feijão, pães, biscoitos, manteiga etc., que apesar de conter componentes importantes para a alimentação, a exemplo da representação do cereal e da leguminosa, apresenta pouca variedade de nutrientes, sendo alguns itens ricos basicamente em amido e gorduras, e não incluem itens saudáveis como frutas e hortaliças.

Morgado, Werneck e Hasselmann (2013) e Mascarenhas et al. (2006) também obtiveram resultados que condizem com esses autores, pois o primeiro estudo apontou que mães que vivem em más condições ambientais de moradia e/ou

possuem baixa escolaridade tendem a oferecer à criança leite artificial, outros líquidos ou alimentos precocemente (aos 4 meses de idade, apenas 16% dos bebês são amamentados exclusivamente e 18% são alimentados de leite materno predominantemente, destacando que nas 24 horas antes da entrevista, 16,3% consumiram leite artificial). Enquanto o segundo, com amostra de 940 mães, mostrou que a baixa renda familiar foi um fator significativo na interrupção do AME antes dos 3 meses (21,7%).

Segundo Toloni et al. (2011), 56,5% das crianças ingerem refrigerantes em seu dia a dia. Mas deve-se tomar consciência que esses tipos de líquidos são prejudiciais à saúde, pois possuem alto teor de açúcares, ausência de micronutrientes, e fatores antinutricionais, que interferem na absorção de ferro não-heme, podendo, assim, contribuir para a ocorrência de anemia nessa faixa etária, além do aumento do risco de osteoporose precoce devido ao excesso de ácido fólico com acidulantes.

A utilização dos chás está ligada à fatores culturais que os associam a propriedades calmantes, alívio de cólicas e hidratação, e segundo Toloni et al. (2011), 88% das crianças consumiam chá antes dos 12 meses e 87% consumiram açúcar. Mas o consumo destes nessa fase só acelerará o desmame, interferindo na biodisponibilidade de micronutrientes importantes, como ferro e zinco, além de elevar os índices cariogênicos.

Um estudo transversal com 300 mães e suas crianças realizado por Giesta et al. (2019) corrobora com a literatura até então analisada, pois verifica que a introdução de alimentos ultraprocessados antes dos seis meses de vida da criança teve alta prevalência nos últimos tempos

e vêm aparecendo cada vez mais precocemente na alimentação de crianças menores de dois anos. Os autores encontraram que os alimentos mais introduzidos antes dos seis meses de idade foram: gelatina (27.0%), queijo *petit suisse* (23.7%) e bolacha sem recheio (19.7%). A partir dos 6 meses, os percentuais aumentaram para 35.3%, 34.7% e 46%, respectivamente.

Sabe-se que é desaconselhável a oferta de alimentos ultraprocessados aos menores de 2 anos de idade, com destaque aos doces, pois pode levar ao desinteresse da criança pelo consumo de frutas, legumes e verduras, já que a chance de ela dar preferência ao sabor do doce é muito grande (BRASIL, 2015). A IA deve ser baseada em alimentos *in natura*, obtidos diretamente de plantas e animais, tais como as frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, tubérculos, grãos e cereais (BRASIL, 2019; WHO, 2009).

Os alimentos ultraprocessados costumam ter maior durabilidade, praticidade e menor custo em relação aos alimentos frescos ou *in natura*. E quando comparados à alimentos não processados, é possível notar que o consumo destes aumenta significativamente os níveis de IMC, bem como chances de sobrepeso e obesidade a curto e longo prazo, além de doenças crônicas na vida adulta; aumento em média de 3mg/dL nos níveis de colesterol total e pressão alterada ainda na fase escolar. Isso ocorre, pois os alimentos ultraprocessado possuem 2,5 vezes mais energia, 2 vezes mais açúcar livre, 1,5 vezes mais gorduras totais, 8 vezes mais gorduras trans, 3 vezes menos fibras, 2 vezes menos proteínas, 2,5 vezes menos potássio e elevado teor de cálcio e sódio quando comparados aos alimentos não processados (GIESTA et al., 2019).

O estudo realizado por Dallazen et al. (2018), composto por 1.567 crianças, obteve resultados que informaram que a prevalência de biscoito salgado/doce, queijo *petit suisse* e gelatina antes dos primeiros seis meses de vida foi de 20,4% (n= 287), 24,8% (n= 349) e 13,8% (n= 192), sem diferença significativa entre faixas etárias. Esse estudo é considerado análogo aos anteriores, uma vez que todos apresentam riscos causados pela má alimentação e introdução não recomendada, além de acrescentar informações sobre a relação entre a introdução desses alimentos e o aumento do LDL, do colesterol total e do IMC ainda nos primeiros anos de vida.

4. CONCLUSÃO

A alimentação complementar adequada na primeira infância se mostra fundamental para o desenvolvimento imediato e futuro das crianças. Se feita da forma correta tende a formar indivíduos mais saudáveis, sendo benéfica, não apenas para o bebê, como também, para as nutrizes em relação a questões sociais, econômicas e epidemiológicas.

É de extrema importância atentar-se as recomendações e protocolos mundiais, assim como buscar informações baseadas em evidências científicas, que sejam seguras, atuais e confiáveis, para garantir a alimentação correta das crianças, já que nem sempre o acesso de qualidade a profissionais da saúde é garantido.

Quando esse sistema de informações, seja por vias diretas ou indiretas, falha, ocorre a IA de forma inadequada, e os riscos à saúde da criança aumentam podendo causar problemas graves de saúde ao longo da vida, como

hipertensão, osteoporose, doenças renais, obesidade entre outros.

Portanto, as informações contidas no presente estudo se mostram essenciais para o desenvolvimento infantil, assim como para a melhoria da saúde das gerações futuras, sendo possível poupar recursos destinados ao tratamento de doenças crônicas e comorbidades, redirecionando-os de forma a assegurar e incentivar ações voltadas para a promoção da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOGEA E.G, et al., Padrões alimentares de crianças de 13 a 35 meses de idade e associação com características maternas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, e00072618, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: MS; 2015. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, 2019, 265 p.

CASTENMILLER, J. et al. Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. **EFSA J**, v. 17, n. 9, e05780, 2019.

CUNHA, A.J; LEITE, A.J.; ALMEIDA, I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J Pediatr** (Rio de Janeiro), v. 91, p. 44-51, 2015.

DALLAZEN, C. et al., Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cad. Saúde Pública** v. 34, n. 19, e00202816, 2018.

DANONE NUTRICIA. **O que são os Primeiros 1000 Dias?** Disponível em:

<https://www.primeiros1000dias.com.br/causa/o-que-e>. Acesso em: 24 ago. 2020.

DEWEY, K.G.; BROWN, K.H. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food Nutr. Bull**, v. 24, n. 2, p. 5-28, 2003.

DIAS, M.C.; FREIRE, L.M.; FRANCESCHINI, S.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 23, n. 3, p. 475-486. 2010.

ERRÁZURIZ, G. et al. Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 87, n. 6, p. 449-454, 2016

ESPGHAN. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 64, n. 1, p. 119-132, 2017.

GAHAGAN, S. J. The Development of Eating Behavior- Biology and Context. **Dev. Behav. Pediatr.**, v. 33, n. 3, abr., 2012. p. 261-271.

GIESTA, J.M., et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019.

GUERRA, A et al. Alimentação e nutrição do lactente. **Acta Pediatr Port.**, v. 43 (Supl. 2), p.17-40, 2012.

GUPTA, S. et al. Complementary feeding at 4 versus 6 months of age for preterm infants born at less than 34 weeks of gestation: a randomised, open-label, multicentre. **Lancet Glob Health**. V. 5, n. 5, p. 501-5011, 2017.

IOM. Institute of Medicine. **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids**. Washington (DC): National Academy Press; 2002.

MASCARENHAS, M.L.W.; et al. Prevalence of breastfeeding and its determiners in the first 3

months of life in the South of Brazil. **Jornal da Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MENNELLA, J.A.; JAGNOW, C.P.; BEAUCHAMP, G.K. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, e88, 2001.

MONTE, C.M.; GIUGLIANI, E.R. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (suppl), 2004.

MORGADO, M.C; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2013.

OPAS. Pan American Health Organization; WHO. World Health Organization. **Guiding principles for complementary feeding of breastfed child**. Division of Health Promotion and Protection: Food and Nutrition Program, Washington, 2003.

SILVA, A.M., et al. A introdução alimentar precoce e o risco de alergias: Revisão da literatura. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**, n. 54, p. 485-98, 2019.

SBP. Sociedade Brasileira De Pediatria. **Manual de orientação do departamento de nutrologia**. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p.

TOLONI, M.H. A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v. 24, p. 61-70, 2011.

WHO. World Health Organization. **Complementary feeding: Family foods for breastfed children**. Department of nutrition for health and development, [S.I.], 2000. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66389/WHO_NHD_00.1.pdf;jsessionid=06E772C129F84CB67DD0DB841FFA458F?sequence=1. Acesso em: 18 set. 2020.

WHO. World Health Organization. **Complementary feeding of Young children on developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva, 1998. Disponível em:

https://www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding/WHO_NUT_98.1/en/. Acesso em 19 set. 2020.

WHO. **Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals**. Geneva: World Health Organization; 2009. SESSION 3, Complementary feeding. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/>. Acesso em 20 set. 2020.

Larissa Barbosa Gusmão

Graduanda em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

Lara Ramalho Pinheiro

Graduanda em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

Gabriela Carboni Ferreira Boiani e Azevedo

Graduanda em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

Luiza Contesini

Graduanda em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

Deborah Vitória Viana da Silva

Graduanda em Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.

Daniela Maria Alves Chaud

Doutora em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Docente Adjunto do Curso de Nutrição da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo – SP.
