

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO.**

ANALDA LIMA DOS SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
ORIENTAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – RJ.**

BRASÍLIA

2008

ANALDA LIMA DOS SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
ORIENTAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – RJ.**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadores:

Prof^a. Silvana Granado Nogueira da Gama

Prof^a. Denise Cavalcante de Barros

BRASÍLIA

2008

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

S237p SANTOS, Analda Lima dos
Projeto de intervenção: orientação sobre alimentação complementar em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro - RJ / Analda Lima dos Santos — Brasília: [s.n], 2008.
52 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Comportamento Alimentar. 2. Consumo de Alimentos. 3. Nutrição do Lactente. 4. Suplementação Alimentar. 5. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação I. Título.

CDD: 612.39

Dedico este trabalho a minha amiga Margarida Pacheco de Oliveira, nutricionista da Secretaria de Saúde do DF, que não chegou a concluir este curso, mas foi de peculiar importância para minha entrada e permanência no mesmo.

Agradecimentos

**À profª Silvana Granado, pela perseverança
e apoio contínuo.**

**À profª Denise Barros, por ter me acolhido
no meio do caminho.**

**Ao Ivanildo meu amado marido, por todos os
momentos de apoio e tolerância.**

**À minha mãe Ana Lúcia, pelo carinho,
confiança e estímulos permanentes.**

**A todos que direta ou indiretamente
contribuíram para a elaboração deste
projeto.**

Resumo

A alimentação complementar é essencial ao crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde do infante. No sentido de melhorar a qualidade da ingestão dietética infantil, busca-se uma estratégia que possibilite melhorar o atendimento às mães no período de introdução de novos alimentos, seja esta introdução aos seis meses de vida da criança após a amamentação exclusiva, ou antes, por necessidades da mãe ou da criança como, por exemplo, o fim da licença maternidade e casos específicos como filhos de portadoras do vírus da aids ou aquelas incapazes de amamentar. O objetivo é desenvolver um projeto de intervenção voltado para as unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro que atendam crianças menores de dois anos de idade, em relação à orientação das práticas alimentares nessa faixa etária. Para tanto será necessária implantação de espaço nas unidades de saúde para atender às mães e cuidadores oferecendo condições para orientá-los quanto à formação do hábito alimentar na infância. Além disso, sugere-se o uso do guia alimentar para crianças menores de dois anos, elaborado pelo Ministério da Saúde como base das atividades. Propõe-se a qualificação profissional para multiplicar as informações adequadas sobre alimentação complementar, incluídos cuidados de higiene, manipulação e armazenamento de alimentos destinados ao consumo de crianças menores de dois anos.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar, Consumo de Alimentos, Nutrição do Lactente, Suplementação Alimentar, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Abstract

The supplementary feeding is essential to growth, development and maintenance of the infant's health. In order to improve the infantile dietary ingestion quality, one searches for a strategy that may improve the attendance to the mothers in the period of introduction of food by this introduction at 6 months of life after exclusive breastfeeding or rather by the mother or child needs such as the end of maternity leave. The proposal is the implantation of space in the health units to meet the mothers and caregivers in order to better guiding them on the training of alimentary habit in infancy. Using as basis the alimentary guide for children under two years, elaborated by the Ministry of Health, considers it professional qualification to multiply the information adjusted on complementary feeding, including health care, food manipulation and storage destined to the consumption in children under two years.

Word-key: Alimentary behavior, Food Consumption, Nutrition of the Infant, Supplementary Feeding, Programs and Politics of Nutrition and Feeding.

Sumário

1 SITUAÇÃO PROBLEMA	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 JUSTIFICATIVA TÉCNICO – CIENTÍFICA	11
4 MARCO TEÓRICO	15
5 METODOLOGIA	28
5.1 Local e Público Alvo	29
5.2 População de Estudo	29
5.3 Estratégias de Ação	29
6 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	35
7 CRONOGRAMA	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXO 1	40
ANEXO 2	41

1. Situação Problema

O desafio à boa nutrição ocorre ao longo de todo o ciclo da vida, a amamentação exclusiva até o sexto mês é considerada a prática mais adequada para a idade. A partir daí devem ser introduzidos alimentos complementares, o que irá favorecer o bom desenvolvimento da criança¹. No entanto, estratégias educativas neste campo voltadas tanto para a prática do profissional, como para a mãe/responsável pelas crianças ainda são incipientes¹³. A falta de implementação das políticas existentes sobre a alimentação complementar repercute em maus hábitos alimentares e em condutas equivocadas por parte das mães e cuidadores de crianças menores de dois anos. Com isso, se torna mais difícil a constituição de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

Promover orientações e incentivar práticas adequadas de alimentação complementar em crianças menores de dois anos é uma atividade mal desenvolvida nas unidades de saúde². A alimentação do infante desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida, por esta razão é essencial oferecer orientação adequada para mães e familiares iniciarem de forma adequada a alimentação complementar³.

Sabe-se que o aleitamento materno é o principal componente da alimentação infantil. O leite materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros seis meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para garantir a segurança alimentar de uma população²¹.

“Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o aleitamento materno” (OMS, 1998)⁴.

Apesar dos órgãos responsáveis pela saúde pública reconhecerem a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida e a introdução de alimentos complementares apropriados em tempo oportuno, algumas práticas isoladas são realizadas para assegurar que a rotina de oferta de alimentos

complementares ocorra de forma adequada. São compreendidos como alimentos complementares qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite materno, oferecido à criança amamentada. Os alimentos complementares devem ser ricos em energia, proteínas e micronutrientes, isentos de contaminação, com consistência adequada para a idade e em quantidade apropriada. Na ocasião da introdução da alimentação complementar é importante orientar a mãe sobre hábitos saudáveis e oferta adequada de alimentos, levando-se em conta também a disponibilidade dos alimentos, sua acessibilidade e os valores culturais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³ os alimentos complementares podem ser introduzidos a partir dos 4-6 meses. Entretanto, a recomendação é a de que essa oferta somente se inicie a partir dos seis meses. Muitos países já adotam oficialmente essa recomendação, inclusive o Brasil. Há evidências de que a introdução dos alimentos complementares antes dos seis meses, salvo em alguns casos individuais, além de não oferecer vantagens, pode ser prejudicial à saúde da criança.

O sucesso final da ação depende da definição de políticas governamentais adequadas e da participação e apoio de toda a sociedade civil², embora seja atribuição dos profissionais de saúde promover a alimentação complementar adequada e responsabilidade das mães executarem as práticas aprendidas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implantar um projeto de intervenção em unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro, que atendem crianças menores de dois anos de idade, favorecendo a orientação das práticas alimentares nessa faixa etária.

2.2 Objetivos Específicos

1. Sensibilizar gestores de saúde do município para a implantação nas unidades básicas de saúde, rotinas de orientação sobre alimentação complementar para crianças menores de dois anos;

2. Promover qualificação técnico-científica para profissionais das UBS sobre alimentação complementar e formar multiplicadores (agentes de saúde) que possam levar informações às comunidades que, por alguma razão, não cheguem às UBS;
3. Promover, nas UBS, oficinas e atividades educativas voltadas para a comunidade visando formar opinião sobre os benefícios e vantagens de fazer escolhas saudáveis ao oferecer alimentos complementares aos seus filhos; orientar sobre a confecção, armazenamento e conservação destes alimentos.
4. Promover orientação sobre alimentação complementar, em período estratégico para mães que, necessitem voltar ao trabalho ao fim da licença maternidade de 120 dias, mães portadoras do vírus da aids ou aquelas que por algum motivo necessitem reduzir ou suspender a amamentação exclusiva ao seio antes do sexto mês;
5. Capacitar cuidadores ou mães sociais que atuem em creches e abrigos que atendam crianças menores de dois anos para que saibam como promover alimentação adequada neste período.

3. Justificativa Técnico-Científica:

Uma boa alimentação, quando introduzida em tempo adequado, tem repercussões na saúde do indivíduo ao longo de toda sua vida. Assim, a alimentação complementar se bem estruturada, pode favorecer a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis pela população e, conseqüentemente, diminuir os problemas de saúde e os gastos com saúde pública^{3,6}.

Apesar do amplo reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, sabe-se que esta prática não é freqüente. Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo em populações nas quais as mães necessitam se afastar do filho precocemente seja para voltar ao trabalho após a licença maternidade ou por outras questões, como em casos de mães que são impossibilitadas de amamentar, como as portadoras do

vírus da AIDS ou outras infecções para as quais o aleitamento é contra-indicado²². Nestas situações a amamentação exclusiva acaba sendo interrompida precocemente. Existe uma lacuna no sentido de orientar essas mães quanto às práticas adequadas de alimentação complementar, uma vez que não há uma rotina nos serviços de saúde voltada para esse tipo de orientação.

No ano de 2007, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, realizou um estudo transversal onde avaliou a qualidade da assistência à saúde infantil prestada nas unidades básicas de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, com base no conjunto de ações preconizadas. Foram avaliados tanto a estrutura dos serviços, quanto o processo da assistência à saúde. A amostra foi representativa, e a probabilidade de cada unidade de saúde participar da amostra foi proporcional ao volume de consultas realizadas.

Para a obtenção dos dados foram usados questionários aplicados a grupos diferenciados cujos objetivos e alvo, podem ser vistos abaixo:

Alvo	Objetivo
Chefia (gestor da UBS).	Obter informações, tais como número de pediatras e enfermeiros, horário dos turnos de atendimento da puericultura e pediatria, número de atendimentos por turno, fluxo e rotina de atendimento das crianças menores de seis meses na unidade, entre outros.
Criança (mãe da criança menor de seis meses)	Englobar os seguintes aspectos: condições socioeconômicas da família, dados demográficos, história reprodutiva materna, morbidade, trabalho materno e conhecimentos e práticas quanto à promoção e cuidados à saúde.
Estrutura da Unidade de Saúde.	Ênfatar os seguintes aspectos: recursos físicos, humanos e materiais, supervisão, capacitação de pessoal, sistema de informação, logística, planejamento, organização e administração, educação e promoção da saúde e participação comunitária, atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas.

Além dos questionários foi realizada observação direta na sala de pesagem e medição das crianças nas unidades de saúde selecionadas. Os dados compreenderam: condições da balança antes da pesagem, preparo do bebê para aferição de peso e comprimento, leitura do peso, procedimentos de medição do comprimento. Em cada unidade foi observada a realização destes procedimentos em cinco crianças menores de seis meses, perfazendo um total 135 crianças.

Foram realizadas 1082 entrevistas com as mães de crianças menores de seis meses de idade. Houve menos de 2% de recusa, por parte das mães, em responder ao questionário.

Os resultados encontrados compreendem a caracterização das crianças menores de seis meses e do processo de assistência prestada. Embora o estudo traga variadas informações sobre o perfil das mães, serão destacados somente os dados relevantes a este projeto de intervenção. Categorizando por níveis de escolaridade, 6,6% das mães cursaram até a 3ª série do ensino fundamental, 33,0% entre a 4ª e a 7ª série e 34,6% concluíram o ensino fundamental. Do total, 20,4% das mães trabalhavam com carteira assinada, 13,6% sem carteira assinada e as demais não tinham atividade remunerada.

A entrevista com as mães constatou que 90,9% das crianças saíram da maternidade mamando somente no peito, 56,1% das mães receberam orientação sobre amamentação no primeiro dia que levou o bebê à UBS, e apenas 64,5% das crianças foram pesadas no primeiro dia que foram a UBS. Segundo o recordatório de 24 horas sobre a prática de aleitamento materno, executado no estudo, 96,2% das crianças estudadas estavam recebendo o aleitamento materno, sendo que 19,2% já haviam tomado outro tipo de leite.

Na pesquisa o aleitamento materno exclusivo incidiu em 78,7% das crianças menores de 1 mês, após o 3º mês este percentual caiu para menos da metade (48%) das crianças entrevistadas, ao quinto mês apenas 28,5% das crianças permaneciam em amamentação exclusiva. Em média 10% das crianças de todas as idades recebiam outros líquidos junto ao leite materno. A oferta de outros leites e outros alimentos ocorreu em 24,5% das crianças, ao quinto mês 16,3% das crianças não amamentavam mais. Estes dados podem ser observados em sua totalidade na tabela 1.

Tabela 1 – Tipo de alimentação segundo a idade de crianças atendidas em unidades de saúde do SUS – Rio de Janeiro 2007.

Idade do bebê (em meses)	Tipo de alimentação (%)				Total de crianças (n) *
	A	B	C	D	
< de 1	78,7	9,8	8,2	3,3	122
1	69,4	9,3	15,7	5,6	248
2	62,9	7,1	23,9	6,1	213
3	48,0	11,3	24,5	16,2	204
4	37,9	15,7	34,3	12,1	166
5	28,5	8,9	46,3	16,3	123
Geral	55,6	10,2	24,5	9,7	1076

* Foram excluídas 6 crianças as quais não se aplicava a amamentação ou não foi informado o tipo de alimentação ao entrevistador.

Legenda:

A – Aleitamento materno exclusivo.

B – Leite materno somado a água, chá e/ou suco.

C – Leite materno somado a outros leites ou outros alimentos.

D – Não amamentam mais.

Estes resultados permitem avaliar o quanto a informação sobre alimentação complementar se faz necessária junto a esta população, possibilitando o maior estímulo ao aleitamento materno e oferta adequada de alimentos no momento certo.

Os principais resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos com os diretores das unidades envolvidas no estudo e com seus respectivos órgãos gestores, sensibilizando-os para a importância de contribuir para o aprimoramento da assistência à criança prestada pelo SUS. Este projeto de intervenção visa oferecer às unidades pesquisadas uma estratégia para orientação sobre alimentação complementar voltada para as mães.

Os dados coletados por este projeto ajudam a destacar a importância do desenvolvimento de ações que qualifiquem os profissionais de saúde e estruturam as unidades básicas de saúde, para a atenção às crianças e orientação de suas mães e cuidadores. A oportunidade de receber e compreender a orientação aumenta a chance de mudança de hábitos da população, introduzindo o consumo de alimentos mais saudáveis para os menores de dois anos. O período entre 6 e 24 meses de idade é considerado crítico para o desenvolvimento do déficit nutricional ³.

Portanto um dos principais benefícios da proposta de intervenção é o combate à desnutrição, assim como redução de morbimortalidade infantil.

Em determinadas circunstâncias doenças envolvendo a mãe ou o recém-nascido podem construir obstáculos à amamentação²³. A ocorrência de algo que impeça a amamentação não pode ser descartada pelas equipes de saúde, uma vez que, a ação de amamentar não se esgota apenas em fatores biológicos, mas abrange dimensões construídas culturalmente, socialmente e historicamente²².

Para mães acometidas por infecções, como por exemplo, o HIV, a amamentação pode não ser melhor alternativa para a nutrição da criança, sendo necessário recorrer a vias alternativas, em algumas ocasiões requerendo o início antecipado da alimentação complementar. Entretanto não só doenças infecciosas impedem a amamentação, mas também a incapacidade física de mãe, doenças cardíacas, renais e hepáticas graves, psicoses e depressões pós parto podem ser limitantes ao aleitamento, sendo necessário que estas mães e/ou cuidadores recebem orientações de suprir adequadamente as necessidades da criança em todas as etapas de seu desenvolvimento.

A alimentação complementar adequada deve compreender alimentos ricos em energia e micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folatos), sem contaminação (isentos de germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), com pouco sal ou condimentos, com boa aceitação pela criança, oferecido em quantidade apropriada, de fácil preparo e com custo acessível para a maioria da população, podendo ainda ser elaborada a partir de alimentos regionais^{2,13}.

4. Marco Teórico:

Alimentação complementar é definida como alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança juntamente com o leite materno¹⁵.

Nos últimos anos, o Brasil vem tendo uma sensível melhora no tempo de aleitamento materno exclusivo, assim como preponderante ou misto⁵. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)¹⁹ revela dados importantes sobre o aleitamento materno; entre as mães entrevistadas, 43%

relatam ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto, 45% das crianças na faixa de 0 a 3 meses recebem amamentação exclusiva e 11% na faixa de 4 a 6 meses. A amamentação complementada ocorreu em 32% na faixa de 0 a 3 meses e 56% na faixa de 4 a 6 meses, o desmame completo ocorreu em 23% das crianças de 0 a 3 meses e em 33% na faixa de 4 a 6 meses, nesta faixa etária 35% das crianças já consumiam refeições de sal completa, o que corrobora uma alimentação inadequada para a idade.

A PNDS é realizada em todo o Brasil a cada dez anos desde 1986. Na última pesquisa, no ano de 2006, foi traçado um perfil histórico da amamentação. Foi possível observar um aumento no aleitamento exclusivo em todo o país. Nas regiões Nordeste e Centro Oeste este aumento foi mais contundente, passando de 0,7 para 2,2 e de 0,7 para 2,5 meses respectivamente, a região Sudeste teve o menor crescimento passou de 1,9 para 2,0 meses. Os dados podem ser verificados na tabela abaixo:

Tabela 2 – Duração mediana do aleitamento materno (em meses), entre menores de 36 meses de idade, segundo situação do domicílio e regiões do país. PNDS 1996 e 2006.

Situação e Região	Nº de crianças na Amostra		Aleitamento Exclusivo		Aleitamento Total	
	2006	1996	2006	1996	2006	1996
Brasil	1235	2865	2,2	1,1	9,4	7,0
Urbano	818	2167	2,2	1,3	9,3	6,7
Rural	417	698	2,1	0,7	9,6	8,9
Região						
Norte	298	159	2,1	1,4	9,6	10,3
Nordeste	254	997	2,2	0,7	9,6	9,8
Sudeste	225	538	2,0	1,9	9,4	6,0
Sul	198	425	2,6	1,7	9,6	7,1
Centro Oeste	260	206	2,5	0,7	8,6	7,0

Fonte: Tabela 6, p. 249, Relatório PNDS 2006.

A PNDS permitiu ainda traçar as condições de aleitamento das crianças menores de dois anos sendo possível relacionar com a oferta de alimentos

complementares de forma inadequada. Do total de 2622 crianças com idade entre zero e vinte e quatro meses 53,1% não estavam sendo amamentadas. O maior percentual de aleitamento exclusivo foi observado nos primeiros quatro meses, aproximadamente 50% das crianças eram aleitadas exclusivamente com leite materno nesta faixa etária. Entre quatro e seis meses 22,3% das crianças encontravam-se totalmente desmamadas. A oferta de outros líquidos (chás, sucos, etc...) ocorreu entre 15,1% das crianças menores de dois meses e 16,2% das crianças entre dois e quatro meses. Os dados podem ser observados em sua plenitude na tabela 3.

As informações obtidas com a PNDS possibilitam uma visão plena da oferta de leite materno em todas faixas etárias até a criança completar dois anos. Isso evidencia a importância de uma intervenção na qual seja possível melhor orientar as mães quanto à prática de alimentação saudável neste período. Oferecendo o leite materno junto a outros alimentos no momento oportuno e de forma adequada.

Tabela 3 – Percentual de crianças menores de 24 meses, nas diversas condições da amamentação, segundo faixa de idade em meses. PNDS 2006.

Idade em meses	Nº de crianças na Amostra	Não estavam sendo amamentadas*	Aleitamento			
			A	B	C	Total
0 -2	143	1,5	49,2	15,1	49,3	98,5
2 -4	176	4,3	48,8	16,2	46,9	95,7
4 -6	165	22,3	15,3	8,2	62,4	77,7
6 -8	143	27,9	2,2	2,2	69,9	72,1
8 -10	179	43,7	0,5	0,8	55,8	56,3
10 -12	149	33,4	0,5	0,6	66,1	66,6
12 -14	144	49,6	1,9	0	48,5	50,4
14 -16	143	52,7	0	0,2	47,3	47,3
16 -18	144	54,6	0	4,8	45,4	45,4
18 -24	428	74,2	0,3	1	24,9	25,2
Total	2622	53,1	8,2	3,3	38,7	46,9

Fonte: Tabela 4, p. 247, Relatório PNDS 2006.

* Incluídas as crianças nunca amamentadas.

A – Aleitamento materno exclusivo.

B – Leite materno mais água, chá, suco e/ou outros líquidos.

C – Aleitamento materno menos aleitamento exclusivo.

Apesar do reconhecimento das inúmeras vantagens do aleitamento materno e da recomendação como única forma de alimentação até os seis meses de vida, esta prática ainda não se tornou freqüente e universal. Outro fator relevante, mas pouco explorado é o conhecimento das mães acerca dos hábitos alimentares das crianças, em regiões mais desfavorecidas.

Nos primeiros meses de vida, o bebê, só distingue quatro sabores: doce, salgado, amargo e azedo. O paladar é dos sentidos o menos desenvolvido na criança ao nascer, até porque ela não precisa dele, uma vez que a natureza preparou-a para apenas um tipo de alimentação: o leite materno¹⁵.

Com o passar dos meses, o desenvolvimento neuromotor da criança tem forte influência sobre sua capacidade de aceitar alimentos. Araújo e Silva¹⁴ citam que a alimentação é uma habilidade motora fina, atrelando, portanto a sua evolução e a maturação das habilidades orais ao desenvolvimento da estabilidade e dissociação de partes globais do desenvolvimento motor. Ressaltam ainda que no início do desenvolvimento, mandíbula e língua não são capazes de se mover separadamente. Na medida em que há maior estabilidade, a criança desenvolve controle, adquirindo habilidade para morder e mastigar os alimentos. Essas características servem para demonstrar evidências de que, em determinadas circunstâncias, a introdução precoce de alimentos pode confundir a mãe, pois o não desenvolvimento motor da criança e sua dificuldade em deglutir alimentos sólidos, podem passar a falsa impressão de recusa do alimento.

Até os quatro meses de idade, o lactente ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico suficiente para que possa receber alimentos sólidos¹⁵. O desenvolvimento normal da alimentação envolve uma série de fatores que podem ser vistos por diferentes perspectivas, conforme o interesse profissional¹⁴.

Uma boa nutrição é fundamental para o crescimento cerebral nos primeiros anos de vida¹⁵. Estudos^{16, 17,18} revelam que a desnutrição, apesar de apresentar taxas de prevalência reduzidas nos últimos anos, ainda exibe grande freqüência entre a população infantil em determinadas regiões, o que reforça a importância de uma alimentação complementar de qualidade, uma vez que o desenvolvimento cerebral da criança depende diretamente de seu estado nutricional.

Os primeiros anos de vida de uma criança são intensos, caracterizados por alta velocidade de crescimento e maturação. Desta forma a nutrição tem um papel fundamental para assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento adequado da criança⁷.

Para uma criança em desenvolvimento, a alimentação é muito mais que a ingestão de nutrientes, uma vez que requer a prática e o aprendizado de movimentos motores e a manutenção da postura corporal, interação comunicativa com o cuidador, além de habilidades orais¹⁴. Como uma forma de aprendizado a alimentação pode trazer para a criança bem estar e sensações novas, promovendo o descobrimento, o que pode ser vantajoso também para a mãe, pois a mesma poderá observar o melhor desenvolvimento de sua prole.

No entanto, nota-se a importância de instruir as mães sobre o que é e como deve ser oferecida a alimentação complementar. Muitas vezes seu início se dá precocemente, o que dificulta a aceitação da criança devido suas inabilidades motoras, além de não atingir valores protéico e nutricional necessários para alimentação saudável de uma criança entre 6 e 24 meses de vida.

Giugliani e Monte² destacam que o atual requerimento total de energia estimado para crianças saudáveis amamentadas é de aproximadamente 615 kcal/dia dos 6 aos 8 meses de idade, 686 kcal/dia dos 9 aos 11 meses e 894 kcal/dia dos 12 aos 23 meses. Enfatizam ainda a importância para a criança em receber proteínas de alto valor biológico e de melhor digestibilidade, presentes no leite humano e nos produtos de origem animal. Alternativamente, proteína de alta qualidade pode ser fornecida por meio de misturas adequadas de vegetais.

A partir dos seis meses, parte das necessidades energéticas das crianças deve ser suprida através dos alimentos complementares³, no entanto a oferta de alimentos precocemente antes dos quatro meses de vida aumenta o risco de episódios de infecções gastrintestinais, além do aumento da morbimortalidade infantil¹². Segundo Euclides¹⁵ durante o primeiro ano de vida, o gasto energético total compreende os custos relativos à: *metabolismo basal, efeito térmico dos alimentos, termorregulação, atividade física, crescimento e perdas*. A oferta adequada de energia e proteínas favorece o desenvolvimento do infante e ainda preserva sua saúde.

No guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde¹³ é descrito que a partir do sexto mês as necessidades nutricionais da criança

já não são mais atendidas apenas com o leite materno, embora este ainda continue sendo uma fonte importante de caloria e nutriente. Entre as necessidades nutricionais aumentadas não podemos deixar de citar as necessidades de vitaminas e sais minerais.

Os alimentos ricos em ferro são exemplo de alimentos que devem fazer parte da alimentação infantil a partir do sexto mês de vida, uma vez que o leite materno já não irá suprir as necessidades desse mineral para seu desenvolvimento adequado^{2,3}. Quanto ao consumo de vitamina A deve ser considerado o perfil da região de moradia, visto que se a criança e mãe residem em áreas endêmicas de hipovitaminose A, onde a concentração desse nutriente no leite materno pode estar diminuída, será necessário não só o consumo de alimentos ricos nesta vitamina, mas também a suplementação específica da nutriz^{2,3}.

Quanto à frequência de refeições, a regularidade de horários nesta fase de alimentação complementar é benéfica, especialmente para as mães que já retornaram ao trabalho fora do lar¹⁵. Todavia, a oferta de alimentos deve ser feita em pequenas quantidades e devem ser aumentadas gradativamente^{2,3}. A aceitação da criança deve ser respeitada e os alimentos devem ser oferecidos um de cada vez para que sejam observadas intolerâncias e alergias desenvolvidas pela criança.

A qualidade e a quantidade dos alimentos ofertados são de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento da criança e têm repercussões ao longo da vida⁷. O volume de alimento oferecido vai depender da densidade energética do alimento, visto que a capacidade gástrica ainda é pequena e a criança deve permanecer recebendo o leite materno. A OMS recomenda três refeições diárias de alimentos complementares, a partir de seis meses, até completar um ano de idade, e a partir de então cinco refeições^{1,3}.

A Sociedade Brasileira de Pediatria acredita que a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Assim, define alimentação complementar como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno².

Estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbidade infantil como conseqüência de uma menor ingestão de componentes imunológicos existentes no leite materno².

Acredita-se que a alimentação complementar dos seis aos vinte e quatro meses de vida da criança é uma prática que deve ser adotada, desde que feita corretamente. Estudos desenvolvidos em comunidades carentes do alto do Jequitinhonha¹, mostram maior freqüência e duração do aleitamento materno em populações pobres e em áreas rurais, demonstrando que fatores culturais e econômicos também podem interferir na prática do aleitamento materno e na introdução de alimentos complementares.

Na maioria das vezes, por falta de orientação, a introdução de novos alimentos ocorre de forma inadequada. Um estudo realizado com 450 crianças, em três municípios do estado de Minas Gerais, mostrou que 33,6% delas já haviam recebido chás antes do primeiro mês de vida, e 48,4% já o recebiam antes dos dois meses. A água foi oferecida em 12,4% dos casos antes de um mês de idade, e em 25,8% antes dos dois meses. Aos quatro meses 55,1% das crianças já haviam recebido sucos e 42,4% recebiam sopa. O leite de vaca e o leite em pó foram oferecidos com maior freqüência a partir do 4º mês, 33,8% e 28,0% respectivamente¹.

Estudo realizado com base nos dados coletados no projeto Amamentação & Municípios (AMAMUNIC) – 2004, avaliou qualitativamente o consumo de leite materno, outros leites, mingau, sopa, comida de panela, água, chá, suco de frutas e frutas. A análise dos dados permitiu observar a alimentação das crianças entre 6 e 12 meses, nas 24 horas que antecedeu a entrevista. Os resultados mostraram que 50% receberam leite materno, 77% outros tipos de leite, 63% mingau, 87% frutas, 78% sopas, 64% comida de panela, 58% comida com feijão e 36% sopa ou comida com carne. Observou-se que o consumo de sopas é alto (78%), ao passo que o consumo de comida de panela é baixo (39%). Nota-se que a probabilidade de a criança receber leite materno é de 59%, inferior à encontrada para outros leites (70%) e para mingau (63%). Se considerarmos o consumo de outros tipos de leite e mingau conjuntamente (refeição láctea), a probabilidade aumenta para 82%⁷.

Achados semelhantes foram mostrados em estudo transversal realizado no Município de Guarapuava-PR, cujos resultados revelam que 2,9% das crianças, em aleitamento materno já recebiam água no primeiro mês de vida, 1,8% no segundo mês, 8,5% no terceiro mês, 21,5% no quarto, 22,4% no quinto e 30,2% no sexto mês de vida. A oferta de água com açúcar, para crianças aleitadas, tem resultado mais expressivo sendo de 20% no primeiro mês e 23,8% no sexto mês, respectivamente.

A introdução de chá e de suco de fruta, dois líquidos entendidos pela população como necessários à dieta infantil, ocorreram desde o primeiro mês de vida da criança, aumentando gradativamente até o sexto mês. O consumo de chá passou de 8,6%, no primeiro mês para 34,9%, no sexto mês e o suco de fruta de 1,4%, no primeiro mês para 33,9%, no sexto mês. A análise também permitiu demonstrar uma tendência na introdução precoce de leites não maternos, na alimentação infantil antes dos seis meses de vida. Observou-se que a proporção de crianças em uso do leite fluído passou de 0%, no primeiro mês para 44,4%, no sexto mês e do leite em pó foi de 15,7% no primeiro mês para 36,5%, no sexto mês¹⁰.

A introdução inadequada de alimentos complementares também foi demonstrada em estudo realizado com 326 mães de crianças nascidas no Hospital Universitário do Município de São Paulo. O estudo revelou que água e chás foram ofertados a crianças com idade inferior a um mês, o leite não materno foi ofertado por volta dos dois meses, e as frutas, cereais e tubérculos entre três e quatro meses⁶.

Estudo desenvolvido no município de Feira de Santana, estado da Bahia, apontou alto consumo de alimentos líquidos, sobretudo os chás, desde o primeiro mês de vida. No primeiro mês de vida, as crianças amamentadas já bebiam água (7,3%), chás (23,2%) e sucos (2,7%), enquanto nas crianças não-amamentadas, o consumo de água, chás e sucos foi significativamente maior, 30%, 50% e 30% respectivamente. Nos lactentes não-amamentados no primeiro mês de vida as papas de frutas eram consumidas em 10% dos casos, as papas de legumes em 20%. As crianças com idade menor ou igual a quatro meses não-amamentadas, comparadas com as amamentadas, apresentaram prevalências significativamente maiores quanto ao uso de água, chás, sucos e papas de frutas. Na mesma faixa de idade, os lactentes não-amamentados apresentaram chances significativamente maiores em relação ao consumo de papas de legumes e refeição da família de modo precoce. Quando se comparou o uso de chupeta entre os dois grupos, observaram-se também significativas diferenças, com maiores prevalências dentre as crianças não-amamentadas¹².

Simon *et al*⁶ observaram a oferta precoce de chás e água conforme o nível de escolaridade materna e revelaram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre mães com nível superior de escolaridade e a introdução mais tardia de água ou chá. Esse resultado sugere que o acesso à informação tem

grande influência no comportamento materno em relação ao cuidado alimentar de seu filho.

Um estudo realizado com população indígena da comunidade Terra Preta, Novo Airão no Amazonas evidenciou que a introdução da alimentação complementar faz-se em um período mais tardio que o necessário¹⁸. É sabido que após o sexto mês o leite materno exclusivo já não supre as necessidades da criança, assim sendo a introdução tardia de alimentos complementares pode acarretar desenvolvimento inadequado da criança. Neste mesmo estudo foi observado que a prevalência de desnutrição é alta quando comparado às referências nacionais. As crianças apresentam valores dos indicadores antropométricos que as caracteriza como em condições nutricionais deficientes, ou seja, alta frequência de desnutrição protéico-energética¹⁸.

Foi observado por Viera *et al*¹², na cidade de Feira de Santana-BA, que o término da licença maternidade e o retorno da mãe ao trabalho pode ter contribuído para o início precoce da alimentação complementar. Deste modo, destaca-se a importância de orientar essas mães para que a alimentação complementar, ainda que precoce, seja iniciada de forma adequada e forneça à criança subsídios para o seu pleno desenvolvimento.

Muito dos equívocos cometidos pelas mães em relação à alimentação complementar se dá, em parte, pela falta de informações e, devido ao estilo de vida dos pais, o ambiente familiar, pois há grande influência nas preferências alimentares.

A partir de pesquisas, de uma ampla revisão bibliográfica e um projeto de intervenção bem estruturado é possível compreender e levantar hipóteses de como se dará esta intervenção. É fundamental o envolvimento dos profissionais da saúde, para que as informações e a prática de uma melhor alimentação complementar possam chegar às classes menos favorecidas da sociedade, visto a importância de que seja adequada e oportuna.

Intervenções que utilizam o aconselhamento, além do impacto positivo no crescimento, também melhoram as práticas maternas relacionadas à dieta infantil, podendo reduzir as taxas de anemia e melhorar a relação com os profissionais envolvidos².

O crescimento e desenvolvimento das crianças ocorrem de forma mais efetiva nos dois primeiros anos de vida. Assim, é inquestionável a importância da

alimentação saudável nesta fase da vida, uma vez que deficiências nutricionais e condutas inadequadas quanto a prática alimentar pode acarretar retardo no crescimento¹³ e conseqüências para a vida adulta.

O Ministério da Saúde, buscando padronizar as informações sobre alimentação da criança menor de dois anos, sugere a adoção dos dez passos para alimentação saudável que são apresentados no quadro 1, e fazem parte do Guia Alimentar para crianças menores de dois anos¹³. Os dez passos tiveram como embasamento um diagnóstico prévio da situação alimentar e nutricional das crianças nessa faixa etária e nos resultados de um estudo nacional qualitativo sobre as práticas maternas com a alimentação de menores de dois anos. Para este diagnóstico foi realizado um levantamento das informações regionais e a elaboração das recomendações, para isso houve a colaboração de pesquisadores, de grupos acadêmicos e dos técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde de todos os estados da federação e, ainda, o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde¹³.

Quadro 1 – Dez passos para a alimentação saudável para crianças menores de 2 anos.

- Passo – 1** Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e
- Passo – 2** gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
- Após seis meses. Dar alimentos complementares (cereias, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) 3 vezes ao dia, se a criança recebe leite materno, e 5 vezes ao dia, se estiver desmamada.
- Passo – 3** A alimentação complementar deve ser oferecida
- Passo – 4** sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
- Passo – 5** Oferecer a criança diferentes alimentos ao dia.
- Passo – 6** Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- Passo – 7** Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- Evitar o açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, no primeiro ano de vida. Usar sal com moderação.
- Passo – 8** Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantindo o seu armazenamento e conservação adequados.
- Passo – 9** Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.
- Passo – 10**
-

Fonte: Brasil/ Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e manuais técnicos nº 107. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2002.

Após o lançamento do Guia Alimentar para Crianças Menores de dois anos¹³, foi realizada uma investigação para avaliar o impacto da aplicação das diretrizes nutricionais para crianças menores de dois anos estabelecidas no guia, por meio de um estudo de intervenção randomizado. As variáveis investigadas foram: duração do aleitamento materno exclusivo, frequência de aleitamento total, ocorrência de morbidades, estado nutricional, anemia, cárie dentária e consumo de alimentos de baixo valor nutricional. Os resultados mostraram que a intervenção aumentou a duração da amamentação exclusiva, a frequência de aleitamento materno aos doze meses de idade e diminuiu a ocorrência de morbidades. Foi possível ainda ressaltar efeitos da intervenção sobre o comportamento alimentar, reduzindo a oferta de outros alimentos durante e amamentação e também o consumo de guloseimas e alimentos industrializados, além de maior preocupação com os aspectos higiênicos do lactente¹¹. Os autores consideraram como evidente a necessidade da efetiva ampliação de iniciativas como esta em unidades de atenção básica e Estratégia Saúde da Família (ESF).

Recomenda-se que no início da introdução de alimentação complementar, as crianças recebam alimentos em forma de papas e purês, na consistência pastosa. Euclides¹⁵ ressalta que os alimentos crus são totalmente contra indicados nesta fase, e a consistência da dieta deve evoluir gradativamente, estimulando a mastigação e a tonicidade muscular da criança.

O Guia Alimentar para alimentação saudável – MS¹³ orienta que no início da alimentação complementar, os alimentos devem ser preparados especialmente para a criança. Recomenda ainda não oferecer alimentos líquidos de baixa densidade calórica como sopas e sucos, uma vez que a capacidade gástrica das crianças pequenas ainda é reduzida provocando sensação de saciedade sem oferecer o aporte energético necessário.

Outro ponto ressaltado é a condição sanitária no preparo e manuseio dos alimentos complementares, pois quando contaminados tornam-se a principal rota de transmissão de diarreia em crianças pequenas². A maior fonte de contaminação alimentar para crianças em aleitamento se dá por meio da alimentação complementar.

Em muitas famílias, alimentos complementares são preparados em condições desfavoráveis de higiene, às vezes estocados à temperatura ambiente por tempo

prolongado, e quase universalmente são oferecidos, principalmente no primeiro ano de vida por mamadeira¹³.

As práticas de higiene dos alimentos complementares que incluem sua preparação, posterior estocagem e administração, são importantes na promoção da melhor nutrição das crianças pequenas³. A adoção de cuidados higiênicos e técnicas da cocção e preparo garantem a qualidade higiênica sanitária do alimento. Euclides¹⁵ traz algumas práticas que podem favorecer o preparo de alimentos livres de contaminações de todos os tipos: lavar sempre as mãos antes de preparar qualquer alimento; utilizar alimentos frescos (hortaliças, frutas e carnes); lavar bem as hortaliças e frutas antes de descascá-las; utilizar o mínimo de água possível na cocção; fazer uso do sal com moderação; utilizar temperos naturais tais como salsa e cebolinha; cozinhar os alimentos adequadamente até ficarem bem macios, evitando a cocção prolongada para que não ocorra perda de vitaminas; se necessário peneirar as preparações, nunca liquidificá-las.

Giugliani e Victora³ recomendam o uso de utensílios limpos; a não utilização de mamadeiras e seus respectivos bicos; armazenamento de perecíveis ou alimentos preparados em geladeira, sempre que possível; cozimento adequado dos alimentos; consumo do alimento dentro de duas horas após seu preparo, caso não haja geladeira e a proteção dos alimentos e utensílios contra animais (ratos, baratas, moscas). Pequenas orientações podem trazer benefícios tamanhos para a população e principalmente para as crianças que ficam menos suscetíveis a contaminações alimentares e parasitas intestinais, o que pode atrapalhar seu desenvolvimento e levar ao surgimento de desnutrição e deficiências nutricionais.

Giugliani e Monte² ressaltam ainda que a adoção de práticas adequadas de higiene dos alimentos complementares pode ser dificultada por barreiras como a falta de água limpa, sabão e utensílios adequados, mas pode ser substancialmente facilitada por intervenções educativas cuidadosamente planejadas.

Além das contaminações dos alimentos existem fatores que interferem na aceitação da alimentação complementar, como os relacionados ao: apetite/anorexia, variedade/monotonia e sabor e aroma³. Para Euclides¹⁵ a “neofobia”, e a relutância em consumir novos alimentos é uma resposta normal, mas nas crianças amamentadas a aceitação dos novos alimentos é mais fácil.

O processo de aprendizagem é fator importante na aceitação dos novos alimentos, e está cientificamente provado que existe relação direta entre a

freqüência das exposições e a preferência pelo alimento¹⁵. Para estimular este aprendizado é necessário que a criança seja assistida e incentivada a comer em horários regulares suas refeições³. Esta é uma prática árdua para as mães que devem ser orientadas a agir com paciência e evitar traumas para a criança, pois crianças pequenas por sua inabilidade ainda fazem muita sujeira, demoram para comer e distraem-se com facilidade,

Para facilitar a introdução e aceitação de alimentos variados, as crianças devem ser expostas aos novos alimentos com freqüência³. A criança deve ser alimentada de forma lenta e gradual, estimulando-a a comer sem forçar, até que ela se sinta saciada². A conduta amorosa da mãe no ato de alimentar a criança, refletirá em momento de prazer para ambas, contribuindo para a formação de bons hábitos alimentares.

A alimentação complementar adequada da criança amamentada é crítica para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, torna-se um componente essencial para a segurança alimentar e nutricional populacional e para o desenvolvimento da nação².

A alimentação complementar envolve complexos fatores sociais, econômicos e culturais que interferem no estado nutricional da criança⁶. A família é responsável pelo comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, influenciada por fatores psicossociais e culturais⁴.

As práticas de alimentação de lactentes são influenciadas pelo ambiente familiar, por informações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como pela mídia, através da veiculação de propagandas de fabricantes de alimentos e pela comunidade em que está inserida⁷.

De acordo com Silveira¹, os hábitos alimentares de crianças são pouco conhecidos, apesar da importância de melhor compreender as reais carências e necessidades existentes nestas populações.

Na infância ocorre a instauração do hábito alimentar. Trata-se de um processo de aprendizagem por condicionamento, na medida em que a criança associa a sugestão do sabor dos alimentos à uma boa sensação pós-refeição e ao contexto social alimentar¹⁴.

O ambiente familiar oferece amplo aprendizado social à criança. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande

influência na alimentação, nas preferências alimentares, além de afetar a disponibilidade e a composição dos alimentos¹².

A orientação às mães se faz necessária, pois é sabido que ainda existem algumas crenças e práticas que estão impregnadas à cultura brasileira mostrando-se conflitivas com as recomendações para a alimentação do lactente¹⁰.

Saldiva *et al*⁷, concluiu em seu estudo que existe necessidade de intervenção e aconselhamento em alimentação infantil por parte dos profissionais da saúde, considerando que a maioria das crianças inicia a alimentação complementar de forma inadequada, podendo repercutir negativamente sobre a sua saúde.

As políticas públicas em saúde são diretrizes de ações que devem estar de acordo com as realidades da comunidade, bem como contribuir para a prevenção e possível solução dos problemas atuais no curto prazo, mesmo antes da efetivação de reformas econômicas e sociais de maior impacto¹¹.

É fundamental criar meios que possam levar à conscientização e autonomia dos profissionais de saúde e os indivíduos formadores de opinião estimulando-os a implementar programas voltados para práticas educativas que orientem as gestantes e mães sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida¹².

A autonomia vai se construindo na experiência inúmeras decisões que vão sendo tomadas²⁰, ninguém é sujeito da autonomia de ninguém, assim é fundamental que o profissional de saúde esteja interado com métodos de ensino, e mantenha-se sempre atualizado para que possa auxiliar as mães a formar sua própria opinião sobre a maneira mais adequada de alimentar seus filhos.

Bassichetto e Réa⁸ observaram que os profissionais de saúde apresentam alguma dificuldade para se manter atualizados em relação à alimentação infantil, especialmente pela falta de investimento da rede pública em formação profissional que enfoquem a melhoria do desempenho em aconselhamento.

Giugliani e Monte² consideram que sendo a alimentação um direito das crianças pequenas e de suas mães, cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil. Aos profissionais de saúde cabe repassar os conhecimentos atuais sobre alimentação infantil adequada, visando promover o pleno crescimento e desenvolvimento da criança.

5. Metodologia:

Com base no guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde, a primeira etapa para alcançar os objetivos será organizar treinamentos com vistas à qualificação dos profissionais de saúde da atenção básica padronizando as informações repassadas às mães e familiares, bem como orientar sobre as rotinas e informações dentro das unidades básicas de saúde.

O segundo passo será divulgar para a comunidade sobre a melhor maneira de oferecer alimentos complementares, objetivando a formação de hábitos alimentares saudáveis e a prevenção de doenças da primeira infância.

Entre as atividades serão organizadas oficinas para promover a prevenção de doenças veiculadas por alimentos, nas quais as mães serão orientadas sobre o adequado preparo dos alimentos de seus filhos, e informadas sobre mecanismos higiênicos sanitários no preparo dos alimentos.

5.1 Local e Público Alvo:

A intervenção será realizada em unidades básicas de saúde, no Município do Rio de Janeiro – RJ, com profissionais de saúde que compõem o quadro das UBS, mães de crianças menores de dois anos, mães sociais e cuidadores de crianças na mesma faixa etária, que são atendidos pela UBS ou triados pela ESF.

5.2 População de Estudo:

A população de estudo será composta por todos os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde na fase inicial de capacitação e treinamento e na segunda fase se estenderá às mães de crianças menores de dois anos e aos cuidadores de crianças nesta faixa etária.

5.3 Estratégias de Ação:

A descrição detalhada da metodologia para cada objetivo específico, descrevendo-se a ação e seus objetivos, estratégias, duração, atores envolvidos, metas e recursos necessários, encontram-se nos quadros a seguir.

Quadro 2: Plano de Ação do Objetivo Específico 1 Sensibilizar gestores de saúde do município para a importância de implantar nas unidades básicas de saúde, rotinas de orientação sobre alimentação complementar para crianças menores de dois anos.

Tipo e descrição da ação	Demonstrar aos gestores e profissionais de saúde a importância da orientação adequada às mães sobre influência da alimentação complementar sobre o desmame precoce e, em contra partida, sobre a condição de saúde da criança.
Objetivo da ação	Organizar e sistematizar a execução das ações com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, nos diversos níveis de hierarquia.
Estratégias (métodos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar aos gestores, dados sobre prevalência do desmame precoce e, conseqüentes agravos na saúde dos lactentes. ▪ Planejar os recursos necessários para execução das oficinas e atividades pedagógicas; ▪ Eleger critérios para a seleção das unidades que terão as atividades implantadas; ▪ Discutir e elaborar, conjuntamente, o plano de ação e capacitação de profissionais e executores da ação e definir o uso do material impresso disponibilizado pelo MS;
Duração / Periodicidade	Reuniões com os representantes da SMS e UBS, no início da implantação do projeto e supervisão após seis meses.
Atores envolvidos	Secretário municipal de saúde; Coordenação da Atenção Básica e da saúde da criança; Nutricionistas da SMS; Coordenadores e diretores da UBS.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização dos gestores das unidades envolvidas sobre a importância da promoção da alimentação complementar adequada; ▪ Seleção das UBS que irão participar do projeto e definição do plano de ação com participação dos coordenadores e diretores das UBS.
Recursos	<p>RH: Nutricionista coordenadora da atenção básica da SMS; Nutricionistas da UBS; Coordenadores e Diretores das UBS.</p> <p>Materiais: Recurso áudio-visual; projeto definido e estruturado; material educativo e didático.</p> <p>Infra-estrutura: Salas para reuniões e encontros.</p>

Quadro 3: Plano de Ação do Objetivo Específico 2 Promover qualificação técnico-científica para profissionais das UBS sobre alimentação complementar e cuidados gerais com os alimentos, formando multiplicadores (agentes de saúde) que possam levar estas informações às comunidades que por alguma razão não cheguem as UBS.

Tipo e descrição da ação	Qualificar profissionais das UBS e agentes de saúde da ESF, sobre técnicas e rotinas da alimentação complementar e cuidados gerais com os alimentos no quesito higiene, manipulação e armazenamento.
Objetivo da ação	Unificar as informações dadas às mães sobre alimentação complementar e cuidados de higiene, qualificando os profissionais das UBS.
Estratégias (métodos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover aulas expositivas e explicativas sobre o tema a pequenos grupos de profissionais dentro da UBS. ▪ Orientar o profissional quanto ao uso do material distribuído pelo MS (Guia alimentar para crianças menores de dois anos). ▪ Elaborar junto com a equipe a melhor maneira de promover as oficinas educativas com as mães em cada unidade, deixando os profissionais mais seguros e confiantes. ▪ Após formar a equipe, qualificar os agentes de saúde sobre o tema, dando autonomia para que os profissionais da UBS coloquem em prática a atividade apreendida.
Duração / Periodicidade	1 semana para cada grupo – o total de semanas dependerá da quantidade de profissionais em cada UBS. A avaliação será realizada no início e no final das capacitações.
Atores envolvidos	Capacitador (Nutricionistas da SMS); funcionários da UBS e agentes de saúde da ESF.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar 100% dos profissionais que atuem diretamente com a saúde da mãe e da criança. ▪ Capacitar 100% dos agentes de saúde da ESF local.
Recursos	<p>RH: Nutricionista da SMS; profissionais da UBS; agentes de saúde da ESF local.</p> <p>Materiais: Material de consumo, expediente; recurso áudio-visual; material educativo e didático.</p> <p>Infra-estrutura: Salas para encontros e aulas.</p>

- **Quadro 4: Plano de Ação do Objetivo Específico 3** Promover nas UBS oficinas e atividades educativas à comunidade que possibilitem; formar opinião sobre os benefícios e vantagens de fazer escolhas saudáveis ao oferecer alimentos complementares aos seus filhos, orientar sobre a confecção, armazenamento e conservação destes alimentos.

Tipo e descrição da ação	Oferecer de maneira didática informações para as mães sobre a escolha de alimentos saudáveis; confecção, armazenamento e conservação de alimentos; orientar a oferta adequada de alimentos complementares.
Objetivo da ação	Emponderar as mães com informações alimentação complementar, dando as mães subsídios para oferecer uma alimentação segura do ponto de vista sanitário e favorecer a formação de hábito alimentar saudável para seu filho e sua família.
Estratégias (métodos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triar as mães a partir das consultas pediátricas, nas salas de vacinação e visitas das equipes da ESF. ▪ Organizar reuniões semanais com grupos de no máximo dez mães para oferecer instruções. ▪ Usar banner (anexo 1)^a com os dez passos da alimentação saudável para menores de dois anos, para instruir as mães sobre a alimentação complementar. ▪ Usar material didático sobre contaminação, manipulação e conservação de alimentos (anexo 2)^b, para orientar as mães.
Duração / Periodicidade	Uma reunião com cada grupo de mães, com duração média de uma hora. As oficinas ocorrerão uma vez por semana com dia selecionado pela equipe da UBS. A avaliação será realizada no início e no final das oficinas. Se for observada a necessidade a mãe poderá receber instruções novamente em outra turma.
Atores envolvidos	Capacitador (nutricionista ou outro profissional da UBS) e mães de crianças menores de dois anos.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar 100% das mães da comunidade local. ▪ Reduzir o desmame precoce e a introdução inadequada de alimentos e leites artificiais. ▪ Reduzir a contaminação dos alimentos por falhas na manipulação e armazenamento. ▪ Favorecer a formação de hábitos alimentares saudáveis.
Recursos	<p>RH: Profissionais da UBS.</p> <p>Materiais: Material de consumo, expediente; recurso áudio-visual; material educativo e didático.</p> <p>Infra-estrutura: Salas para realização das oficinas.</p>

a - O banner deverá ser confeccionado no tamanho 1,20 X 80 com impressão digital em lona o custo médio é de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por unidade.

b – O material será confeccionado e usado de acordo com os recursos da UBS, seja em transparência, cartazes, flip chart ou slides.

- **Quadro 5: Plano de Ação do Objetivo Específico 4** Promover orientação sobre alimentação complementar, em período estratégico para mães que, por algum motivo, necessitem reduzir ou suspender a amamentação exclusiva ao seio antes do sexto mês.

Tipo e descrição da ação	Oferecer em momento oportuno informações para as mães sobre oferta adequada de alimentos complementares, estimulando a manutenção do aleitamento materno simultâneo.
Objetivo da ação	Orientar as mães sobre o tipo de alimentação complementar, que pode ser oferecida antes dos seis meses, quando necessário, dando as mães subsídios para oferecer uma alimentação segura, orientando ainda sobre cuidados com higiene e manipulação dos alimentos.
Estratégias (métodos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triar as mães a partir das consultas pediátricas e visitas das equipes da ESF. ▪ Fazer consultas individuais, quando possível ou reuniões com grupo de no máximo dez mães para oferecer instruções, sobre alimentação complementar, incentivando a manutenção do aleitamento materno, sempre que possível. ▪ Usar banner (anexo 1) com os dez passos da alimentação saudável para menores de dois anos, para instruir as mães sobre a alimentação complementar. ▪ Usar material didático sobre contaminação, manipulação e conservação de alimentos (anexo 2), para orientar as mães.
Duração / Periodicidade	Consultas individualizadas de no máximo meia hora ou reunião com grupo de mães, com duração média de uma hora. As consultas serão agendadas conforme a demanda, na ocorrência de número elevado de mães o que impeça a consulta individual, será realizada atividade em grupo com mães, que se enquadrem no perfil. Será realizada avaliação no início e no final das oficinas. Se for observada a necessidade a mãe poderá receber instruções novamente de forma individualizada.
Atores envolvidos	Capacitador (nutricionista ou outro profissional da UBS) e mães de crianças menores de seis meses.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar 100% das mães da comunidade local. ▪ Reduzir a introdução inadequada de alimentos e leites artificiais. ▪ Reduzir a contaminação dos alimentos por falhas na manipulação e armazenamento. ▪ Favorecer a formação de hábitos alimentares saudáveis.
Recursos	RH: Profissionais da UBS. Materiais: Material de consumo, expediente; recurso áudio-visual; material educativo e didático. Infra-estrutura: Salas para realização das oficinas.

- **Quadro 6: Plano de Ação do Objetivo Específico 5** Capacitar cuidadores ou mães sociais que atuem em creches e abrigos que atendam crianças menores de dois anos para que saibam como promover alimentação adequada neste período.

Tipo e descrição da ação	Capacitar cuidadores para a oferta adequada de alimentos para crianças que por ventura tenham sido separadas de suas mães seja por períodos curtos ou por tempo indefinido.
Objetivo da ação	Orientar mães sociais ou cuidadores sobre alimentação a ser oferecida para crianças que por ventura não estejam sendo amamentadas, ou cujas mães não possam amamentar no horário de trabalho, orientando ainda cuidados com higiene e manipulação dos alimentos.
Estratégias (métodos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar junto às instituições locais mães sociais e cuidadores de menores dois anos. ▪ Fazer reuniões quinzenais com grupos de no máximo dez pessoas para oferecer instruções. ▪ Usar banner (anexo 1) com os dez passos da alimentação saudável para menores de dois anos, para instruir os cuidadores sobre a alimentação da criança. ▪ Usar material didático sobre contaminação, manipulação e conservação de alimentos (anexo 2), para orientação.
Duração / Periodicidade	Uma aula para cada grupo de cuidador, com duração média de uma hora. As oficinas ocorrerão a cada quinze dias com dia selecionado pela equipe da UBS, dependendo da seleção dos cuidadores. Será realizada avaliação no início e no final das oficinas.
Atores envolvidos	Capacitador (nutricionista ou outro profissional da UBS) e profissionais cuidadores de crianças menores de dois anos.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar 100% dos profissionais que cuidem crianças menores de dois anos na comunidade local. ▪ Reduzir a inadequada de alimentos e leites artificiais. ▪ Reduzir a contaminação dos alimentos por falhas na manipulação e armazenamento. ▪ Favorecer a formação de hábitos alimentares saudáveis.
Recursos	<p>RH: Profissionais da UBS.</p> <p>Materiais: Material de consumo, expediente; recurso áudio-visual; material educativo e didático.</p> <p>Infra-estrutura: Salas para realização das oficinas.</p>

6. Análise de Viabilidade de Implementação:

Para a execução deste projeto será necessário o envolvimento dos profissionais de saúde das unidades incluídas no projeto de intervenção, entre eles nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e médicos. Não sendo necessário contratar profissionais especificamente para essa função.

Para a realização das oficinas será necessário oferecer acomodações para os participantes (cadeiras), recursos áudio visual conforme a disponibilidade da UBS, sendo o material adaptado aos recursos disponíveis. Para execução das aulas será necessária a aquisição do banner (anexo 1), confecção de cartazes, flip chart ou transparências sendo escolhido o material mais adequado para cada unidade.

Para o bom desempenho das atividades educativas o ideal é que paralelamente às aulas expositivas as mães possam participar de oficinas práticas onde serão treinadas sobre o preparo, higiene e armazenamento dos alimentos. Para a realização das oficinas as unidades deverão dispor de local apropriado, com mesas, bancadas, pia com água corrente, utensílios gerais de cozinha (bacias, talheres, facas, pratos, tábuas de cortar, bandejas, entre outros), fogão e utensílios necessários à sua manipulação, geladeira para a estocagem de alimentos e fornecimento semanal de alimentos frescos.

As oficinas serão realizadas com os grupos de mães, todas as atividades serão planejadas previamente pela equipe da UBS para que as oficinas sejam realizadas de acordo com a realidade local, dando ênfase inclusive ao consumo de alimentos regionais, para apoio as atividades poderão ser utilizados o banner sobre alimentação saudável (anexo 1) e o material educativo (anexo 2).

A unidade que não dispuser de nutricionista, deverá selecionar profissionais que serão capacitados para dar as orientações e realizar as oficinas de sua unidade.

A mobilização social será necessária principalmente na implantação do projeto, para que ocorra a participação efetiva das mães e multiplicadores, que terão papel ímpar neste momento para auxiliar na orientação das mães quanto sua participação no projeto e os benefícios ao seu bebê.

A execução desta intervenção deve possibilitar às mães o desenvolvimento de uma autonomia adquirida a partir dos conhecimentos compartilhados por todos os envolvidos. Todos deverão ter conhecimento sobre os temas relacionados ao

aproveitamento de alimentos, oferta adequada de alimentação complementar, benefícios da amamentação exclusiva e cuidados higiênico-sanitários com os alimentos.

As crianças serão beneficiadas com a melhora na morbidade e melhores condições de crescimento e desenvolvimento, permitindo incremento no perfil nutricional da população de modo geral. Para os profissionais de saúde o benefício é o aprimoramento profissional o que propicia crescimento pessoal e melhorias no atendimento à população, deixando esta cada vez mais satisfeita e segura.

Ressalta-se que os conhecimentos adquiridos no treinamento permitirão a melhoria da qualidade da alimentação do toda a família, que poderá passar a consumir alimentos mais saudáveis, preparados e armazenados de forma adequada.

Para validar o impacto do projeto de intervenção na qualidade de vida das crianças menores de dois anos, estas passariam a ter sua curva de crescimento monitorada pela UBS e pela Estratégia de Saúde da Família, permitindo traçar o perfil de crescimento deste grupo. As infecções do trato intestinal e doenças parasitárias também seriam utilizadas como mecanismo de monitoramento. A anamnese alimentar deverá fazer parte das consultas pediátricas bem como deverá ser um componente rotineiro da visita da equipe saúde da família.

Referências bibliográficas:

1. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev. Nutr., Campinas, out./dez., 2004; 17(4): 437-447.
2. Giugliani ERJ, Monte CMG. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr 2004; 80 (Supl 5): S131-S141.
3. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. J Pediatr 2000; 76 (Supl 3): S253-S262.
4. Vieira MLF, Pinto e Silva JLC, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? J Pediatr 2004; 79 n° 4: 317-324.
5. Gama SGN. Relatório técnico de atividades desenvolvidas, apresentado ao CNPq/PAPES estudo "Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança menor de seis meses por unidades básicas do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro".
6. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no Município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. 2003; Vol. 6,nº1: 29-38.
7. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. J Pediatr 2007; 83 n° 1: 53-58.
8. Bassichetto KC, Réa MF. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. J Pediatr. (Rio J.) v.84 n.1 Porto Alegre jan./fev. 2008.
9. Oliveira LPM, *et all*. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. Rev. Nutr., Campinas, jul./ago., 2005; 18(4): 459-469.
10. Gomes PTT, Nakano MAS. Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia nacional de campanha de vacinação. Revista Salus-Guarapuava-PR. jan./jun. 2007; 1(1): 51-58.

11. Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2005; 21(5): 1448-1457.
12. Vieira GO, *et all.* Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas ou não-amamentadas. J Pediatr 2004; 80 nº 5: 411-416.
13. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 107 2002.
14. Araújo CMT, Silva GAP. Introdução da Alimentação Complementar e o desenvolvimento Sensório Motor Oral: temas de pediatria nº 78, nestlé do Brasil 2004.
15. Euclides MP, Nutrição do Lactente, base científica para uma alimentação adequada, 2.ed. rev. atual. – Viçosa. MG, 2000.
16. Olinto MTA *et all.* Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (supl. 1): 14-27, 1993.
17. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. J Pediatr; Vol. 76, Supl.3, 2000.
18. Castro TG. *et all.* Saúde e nutrição de crianças de 0 a 60 meses de um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce, MG, Brasil. Rev. Nutr. vol.17 no.2 Campinas Abril/Junho 2004.
19. Relatório final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006 – Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php
20. Freire Paulo, Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: paz e Terra, 1996 (coleção leitura).
21. Ministério da Saúde. Dez Passos para a Alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
22. Moreno CCGS, Rea MF, Felipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.6 n.2 Recife abr./jun. 2006.
23. Lamounier JA, Moulin ZS Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr 2004. v.80 n. 5 (supl) 181-188.

Anexo 1 – Banner: Dez passos para alimentação saudável.



Dez passos para a alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

	Passo – 1	Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.	
	Passo – 2	A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.	
	Passo – 3	Após seis meses. Dar alimentos complementares (cereias, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) 3 vezes ao dia, se a criança recebe leite materno, e 5 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 consistência até chegar à alimentação da família.	
	Passo – 6	Oferecer a 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 o açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, no primeiro ano de vida. Usar sal com moderação.	
	Passo – 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantindo 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.	

Fonte: Brasil/ Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e manuais técnicos n° 107. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2002.



Higiene, Manipulação e Conservação de Alimentos.

Qual a melhor medida para prevenir Doenças Veiculadas por Alimentos (DVA)?



Contaminação de Alimentos

- A contaminação é a presença de algum elemento estranho ao alimento e pode ser:
 - Física.
 - Química.
 - Microbiológica.



Contaminação Física

- Ocorre pela queda de algum corpo estranho que pode ser: pêlos, insetos, cacos de vidro, pedras ou qualquer outro objeto que possa ser visto a olho nu.



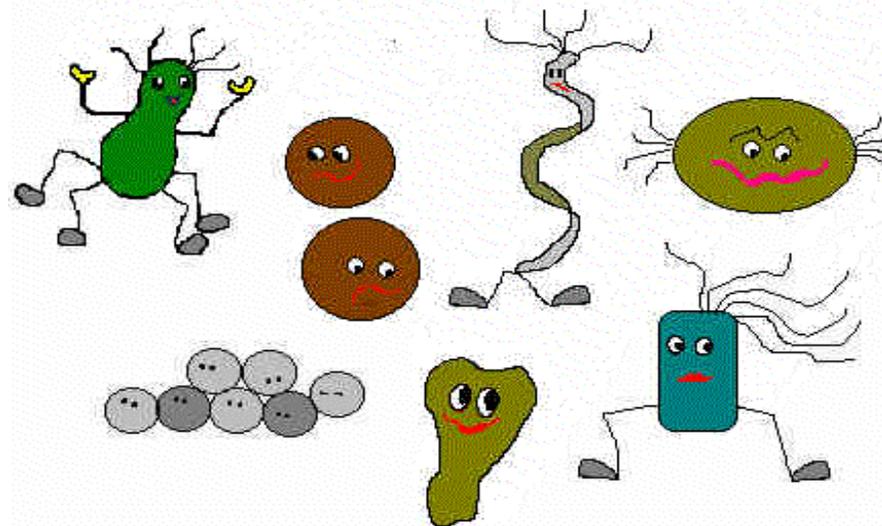
Contaminação Química

- Ocorre pelo uso inadequado ou pela queda de alguma substância química que pode ser: agrotóxicos, venenos, produtos de limpeza, perfumes e outros cosméticos.



Contaminação Microbiológica

- Ocorre pela presença de micróbios (microorganismo), que podem vir na poeira, na saliva, na tosse, nos ferimentos, nos animais, nos insetos, em utensílios mal lavados ou podem se desenvolver em alimentos expostos a temperatura ambiente.

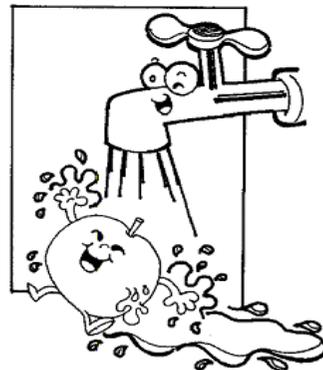


Como Prevenir as contaminações?



- **Frutas e verduras:**

- Lave com água limpa, antes de cortar, descascar ou cozinhar.
- Evite a presença de moscas e outros insetos.
- Após cortar ou preparar guarde na geladeira o que não foi consumido.
- Mantenha os alimentos longe dos animais domésticos.

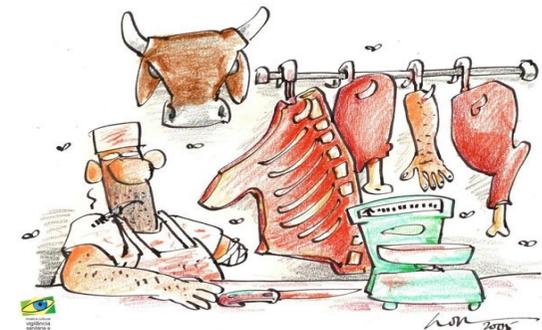


Analda Lima – Nutricionista – SES/DF

Como Prevenir as contaminações?

- **Carnes, leite e derivados:**

- Mantenha refrigerado até o preparo.
- Procure consumir carne bem passada.
- Ferva o leite e guarde na geladeira, leites longa vida (Caixinha) e em pó, a fervura não é necessária.
- Não use alimentos com prazo de validade vencido.
- Descongele a carne na geladeira, não coloque na água nem ferva a carne.
- Procure açougues de confiança.



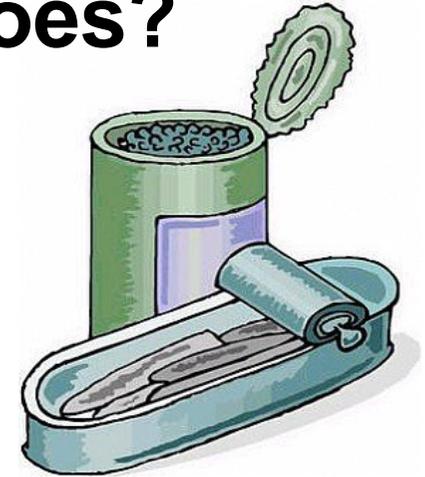
Analda Lima – Nutricionista – SES/DF



Como Prevenir as contaminações?

- **Produtos industrializados:**

- Verifique o prazo de validade.
- Lave as latas antes de abri-las.
- Recuse as embalagens amassadas, estufadas, furadas, enferrujadas ou com vazamento.
- Nunca guarde alimentos junto com produtos de limpeza.
- Alimentos industrializados são feitos com muitos conservantes, por isso prefira os alimentos frescos.



Como Prevenir as contaminações?



- **Na hora de preparar:**

- Prepare os alimentos usando água limpa, na dúvida a água deve ser fervida.
- Antes de manipular o alimento lave as mãos e limpe pia e mesas.
- Use utensílios lavados no preparo dos alimentos.
- Não misture alimentos crus com alimentos cozidos.
- Proteja os alimentos e as áreas da cozinha de insetos, animais domésticos e outros.
- Cozinhe completamente os alimentos, especialmente a carne, frango, ovos e peixe.
- Use pouca água no cozimento.



Como Prevenir as contaminações?



- **Na hora de consumir:**

- Lave as mãos antes de consumir ou oferecer alimentos.
- Use copos, pratos e talheres sempre lavados.
- Jogue fora todo alimento que foi colocado no prato e não for consumido.
- Procure um local limpo e tranquilo para fazer as refeições.
- Proteja os alimentos de insetos, animais domésticos e outros.



Analda Lima – Nutricionista – SES/DF

Como Prevenir as contaminações?



- **Na hora de guardar:**

- Conserve os alimentos em vasilhas separadas para evitar o contato entre os alimentos crus e cozidos.
- Aqueça completamente a comida quando for utilizá-la novamente.
- Não descongele alimentos à temperatura ambiente, deixe-os na geladeira, não coloque na água.
- Não deixe alimentos cozidos à temperatura ambiente durante mais de 2 horas, conserve-os sempre refrigerados.



Um alimento livre de
contaminações é fonte de saúde
para toda a família.



