

REVISÃO DE LITERATURA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA LACTENTES NO BRASIL

AUTORES

FILHO, Baitello Lucas Ivan;
GOMES, Gonçalves Mariana;
SOUZA, de Maretto Paula.

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

COUTINHO, Leme Paes Gaspar Geraldo

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a alimentação complementar para lactentes como estratégia de controle da prevalência da anemia ferropriva em crianças no Brasil. A anemia ferropriva tem alta prevalência no mundo, principalmente em crianças e mulheres grávidas. Ao final da revisão de literatura sobre alimentação complementar foram selecionados 10 estudos. A orientação alimentar é uma estratégia utilizada no combate à anemia ferropriva. Assim os estudos selecionados mostraram a importância da alimentação complementar como estratégia de combate contra a anemia ferropriva nos lactentes.

PALAVRAS - CHAVE

Alimentação complementar. Anemia. Lactente. Brasil

ABSTRACT

The aim of the present study was to conduct a literature review on complementary feeding for infants as a strategy to control the prevalence of iron deficiency anemia in children in Brazil.

Iron deficiency anemia has a high prevalence in the world, mainly in children and pregnant women. At the end of the literature review on complementary feeding, 10 studies were selected. Dietary guidance is a strategy used to combat iron deficiency anemia.

Thus, the selected studies showed the importance of complementary feeding as a strategy to combat iron deficiency anemia in infants.

Keywords: 1. Complementary feeding. 2. Anemia 3. Infant. 4. Brazil

1. INTRODUÇÃO

A anemia por deficiência de ferro é denominada anemia ferropriva, sendo os dois grupos mais vulneráveis para essa doença as crianças pré-escolares e as mulheres grávidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). As anemias ocorrem devido às carências de nutrientes como o ácido fólico, vitamina B12, cobre, vitaminas C e E, vitamina A, ferro, parasitas intestinais, hemólise na malária, hemorragias, câncer, infecções crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

No combate ao controle anemia ferropriva temos como estratégias: a orientação alimentar, a fortificação de alimentos baratos e de fácil aquisição com ferro e a suplementação com ferro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Esta revisão propôs levantar os artigos científicos publicados sobre alimentação complementar para lactentes como estratégia de controle da anemia ferropriva entre 2008 e 2018.

2. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

ETIOLOGIA DA ANEMIA FEROPRIVA E ABSORÇÃO DO FERRO

Como causa de anemia ferropriva nos dois primeiros anos de vida são: as baixas reservas de ferro ao nascer, a velocidade de crescimento acelerada, a baixa ingestão de ferro biodisponível nos alimentos e as perdas de ferro (STEKEL A, 1984). A prematuridade, o retardo de crescimento intra-uterino e a gravidez múltipla podem levar a ocorrência de anemia ferropriva nos primeiros meses de vida no recém-nascido devido ao baixo depósito de ferro no final da gravidez (SIGULEM DM, 1988). O aleitamento materno exclusivo age como fator de proteção durante os primeiros seis meses de vida, pois o referido mineral presente no leite materno possui alta biodisponibilidade e alta absorção (cerca de 50%) (SZARFARC SC, 1985). O uso do leite de vaca fluido durante o primeiro ano de vida, algumas parasitoses intestinais provocam a perda de ferro (MONTEIRO, CA. & SZARFARC, SC., 1987).

Nos alimentos existem dois tipos de ferro: heme e não-heme. O ferro não-heme está presente em produtos vegetais, leite, ovos apresenta biodisponibilidade variável, com absorção de 1 a 6% e sofre a influência de fatores químicos ou alimentares que agem como estimulador ou como inibidor impedindo sua absorção

(LAYRISSE M. & MARTINEZ-TORRES C, 1972, DALLMAN PR & YIP,R, 1997). O ferro não-heme da dieta tem como fator estimulador de destaque o ácido ascórbico presente nas frutas cítricas. Como fator inibidor na absorção tem: o ácido oxálico (espinafre, beterraba), o ácido fítico (fibras, cereais integrais, feijões), o tanino (chás, cafés, chocolate), o cálcio presente no leite (HALBERG et al, 1991). O ferro heme proveniente da proteína animal não sofre a ação dos fatores inibidores. Esse ferro tem uma absorção de aproximadamente 10 a 30% (DALLMAN et al., 1997).

Em relação à ingestão diária de ferro elementar para crianças é recomendado: 0,27mg (0-6meses), 11mg (7-12 meses), 7mg (1-3 anos), 10mg (4-8 anos), 8mg (9-13 anos), 15mg (14-18 anos sexo feminino) e 11mg (14-18 anos sexo masculino) (SBP, 2012).

O reaproveitamento do ferro presente nas hemácias senescentes é indispensável, sendo usados 20-25 mg de desse ferro diariamente para síntese de hemoglobina e de células eritróides (DALLMAN et al., 1980).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E CONSEQUÊNCIAS DA DEFICIÊNCIA DE FERRO

O diagnóstico laboratorial da deficiência de ferro é avaliado nos diferentes estágios da deficiência desse mineral no organismo. O diagnóstico inicial do consumo de ferro estocado no organismo é realizado pela diminuição da concentração de ferritina sérica (inferior a 12µg/l). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Sem estoque de ferro no organismo e persistindo baixa oferta de ferro ao organismo ocorrerá redução do ferro sérico (abaixo de 30mg/dL), redução da saturação do Ferro na transferrina (menor 16%), aumento da capacidade total de ligação da transferrina (>250-390µg/dl), aumento da protoporfirina eritrocitária (>70µg/dl), aumento de receptores da transferrina sérica, diminuição da hepcidina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A continuidade de baixa oferta de ferro causará deficiência de ferro na medula óssea levando à anemia ferropriva com diminuição da concentração de hemoglobina (menor 11g/dl) e do hematócrito (menor 33% em crianças pré-escolares). Este estágio tem como características as alterações na citomorfologia das hemácias, tornando-as microcíticas (diminuição do volume corpuscular médio) e hipocrômicas (diminuição da hemoglobina corpuscular média e da concentração de hemoglobina corpuscular média) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A redução da concentração de hemoglobina sanguínea compromete o transporte de oxigênio para os tecidos, com redução das funções cognitivas, alteração da termorregulação e imunidade da criança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

TRATAMENTO E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Para prevenção da anemia ferropriva utiliza-se a orientação alimentar com alimentos ricos em ferro biodisponível na alimentação complementar, o estímulo do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e continuado até os 2 anos de idade ou mais. Contra indicar o uso de leite de vaca in natura, não processado, antes dos 12 meses de idade (SBP, 2012).

É importante o tratamento das doenças parasitárias nas crianças, o uso da água tratada, do acompanhamento pré-natal da gestante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Outra forma de prevenção da anemia ferropriva é a fortificação de alimentos baratos e de fácil aquisição com ferro, como o programa do governo federal determinou a fortificação da farinha de trigo e milho com ferro e ácido fólico (nas doses, respectivamente, de 4,2 mg e de 150 µg para cada 100 g de farinha), em 2002 (BRASIL, 2002).

Em relação à suplementação com ferro para a prevenção da anemia o governo federal lançou o programa nacional Saúde de Ferro, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, propõe a suplementação de doses semanais de 25mg de ferro elementar para todas as crianças brasileiras de seis a 18 meses de idade (BRASIL, 2005).

A dose para prevenção da anemia para crianças nascidas a termo, com peso adequado para a idade gestacional, com aleitamento materno exclusivo ou não é de 1 mg/kg de peso/dia, a partir do terceiro mês de idade até os dois anos de idade. Para crianças que nasceram nascidas a termo ou pré-termo (menor que 2,5 kg a 1,5 kg), devido à grande velocidade relativa de seu crescimento pós-natal, a dose recomendada é de 2 mg/kg/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias de vida até 1 ano de idade e após 1mg/kg/dia mais 1 anodo (FISBERG et al., 2018). Para aqueles com peso ao nascimento entre 1 kg e 1,5 kg, nascidas pré-termo, recomenda-se 3 mg/kg/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias durante 1 ano e após 1mg/kg/dia por mais 1 ano. Para a criança com peso inferior a 1 kg, nascidas pré-termo, deve receber 4 mg /kg/dia de ferro elementar a partir de 30 dias de vida durante 1 ano e após 1mg/kg/dia durante mais 1 ano (FISBERG et al., 2018). A dose de ferro elementar para tratamento da anemia ferropriva é de 3 a 5 mg/Kg/dia de ferro elementar durante 3 a 6 meses (FISBERG et al., 2018).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento de artigos científicos publicados no período de 2008 a 2018. Foram selecionados estudos indexados nas bases de dados nacionais e internacionais, no idioma português, inglês, espanhol: Literatura Latino-Americana (LILACS) e na coleção Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Pub Med e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: alimentação complementar, anemia, lactente, Brasil.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Artigos publicados no período entre 2008 a 2018, em Português, Inglês, Espanhol;
- Artigos que continham alguns dos descritores selecionados;

3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Artigos não completos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de literatura utilizou os descritores: alimentação complementar, anemia, lactente, Brasil. No período de 2008 a 2018, para artigos científicos publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola. O total de artigos anexados encontrados inicialmente nas bases eletrônicas SciELO foi 4, na LILACS Brasil 14, no Google Acadêmico 3.100 e PubMed 27, num total de 3.145 artigos científicos. Após o total inicial de artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do presente estudo, foram confirmados 10 trabalhos.

A alimentação adequada da criança começa com uma alimentação de qualidade durante e após a gestação materna. Após o nascimento a criança utilizara uma dieta apropriada para cada fase de sua vida. Uma alimentação saudável para a criança é preconizado, utilizando-se os dez passos adotado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018). O aleitamento materno exclusivo é indicado até os seis meses. Utilizar 1mg de vitamina K, Via IM, após o nascimento.

A necessidade hídrica da criança poderá ser calculada pela Regra de Holiday-Segar: até 10 kg = 100 ml/kg/dia; de 10 - 20 kg = 1000 ml + 50 ml/kg/dia acima de 10 kg; acima de 20 kg = 1500 ml + 20 ml/kg/dia acima de 20 kg (HOLIDAY-SEGAR, 1957).

A suplementação de vitamina D e vitamina A é importante para a criança. Oferecer 400 UI/dia de vitamina D até os 12 meses e 600 UI/dia dos 12 meses aos 24 meses de idade a todas crianças. Para recém-nascidos pré-termo com peso superior a 1.500 g oferecer 400 UI/dia de vitamina D (Documento Científico - DC Nutrologia SBP 2014).

A vitamina A será fornecida em megadoses, em regiões com alta prevalência dessa carência, com diagnóstico confirmado. A ingestão dietética recomendada para crianças de 6 meses a 3 anos é de aproximadamente 400 µg/dia (INSTITUTE of Medicine, 2006).

A partir dos seis meses de idade, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, isto é, a alimentação complementar, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001; BRASIL, 2002; SBP, 2018). A sequência para introdução dos alimentos complementares (SBP, 2018):

Até 6º mês	Leite materno exclusivo
6º a 24º mês	Leite materno complementado
6º mês	Frutas (amassadas ou raspadas)
6º mês	Primeira papa principal de misturas múltiplas
7º a 8º mês	Segunda papa principal de misturas múltiplas
9º a 11º mês	Gradativamente, passar para a refeição da família com ajuste da consistência
12º mês	Comida da família – observando a adequação dos alimentos

Os alimentos complementares após os seis meses de idade são a papa de fruta in natura, amassada e dada em colheradas, os sucos naturais serão dados após as refeições principais. As refeições principais serão compostas de:

a) Cereais ou Tubérculos: arroz, milho, batatas, cará, inhame, mandioca, farinha de trigo, aveia;
b) Proteína Animal (carne bovina, carne de frango, carne de peixe, carne suína, vísceras, ovos);
c) Leguminosas (feijão, soja, lentilha, ervilhas, grão-de-bico);
d) Hortaliças: verduras (agrião, espinafre, acelga, almeirão), legumes (cenoura, abóbora, beterraba, berinjela, pimentão);
e) Fruta.

Preparar o almoço e jantar com um item de (a,b,c,d) e fruta como sobremesa. As refeições serão oferecidas, três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada (BRASIL, 2002; SBP, 2012).

Para prevenção da anemia por deficiência de ferro, é importante durante toda alimentação complementar que o lactente receba diariamente 70-100 g de carne (preferencialmente bovina) e 25mg de vitamina C. (SBP, 2008; VITOLO; BORTOLINO, 2007).

Apesar de toda orientação de uma alimentação complementar adequada e da importância do aleitamento materno, os artigos selecionados ainda mostram tempo de aleitamento materno exclusivo abaixo dos 6 meses preconizados, da introdução precoce da alimentação complementar antes dos 6 meses de idade, do uso pelas crianças de doces, refrigerantes durante o primeiro ano de vida.

Alguns estudos abaixo mostraram as principais dificuldades para uma alimentação complementar saudável. Estudo realizado no município de Campinas-SP com 2 857 crianças menores de 2 anos apresentou a mediana para aleitamento materno exclusivo de 90 dias, para a introdução de água de 120 dias. Com menos de 4 meses de idade, 39,1% usaram leite em pó e 2,1% refrigerantes, e com 1 ano de idade aumentou para 63,2 e 69,1% (BERNARDI et al., 2009).

Realizado um levantamento de 103 sites da internet de profissionais da saúde. Os resultados sobre aleitamento materno foram: exclusivo até 6 meses idade (64,1%), não usar água e chá (31,1%), durante dois anos ou mais (36,9%). Em relação a alimentação complementar: recomendada a introdução alimentar aos seis meses idade (47,9%) (da SILVA RQ; GUBERT MB, 2010).

Estudo desenvolvido sobre alimentação complementar de crianças (n=218) entre 6-24 meses assistidas na Atenção Básica de Saúde de Macaé-RJ. Em lactentes entre 6 a 24 meses: 78,9% das crianças consumiram verduras/legumes e 78% comiam carnes e frutas. Em lactentes de 6-12 meses constatou-se que 23,8% utilizavam de alimentos fontes de açúcar (mel, melado, açúcar e rapadura), 34,7% suco industrializado e 17,8% refrigerantes (MARINHO LMF et al., 2016).

Na cidade de Montes Claros (MG) estudo com 545 crianças menores de 24 meses apresentou os seguintes resultados em bebês com 180 dias: 4% recebiam aleitamento materno exclusivo, 22,4% com aleitamento materno predominante e 43,4% com aleitamento materno complementar. A Alimentação complementar foi precoce com guloseimas e 10% provaram mel. Nas crianças com menos de 1 ano, 25% tinham consumido macarrão instantâneo e 31,1% suco artificial (LOPES Wanessa C. et al., 2018).

Esse estudo foi realizado na cidade de Goiânia (GO) com 362 recém-nascidos. Os bebês foram avaliados com 30 dias de vida e 47,1% estavam em aleitamento materno exclusivo. No quarto e sexto mês, apenas 22,3% e 4,7%, respectivamente, permaneciam em aleitamento materno exclusivo. Com 30 dias de vida 19,1% utilizavam água e 32,9% consumiam chá (SCHINCAGLIA, R M. et al., 2015).

Pesquisa realizada nas cidades de Curitiba, São Paulo, Recife, com 179 crianças com idade entre 6-12 meses. Observou-se que 50,3% não estavam em aleitamento materno. A introdução da alimentação complementar foi com mediana de 4 meses de idade (CAETANO MC et al., 2010).

No município do Rio de Janeiro, estudo realizado com 1.845 crianças de seis a 12 meses de idade apresentou que 66,9% das crianças entre seis e nove meses de idade estavam em aleitamento materno e 37,1% tinham alimentação complementar oportuna e entre nove e doze meses de idade os valores foram de 56% e 32,3% (ALMEIDA PC et al., 2010).

Estudo realizado em Unidade Básica de Saúde da Família, em Canindé, município do interior do Ceará-Nordeste brasileiro com 52 crianças menores de 2 anos de idade. Nas crianças maiores de 1 ano, uma (3,3%) estava em aleitamento complementar, enquanto os menores de 1 ano (100%) faziam uso de mingau e (90,9%) haviam consumido refrigerantes. A alimentação inadequada prevaleceu nos menores de 1 ano. Os alimentos não adequados mais consumidos pela população foram o leite em pó, leite de vaca fluido, mingaus, refrigerantes, biscoitos recheados e salgadinhos (OLIVEIRA ES, 2018).

Na cidade de Diadema (SP) realizou-se um estudo com 350 crianças menores de 24 meses para avaliação alimentar. Nas crianças com menos de 6 meses, 41,1% estavam em aleitamento materno exclusivo. Nessa faixa etária as crianças já consumiam água ou chá, leite de vaca e suco de fruta. O consumo de mel foi observado (COELHO, L C. et al., 2015).

Estudo na cidade de Porto Alegre (RS) com 340 crianças com idade de 6 a 12 meses. O estudo contou com dois grupos, grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). A comparação entre os grupos constatou que apenas 82,9% (GC) e 79,7% (GI), apresentaram alimentos com consistência adequada. Em ambos os grupos as crianças já haviam consumido bolacha, biscoito ou salgadinho (BALDISSERA R et al., 2016).

5. CONCLUSÃO

A anemia ferropriva possui alta prevalência no Brasil e afeta o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. As estratégias de suplementação de ferro, fortificação de alimentos com ferro e orientação alimentar devem ser desenvolvidas concomitantemente no combate a essa doença. Os estudos selecionados mostraram a oferta precoce de doces, refrigerantes, aleitamento materno exclusivo abaixo do recomendado nas crianças menores de 2 anos de idade.

O estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e o aleitamento materno após, até 2 anos ou mais é muito importante. O apoio e orientação à introdução da alimentação complementar saudável de forma adequada, oportuna, torna-se necessária objetivando reduzir a introdução inoportuna de alimentos contraindicados na faixa etária de menores de 2 anos e principalmente de 12 meses de idade. O treinamento, orientação, para os profissionais de saúde torna-se urgente com material dos órgãos de saúde competentes sobre alimentação complementar para as crianças.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization. **Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control**. Geneva: World Health Organization; 2017.

World Health Organization. **Iron Deficiency Anaemia – Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers**. Geneva; 2001.

Stekel, A. Prevention of iron deficiency. Em: STEKEL, A. Ed. **Iron nutrition in infancy and childhood**. Nestlé Nutrition Workshop Series, vol 4. New York: Vervy/Raven Press, 1984, p. 179-194.

Sigulem, D.M. **Epidemiologia da anemia ferropriva na infância**. Boletim, 149 (10), 103-107, 1988.

Szarfarc SC. **Diagnóstico de deficiência de ferro na infância**. Ver Saúde Públ 1985; 19:278-84.

Monteiro, C.A. & Szarfarc, S.C. **Estudos das condições de saúde das crianças no município de São Paulo-SP (Brasil)**; 1984-1985, V-Anemia. Rev. Saúde Pública, 21:255-60, 1987.

7.Layrisse, M. & Martinez-Torres, C. Absorption of iron from foods. Em: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Anemias nutricionais**. Genebra, OMS (Série de Informes Técnicos, 503), 1972.

Dallman, P.R. & Yip, R. Hierro. Em: Ziegler, E.E. & Filer, L.J. Ed. **Conocimientos actuales sobre nutrición**. OPAS/OMS, Whashington, ILST, p. 294-311, 1997.

Hallberg, L.; Brune, M.; Erlandsson, M.; Sandberg, A.S.; Rossander-Hultén, L. **Calcium: Effect of different amounts on nonheme- and heme-iron absorption in humans.** American Journal of Clinical Nutrition, 53, 112-119, 1991.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Anemia ferropriva em lactentes: revisão com foco na prevenção.** São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia; 2012.

Dallman PR, Siimes MA, Stekel A. **Iron deficiency in infancy and childhood.** Am J Clinical Nutrition 1980; 33:86-118.

Brasil. Diretoria Colegiada da Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Resolução RDC número 344, de 13 de dezembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico.** [Published in Diário Oficial da União; 2002; Dec 18].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Fisberg M, Lyra I, Welfot V et al. **Consenso Sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!** Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.

Holiday MA, Segar WE. The Maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics May, 19(5)823-832; 1957.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes.** Documentos científicos Departamento de Nutrologia; 2014.

Roehr B. **Institute of Medicine report strives to reduce medication errors.** [BMJ](#), 29; 333(7561): 220, Jul 2006.

Sociedade brasileira de pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2008. p. 120.

Vitolo, M.R.; Bortolino, G.A. **Iron bioavailability as a protective factor against anemia among children aged 12 to 16 months.** J Pediatr (Rio J), 83(1):33-8, Jan-Feb.; 2007.

Bernard JLD; Regina Jordão RE; Barros Filho AA. **Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento.** Revista Panamericana de Salud Pública, 2009.

da Silva RQ, Gebert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em *sites* brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.10 no.3 Recife July/Sept. 2010.

Marinho LMF, Capelli JCS, Rocha CMM et al. **Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil.** Cie. & Saúde Col.; 2016.

Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF et al. **Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida.** Rev. Paul. Ped.; 2018.

Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM et al. **Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia.** Epi. Ser. Saúde; 2015.

Caetano MC, Ortiz TTO, da Silva SGL et al. **Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes.** Jornal de Pediatria - Vol. 86, Nº 3, 2010.

Almeida PC, Castro LMC, Damião JJ. Alimentação Complementar Oportuna e consumo de alimentos ricos em ferro e facilitadores de sua absorção no município do Rio de Janeiro. Ceres; 5(1); 5-17; 2010.

Oliveira ES, Viana VVP, Araújo et al. **Alimentação complementar de lactentes atendidos em uma unidade básica de saúde da família no nordeste brasileiro.** Rev. Cog. Enf.; 2018.

Coelho LC, Asakura L, Sachs A et al. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses.** Cie. & Saúde Col.; 2015.

Baldissera R, Issler RMS, Giugliani ERJ. **Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pub.; 2016.