

## A introdução alimentar em lactentes e aspectos relacionados

Ana Vitória de Pina Cardoso<sup>1</sup>, Isadora Lima do Prado<sup>1</sup>, Jordana Oliveira Silva<sup>1</sup>, Maria Eduarda Diniz Antônio<sup>1</sup>, Maria Paula Borges Rodrigues<sup>1</sup>, Marcela de Andrade Silvestre<sup>2</sup>.

1. Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.
2. Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

**RESUMO:** O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é essencial para o crescimento adequado da criança, além de garantir a imunidade e evitar morbidades futuras. Passado esse período, é indicado iniciar alimentação complementar, de forma gradual e com uso de dieta equilibrada e variada. O texto objetiva investigar as recomendações para transição alimentar em lactentes e compreender os fatores associados a esse processo. Trata-se de uma revisão integrativa a partir da análise de 23 artigos selecionados nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Public Medlines (Pubmed) e Google Acadêmico, utilizando-se os descritores Ciências da Saúde (DeSC): “Breast Feeding” and “Infant Nutrition” and “Infant Nutrition Physiological Phenomena” and “Weaning”, sendo selecionados artigos publicados entre os anos de 2010 à 2019. Por meio da análise dos 23 materiais, observou-se que os primeiros alimentos oferecidos ao infante devem ser de consistência pastosa, acompanhados da ingestão de frutas e oferta de água. Por volta de 8 a 9 meses, a criança poderá receber alimentos com a mesma consistência daqueles consumidos pela família. Deve-se manter sempre uma dieta balanceada e rica em nutrientes. Em contrapartida às indicações corretas de introdução alimentar, percebe-se existência de hábitos inadequados, como a introdução de líquidos antes dos seis meses e o desmame precoce. Muitas dessas práticas ocorrem devido à falta de informação familiar e dos profissionais de saúde. Métodos inovadores de introdução alimentar, a exemplo do BLW, têm ganhado destaque. Conclui-se que uma introdução alimentar adequada segue as recomendações dos Dez Passos Para Alimentação Saudável. Do mesmo modo, observa-se a necessidade de identificação precoce dos hábitos alimentares inadequados do lactente e o reforço de políticas públicas referentes à amamentação e à nutrição infantil, envolvendo a atuação efetiva dos profissionais de saúde nessa questão.

### Palavras-chave:

Introdução Alimentar. Lactente. Aleitamento Materno.

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno, durante a fase inicial da vida, é indispensável por conter energia e nutrientes adequados ao grau de maturidade fisiológica do lactente, bem como assegurar seu crescimento (MACHADO, et al., 2014). Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, nos primeiros 6 meses de vida da criança a prática da amamentação deve ser realizada de forma exclusiva. Isso ocorre porque a garantia de exclusividade do leite materno durante o tempo ideal diminui o risco de infecções respiratórias e gastrointestinais, tem efeito protetor sobre a ocorrência da Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI), reduz a incidência de alergias, obesidade, diabetes e é essencial para o bom desenvolvimento neurológico do lactente, além do desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho. Ademais, inúmeros são os benefícios maternos, sejam eles psicológicos ou até mesmo relacionados com a diminuição do risco de desenvolvimento do câncer de mama e ovário (JOHNSTON, et al., 2012).

Em contrapartida, a ingesta de novos líquidos, como água e chás, reduz o apetite do bebê, diminuindo a sucção e reduzindo a produção láctea. Os chás também possuem substâncias que comprometem a biodisponibilidade de minerais do leite materno (MACHADO, et al., 2014). Moreira *et al.* em seu estudo afirma que ocorreu aumento nas proporções de lactentes que foram apresentados precocemente à água ao longo dos anos estudados, o que mostra que essa é uma prática ainda muito recorrente tornando a situação mais alarmante.

A amamentação materna exclusiva é influenciada por diversos fatores como condições socioeconômicas, escolaridade, situação conjugal, laboral e obstétrica, idade materna e amamentação anterior (SANTOS, et al., 2017). Dentre as principais queixas relatadas pelas mulheres com relação ao desmame precoce destaca-se a impressão de leite fraco ou pouco leite, sendo seguida por trauma mamilar e a necessidade de retorno ao trabalho e estudo (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Segundo dados do novo estudo de 2017, liderado pelo *Imperial College London* e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o número de crianças e adolescentes (de cinco a 19 anos) obesos em todo o mundo aumentou dez vezes nas últimas quatro décadas. Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) alerta que o desenvolvimento futuro de obesidade está diretamente ligado a práticas alimentares inadequadas no primeiro ano de vida. De forma concomitante, Gomes e Gubert (2012) esclarecem que o risco de desenvolver obesidade precocemente está relacionado, dentre outros fatores, com o momento da introdução alimentar e a quantidade de alimentos sólidos introduzidos, sendo os primeiros meses de vida cruciais para a predisposição ou não dessa doença. Desse modo, a promoção do aleitamento materno é uma importante estratégia para a prevenção da obesidade infantil.

Após os seis meses de vida da criança, deverá ser iniciada a alimentação complementar, que se caracteriza como o conjunto de alimentos oferecidos a criança durante o período em que continuará sendo amamentada sem exclusividade (SBP, 2018).

Da mesma maneira que a introdução precoce é prejudicial, a inclusão de novos alimentos tardiamente também não é recomendada porque a partir desse momento o leite materno não mais atende às necessidades energéticas da criança (LOPES, et al., 2018).

Até os dois anos de idade os alimentos deverão conter baixa carga de solutos excretáveis pelos rins e pouca capacidade de agredir o epitélio digestório, já que os sistemas renal e digestório da criança ainda são imaturos. Inicialmente, a alimentação deve ser feita em forma de papas, passando para pequenos pedaços e, após 12 meses, na mesma consistência assumida pela família (SBP, 2018). A composição da dieta deve ser equilibrada, variada e conter todos os tipos de nutrientes, respeitando sempre as características maturativas e neurosensoriais da criança e as questões culturais e socioeconômicas em que estão inseridas (SILVA, et. Al., 2014). O sal não deve ser adicionado às papas, sendo suficiente o sódio já presente nos alimentos (SBP, 2018). A OMS ainda reforça que a alimentação deve ser inócua, ou seja, preparada e armazenada de forma higiênica, oferecida sempre com mãos e utensílios limpos (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017).

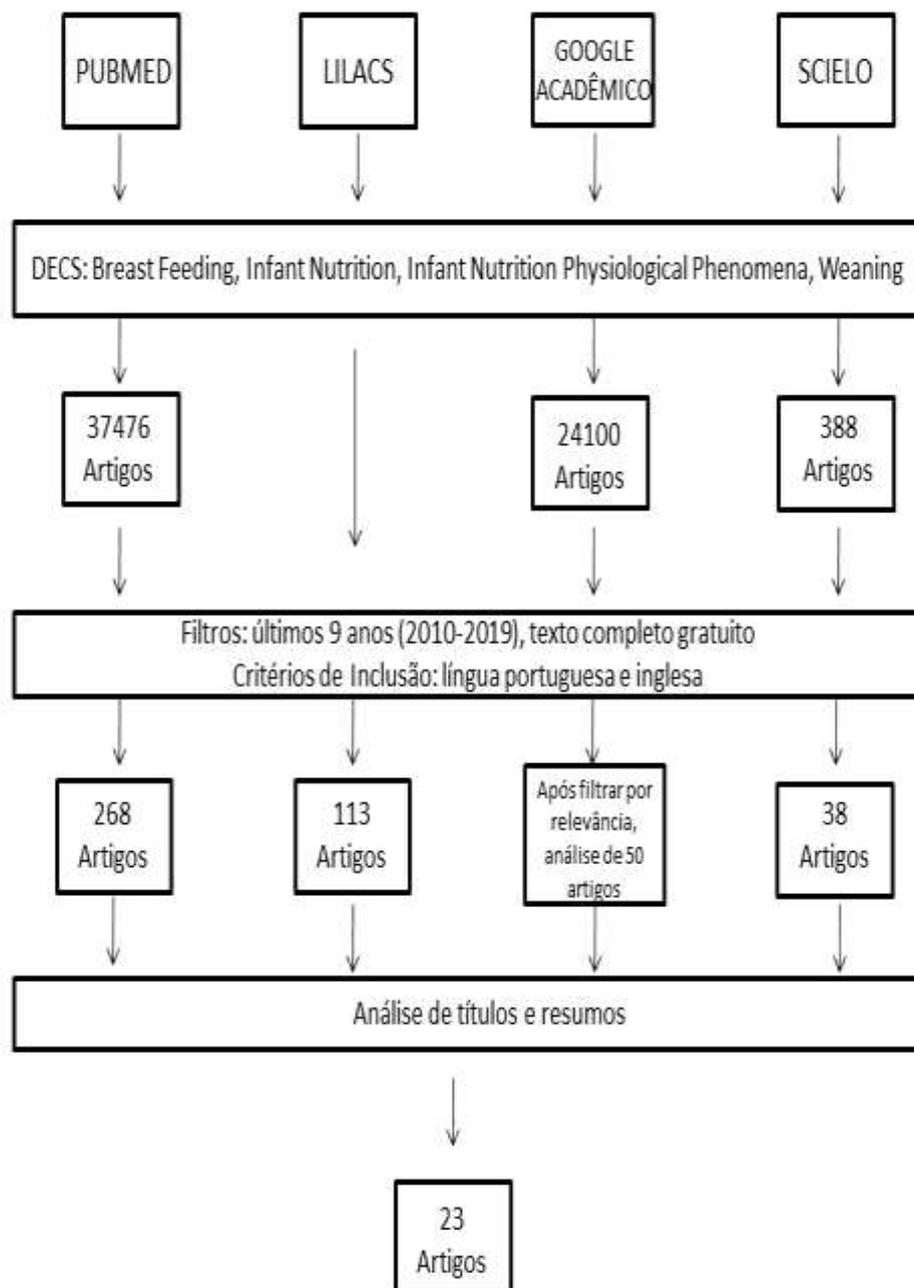
Em justificativa ao presente estudo, buscou-se constatar a importância da introdução alimentar na vida do lactente e identificar os fatores que ocorrem de maneira desacertada durante esse momento, para que, dessa forma, os profissionais da saúde e familiares possam melhor se preparar no desempenho de seu papel e garantir uma melhor qualidade de vida a essas crianças.

Nesse sentido, esta análise tem como objetivo investigar as recomendações para transição alimentar em lactentes e compreender os fatores associados a esse processo.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, em que a coleta de dados foi feita a partir de fontes secundárias de 23 artigos selecionados em levantamento bibliográfico prévio. A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Public Medlines (Pubmed) e Google Acadêmico. Utilizando-se os descritores Ciências da Saúde (DeSC): “*Breast Feeding*” and “*Infant Nutrition*” and “*Weaning*” and “*Infant Nutrition Physiological Phenomena*”, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2014 à 2019.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos em língua inglesa e portuguesa; artigos que trouxessem dados referentes a introdução alimentar em lactentes e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados.



**Fluxograma 1:** Esquematização da Metodologia aplicada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A alimentação complementar pode ser chamada de transição, sendo preparada exclusivamente para a criança até o momento em que poderá receber alimentos na mesma consistência da família. Ela é indicada a partir dos 6 meses de vida, momento em que a maturação renal e gastrointestinal é capaz

de metabolizar alimentos não lácteos, sendo a própria maturação gastrointestinal impulsionada pela ingestão de alimentos. Além disso, é somente entre os 4 e 6 meses de idade que as crianças adquirem habilidades para lidar com segurança com alimentos sólidos (FEWTRELL et.al., 2017).

Os primeiros alimentos diferentes do leite materno oferecidos ao lactente devem ser pastosos com o aumento gradativo de sua consistência, até chegar à alimentação da família. A alimentação do lactente deve ser constituída por uma variedade de frutas, verduras e legumes para suprir as necessidades de fibras, vitaminas, minerais e ferro. (SOUSA et al., 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), dos 6 aos 11 meses, a criança amamentada estará recebendo três refeições com alimentos complementares ao dia (duas papas principais de misturas múltiplas e uma de fruta). A criança que não estiver em aleitamento materno deve receber alimentos complementares com maior frequência devido ao maior risco nutricional, sendo necessárias 5 refeições (2 papas, 3 de leite, além das frutas). Por volta dos 8 a 9 meses a criança pode começar a receber a alimentação na consistência habitualmente consumida pela família. É importante salientar que o aleitamento materno deve ser mantido até os 2 anos de idade ou mais.

A oferta de água potável, a partir da introdução da alimentação complementar, ou em uso de fórmula infantil, porque os alimentos dados ao lactente possuem mais proteínas e sais sobrecarregando os rins, o que deve ser compensado pela maior oferta de água (SBP, 2018)

Para promover a alimentação infantil saudável e prevenir distúrbios nutricionais, o Ministério da Saúde, baseado nas recomendações da OMS, disponibiliza aos profissionais e população ferramentas educativas com orientações alimentares, a exemplo do manual “Dez Passos para uma Alimentação Saudável: guia alimentar para menores de dois anos”. Esse material direciona a orientação sistemática da alimentação infantil pelos profissionais de saúde na consulta de puericultura, passíveis de adaptação à realidade de cada família. (SOUSA et al., 2019).

### Quadro 1: Dez Passos para uma Alimentação Saudável

Passo 1	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
Passo 2	A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
Passo 3	Após os 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.
Passo 4	A alimentação complementar deverá 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 com colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida.

Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.
Passo 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: Guia Alimentar - Ministério da Saúde, 2017.

## A introdução alimentar inadequada

Os tipos de alimentos complementares introduzidos inadequadamente na alimentação das crianças variam conforme sua idade, sendo mais comum, no primeiro mês, o consumo de chás e água. No quarto mês, observou-se ainda o aumento do consumo de água e chás, acompanhado de outros leites e sucos. No sexto mês, verificou-se o consumo de todos os alimentos investigados, sendo os principais a água, frutas, sucos e comida de sal. (SCHINCAGLIA et al., 2015). Além disso, Moreira et al. (2019) demonstrou que a tendência do aumento do consumo de água pode ter relação com a introdução de outros alimentos, uma vez que a oferta de água é recomendada a partir do início de fórmula infantil, leite de vaca ou outros alimentos complementares. Após a análise de dados, era perceptível a introdução tardia de carnes e feijões, o que contribuía com as baixas concentrações de ferro da criança. Por outro lado, o consumo de frutas no período de introdução é alto, já que é o principal alimento oferecido no início da introdução alimentar.

Pereira e Reinaldo (2018) e Campos et al. (2015) mostraram dados que revelam ser recorrente o abandono do aleitamento materno exclusivo de crianças menores que os seis meses de idade, esse segundo trabalho ainda salienta a introdução precoce de líquidos, como água, chás e sucos, à dieta infantil com a crença de que sejam práticas corretas e resolutivas para casos de cólicas, gases e sede.

Ademais, os hábitos alimentares incorretos não se restringem apenas à ingestão líquida em momento inadequado. Mesmo após os seis meses de idade, quando a criança já se apresenta em fase de introdução alimentar, esta é realizada de modo equivocado, com desequilíbrio entre os nutrientes necessários e recorrente ingestão de produtos processados, o que vai de encontro com as práticas recomendadas (ALLEO; SOUZA; SZARFARC 2014; COELHO et al. 2015).

Por fim, no estudo realizado por Sousa et al. (2019) notou-se uma baixa adesão das mães ou cuidadores aos dez passos para uma alimentação saudável em menores de dois anos, o que foi confirmada pela mediana de cumprimento de apenas dois passos.

## Fatores que predispõem uma inadequada introdução alimentar

O não seguimento dos “Dez passos para uma alimentação saudável” apontado por Sousa et al. (2019) deve-se em grande parte ao que Schincaglia et al. (2015) discute como sendo a necessidade de

orientar melhor os profissionais de saúde para que possa repassar a informação e contribuir com as mães para a oferta de alimentação complementar adequada e saudável.

A deficiência de informações oferecidas pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles pertencentes a Atenção Básica e que estão em maior contato com as mães e seus bebês, acerca do correto modo de realização da introdução alimentar pode ser determinante nesse processo, já que através de um simples diálogo poderiam sanar possíveis dúvidas e evitar equívocos e a prática de conselhos advindos de terceiros. Além disso, a atuação do nutricionista é de grande valia, no entanto ainda se mostra bastante restrita (COELHO et al., 2015).

A educação alimentar sofre fortes influências dos hábitos familiares e de fatores socioeconômico e culturais. Em consonância, Machado et al. (2013) e Sousa et al. (2019) esclareceram que as famílias com menor poder aquisitivo e o menor nível de escolaridade materna influenciam em uma introdução alimentar inadequada, observando que, quanto mais anos de estudo a mãe possuía, maior o tempo pretendido para a amamentação exclusiva. As famílias de menores rendas tendem a consumir mais produtos industrializados, devido ao baixo custo, associado a maior disponibilidade desses produtos próximos as suas residências. Do mesmo modo, Silva et al. (2014) destacaram o elevado consumo de gorduras, de açúcar e de produtos açucarados, associada ao baixo preço relativamente a outros alimentos saudáveis e também pela falta de informação/formação sobre as opções alimentares corretas.

Concomitantemente, muitos estudos (ALLEO; SOUZA; SZARFARC (2014), COELHO et al. (2015), CAMPOS et al. (2015), LOPES A.F. (2015) e PEREIRA; REINALDO (2018)) apontam que, no que tange os conhecimentos familiares, em especial maternos, relacionados à amamentação e introdução alimentar, nota-se um baixo nível de instrução e ausência de informações muitas vezes essenciais.

O estilo parental, ou seja, a forma como os pais interagem com a criança em diferentes aspectos, incluindo a alimentação, é uma influência para o comportamento alimentar da criança. Um estilo de alimentação autoritário associado a práticas como modelar o consumo de frutas e restringir de forma moderada os lanches não saudáveis, levaram a um melhor consumo de alimentos nos anos da infância. Estudos também elencaram que a educação de pais e cuidadores para reconhecer sinais de fome e saciedade na criança é uma das intervenções promissoras na prevenção da obesidade (REDESELL et al., 2016).

Diante disso, evidencia-se o quanto os pais e cuidadores são capazes de modificar preferências inatas de seu bebê, já que, por exemplo, a exposição precoce ao sabor de determinados vegetais aumenta o gosto por esses alimentos (FEWTRELL et al., 2017). Fewtrell et al. (2017) avaliaram em seu estudo a ampla importância desse processo, o qual é capaz de modificar preferências inatas do bebê, com a atuação de pais e cuidadores por meio da exposição precoce e insistente ao sabor de determinados vegetais, aumentando, assim, o gosto por esses alimentos.

A literatura mostra que os hábitos alimentares desenvolvidos na infância acompanham a pessoa até a adolescência. Portanto, as exposições nessa primeira infância influenciam na qualidade da dieta durante a vida adulta. Pesquisas esclareceram que, durante o momento da plasticidade cerebral, o cérebro aumenta sua sensibilidade às influências ambientais. Experiências iniciais com alimentos nutritivos e variedade de sabores podem aumentar as chances de que, na vida futura, essas crianças optem por uma alimentação mais saudável (MENELLA, 2014).

### Desvantagens da introdução alimentar inadequada

A implementação de uma dieta adequada desde o princípio é fundamental para prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde, como obesidade e diabetes (CASTILHO; FILHO BARROS, 2010).

Segundo (PENNY; JIMENEZ; MARIN, 2016) o rápido ganho de peso durante a primeira infância, fruto de uma alimentação complementar inadequada com calorias além das necessárias, e a recuperação precoce do IMC estão associados ao sobrepeso e obesidade ao longo da vida. Lopes (2015) também comprova que o aleitamento materno de forma mais prolongada é um fator protetor contra a obesidade em crianças.

Assim, de acordo com Campos et al. (2015), inúmeros são os riscos da introdução alimentar inadequada e desmame precoce, dentre eles pode-se citar a maior ocorrência de doenças infecciosas, em especial gastrintestinais e respiratórias, e de anemia, interferindo no crescimento saudável da criança. De forma concomitante, também são observados desmame precoce, obesidade, alergias, doenças crônicas, diarreias, desnutrição, diminuição do ritmo de crescimento e estabelecimento de hábitos alimentares não adequados (MACHADO, et al, 2013 e SOUSA et al, 2019).

Além disso, houve relação entre excesso de consumo de alimentos ricos em sal e açúcares refinados e uma série de doenças e condições da vida adulta (MENELLA, 2014).

### Introdução de alimentos alergênicos

Além disso, a introdução alimentar requer cuidados com os alimentos alergênicos, como: leite de vaca, soja, ovo, trigo, peixes e frutos do mar. Dessa maneira, recomenda a introdução desses alimentos alergênicos a cada 3 a 5 dias, a partir do sexto mês de vida, visando a aquisição de tolerância e redução do risco de alergenicidade (SBP, 2018). As causas de alergia alimentar envolvem uma interação entre fatores genéticos e ambientais. Como apenas é possível interferir nas questões ambientais, atualmente as estratégias para prevenir alergias concentram-se em como deve ser feita a exposição à proteínas que estejam relacionadas com essa patologia (MURARO et al.,2014).

No entanto, atualmente existem discordâncias entre as literaturas. Isso ocorre porque, mesmo diante dos crescentes conselhos para a restrição e atraso na exposição a alimentos alergênicos, muitos países notaram aumento nas taxas de alergia alimentar países, enquanto países como Israel que utilizam o amendoim como alimento de desmame, apresentaram baixa taxa de alergia ao amendoim.

Dessa forma, levou-se ao surgimento de hipóteses de que a tolerância imunológica pode exigir exposição repetida (FEWTRELL et al., 2017).

Estudos afirmaram que a introdução a alimentos sólidos antes de 4 meses pode aumentar o risco de sensibilização em crianças com histórico familiar de alergias. No entanto, atrasar essa exposição para além dos 4 meses não parece conferir nenhum benefício adicional. Assim, ressalta-se que as evidências hoje existentes não são suficientes para fazer recomendações sobre o incentivo ou atraso à exposição a alimentos potencialmente alergênicos (MURARO et al., 2014). Dados da literatura comprovam que entre 4 e 6 anos a introdução de ovo se relacionou com a alergia reduzida aos ovos e que a introdução ao amendoim aos 4 a 11 meses esteve associada a uma alergia reduzida ao amendoim quando comparados com a introdução posterior desses alimentos (IERODIAKONOU et al., 2016).

Tais resultados já levaram a uma nova recomendação de dez associações internacionais de alergia pediátrica que passaram a recomendar que bebês com alto risco de alergia ao amendoim tivessem uma exposição precoce ao amendoim após avaliação por um especialista adequadamente treinado (FEWTRELL et al., 2017).

Além disso, o adiamento da introdução de glúten até os 12 meses não apresentou efeito sobre o risco de desenvolvimento de doença celíaca (DC) a longo prazo. No entanto, houve duas consequências positivas no atraso à introdução do glúten: atrasou o desenvolvimento de DC, podendo reduzir o efeito da doença em órgãos mais vulneráveis e reduziu, de forma pouco significativa, a prevalência de autoimunidade à DC em crianças portadoras do genótipo HLA de alto risco (LIONETTI et al., 2014). As novas recomendações afirmam que o glúten pode ser introduzido na dieta do bebê a qualquer momento entre 4 e 12 meses de idade, porém com base em dados observacionais que relacionam a quantidade de ingestão de glúten com o risco de DC, deve ser evitado o consumo de grandes quantidades desse durante as primeiras semanas após a introdução e durante a infância (FEWTRELL et al., 2017).

### **Método BLW**

Além da metodologia tradicional, na última década surgiu um novo modelo de introdução, o qual insere a criança e suas escolhas nesse processo: o método de introdução alimentar BLW, proposto pelas pesquisadoras Brow e Lee, determina que a criança deve participar ativamente da escolha de seu alimento, palpando a textura ou interessando-se pela cor (SANDOVAL; ALMEIDA., 2018). Desse modo, o infante também pode se manter no controle da quantidade de alimento a ser consumida, respeitando os limites internos de fome e saciedade, evidenciando, assim, a melhor autorregulação da energia e minimizando os riscos de obesidade. (ARANTES et al., 2018). Levando em consideração que para implementação desse método é necessário que a criança já tenha desenvolvido habilidades motoras tais como segurar um objeto e se manter em posição sentada, tal prática reafirma a recomendação de introdução alimentar aos seis meses de idade pela OMS. (DANIELS et al., 2015).

## CONCLUSÃO

A partir da leitura e análise de artigos, conclui-se que as principais recomendações para transição alimentar no Brasil baseiam-se nos Dez Passos Para Alimentação Saudável, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e inspirados nas recomendações da OMS. É também consensual que o aleitamento materno deve ocorrer de forma exclusiva até os seis meses de idade e acompanhado de outros alimentos até os dois anos de idade.

Os primeiros alimentos oferecidos à criança devem apresentar aspecto pastoso e evoluir gradativamente em sua consistência até alcançar àquela semelhante aos alimentos consumidos pela família. São diversos os fatores associados ao processo de introdução alimentar, dentre eles pode-se destacar a influência comportamental dos pais, contribuindo ou não para a consolidação de hábitos saudáveis; grau de informação familiar e materno acerca do assunto, evitando ou promovendo a adoção de medidas equivocadas; e a ainda restrita atuação dos profissionais de saúde que, por diversas vezes, apresentam-se omissos quanto ao assunto. Além disso, é de extrema importância que a dieta seja nutritivamente equilibrada, contendo porções adequadas de proteínas, grãos, verduras, frutas, e evitando doces e alimentos industrializados.

Assim, observa-se a necessidade de identificação precoce dos hábitos alimentares não saudáveis em lactentes, para que a tomada de decisões ocorra o mais breve possível, evitando eventuais reflexos na saúde da criança. Além disso, mostra-se interessante o reforço das políticas públicas referentes à amamentação e nutrição infantil, buscando envolver todo o sistema de saúde na referida questão.

## REFERÊNCIAS

ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B.; SZARFARC, S. C. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Revista de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 24(02), p.195-200, 2014.

ALVES, F.B.T. et al. Alimentação do bebê nos dois primeiros anos de vida: o papel do cirurgião-dentista enquanto agente de promoção de saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 51, p. 31-36, 2010.

ARANTES, A.L.A. et al. Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. **Rev. Paul Pediatric**, v.36, n.3, p.353-363, 2015.

CAMPOS, A.M.S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23(02), p. 283-290, 2015.

CASTILHO, S. D.; FILHO BARROS, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **Jornal de Pediatria**, v. 86, p.179-188, 2010.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20(03), p. 727-738, 2015.

DANIELS, L. et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. **BMC Pediatrics**, n.179, 2015.

FARIAS JÚNIOR, G.; OSÓRIO, M. M. Alimentary profile of under-five year old children. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 793-802, 2005.

FEWTRELL, M. et al. 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.

FROTA, M.A. et al. Mothers' knowledge concerning breastfeeding and complementation food: an exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v 12, p. 120-134, 2013.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. **Jornal de Pediatria**, v. 88, p. 279-282, 2012.

GONÇALVES, V.S.S. et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

IERODIAKONOU, D. et al. Timing of Allergenic Food Introduction to the Infant Diet and Risk of Allergic or Autoimmune Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, v. 316, n. 11, p. 1181-1192, 2016.

JOHNSTON, M. et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. **Pediatrics**, v.129, n.3, p. 827-841, 2012.

LIONETTI, E. et al. Introduction of Gluten, HLA Status, and the Risk of Celiac Disease in Children. **N Engl J Med**, v.371, p. 1295-1303, 2014.

LOPES, A.F. et al. **Alimentação no primeiro ano de vida e presença de excesso de peso em lactentes e crianças no início da idade pré-escolar**. 2015. 92 f. Tese (Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LOPES, W.C. et al. Infant feeding in the first two years of life. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 164-170, 2018.

MACHADO, A.K.F. et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1983- 1989, 2014.

MENELLA, J.A. et al. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. **Am J Clin Nutr**, v. 99, n. 3, p. 104-111, 2014.

MOREIRA, L.C.Q. et al. Introduction of complementary foods in infants. **Einstein (São Paulo)**, v. 17(3), p. 1-6, 2018.

MURARO, A. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. **Allergy**, v. 69, n. 5, p. 590-601, 2014.

OLIVEIRA, M. I. C.; RIGOTTI, R. R.; BOCCOLINI C. S. Factors associated with lack of dietary diversity in the second semester of life. **Caderno de saúde coletiva**, v. 25, p. 65-72, 2017.

PENNY, M. E.; JIMENEZ, M. M.; MARIN, R. M. Early rapid weight gain and subsequent overweight and obesity in middle childhood in Peru. **BMC Obes.**, v.3, p.55, 2016.

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no brasil: uma revisão integrativa. **Rev. APS.**, v. 21(02), p.300-319, 2018.

REDESELL, S.A. et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. **Matern Child Nutr.**, v.12, n.1, p. 24-38, 2016.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

SALDIVA, S.R.D.M. et al. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 53-58, 2007.

SANDOVAL, L.P.; ALMEIDA, S.G. **O método Baby- Led Weaning como estratégia para alimentação complementar**. 2018. 14 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018.

SANTOS, F.S. et al. Prácticas alimentarias entre niños menores de un año ingresados em hospital público. **Enfermería Global**, v. 53, p. 476-487, 2019.

SCHINCAGLIA, R.M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SILVA, D. et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 14, n. 3, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 4 ed. São Paulo, 2018.

SOUSA, N.F.C. et al. Práticas de mães e cuidadores na implementação dos dez passos para alimentação saudável. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, 2019.

VITOLLO, M. R.; LOUZADA, M. L. C.; RAUBER, F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field Trial. **Rev. bras. epidemiol**, v. 17, n. 4, 2014.