



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
MESTRADO EM ENSINO
CARINA LOUREIRO TREVISAN

**PRÁTICAS E CONHECIMENTO DOS EDUCADORES INFANTIS SOBRE
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO
INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU/PR**

FOZ DO IGUAÇU, 2017

CARINA LOUREIRO TREVISAN

**PRÁTICAS E CONHECIMENTO DOS EDUCADORES INFANTIS SOBRE
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO
INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU/PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino, Nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como requisito para defesa do título de Mestre em Ensino.
Orientadora: Dra. Adriana Zilly

FOZ DO IGUAÇU, 2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T814p Trevisan, Carina Loureiro
Práticas e conhecimento dos educadores infantis sobre
alimentação complementar nos centros municipais de educação
infantil de Foz do Iguaçu-PR / Carina Loureiro Trevisan ; orientadora
Adriana Zilly. – Foz do Iguaçu, 2017.
89 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ensino) – Programa de Pós-
Graduação em Ensino de Ciências e Matemática, Universidade
Estadual do Oeste do Paraná, 2017.

1. Educação infantil. 2. Introdução alimentar. 3. Educação em
saúde. I. Zilly, Adriana. II. Título.

CDU: 373.2:612.3(816.2)

AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO DO MATERIAL EM PDF

Eu, Carina Loureiro Trevisan, autorizo a reprodução em PDF, no site da universidade, da dissertação de mestrado intitulada “Práticas e conhecimento dos educadores infantis sobre alimentação complementar nos centros municipais de educação infantil de Foz do Iguaçu-PR”, apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ensino, Nível Mestrado, da UNIOESTE.

Nome: Carina Loureiro Trevisan

Foz do Iguaçu, 03 de fevereiro de 2017.

À Sagrada Família.

Aos meus pais Pedro Luiz Trevisan e Marirégis Loureiro Trevisan, por proporcionarem às três filhas a melhor formação acadêmica possível e exemplo de honestidade e perseverança.

Ao meu marido Eder Odvar Lopes, por seu amor, apoio, compreensão e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por ter permitido a concretização do sonho desta titulação e me fortalecer nos tempos difíceis.

Á esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro em um horizonte superior, contagiado no mérito e ética aqui presentes.

Á minha orientadora professora Dra. Adriana Zilly, pela confiança, suporte, correções e incentivos.

Á professora Dra. Maria de Lourdes de Almeida por compartilhar seu conhecimento e experiência na metodologia optada para esta pesquisa.

Á professora Dra. Marta Angélica Iossi Silva, pelo tempo dedicado na correção desta pesquisa e por suas valiosas contribuições.

Ao Dr. Paulo Mayer, pela sua paciência e colaboração no desenrolar deste estudo.

Á minha família a qual amo muito, pelo carinho e apoio.

Ao meu esposo, pela compreensão, amor e incentivo.

Ao Grupo de Pesquisas Práticas, Saberes e Vulnerabilidades de Saúde e Educação – UNIOESTE pelas colaborações durante a construção do projeto de pesquisa.

Á aluna Thais Tânia Dávilla por contribuir carinhosamente na pesquisa de campo.

Ao colega de turma, Wesley Martins por toda gentileza e auxílio nos momentos de dúvidas ao longo destes dois anos.

Á turma de alunos do mestrado em Ensino 2015, pelo suporte, união e força dedicada para que todos pudessem concluir este curso com excelência.

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Ancoragem
AKLP	Associação dos Jadim Karla, Laranjeiras e Petrópolis
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CEI	Centro de Educação Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DA	Diversificação Alimentar
DS	Distritos Sanitários
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECHs	Expressões-Chave
EN	Educação Nutricional
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
IA	Introdução Alimentar
IC	Ideias Centrais
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
ME	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAS	Promoção da Alimentação Saudável
PICESCR	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNE	Plano Nacional de Educação
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da utilização da técnica e análise do DSC	40
Figura 2 – Declaração de liberação para a pesquisa pela Diretoria do Departamento de Educação Infantil do município de Foz do Iguaçu	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Sugestão da evolução alimentar conforme a faixa etária da criança no Brasil	27
Quadro 2	– Sugestão de alimentos e suas proporções para a composição da papa salgada durante a introdução alimentar da criança no Brasil	29
Quadro 3	– Distribuição dos Centros Municipais de Educação Infantil com berçário I por Distrito Sanitário de Foz do Iguaçu, 2015	36
Quadro 4	– Panorama geral dos resultados: questionamentos e idéias centrais identificadas durante as entrevistas com as educadoras dos CMEI's do município de Foz do Iguaçu, 2016	47
Quadro 5	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a definição de alimentação complementar nos CMEI'S	48
Quadro 6	– Ideias centrais e discursos do Sujeito Coletivo sobre a importância da alimentação complementar no estado nutricional, físico e motor da criança	50
Quadro 7	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre como é feita a administração dos alimentos para as crianças nos CMEI's do município de Foz do Iguaçu-PR	53
Quadro 8	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a idade que acredita ser o adequado iniciar a introdução de alimentos em uma criança	55
Quadro 9	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença de uma avaliação individual da criança para identificar se há alguma contra-indicação alimentar (intolerância, alergia, etc)	56
Quadro 10	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a existência de alimentos que não podem ser dados para as crianças. Quais e o porquê	57
Quadro 11	– Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre os critérios para a oferta de diferentes alimentos para cada criança conforme idade	58

Quadro 12 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre o questionamento aos pais sobre os hábitos alimentares da criança para a adaptação na creche	60
Quadro 13 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre o cuidado dos educadores em consumirem alimentos diferentes aos ofertados às crianças na creche	61
Quadro 14 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença no plano de ensino ou agenda de encontros com os pais, de atividades ligadas à alimentação da criança	62
Quadro 15 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença de capacitação/treinamento para as educadoras sobre o tema alimentação complementar	64
Quadro 16 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a aptidão de conduzir e lidar com possíveis dificuldades relacionadas à introdução de novos alimentos	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação dos educadores dos berçários do município de Foz do Iguaçu, 2016	42
Tabela 2 – Alimentos ofertados para as crianças dos berçários nos CMEI's do município de Foz do Iguaçu, 2016	46

RESUMO

A alimentação complementar, habitualmente inicia-se fora da época preconizada e, com frequência, com balanceamento nutricional inadequado e riscos de contaminação de microrganismos. O período de introdução progressiva da alimentação deve ocorrer entre seis e doze meses de vida, sendo esta etapa considerada como crítica, pois conduz com frequência a problemas de saúde quando a criança não recebe uma dieta adequada. A escola é um indutor de práticas alimentares saudáveis, principalmente quando se trata de creches públicas, por ser um ambiente no qual a criança passa boa parte do seu dia. Neste contexto, o professor possui um papel indispensável na promoção da saúde das crianças e necessita de formação qualificada a fim de contribuir com a adequada oferta da alimentação complementar, como preconiza o Ministério da Saúde. Diante da complexidade dos fatores envolvidos na alimentação de uma criança, esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento e as práticas dos educadores infantis em relação a alimentação complementar dos berçários dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Foz do Iguaçu/PR. Tratou-se de um estudo qualitativo, que utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lèfreve e Lèfreve, realizado, no primeiro semestre de 2016, através de entrevistas semi-estruturada com vinte e uma educadores infantis de treze CMEI's que atendem turmas de berçário com crianças de seis meses a dois anos de idade. Como resultado, surgiram Discursos do Sujeito Coletivo referentes ao consumo de alimentos industrializados por parte das crianças, presença da discussão do tema alimentação saudável somente em datas específicas e inaptidão das educadoras para lidar com situações de necessidade de alimentação específica. Detectou-se também um desconhecimento por parte das educadoras em relação à alimentação complementar, assim como fragilidade no suporte técnico para oferta das refeições nos Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI's). Diante desta realidade, reforça-se a necessidade de uma reestruturação na política da alimentação escolar, assim como da elaboração e execução de programas de treinamento sobre educação nutricional para os educadores, com supervisão contínua dos efeitos da capacitação como estratégia de melhoria no campo da adequada nutrição infantil.

Palavras-chave: Educação infantil; Alimentação complementar; Educação em saúde.

ABSTRACT

Complementary feeding usually begins outside the recommended period and often with inadequate nutritional balance and risks of contamination of microorganisms. The period of progressive introduction of food should occur between six and twelve months of life, and this stage is considered critical because it often leads to health problems when the child does not receive an adequate diet. The school is an inducer of healthy food practices, especially when it comes to public day care, because it is an environment in which the child spends a good part of his day. In this context, the teacher has an indispensable role in the promotion of children's health and requires qualified training in order to contribute to the adequate supply of complementary food, as advocated by the Ministry of Health. Given the complexity of the factors involved in feeding a child, this research had as objective to identify the knowledge and practices of children educators in relation to complementary feeding of nurseries of the Municipal Centers of Early Childhood Education (CMEI) of Foz do Iguaçu / PR. It was a qualitative study, using the Collective Subject Discourse (DSC) technique proposed by Lèfreve and Lèfreve, carried out in the first half of 2016, through semi-structured interviews with twenty-one children educators from thirteen CMEI's who nursery classes with children from six months to two years of age. As a result, Collective Subject Discourses regarding the consumption of industrialized foods by the children, presence of the discussion about the topic of healthy eating only on specific dates and the inability of the educators to deal with situations of need of specific feeding appeared. There was also a lack of knowledge on the part of the educators regarding complementary food, as well as the lack of technical support for the provision of meals at the Municipal Center for Early Childhood Education (CMEI's). Faced with this reality, the need for a restructuring in school feeding policy, as well as the elaboration and execution of training programs on nutrition education for educators, with continuous supervision of the effects of training as a strategy for improvement in the field of adequate nutrition.

Keywords: Early childhood education, Complementary feeding, Health education.

SUMÁRIO

1	PROBLEMATIZAÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	17
3.1	Geral.....	17
3.2	Específicos	17
4	APRESENTAÇÃO.....	18
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
5.1	Educação infantil	20
5.2	Papel da escola na prática da alimentação infantil.....	23
5.3	Alimentação complementar	25
5.4	Alimentação saudável e prevenção de doenças.....	27
5.5	Nutrição da criança brasileira.....	30
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
6.1	Cenário do estudo	35
6.2	Participantes da pesquisa.....	36
6.3	Delineamento da pesquisa.....	37
6.4	Método da pesquisa	37
6.5	Coleta de dados	37
6.6	Aspectos éticos	38
6.7	Análise dos dados	39
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
7.1	Análise dos dados de caracterização dos participantes da pesquisa	42
7.2	Análise dos dados dos alimentos ofertados às crianças pelos CMEI's	44
7.3	Análise e discussão dos discursos	46
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
9	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	79
	APÊNDICE B – Declaração de liberação para a pesquisa pela Diretoria do Departamento de Educação Infantil do município de Foz do Iguaçu	82
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados pré-teste.....	83
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	86

1 PROBLEMATIZAÇÃO

Os cuidados com a criança ao longo do primeiro ano de vida são fundamentais por se tratar de uma fase em que ela se encontra muito vulnerável e dependente. A nutrição assume um papel importante dentre as necessidades básicas para assegurar a sobrevivência e o crescimento adequado.

O período de introdução progressiva da alimentação deve ocorrer entre seis e doze meses de vida, e esta etapa considerada crítica, conduz com frequência a problemas quando a criança não recebe uma dieta adequada. Oferecer a criança alimentos antes dos quatro meses de vida é em geral desnecessário e pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções e desnutrição, que podem levar ao comprometimento do crescimento e do desenvolvimento. Em compensação, a inicialização tardia da introdução de alimentos também pode trazer consequências indesejadas, tais como deficiência de crescimento estrutural.

O ambiente escolar é um indutor de práticas alimentares saudáveis, principalmente quando se trata de Centros de Educação Infantil públicos, por ser um ambiente no qual a criança passa boa parte do seu dia. Entretanto, percebe-se que o tema nutrição e especificamente alimentação complementar, não é um assunto de abordagem em qualificações dos educadores e este conhecimento precário interfere em suas condutas no dia a dia ao alimentarem as crianças, na didática no auxílio da formação dos seus hábitos alimentares, assim como na contribuição para que a escola ofereça somente alimentos saudáveis.

Desta forma, o desenvolvimento saudável das crianças pode ficar comprometido, uma vez que a introdução dos alimentos de forma inadequada, por se tratar de crianças em fase de desmame, influencia na sua saúde integral por toda a vida.

2 JUSTIFICATIVA

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida constitui prática indispensável para a saúde e o desenvolvimento da criança, pois o leite humano oferece nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável, representando alimento essencial durante esse período.

Entretanto, a partir do sexto mês, somente o leite materno não é suficiente para suprir suas necessidades nutricionais, sendo necessária a inclusão de outras fontes alimentares para cobrir esse déficit (BRASIL, 2009c).

O inadequado padrão de consumo alimentar no primeiro ano de vida pode trazer consequências danosas à saúde da criança, como o risco de desnutrição energético-proteica e carências específicas de oligoelementos, como também levar ao aumento no risco de desenvolvimento futuro de doenças crônicas (SCHINCAGLIA et al., 2016).

Souza et al. (2013) confirma que esta é uma fase muito importante na vida da criança, pois se inicia a formação dos hábitos alimentares, e o fato das crianças serem frequentadoras dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI's) públicas aponta para a importância da capacitação de toda equipe de profissionais que nelas atuam, especialmente os educadores, que são os responsáveis por trabalhar o tema nutrição no ambiente escolar e proporcionar a autonomia alimentar às crianças.

O educador possui um papel indispensável na promoção da saúde, pois apesar de não serem os responsáveis pelo cardápio e preparo das refeições, caracterizam-se como intermediadores entre o alimento e o seu consumo pelas crianças e, portanto, necessitam de formação qualificada a fim de contribuírem com o cumprimento da correta alimentação complementar, como preconiza o Ministério da Saúde.

O estudo do conhecimento dos educadores dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) sobre a alimentação complementar poderá possibilitar a compreensão das suas ações, caracterizar o contexto no qual a criança está inserida e fornecer informações importantes a serem trabalhadas na formação curricular para sua prática escolar. A educação em saúde é indiscutivelmente efetiva quando praticada por profissionais bem treinados e, necessitam para sua implementação, de planos estratégicos com a identificação dos problemas a serem

enfrentados, das características do público a ser contatado assim como do seu acompanhamento e avaliação.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar a prática e o conhecimento dos educadores infantis em relação à alimentação complementar.

3.2 Específicos

- a) identificar as estratégias (seleção do alimento e administração à criança) utilizadas pelos educadores para a alimentação nos centros de educação infantil;
- b) listar os alimentos ofertados às crianças e sua forma de preparo;
- c) registrar as dificuldades por parte dos educadores em relação à alimentação complementar das crianças.

4 APRESENTAÇÃO

O interesse por esse tema está estritamente relacionado com minha trajetória de vida pessoal e profissional. Iniciei minha carreira profissional como nutricionista clínica e gerente da uma unidade de alimentação e nutrição em um hospital privado de Foz do Iguaçu. Neste mesmo período, conclui a pós-graduação em nutrição clínica e iniciei minha atuação na docência como supervisora da clínica de nutrição de uma faculdade particular e em seguida como docente. Em seguida, atuei como nutricionista de um consultório próprio, onde casos clínicos distintos foram acompanhados.

Ao longo dos anos estudando e vivenciando o mundo da nutrição, identifiquei a alta incidência de pessoas com má alimentação, especificamente com baixo consumo de verduras e legumes e excesso de produtos industrializados a base de carboidratos refinados. Em meio a esta realidade, surgem em número crescente, crianças e adultos com quadros de intolerâncias e alergias alimentares, além de sintomas relacionados a deficiências nutricionais.

Através de leituras e pesquisas, pude constatar relação ente o consumo de alimentos com conservantes e corantes nos primeiros anos de vida e o desenvolvimento de sensibilidades alimentares ao longo da vida. Interessante que, passei por uma experiência pessoal, de intolerância alimentar decorrente de alteração da microbiota intestinal, no qual precisei aprofundar meus conhecimentos sobre efeitos de uma alimentação industrializada versus uma mais natural, onde colocando em prática uma alimentação saudável me recuperei do quadro clínico.

Observo e acompanho muitos casos semelhantes e na maioria dos casos, a mudança do hábito alimentar passa a ser o protagonista da recuperação e qualidade de vida.

Recordo-me, que durante a faculdade em um estágio de creche-escola no município de Londrina – Paraná, tive meu primeiro contato com uma creche pública e, impactou a qualidade dos alimentos que eram servidos, onde era colocado no prato das crianças polenta ou arroz com um pedaço pequeno de carne e na cozinha, para as merendeiras, muita salada além do prato principal. Ao questionar o motivo, foi me relatado que pelo fato das crianças nunca aceitarem comer salada, foi parado de servi-las. Em seguida, abordei as crianças durante uma refeição e fiz um comentário que consumir alface, por exemplo, fazia muito bem para os cabelos das

meninas e ajudaria os meninos a jogarem futebol melhor. No mesmo instante, ao oferecer salada a elas, grande maioria topou ingerir com sorriso no rosto.

Durante a docência, tive a oportunidade de lecionar a disciplina de educação nutricional no curso superior de nutrição de Foz do Iguaçu e pude por em prática mais atividades educativas nutricionais em escolas públicas. Concomitante a isso, surgiram em mim reflexões sobre o comportamento alimentar do ser humano, e compreendi que a educação nutricional precisa ser tratada como um assunto de destaque em nossas escolas e políticas públicas e iniciada na infância, permitindo que o organismo receba nutrientes adequados para seu crescimento e sistema imunológico, instituindo os bons hábitos alimentares para toda a vida e conseqüentemente prevenindo doenças decorrentes de uma má nutrição.

A educação nutricional voltada para o adulto não apresenta resultados tão bons quanto uma educação iniciada na infância. Desta forma, surgiu o interesse em investigar a situação da alimentação nos primeiros anos de vida das crianças e a forma que estão sendo apresentados a elas, a fim de intervir e contribuir neste processo educacional, fundamental para a boa saúde de toda sociedade a curto e longo prazo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Educação infantil

As primeiras instituições brasileiras voltadas para o atendimento de crianças entre zero e dois anos de idade datam do século XIX e tinham como objetivo cuidar dos filhos de mães solteiras das camadas sociais mais carentes. Posteriormente, como conseqüências da pressão dos trabalhadores urbanos surgiram as creches, com o objetivo de atender à necessidade das mães de trabalharem na indústria. A partir de então, as creches passaram a ser vistas como complementação salarial e direito dos trabalhadores. Gradativamente, este ambiente vem se modificando, no sentido de se transformar em proposta de política pública nos setores de educação, nutrição e saúde (BOGUS et al., 2007).

O atendimento em creches e pré-escolas como direito social das crianças se afirma na Constituição de 1988, com o reconhecimento da Educação Infantil como dever do Estado com a Educação. Desde então, o campo da Educação Infantil vive um intenso processo de revisão de concepções sobre educação de crianças em espaços coletivos e, de seleção e fortalecimento de práticas pedagógicas mediadoras de aprendizagens e do desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2010a).

Hoje, denomina-se CMEI, e cumpre um papel importante na comunidade, pois garante que os moradores trabalhem e as crianças frequentem um ambiente de educação e cuidado.

Define-se como educação infantil, a primeira etapa da educação básica às quais se caracterizam como espaços institucionais não domésticos que constituem estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças de 0 a 5 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial, regulados e supervisionados por órgão competente do sistema de ensino e submetidos a controle social (BRASIL, 2010a).

É indispensável apontar a importância da proposta pedagógica ou projeto político pedagógico, que a fim de estabelecer seu objetivo enquanto espaço de formação e cuidado, torna-se o responsável pelo plano orientador das ações da instituição, define as metas que se pretende para o processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento das crianças que nela são educados e cuidados (BRASIL, 2010a).

Este documento é elaborado por meio de um processo coletivo, com a participação da direção, dos professores e da comunidade escolar e deve ter como objetivo garantir à criança acesso a processos de apropriação, renovação e articulação de conhecimentos e aprendizagens de diferentes linguagens, assim como entre outros direitos, o da saúde (BRASIL, 2010).

Cabe ao Ministério da Educação (ME) elaborar orientações para a implementação das Diretrizes Curriculares, entre elas, a saúde e bem estar das crianças onde a presença de educadores infantis em parceria com familiares e profissionais de saúde é de suma importância (BRASIL, 2010a).

De acordo com esta perspectiva, entende-se que somente a educação não é suficiente para realizar mudanças estruturais da sociedade. No entanto, ela é imprescindível para a humanização, por meio da apropriação do conhecimento produzido pelas gerações precedentes (RODRIGUES; ROSIN, 2007).

Por ser a primeira etapa da educação básica, a educação infantil é de suma importância na formação do indivíduo, partindo-se de uma formação integral da criança desde a primeira infância, o indivíduo pode desenvolver a capacidade de compreensão quanto a sua condição humana e suas dimensões ao longo da sua vida (RODRIGUES; SAHEB, 2015).

Pereira et al. (2013), afirmam que a fase pré-escolar, caracteriza-se por um período no qual ocorrem diversas modificações do padrão alimentar de uma criança. Hábitos alimentares errôneos nessa faixa etária podem causar problemas nutricionais em curto e em longo prazo, tais como: anemia, déficit ou excesso ponderal, hipertensão arterial, diabetes, câncer, entre outras.

Além dos fatores nutricionais, outros podem influenciar no crescimento e desenvolvimento das crianças, destacando-se as condições socioeconômicas e demográficas das famílias, os aspectos psicossociais e a história de saúde da criança e da mãe (PEREIRA et al., 2013).

Para entender esse processo constitutivo da formação humana, Mello (2004) destaca um importante elemento da Teoria Histórico-Cultural que possibilita a compreensão do processo de aprendizagem da alimentação: os chamados períodos sensitivos, pois cada idade merece um tipo de ensino adequado, já que este influencia positivamente e com mais força nas qualidades em formação.

Dentro deste cenário, o professor possui um papel transformador das relações sociais vigentes, primando por uma formação que considere o indivíduo em sua singularidade (RODRIGUES; ROSIN, 2007).

Segundo Rodrigues e a Saheb (2015), é necessário que aconteça mudanças na formação desses profissionais, de modo a privilegiar o conhecimento sobre si e sobre o mundo, refletindo em um modo de ensinar transformador. Propostas quanto à formação desses profissionais vêm sendo discutidas há anos e sofrendo inúmeras reformulações. Dessa maneira, é necessária uma reflexão sobre a complexidade do processo de ensino e aprendizagem.

Algumas práticas pontuais de formação de professores, como a participação de palestras, conferências, congressos e simpósios, são importantes, porém, não substituem ações internas em prol da consolidação de políticas institucionais, transformando intenções em ações consolidadas.

A esse respeito:

Toda a prática educativa requer a existência de sujeitos que ensinam e aprendem os conteúdos, por meio de métodos, técnicas e materiais, e implicam em função do seu caráter diretivo, objetivos, sonhos, utopias, ideais. Daí a sua politicidade, qualidade que tem a prática educativa de ser política, de não poder ser neutra. (FREIRE, 1980, p. 78)

Importante ressaltar que, mediante o estilo de vida contemporâneo da população, com aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho e conseqüente modificações no padrão alimentar, os centros de educação infantil estão se tornando uma alternativa assistencial de crianças em idade pré-escolar, tornando-se, muitas vezes, responsáveis pela maior parte da alimentação oferecida diariamente. A vista disso, o monitoramento do estado nutricional de crianças, bem como a implantação de ações de Educação Nutricional (EN) são ferramentas necessárias à Vigilância Nutricional (PEREIRA et al., 2013).

A área educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo, tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (BRASIL, 2012a).

Guimarães (2011) afirma que na creche, o cuidar e o educar ainda são entendidos de forma desconexa, relacionando-se o cuidado à proteção, as demandas de alimentação, sono, higiene, proteção, disciplina e formação de hábitos saudáveis, e o educar ao ensinar, desviando as educadoras de uma educação global.

Entretanto, a Deliberação nº 02/2014, que trata de normas e princípios para Educação Infantil no Estado do Paraná, afirma que a educação infantil deve cumprir com as funções indispensáveis e indissociáveis de educar e cuidar. Salaria ainda, que a primeira etapa da Educação Básica é um direito inalienável às crianças de zero a seis anos, devendo proporcionar condições para promoção do bem-estar, desenvolvimento físico cognitivo, afetivo social, bem como estimular o conhecimento natureza sociedade (PARANÁ, 2014).

O documento ainda cita que os espaços para esta faixa etária devem ser reservados e de uso exclusivo, projetados para desenvolvimento integral respeitando suas necessidades e especificidades de acordo com a proposta pedagógica da instituição (PARANÁ, 2014).

5.2 Papel da escola na prática da alimentação infantil

O ambiente escolar, segundo o Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação é um indutor de práticas alimentares saudáveis e sua promoção na escola deve ser trabalhada com temáticas desde ações de educação alimentar e nutricional, com respeito à alimentação regional ao estímulo à produção de hortas escolares. Inclui a restrição ao comércio de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gorduras trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, verduras e legumes, assim como o monitoramento da situação nutricional dos escolares (BRASIL, 2008a).

Segundo Turano e Almeida (1999), a escola é um dos melhores locais para se promover a educação nutricional, porque nos permite trabalhar com crianças. Sabe-se que é nesta fase da vida do sujeito, a infância, que se fixam as atitudes e práticas alimentares difíceis de modificar na idade adulta.

A educação nutricional é notoriamente um instrumento de promoção da saúde através da construção de bons hábitos alimentares adquiridos principalmente na idade escolar. Ela deve ser fruto do conjunto de relações estabelecidas entre

diferentes agentes participantes do processo de aquisição de conhecimento: crianças, família, escola e nutricionistas (GONÇALVES, 2009).

As preferências alimentares que determinam que se goste de alimentos com sabor doce e salgado e que não se goste de alimentos com gosto amargo e azedo podem estar relacionadas a predisposições genéticas. No entanto, elas podem ser modificadas por experiências e influências do meio ambiente, onde os educadores e pais (e, eventualmente, toda a família) desempenham papel determinante no desenvolvimento das preferências alimentares das crianças (BERNARDI et al., 2010).

Verifica-se, portanto, a importância do olhar atento para o espaço da escola, o educador é o disseminador de conhecimentos e realizador de ações capazes de despertar o interesse e a participação de cada membro dessa comunidade. Este profissional é a chave da efetividade na implantação de projetos e, em consequência disso, faz-se necessário o treinamento e o adequado preparo do mesmo. Entretanto, existem lacunas na formação desses profissionais, referentes a temas voltados à promoção de hábitos alimentares saudáveis (BERNARDON et al., 2009).

Diante disso e o fato das crianças serem frequentadoras de creches públicas reforça-se a importância da capacitação dos profissionais que nelas atuam e que, eventualmente, são os responsáveis pela introdução da alimentação complementar (KOSHI et al., 2011).

O Censo Escolar de 2006 complementa que é perceptível a necessidade de ensinamentos voltados tanto para as educadoras sem formação específica como para aquelas com formação específica em pedagogia, já que não consta na grade curricular uma matéria específica sobre alimentação infantil (BRASIL, 2013).

Uma prática que também deve ser incentivada é a aquisição dos alimentos para as creches através da agricultura familiar. Agricultura Familiar constitui a base econômica de 90% dos municípios brasileiros e é uma forma onde predomina a interação entre gestão e trabalho, utilizando a família como mão de obra e, em alguns casos, completando com o trabalho assalariado. Essa produção é responsável por mais de 70% da plantação de alimentos no Brasil. Além disso, oferece 77% dos empregos rurais, totalizando 12,5 milhões de produtores (SOUZA-ESQUERDO; BERGAMASCO, 2014).

O mesmo autor informa que o programa voltado para o fortalecimento da agricultura familiar brasileira é o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que se

dá por meio da utilização de compras governamentais como mecanismos de estímulo e de garantia de melhores preços para alimentos provindos da agricultura familiar, criando um mercado institucional para tais produtos, inclusive as creches e escolas do município.

A Lei 11.947 de 16 de junho de 2009, criou um elo institucional entre a alimentação escolar e a agricultura familiar local e/ou regional por meio de alterações no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (BRASIL, 2009a).

Mas apesar da sua importância histórica, este setor é muitas vezes excluído das políticas públicas, uma vez que os recursos estatais são direcionados para as grandes propriedades monocultoras de produtos destinados, sobretudo, à exportação, ocupando agricultura familiar ocupa um lugar subalterno na sociedade (ACCARIN et al., 2012).

5.3 Alimentação complementar

A adequada alimentação e nutrição são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, como direitos humanos fundamentais para a base da vida (BRASIL, 2010b).

O aleitamento materno configura-se como elemento essencial para garantir o crescimento e o desenvolvimento psicológico e motor adequados, atender as necessidades nutricionais da criança, propiciar fatores de promoção e proteção para a saúde materno-infantil, reduzir a morbimortalidade na primeira infância, aumentar o vínculo afetivo e reduzir o gasto familiar (BELO et al., 2014).

É importante considerar que o aleitamento materno é uma estratégia na prevenção da obesidade infantil, visto que o leite materno possui as quantidades adequadas de energia e proteína, uma vez que as fórmulas infantis apresentam excesso calórico e proteico (BOSCO, 2010).

A necessidade do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ocorre até o sexto mês de vida, e após esta idade, indica-se a introdução da alimentação complementar, que contribui para atender as necessidades nutricionais da criança nessa nova fase de desenvolvimento, devendo o aleitamento ser ofertado em conjunto com os alimentos (BRASIL, 2009c).

Nas últimas décadas, houve mundialmente um progresso considerável em ações de incentivo e promoção do aleitamento materno, no entanto, o mesmo não é observado com relação à alimentação complementar, que habitualmente inicia-se

fora da época preconizada e, com frequência, balanceamento nutricional inadequado e com riscos de contaminação microbiológica (KOSHI et al., 2011).

O alimento complementar é qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite materno, oferecido à criança ainda em período de amamentação.

Importante destacar que, mesmo com a introdução dos alimentos, a criança deve continuar a ser amamentada até os dois anos de idade, pois a função da alimentação complementar não é substituir o leite materno, mas sim complementá-lo (ALVES et al., 2012).

Os alimentos complementares são subdivididos em duas categorias: alimentos transicionais – aqueles preparados exclusivamente para a criança e modificados para atender suas habilidades e necessidades – e alimentos complementares não modificados, consumidos pelos demais membros da família e que não recebem denominação específica, podendo ser classificados como alimentos familiares (MARTINS; HAACK, 2012).

A *World Health Organization* (WHO) através da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (2000) recomenda que a energia fornecida pela alimentação complementar seja de 250 kcal por dia para crianças de seis a oito meses de idade, 450 kcal por dia para crianças de nove a onze meses e de 750 kcal por dia para crianças de doze a 24 meses de idade. Além da energia total consumida, é importante estar atento à densidade energética da refeição, já que a capacidade gástrica (30-40 ml/kg de peso) de crianças de seis a 24 meses limita sua ingestão, ou seja, priorizar a oferta de alimentos nutritivos.

De acordo com as necessidades nutricionais do lactente, preconiza-se a introdução de alimentos de textura progressivamente menos homogênea, até à inserção na dieta familiar, que deverá ocorrer por volta dos doze meses de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

É crescente a aceitação por parte da sociedade e especificamente das mães, um método de introdução alimentar denominado *baby-led-weaning*, caracterizado pela alimentação guiada pelo bebê, deixando que ele explore os alimentos, sinta a textura, o cheiro e o gosto dos alimentos, em sua forma integral, conforme desenvolvimento neurosensorial da criança (RAPLEY, 2008).

Silva e Muller (2014) vêm a encontro deste método quando afirma que a introdução gradual de novos alimentos, de diferentes texturas e sabores, deve respeitar não só as características maturativas e neurosensoriais da criança, mas

também as questões culturais e socioeconômicas. Assim sendo, não existem regras rígidas, mas sim princípios gerais capazes de serem adaptados às recomendações e à realidade de cada lactente e seu agregado familiar.

O quadro 1 a seguir demonstra uma sugestão de evolução alimentar.

Quadro 1 – Sugestão da evolução alimentar conforme a faixa etária da criança no Brasil

Faixa etária	Tipo de alimento/por dia
Até o sexto mês	Leite materno
No sexto mês	Leite materno e frutas naturais
Do sexto ao sétimo mês	Uma fonte salgada como vegetais, ovos e suco de frutas <u>naturais</u>
Do sétimo ao oitavo mês	Segunda fonte salgada no mesmo dia, <u>alem dos alimentos acima</u>
Do nono ao décimo primeiro mês	Gradativamente passar para a comida da família (variedade e consistência)
No décimo segundo mês	Comida como da família – saudável

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

5.4 Alimentação saudável e prevenção de doenças

O início da alimentação complementar precocemente, ou seja, anteriormente ao sexto mês de vida da criança, relaciona-se com o aumento de risco e da frequência de infecções gastrointestinais, devido à diminuição dos fatores protetores do leite materno e também à introdução de água e alimentos contaminados (BRASIL, 2002).

Nesse período, podem ocorrer quadros de diarreia com uma certa frequência podendo propiciar a desnutrição, comprometendo o sistema imunológico. O lactente desnutrido torna-se mais susceptível a adquirir outras enfermidades, estabelecendo-se um ciclo de desnutrição e infecção que aumenta a mortalidade infantil.

Torigoe et al. (2012), descreve que o aumento da morbimortalidade infantil deve-se a uma menor ingestão dos fatores de proteção presentes no leite materno, tornando a criança mais susceptível a doenças infecciosas e a desnutrição, principalmente naquelas que residem em locais com precárias condições de higiene.

Sabe-se que a introdução precoce de líquidos ou sólidos é desnecessária, pois diminui a duração e frequência do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes como ferro e aumenta a morbimortalidade infantil.

A exposição precoce a proteínas diferentes das encontradas no leite humano está associada ao aumento do risco do Diabetes *Mellitus* e de doenças atópicas como a asma, cujo efeito parece persistir pelo menos até a primeira década de vida da criança, bem como outros tipos de alergias. Alguns alimentos são considerados especialmente alérgenos, como ovos, oleaginosas, frutas cítricas, peixes e leite de vaca, sendo que este último é responsável por 20% das alergias alimentares e, por isso, não é recomendado antes dos doze meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Schincaglia et al. (2016), destaca a importância da adequada transição entre o AME e a alimentação da criança, a qual pode trazer intercorrências, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico.

O autor ainda afirma que, a introdução precoce da alimentação complementar pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, ocupação no lar, baixa renda, ausência de companheiro, gestante-mãe fumante e/ou etilista, não realização do pré-natal, baixo peso ao nascer e uso de artefatos (chupeta e/ou mamadeira).

Semelhantemente, deficiências nutricionais resultantes da introdução alimentar tardia, caracterizada após os oito meses de idade, podem acarretar prejuízos imediatos que elevam as taxas de doenças e óbitos infantis e podem resultar em sequelas como retardo no crescimento, atraso escolar, além de maior risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas na idade adulta (LIMA et al., 2011).

De forma simples, mas significativa, Martins e Haack (2012) declaram que estimativas recentes sobre as principais causas de morte de crianças em todo o mundo mostram que muitos óbitos poderiam ser prevenidos com a combinação de AME até os seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2012), a alimentação complementar deve ser ofertada pela seguinte composição: frutas, preferencialmente sob a forma de papas e sucos, sempre em colheradas e os sucos naturais devem ser usados após as refeições principais e não em substituição a estas, numa dose máxima de 240 ml/dia (copo americano).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) orienta que a papa salgada deve ser planejada seguindo a regra 3:1:1:1, ou seja, os alimentos na mistura devem seguir a proporção de para cada 3 partes do alimento base (cereal, raiz ou tubérculo), colocar 1 parte de alimento proteico (origem animal), 1 de origem vegetal (leguminosas) e 1 parte dos outros alimentos (hortaliças), conforme o quadro 2.

Não há restrições à introdução concomitante de alimentos diferentes. A carne, na quantidade de 50 a 70 g/dia (para duas papas), não deve ser retirada após o cozimento, mas sim picada, tamisada (cozida e amassada com as mãos) ou desfiada, e é fundamental que seja oferecida à criança (procedimento fundamental para garantir a oferta adequada de ferro e zinco) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Quadro 2 – Sugestão de alimentos e suas proporções para a composição da papa salgada durante a introdução alimentar da criança no Brasil

Cereal ou Tubérculo +++	Leguminosa +	Proteína animal +	Hortaliça +
- Arroz - Milho - Macarrão - Batata - Mandioca - Inhame - Cará	- Feijão - Soja - Ervilha - Lentilha - Grão-de-bico	- Carne bovina - Vísceras - Frango - Ovos - Peixe	- Legumes - Verduras

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

Uma das características específicas da fase pré-escolar é a rejeição por alimentos novos pelo temor ao desconhecido. Trata-se de uma etapa normal do processo de maturidade no aprendizado da alimentação (BOSCO, 2010).

Recomenda-se que os alimentos sejam oferecidos separadamente para que a criança identifique os vários sabores. A comida deve ser amassada, sem peneirar nem liquefazer. Não se deve retirar a carne, assim como as fibras (VITOLLO, 2008).

Na tentativa de melhorar a aceitação do lactente aos novos alimentos, não se deve acrescentar açúcar ou leite nas refeições, pois prejudica a adaptação da criança às modificações de sabor e consistência das dietas. Além disso, é importante dar água potável, já que os alimentos oferecidos ao lactente apresentam

maior sobrecarga de solutos para os rins (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Não é recomendado oferecer leite de vaca a menores de um ano, uma vez que seu uso pode estar associado à perda sanguínea fecal e deficiência de ferro. Deve-se evitar também fornecer bebidas açucaradas (refrigerantes e outras), responsáveis por diminuir o apetite da criança para alimentos mais nutritivos e podendo causar fezes amolecidas. Chá e café também são desaconselháveis, pois podem interferir na absorção de ferro (BRASIL, 2002).

Produtos ultra processados não devem ser oferecidos a criança por não contribuírem para a adequação nutricional da alimentação complementar. A presença desses produtos caracteriza uma prática inadequada devido à alta concentração de açúcar, gordura e sal em pequenas porções do alimento, o que representa elevada densidade energética, muitas vezes, baixos teores de micronutrientes (OLIVEIRA et al., 2015).

5.5 Nutrição da criança brasileira

A redução da prevalência da desnutrição e o predomínio do excesso de peso em crianças e adolescentes ocorreram de forma crescente no mundo. No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) realizada em 2008/2009 informou que uma a cada três crianças de cinco a nove anos estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Fatores que podem causar o excesso de peso são: aumento do consumo de alimentos com alto teor lipídico, sacarose e sódio; redução do consumo de cereais integrais, frutas e hortaliças, e a inatividade física devido ao uso de computadores, jogos eletrônicos e televisores (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

A qualidade nutricional é outro risco, ressaltando a necessidade aumentada de micronutrientes como vitaminas e oligoelementos. Vários estudos revelam inadequações alimentares nas primeiras fases da vida, como baixa oferta de AME e introdução precoce de alimentos na alimentação do lactente (BRASIL, 2009d; CAETANO et al., 2010; GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011).

Bernardi et al. (2011) e Tavares et al. (2012) relatam que ainda é frequente o consumo insuficiente de cálcio, ferro e certas vitaminas, e a deficiência de um ou mais micronutrientes sem sinais aparentes – denominado de “fome oculta” por Ramalho (2009) que ocorre independente do peso da criança.

Nos últimos anos, houve mudanças significativas nos hábitos alimentares da população, principalmente em relação à substituição de alimentos caseiros e naturais por alimentos industrializados.

Vários fatores contribuíram para tais mudanças, entre eles a influência do mercado publicitário, a globalização, o ritmo acelerado de vida nas grandes cidades, o trabalho da mulher fora do lar, além do desenvolvimento econômico e social que contribuiu para o acesso aos alimentos prontos para o consumo (TOLONI et al., 2011).

À medida que a sociedade desperta para o caráter essencial da nutrição adequada e busca, nos caminhos da alimentação saudável, a via de acesso mais segura à saúde, a nutrição infantil surge como prioridade no horizonte da saúde pública.

No Brasil, ocorrem ações de promoção da amamentação e alimentação complementar, iniciadas no começo dos anos 2000, sendo a mais recente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem por objetivo promover a prática da amamentação e da alimentação complementar saudável na Atenção Básica (OLIVEIRA et al., 2015).

Como forma de ação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) elaborou, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) já em sua segunda edição, recomendações expressas em “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos”, publicadas em um manual técnico para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis, descritos abaixo:

- a) passo 1: dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos;
- b) 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;
- c) passo 3: após os seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada;
- d) passo 4: a alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;

- e) 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;
- f) passo 6: oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é, também, uma alimentação colorida;
- g) passo 7: estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
- h) passo 8: evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
- i) passo 9: cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
- j) passo 10: estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Estas recomendações resumem de forma prática e objetiva como deve ser composta a alimentação das crianças nesta faixa etária e acredito ser uma boa ferramenta de base para os educadores infantis.

Uma outra preocupação vista pelos órgãos governamentais de saúde, é a segurança alimentar e nutricional (SAN), que vem ocupando lugar importante na agenda política do Brasil.

Trata-se de um conceito complexo, em construção. A expressão foi consagrada e formalizada na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional:

A SAN é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis. (BRASIL, 2006b, online).

A SAN abarca dois componentes: a inocuidade das preparações e a ausência de aditivos na alimentação. O uso de água própria para consumo humano para higiene e preparo das refeições, assim como a limpeza de utensílios como

mamadeiras e/ou copos com bicos, são fatores cruciais para o alcance da inocuidade da alimentação (BRASIL, 2010b).

Quando se evita o consumo de alimentos ricos em aditivos, como corantes artificiais, diminui-se o risco da criança desenvolver hipersensibilidade alimentar. Diversos estudos apontam reações adversas aos aditivos, quer seja aguda ou crônica, tais como reações tóxicas no metabolismo desencadeantes de alergias, de alterações no comportamento, em geral, e carcinogenicidade a longo prazo (POLÔNIO; PERES, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2011).

Em um estudo sobre alimentação infantil e hiperatividade, Feingold (1975) constatou que a retirada de aditivos alimentares, como corantes e conservadores artificiais, resultou em uma melhora comportamental em 30 a 50% dos participantes.

Bosco (2010) sugere relação entre o aumento da incidência de doenças alérgicas em crianças à medida que houve mudanças nos hábitos alimentares, com alimentos consumidos pela sociedade cada vez mais processados e industrializados. Esta doença possui um impacto médico, financeiro e social considerável nas crianças menores e suas famílias.

As crianças e os idosos por possuírem uma metabolização do organismo menos eficiente, são mais vulneráveis à ação dos xenobióticos (denominação dada ao conjunto de produtos estranhos à composição normal de um alimento ou da água, como antibióticos, praguicidas, produtos de cloração da água e metais pesados, como chumbo, cádmio, mercúrio, etc) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A ingestão de alimentos contaminados por anabolizantes, por exemplo, pode levar ao aparecimento de puberdade precoce, avanço no crescimento ósseo e câncer de fígado e pâncreas. Já os praguicidas, são responsáveis por 700.000 casos de dermatose, 37.000 de câncer e 25.000 casos de sequelas neurológicas a cada ano.

No Brasil há escassez de dados estatísticos e de informações sobre que alimentos deveriam ser evitados para crianças, especialmente de baixa idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Assim sendo, os governos podem encorajar escolhas melhores para a saúde das pessoas através de processos de regulamentação de determinados produtos que resultam em prejuízo para a saúde e, desta forma, intervenções governamentais que ajudem as pessoas a controlar comportamentos que coloque sua própria saúde

em risco não podem ser entendidas como restrições à liberdade de escolha individual (BRASIL, 2006c).

É válido destacar, que um Estado é juridicamente obrigado a implementar medidas destinadas ao gozo dos direitos humanos, inclusive o direito à alimentação adequada e o direito ao mais alto padrão de saúde possível, contidos na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), artigo 24 e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PICESCR), nos artigos 11 e 12 (ENGESVEEN, 2005).

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 Cenário do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Foz do Iguaçu, localizada na região Oeste do Estado do Paraná, Brasil, com uma população estimada em 256.088 mil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

O município está organizado em cinco regiões, denominadas Distritos Sanitários (DS) (FOZ DO IGUAÇU, 2013), que são:

- a) norte - compreende a região da Vila C, Porto Belo e Associação dos Jardim Karla, Laranjeiras e Petrópolis (AKLP);
- b) nordeste - compreende a região de Três Bandeiras, Três Lagoas e Sol de Maio;
- c) oeste - compreende a região central da cidade;
- d) leste - compreende a região do Morumbi, Jardim São Paulo e Campos do Iguaçu;
- e) sul - compreende a região do Profilurb e Carimã.

Atualmente, Foz do Iguacu conta com 20 CMEI's, compostos por turmas de berçário, maternal I e II, tendo em média 964 crianças entre seis meses e até três anos de idade. Destes 20 centros que funcionam em período integral, treze incluem turmas de berçário I, como demonstra a tabela 1, que atendem a crianças a partir de seis meses de idade, podendo variar até dois anos ao final do ano letivo, conforme idade matriculada. Os demais funcionam somente com atendimento de maternal I e II.

Quadro 3 – Distribuição dos Centros Municipais de Educação Infantil com berçário I por Distrito Sanitário de Foz do Iguaçu, 2015

CMEI	BAIRRO	DS
Amor Perfeito	Cidade Nova II	Norte
Dom Olivio Fazza	Porto Belo	Norte
Flor de Lis	Vila C Nova	Norte
José Bento Vidal	Vila C Velha	Norte
Professora Nilva de Jesus	Jardim Karla	Norte
Bárbara Januário Matos	Morumbi II	Leste
Maricota Basso	Jardim São Paulo II	Leste
São Francisco	Morumbi II	Leste
Novo Horizonte	Jardim Novo Horizonte	Sul
Ozíres dos Santos*	Profilurb I	Sul
Ariano Suassuna *	Porto Meira	Sul
Victorio Basso	Parque Imperatriz	Oeste
Jardim Lindoia	Jardim Lindoia	Oeste

Fonte: Foz do Iguaçu (2015).

6.2 Participantes da pesquisa

Essa pesquisa teve o interesse de entrevistar as educadoras das turmas dos berçários pelo fato dos alunos desta idade abrangerem a fase da alimentação complementar.

Para identificação das unidades que possuíam berçário, inicialmente solicitou-se à Coordenação Pedagógica dos CMEI's a relação nominal de todas as unidades que possuem berçário I, totalizando treze Centros Municipais de Educação Infantil onde em cada turma atuam dois profissionais da educação, perfazendo um grupo de 26 educadores, todas do sexo feminino, sem intenção.

Cada educadora cumpre uma jornada de trabalho diferente afim das crianças possuírem supervisão integral, uma profissional cumprindo o horário das 7h30 às 16h30 e outra das 8h às 18h, ambas com uma hora de almoço, escolhida entre elas de forma alternada.

Apesar do município, atualmente, contar com vinte e seis educadoras, para esta pesquisa foram contatadas vinte e uma, pois as demais não se apresentavam no local no momento da entrevista devido férias ou licença saúde.

O critério de inclusão para participação do educador foi de no mínimo seis meses de atuação na educação infantil com crianças de seis meses a dois anos de idade, por não se tratarem de profissionais temporários e poderem relatar com mais significância sua realidade no local.

6.3 Delineamento da pesquisa

O delineamento adotado nesta pesquisa para identificar o conhecimento e a prática da alimentação complementar foi através de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa.

6.4 Método da pesquisa

Tratou-se de estudo qualitativo por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste numa forma de análise de dados, que representa o pensamento coletivo, onde um discurso síntese agrega o conteúdo de discursos semelhantes emitidos por pessoas distintas, de modo que cada sujeito contribui para a construção do DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Os Discursos do Sujeito Coletivo formam um painel de representações sociais sob a forma de discursos que buscam, com base numa série de artifícios metodológicos, resgatar o pensamento coletivo de uma forma menos arbitrária do que geralmente ocorre em uma pesquisa qualitativa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

As representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social. As perguntas devem ser estrategicamente compostas, de modo a fazer com que as respostas dos indivíduos constituam o melhor acesso possível às representações sociais (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

6.5 Coleta de dados

A pesquisa com os educadores foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice A), com questões tanto abertas quanto objetivas, versando sobre os dados de identificação como sexo; idade; local e qualificação profissional.

As questões abertas abordaram o conhecimento das educadoras sobre alimentação complementar; prática da alimentação nos centros de educação infantil, facilidades e dificuldades na introdução alimentar a partir dos seis meses de vida; qualificações técnicas dos funcionários; necessidade de capacitação dos profissionais; demanda de formação continuada e relações dos profissionais com a família da criança. Ainda, foram identificados os alimentos ofertados às crianças.

As entrevistas foram realizadas nas dependências dos CMEI's, após contato prévio com a Secretaria de Educação, apresentação da pesquisa e exposição do tema e justificativa. A nutricionista responsável pelos cardápios das creches municipais também foi informada sobre a pesquisa pela própria secretaria. Após esta permissão e com a autorização assinada pela chefe de divisão e supervisão dos CMEI's (Apêndice B), foi dado início as visitas aos locais.

A fim de fornecer subsídios para o aprimoramento de sucessivas versões do questionário e viabilidade da pesquisa na escola, foi realizado um pré-teste no primeiro semestre de 2015, conforme Apêndice C. Posteriormente, o instrumento de coleta de dados foi avaliado por um grupo de especialistas.

Ao chegar aos CMEIs, a diretora do local era contatada para obtermos seu consentimento e liberação para entrada e no mesmo instante solicitado a possibilidade de realizarmos as entrevistas. Em alguns locais, era permitida a entrada na sala de aula junto com a turma e em alguns locais, as professoras eram convidadas a participarem chamando-as até o refeitório. Em varias situações coincidiu-se o horário das entrevistas com o horário das refeições das crianças, onde foi feita uma análise visual dos alimentos ofertados.

As educadoras foram antecipadamente questionadas quanto a disponibilidade em colaborar na pesquisa para que não houvesse interferência nas atividades escolares e todas as contatadas aceitaram participar da pesquisa. As respostas das entrevistas eram anotadas em papel pelo entrevistador de forma descontraída, evitando qualquer constrangimento e tensão aos entrevistados. As visitas foram feitas pelo pesquisador e auxílio de uma aluna de graduação de enfermagem da mesma universidade no primeiro semestre de 2016.

6.6 Aspectos éticos

Este estudo respeitou as normas da Resolução nº 466/2012 de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), respeitando o Código de Ética dos Profissionais de Nutrição, regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Nutricionista – número 334/2004 (CONSELHO NACIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2004), trilhando os caminhos da Bioética, visto que, como ciência envolve o conhecimento biológico associado aos conhecimentos dos sistemas de valores humanos.

Conforme a legislação da pesquisa com seres humanos, a coleta de dados desse projeto foi realizada após a autorização da Secretaria Municipal de Educação de Foz do Iguaçu e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/UNIOESTE) – sob o parecer de número 1.104.420, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (apêndice D), uma para o pesquisador e outra para os participantes da pesquisa.

6.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados relativos à caracterização dos participantes, foram realizados cálculos feitos mediante fórmulas apresentadas através de tabelas construídas por meio do programa Microsoft Office – Excel for Windows®. Para cálculo de porcentagens, utilizou-se estatística descritiva.

Para análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método do DSC, que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados e tem como fundamento a teoria da Representação Social. Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos (LEFÈVRE; LEFÈVRE; 2014).

Ainda segundo os mesmos autores, o DSC utiliza quatro figuras metodológicas ou operadores do DSC chamadas Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs), Ancoragem (AC) e o DSC.

As ECHs são trechos do discurso que revelam a essência do depoimento e descrevem o conteúdo da argumentação. Com base nas ECHs são constituídas as ICs e as ACs, sendo que as ECHs revelam *como* o indivíduo pensa.

As ICs correspondem a uma síntese feita pelo pesquisador do discurso emitido pelo sujeito. Não se trata de uma interpretação, mas da descrição do sentido do depoimento. As ICs revelam *o que* as pessoas pensam.

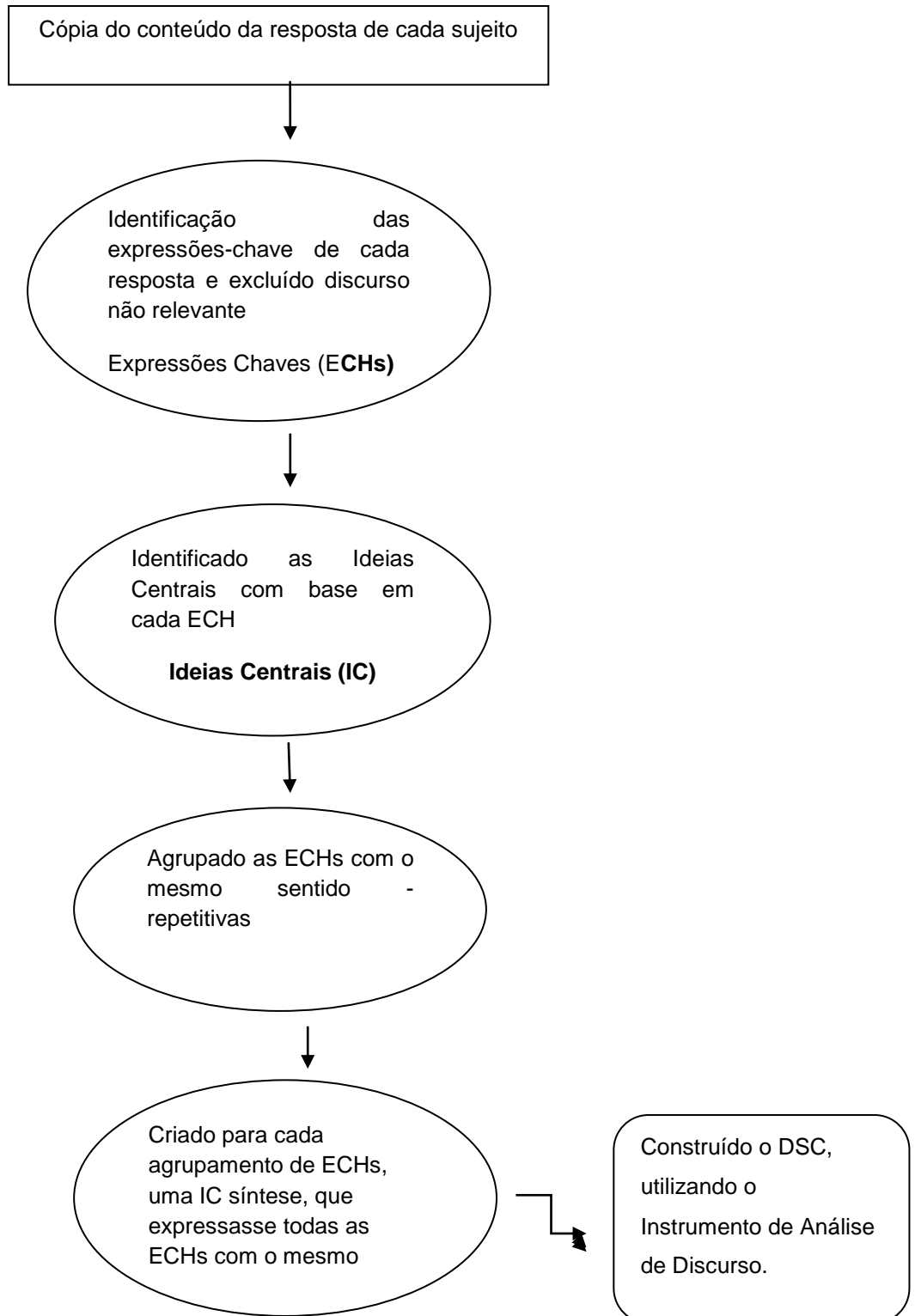
A AC é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso que é professada pelo sujeito.

Após a identificação das ICs e das ACs, as que tiverem o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar são agrupadas em categorias. Essas categorias devem ser nominadas de forma que expressem da melhor maneira possível todas as ICs e ACs com o mesmo sentido, para proceder a construção do

DSC. Nesta pesquisa, as ancoragens não surgiram nos discursos, e, portanto, esta figura metodológica não foi utilizada.

Desta forma, as entrevistas foram analisadas seguindo as etapas propostas pelo DSC, conforme a figura 1 abaixo:

Figura 1 – Fluxograma da utilização da técnica e análise do DSC



Para construção do discurso foi necessário lançar mão de algumas regras: ter começo, meio e fim; ir do mais geral para o menos geral e mais particular; proceder à normalização a fim de desparticularizar o depoimento, evitar repetições de idéias, tornar o discurso conciso e coeso utilizando todo o material das ECHs e buscando a semelhança com um discurso individual (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Desta forma, o DSC é um discurso-síntese, construído com base nas ECHs dos discursos individuais semelhantes ou complementares emitidos pelos sujeitos da pesquisa respondendo sobre determinado tema, no caso em questão, a alimentação complementar. O discurso das educadoras foi redigido na primeira pessoa do singular, expressando o pensamento que é compartilhado social e coletivamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os dados como idade e nível de escolaridade dos vinte e um sujeitos participantes deste estudo: as educadoras infantis das salas de berçário I dos CMEI'S de Foz do Iguaçu 2015.

Na sequência, são apresentadas as discussões dos dados qualitativos, com os discursos e ideias centrais das educadoras infantis acerca da alimentação complementar nos CMEI'S.

A seguir apresentam-se os dados que caracterizam o perfil da população nas unidades pesquisadas.

7.1 Análise dos dados de caracterização dos participantes da pesquisa

A caracterização dos sujeitos deste estudo, conforme evidencia a tabela 1, aponta para uma totalidade feminina e em sua maioria jovens e com o ensino superior concluído.

Tabela 1 – Identificação dos educadores dos berçários do município de Foz do Iguaçu, 2016

Variáveis	N=21	%
Idade		
Até 25 anos	06	28,5
26-30 anos	03	14,2
31-35 anos	04	19,0
36-40 anos	04	19,0
41-45 anos	01	4,7
46-50 anos	01	4,7
51-55 anos	01	4,7
56-60 anos	01	4,7
Escolaridade		
Ensino médio completo	03	14,2
Ensino superior incompleto	03	14,2
Ensino superior completo	11	52,3
Pós-graduação incompleta	01	4,7
Pós-graduação completo	03	14,2

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A feminização da docência não é um evento recente. Desde a criação das primeiras escolas normais no século XIX, mulheres são recrutadas, e a própria escolarização da mulher ocorreu por expansão nos cursos de magistério, permeada

pela representação do trabalho docente como um prolongamento das atividades maternas (GATTI, 2010).

Grande parte das profissionais possuem idade de até vinte e cinco anos, refletindo mulheres mais jovens no cuidado diário das crianças nas creches. Souza et al. (2013) identificou em sua pesquisa sobre a avaliação do conhecimento de 304 professoras sobre aleitamento materno e alimentação complementar em Uberlândia – Minas Gerais um quadro semelhante, onde relata que as educadoras eram as profissionais mais novas (menor mediana de idade) e quanto à escolaridade, 153 (51%) funcionárias tinham formação de ensino superior completo.

No que diz respeito a suas formações acadêmicas nesta pesquisa, grande parte das educadoras possuem ensino superior completo. No município de Foz do Iguaçu, especificamente, há um incentivo para que o Educador Infantil Júnior seja habilitado no curso superior de Pedagogia ou Normal Superior, para dar seguimento na progressão de carreira respectivamente nos cargos de Educador Infantil Pleno e Sênior que, de fato, está pautada na Emenda Constitucional nº53/2006 (BRASIL, 2006a) que reforça os dispositivos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996).

O Plano Nacional de Educação (PNE) vigente de 2014 estabelece diretrizes, metas e estratégias de concretização no campo da educação, de modo que os planos dos municípios devem ser consonantes com o PNE. Dentre suas metas está a pós-graduação dos professores da Educação Básica que, em 2014, tinha 31,1% dos profissionais especialistas, estabelecendo a meta de 50% até 2024 (BRASIL, 2014).

Os professores da Educação Infantil já superaram a meta do PNE em mais de 25%, pois, mesmo a maioria desses profissionais tendo entre um a cinco anos de atuação, já possuem qualificação e interesse em estar buscando especialização na área (BRASIL, 2014).

Davis et al. (2011) afirmam que a formação continuada profissional se faz necessária especialmente em razão das limitações da formação inicial do professor, suprimindo as lacunas que repercutem diretamente no seu trabalho e sua continuidade também confere valor à atividade docente.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2011), nos últimos anos, houve uma grande melhora na formação dos profissionais que trabalham com a Educação Infantil, com

redução do número de professores leigos, como consta no presente estudo. Entretanto, persiste a mentalidade de que creches e pré-escolas não necessitam de profissionais qualificados e bem remunerados, o que se contrapõe à importância de um trabalho educativo responsável pela construção da identidade das crianças brasileiras (KAGAN, 2011).

7.2 Análise dos dados dos alimentos ofertados às crianças pelos CMEI's

Referente aos alimentos ofertados pelos CMEI's e conduzidos pelas professoras às crianças verificou-se como indica a tabela 2, uma frequência diária de alimentos como carne, feijão, leite, chás e biscoitos e, apesar de relatado presença de verduras e legumes, foi observado ausência nos pratos durante o período da pesquisa.

Importante destacar a frequência de oferta de gelatina, refrigerante e doces em geral, que apesar desses dois últimos itens, serem justificados por somente em dias de festas, são alimentos que não deveriam ser dados a nenhuma criança abaixo de dois anos de idade, conforme Ministério da Saúde preconiza, por serem fontes de corantes, conservantes químicos, alto teor calórico e ausência de nutrientes.

Em um estudo transversal com 636 crianças (de zero a 36 meses) de berçários de creches do município de São Paulo – São Paulo, realizado por Longo-Silva et al., (2015) constatou-se que o refrigerante e suco industrializado foram consumidos inoportunamente antes do primeiro ano de vida por mais da metade das crianças estudadas, sendo que cerca de 10% o consumiram antes dos seis meses dado pela família. De acordo com Brasil (2012a) a alimentação complementar adequada deve incluir alimentos ricos em energia e micronutrientes (principalmente zinco, ferro, vitamina A, vitamina C, folato e cálcio), evitando-se alimentos industrializados, incluindo-se nas várias refeições diárias, frutas, verduras e legumes, de preferência os orgânicos e/ou agroecológicos.

Estudos em diferentes regiões do país observado por Vitolo et al. (2014), concluem que a alimentação complementar é de baixa qualidade, além de apresentar consumo frequente de farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinhos, refrigerantes e doces, entre crianças menores de dois anos. Dados nacionais obtidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2008a) mostram que além da elevada frequência de crianças que consumiam

alimentos de baixo valor nutricional, foi demonstrada também baixa frequência de crianças consumindo diariamente frutas, verduras e carnes.

Em relação à consistência dos alimentos, identificou-se nas turmas pesquisadas, que os alimentos eram ofertados na forma de papa ou alimentos bem cozidos para todos. Os alimentos são dados pelas professoras, alternadamente entre as crianças, iniciando pelo de menor idade.

Durante as visitas foi perceptível a dificuldade que as educadoras possuem nesta refeição, uma vez que todas as crianças já apresentam sintomas de fome, como irritação e sono e há somente duas profissionais para toda turma. Foi dada a informação que, se há algum trabalhador mesmo de outro setor por perto, é solicitado auxílio nesses momentos.

A consistência das dietas foi avaliada segundo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O guia recomenda que a consistência evolua de acordo com a idade, iniciando-se com alimentos amassados e consistentes, depois triturados, picados e, por último, com a consistência da dieta da família.

Em um estudo sobre alimentação complementar e estado nutricional das crianças menores de dois anos na cidade de Acrelândia – Acre (GARCIA; GRANADO; CARDOSO, 2011) foi visto que as crianças começam a introdução com alimentos pastosos, mas não evoluem de maneira progressiva. Esse fato é preocupante, pois, quanto mais pastosa ou líquida a consistência do alimento, menor sua densidade energética e nutricional.

Tabela 2 – Alimentos ofertados para as crianças dos berçários nos CMEI's do município de Foz do Iguaçu, 2016

Variáveis	N	%
Alimentos introduzidos		
Verduras e legumes	21	100
Feijão	21	100
Carne Bovina	21	100
Leite não materno, queijo e iogurte	21	100
Chás	21	100
Água	21	100
Biscoito industrializado	21	100
Carne de frango	20	95,2
Paes e cereais (polenta, quirera, etc)	20	95,2
Fruta in natura	20	95,2
Gelatina	19	90,4
Ovo	18	85,7
Açúcar e doces	16	76,1
Suco natural	15	71,4
Refrigerante	10	47,6
Outros alimentos (mucilon por ex)	10	47,6
Papa de frutas	08	38,0
Frituras	05	23,8
Figado	06	28,5
Salgadinho (chips)	06	28,5
Cafe	03	14,2
Peixe	00	00
Mel	00	00
Macarrao Instantaneo	00	00

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

7.3 Análise e discussão dos discursos

Na sequência, apresentam-se os discursos que emergiram do material verbal coletado dos depoimentos das educadoras. O quadro abaixo demonstra as questões norteadoras e suas ICs correspondentes:

Quadro 4 – Panorama geral dos resultados: questionamentos e idéias centrais identificadas durante as entrevistas com as educadoras dos CMEI's do município de Foz do Iguaçu, 2016

Questões Norteadoras	Ideias Centrais
Definição da alimentação complementar	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação variada como a da família • Introdução da alimentação de forma gradual • Um reforço para o leite que já recebe
Influência da AC no estado nutricional, físico e motor da criança	<ul style="list-style-type: none"> • As crianças comem de tudo • Importante para a saúde e desenvolvimento das crianças
Modo de administração dos alimentos as crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Todos ajudam a dar a comida para as crianças • O cardápio já vem pronto
Idade adequada para iniciar a IA	<ul style="list-style-type: none"> • Variação na idade adequada para a introdução de alimentos • Opiniões Inadequadas da introdução em varias idades diferentes por motivos diferentes
Presença de avaliação de tolerância alimentar individual das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais que comunicam contra-indicação de alimentos
Alimentos que não podem ser ofertados às crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns alimentos não são ofertados • Livre demanda de acordo com a idade
Sobre os critérios para oferta de diferentes alimentos conforme idade	<ul style="list-style-type: none"> • Dado mesma alimentação para todos
Questionamento aos pais sobre os hábitos alimentares das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria dos casos sim
Cuidado em consumir alimentos na frente das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Eu me alimento em horário diferente
Presença de atividades na escola, ligadas à alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Esse tema é trabalho somente em ocasiões especiais e esporádicas
Necessidade de capacitação para os sobre o tema AC	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Interesse em cursos e capacitações do tema • A responsabilidade da alimentação das crianças não é do professor
Aptidão para lidar com dificuldades relacionadas à alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Não me sinto apta • Sente-se apta, mas insegura

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Quanto ao questionamento: “Para você, o que é alimentação complementar?” houve uma série de respostas de caráter discursivo que possibilitaram a formação de três DSCs, conforme quadro 5.

Quadro 5 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a definição de alimentação complementar nos CMEI’S

Ideias Centrais	Discursos do Sujeito Coletivo
IC 1	DSC 1
Alimentação variada como a da família	Eu penso que é quando envolve tudo, dar de tudo um pouco, frutas, legumes, verduras, sucos, arroz, feijão, fibras, proteínas que é importante para eles. Acho importante porque deixa o leite materno e começa a comer. Alimento que dá apos os 6 meses, como o alimento da familia.
IC 2	DSC 2
Introdução da alimentação de forma gradual	Começo da alimentação adequada. Que a criança tem que começar a comer muito pouquinho. Uma colher de sobremesa nos primeiros dias, sem açúcar e sem sal.
IC 3	DSC 3
Um reforço para o leite que já recebe	Para mim é um complemento com algum nutriente que está faltando. Maior variedade possível para dar a eles todas as vitaminas que precisam, uma multimistura.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Identifica-se na IC 1 uma abordagem generalizada do que se trata a alimentação complementar, de forma ampla e de igualdade do consumo alimentar da família.

Segundo Marinho et al. (2016), após o período de amamentação exclusiva, inicia-se a introdução da alimentação complementar. Nessa fase, o lactente entrará em um novo ciclo, no qual serão apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores que até então desconhecia. Portanto, define-se a alimentação complementar, como a alimentação no período em que outros alimentos, sólidos,

semi-sólidos ou líquidos são oferecidos à criança de forma evolutiva, em adição ao leite materno e não o substituindo de forma interrupta.

É importante referir que a introdução dos diferentes tipos de alimentos existentes deve levar em consideração uma série de fatores de ordem social e cultural, tais como costumes de cada região, questões socioeconômicas, temperamento da criança, disponibilidade do agregado familiar e ainda particularidades do lactente (ex: atopia, alergias alimentares, patologia específica, etc.) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Na IC 2 encontra-se um discurso onde as professoras explicitam a alimentação complementar como sendo o início da fase da alimentação de uma criança, devendo ocorrer de forma gradual, como recomendado, todavia relatado de forma como se a amamentação não fizesse parte da nutrição completa de um indivíduo. É pertinente lembrar que o aleitamento materno é fundamental para a saúde das crianças no primeiro ano de vida, por ser um alimento completo, fornecendo nutrientes e hidratação adequada – além de isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança.

Vargas e Soares (2012) abordam a importância da adequada transição entre o AME e a introdução de alimentos variados na alimentação da criança, a qual pode trazer intercorrências, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico.

Em relação a IC 3, surgiram indecisões sobre o que se referia o termo AC, sugerindo que se trata de um complemento nutricional específico para a criança. A introdução de alimentos diferentes do leite materno, antigamente segundo Euclides (2000), era denominada “desmame” e hoje, utiliza-se o termo “alimentação complementar”, pois desmame pode ser interpretado como a interrupção imediata do aleitamento materno, substituindo-o pelos “alimentos de desmame”, que pelo mesmo motivo hoje são chamados alimentos complementares ou alimentos de transição.

Desta forma, é fundamental considerar que a prática do AME até seis meses e a introdução da alimentação complementar de forma equilibrada depende, inicialmente, do esclarecimento dos conceitos envolvidos.

Quando tratado da importância da alimentação complementar, foram encontradas duas ideias coletivas, como descreve o quadro 6.

Quadro 6 – Ideias centrais e discursos do Sujeito Coletivo sobre a importância da alimentação complementar no estado nutricional, físico e motor da criança

Ideias centrais	Discursos do sujeito coletivo
<p style="text-align: center;">IC 4</p> <p style="text-align: center;">As crianças comem de tudo</p>	<p style="text-align: center;">DSC 4</p> <p>Foi feito uma cesta de doce porque é final do ano. Mesmo não sendo a favor, mas eles já vêm comendo isso. As vezes elas vêm comendo chips. A gente vê que quem come besteirinhas é mais difícil comer comida normal.</p>
<p style="text-align: center;">IC 5</p> <p style="text-align: center;">Importante para a saúde e desenvolvimento das crianças</p>	<p style="text-align: center;">DSC 5</p> <p>Fase mais importante, influencia para o resto da vida, porque é uma parte para o desenvolvimento deles. Acho que evita muitas doenças. Muito importante para uma vida saudável para não serem futuros obesos. Importante oferecer desde o começo. Importante eles comerem mesmo porque o leite materno não sustenta mais.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

O discurso (DSC4) da IC4, apesar de não corresponder ao questionamento feito, reflete uma realidade da alimentação infantil, com alto consumo de doces e alimentos industrializados, visto também na tabulação dos dados quantitativos deste estudo.

Tavares et al. (2012) alertam por meio de sua pesquisa sobre alimentação nas creches infantis no Estado do Amazonas, da necessidade de uma atenção especial para a ingestão elevada de energia das crianças, afim de prevenir o ganho de peso excessivo e suas consequências tais como obesidade e doenças cardiovasculares, assim como prevenção, desde a infância, de doenças crônicas não transmissíveis, que constituem grandes problemas de Saúde Pública na vida adulta.

Neste mesmo discurso, as educadoras descrevem o que vivenciam diante desta realidade, relatando que a principal consequência do consumo de alimentos energéticos não nutritivos é a diminuição da ingestão alimentar de alimentos saudáveis importantes para seu desenvolvimento.

Crianças que possuem este perfil de hábito alimentar, costumam ingerir ao longo da vida, porções e frequência não recomendada de alimentos não saudáveis,

tendo maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados á má nutrição, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e resistência á insulina.

Em um estudo de base populacional conduzido com 3.817 crianças menores de cinco anos de idade realizado por Matos et al. (2014), residentes na área urbana e rural de dez municípios da Bahia, de janeiro a fevereiro de 1996 e março de 1999 a março de 2000, demonstraram que os padrões alimentares das crianças investigadas já naquela época, apresentaram em geral, baixo consumo de leite materno aliado à baixa variabilidade de alimentos a partir dos seis meses de idade, indicando monotonia da dieta.

Esses achados reforçam a ideia de que são necessárias intervenções cada vez mais precoces para promoção de hábitos alimentares saudáveis como uma ferramenta para promover impacto positivo na prevenção de doenças.

Diante do mesmo questionamento, verificou-se como demonstra a IC 5, a importância de uma alimentação complementar na saúde e desenvolvimento das crianças. No seu discurso, permite-se identificar que uma boa alimentação das crianças fará parte da saúde integral por toda a vida.

Durante a pesquisa de campo, houve uma descrição analógica interessante de uma educadora, onde relatou o seguinte depoimento: “Minha mãe já dizia que a base da criança é a alimentação, como a fundação de um prédio” enfatizando a importância que a introdução alimentar possui na vida do ser humano.

Percebe-se também, a preocupação que uma má alimentação acarreta, contribuindo para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, inclusive a obesidade, demonstrando um bom nível de conhecimento sobre a importância da alimentação saudável.

No mesmo discurso, relata-se a necessidade da inclusão de alimentos para complementar o AME, uma vez que este já não é capaz, a partir dos seis meses, de nutrir integralmente uma criança.

Em um estudo realizado por Lima et al. (2011) que abrange esta transição do aleitamento materno e alimentação complementar, com 148 crianças de Belo Horizonte – Minas Gerais em 2004/05, que o AME encontra-se distante da recomendação de 180 dias. Nota-se um progressivo declínio da amamentação exclusiva com a idade, mesmo antes de seis meses de vida, caracterizando um quadro de introdução de alimentação complementar precoce, por meio da oferta de outros tipos de leite e alimentos não lácteos infantis.

Alves et al. (2012) percebeu que a prática do aleitamento materno, por mais de doze meses não veio acompanhada de uma alimentação complementar satisfatória, quando analisados o processo de introdução destes alimentos e a qualidade nutricional da dieta das crianças. De acordo com o mesmo autor, as mulheres ainda não são suficientemente orientadas quanto a oferta de alimentos complementares ao leite materno ou ainda não incorporaram conceitos importantes para a prática de uma alimentação saudável.

Um fator que contribui para os déficits no desenvolvimento motor é o excesso de peso, pois além de ser prejudicial à saúde, também limita o desempenho de tarefas motoras (LACERDA et al., 2014).

A obesidade infantil atinge crianças de ambos os sexos, diversas idades, etnias e renda familiar se constituindo um grave problema de saúde, contribuindo para antecipar doenças como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardíacas, osteoporose e câncer. O desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância é fundamental para a prevenção da obesidade na vida adulta (FILGUEIRAS et al., 2012).

As crianças desenvolvem esses hábitos nos ambientes em que elas passam mais tempo, como a sua casa, a escola e creches. Dessa forma, a garantia de um ambiente educacional e promotor de hábitos saudáveis relativos a alimentação e atividade física para as crianças que permanecem em período integral em creches constitui uma grande preocupação (PRETTO et al., 2014).

No que diz respeito da técnica utilizada para a oferta dos alimentos as crianças dos berçários, pode-se constatar, segundo o quadro 7, os seguintes depoimentos:

Quadro 7 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre como é feita a administração dos alimentos para as crianças nos CMEI's do município de Foz do Iguaçu-PR

Ideias centrais	Discursos do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 6</p> <p>Todos ajudam a dar a comida para as crianças</p>	<p style="text-align: center;">DSC 6</p> <p>A Professora dá na boca. É dividido, uma dá comida e outra dá leite. Como se fosse comida de casa, só três são triturados porque são bebês. Existe revezamento das crianças. E no chão, eu, a lactarista e outra professora ajuda. Enquanto eles não ficam sentados, segura no colo e dá papinha. Amassadinho com garfo, cada um tem sua vasilha separada. Uns três de uma vez. Mas alguns, já comem sozinhos.</p>
<p style="text-align: center;">IC 7</p> <p>O cardápio já vem pronto</p>	<p style="text-align: center;">DSC 7</p> <p>Cardápio é feito pela nutricionista do governo. Vem um cardápio pronto da prefeitura, mas falta bastante alimento.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Percebe-se através do DSC6 que não há um método padronizado para a oferta dos alimentos durante a estadia das crianças nos CMEIs. Verifica-se um predomínio de crianças dependentes para se alimentarem, assim como a necessidade, devido a essa situação, de mais profissionais para dar este auxílio, pois foi observado no momento das entrevistas, vários locais necessitando de ajuda para esta ação.

No DSC 7, as educadoras não responderam ao questionamento da ação da oferta das refeições, e sim da origem dos alimentos, demonstrando uma oposição quanto a responsabilidade sobre o alimento oferecido, havendo disparidade entre o conhecimento sobre sua origem, algumas relatando sendo do governo e outras da prefeitura do município.

A infância e a adolescência são fases da vida caracterizadas por muitas transformações. Ao longo dessas fases, a alimentação se desenvolve de formas diferentes e é influenciada pelos estágios de desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Segundo Vitolo (2008), a formação de hábitos alimentares inicia-se com a bagagem genética que interfere nas preferências alimentares e que sofre influências

do meio ambiente: tipo do aleitamento recebido nos primeiros meses de vida; maneira como foram introduzidos os alimentos complementares no primeiro ano de vida; experiências positivas e negativas com alimentos ao longo da infância; hábitos alimentares; condições socioeconômicas, entre outros.

A alimentação em grupo, principalmente na escola, favorece a modificação de hábitos alimentares, sendo importante a implantação de programas de educação nutricional nestas instituições para promover uma melhora na qualidade da alimentação infantil (VITOLLO, 2008).

Zaccarelli e Philippi (2005) avaliaram o momento das refeições em creches, observando a conduta dos educadores responsáveis pela oferta da alimentação e constataram como principais fatores negativos o fato deles não se sentarem à mesa com as crianças, deixando de fazer um trabalho educativo relacionado à alimentação naquele momento.

Silva, Costa e Giugliani (2016) refletem que o modo de alimentar as crianças é decisivo na formação do hábito alimentar, sobretudo as estratégias que os pais/cuidadores usam para estimular a alimentação.

Os mesmos autores destacam que a alimentação responsiva tem como princípios-chave: alimentar lenta e pacientemente e encorajar a criança a comer, mas não a forçar se a criança recusar muitos alimentos, experimentar diferentes combinações de alimentos, de gostos, texturas e métodos de encorajamento; minimizar distrações durante as refeições; fazer das refeições oportunidades de aprendizado e amor, falar com a criança durante a alimentação e manter contato olho a olho.

Cabe ao cuidador a responsabilidade de ser sensível aos sinais da criança e aliviar tensões durante a alimentação, além de torná-la prazerosa; enquanto é papel da criança expressar os sinais de fome e saciedade com clareza e ser receptiva ao cuidador.

Na sequência, no quando 8, é possível identificar a idade que as educadoras acreditam ser o ideal para que uma criança comece a se alimentar de alimentos sólidos.

Quadro 8 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a idade que acredita ser o adequado iniciar a introdução de alimentos em uma criança

Ideias Centrais	Discursos do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 8</p> <p>Variação na idade adequada para a introdução de alimentos</p>	<p style="text-align: center;">DSC 8</p> <p>Eu acredito varia entre quatro, cinco ou seis meses e até um ano. Se a criança mama no peito, até 5 meses não precisa nada, daí 5 meses começa fruta. É o que os pediatras orientam. Amassadinho e líquido e também se a criança tem dentinho. Mas eu acho que o bebê deve ficar no peito o máximo que puder e introduzindo comida quando entra no CMEI. Chá sempre é bom.</p>
<p style="text-align: center;">IC 9</p> <p>Opiniões Inadequadas da introdução em varias idades diferentes por motivos diferentes</p>	<p style="text-align: center;">DSC 9</p> <p>Na idade deles, 1 ano. Tendo dentinho, sabendo comer. Desde cedo, alguns antes de um ano. Depois dos 4 meses. Quatro meses, já dei para o meu filho porque o pediatra orientou isto.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Este questionamento costuma ser uma dúvida frequente e com diversas orientações diferentes por parte dos profissionais e também uma provável herança da cultura popular.

No estudo de Silva et al. (2014), constatou-se que a introdução da diversificação alimentar (DA) ocorreu, em média, aos seis meses. Os primeiros alimentos oferecidos foram as farinhas lácteas (18%), a canja com peixe (15%) e a sopa de legumes (14%), indo de encontro às recomendações da OMS. Contudo, observa-se que 42% dos lactentes foram inseridos precocemente na dieta familiar por volta dos sete meses.

Estes resultados vão de encontro a outro estudo, realizado em Belém – Pará, onde se observou o consumo precoce de leite de vaca e introdução de alimentos sólidos antes dos seis meses de vida. Registrou-se grande consumo de açúcar nas preparações consumidas por lactentes com quatro meses de idade (82.5%), certamente pela ingestão inadequada de refrigerantes, café, achocolatados, bolachas, biscoitos recheados e mingau (MARQUES et al., 2013).

Estudos nacionais apontam a curta duração do AME (1,4 meses) (BRASIL, 2008b) e a introdução precoce de alimentos, como outros leites a partir do primeiro mês (18%), comida de sal a partir do terceiro mês (21%) e alimentos açucarados entre o nono e o 12º mês (11,6% – refrigerantes e 71,7% – iscoitos/salgadinhos).

Outras inadequações como a consistência dos alimentos apresentando-se altamente liquidificados e o consumo excessivo de sal também foram verificados (BRASIL, 2009c; PARADA; CARVALHAES; JAMAS, 2007; PORTELLA; MORAIS; MORAIS, 2010).

Destaca-se a importância de cada criança ser tratada conforme sua individualidade, e neste sentido, uma avaliação específica sobre a presença de reações relacionadas aos alimentos é fundamental. Conforme o quadro 9, as educadoras foram questionadas sobre a presença desta verificação com os pais ou responsáveis no momento que a criança adentra no CMEI.

Quadro 9 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença de uma avaliação individual da criança para identificar se há alguma contra-indicação alimentar (intolerância, alergia, etc)

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 10</p> <p>Os pais que comunicam a presença de contra-indicação de alimentos</p>	<p style="text-align: center;">DSC 10</p> <p>Os pais avisam na hora da matrícula. A criança que não toma o leite, os pais mandam o que ela pode tomar. Não, só quando a mãe avisa. Geralmente, a informação vem de nutricionista ou médico que a mãe leva ou se a gente avisa.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Observou-se que não há protocolo específico para análise de situações especiais na alimentação das crianças, mas na maioria dos CMEIs, os pais comunicam no momento da matrícula caso haja alguma particularidade. De qualquer forma, quando há contra-indicação de algum alimento ou vários por parte da criança, não há procedimentos específicos pré-determinados para instruir a educadora, nem aplicação de cursos a respeito do tema intolerâncias e alergias alimentantes.

As intolerâncias e alergias alimentares é uma questão de saúde pública que tem aumentado significativamente na última década em todo o mundo, afetando a qualidade de vida dos consumidores e fazendo demandas crescentes sobre os

recursos dos serviços de saúde. Apesar dos recentes avanços em muitas áreas de diagnóstico e tratamento, o conhecimento geral dos mecanismos básicos da doença permanece limitado, isto é, não avança no mesmo ritmo exponencial de novos casos e chegada de novas tecnologias (ALCOCER; ARES; LOPEZ-CALLEJA, 2016).

No quadro 10, identifica-se quais alimentos as educadoras evitam oferecer as crianças de forma geral.

Quadro 10 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a existência de alimentos que não podem ser dados para as crianças. Quais e o porquê

Ideias Centrais	Discursos do sujeito coletivo
<p style="text-align: center;">IC 11</p> <p>Alguns alimentos não são ofertados</p>	<p style="text-align: center;">DSC 11</p> <p>Só oferecemos o que a prefeitura envia (o que vem do lactário, comem tudo) ou os pais em dia de festa e sexta-feiras pirulitos. A nutricionista que faz o cardápio. Foi diminuído o sal, fritura, bolo com glacê, salgadinhos, pipoca, bolacha recheada porque faz mal. Geralmente o que a nutricionista pede para não dar, mas há exceções, como industrializados e refrigerantes.</p>
<p style="text-align: center;">IC 12</p> <p>Livre demanda de acordo com a idade</p>	<p style="text-align: center;">DSC 12</p> <p>Acho que conforme vai crescendo pode ser dado qualquer alimento. Se não tiver alergia e a família tiver de acordo.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Na IC 11, acerca dos alimentos que não devem ser dadas as crianças, houve um discurso (DSC 11) semelhante ao que o Ministério da Saúde orienta, não devendo ser oferecidas preparações contendo sal, açúcar e gordura em excesso. Todavia, verificou-se que apesar de saberem quais alimentos não devem ser ofertados, a presença dos produtos industrializados e não saudáveis, aparece com frequência no ambiente em festas escolares.

Identificou-se também, um descompromisso das educadoras com a alimentação das crianças, repassando a responsabilidade somente para os encarregados pela produção dos alimentos e nutricionista, distanciando o educador como promotor da saúde na escola. Relevante apontar que o município conta com

apenas uma nutricionista para produção do cardápio dos CMEI's, aquisição dos alimentos e supervisão do estado nutricional das crianças.

Dando sequência no questionamento sobre os alimentos que não devem ser dados as crianças, identifica-se conforme IC 12, um conceito de alimentação livre, no qual restrições alimentares só devem ocorrer em casos patológicos específicos de uma criança, revelando um desconhecimento da importância da qualidade dos alimentos e sua relação com o desenvolvimento de doenças e manutenção da saúde ao longo da vida.

Souza et al. (2013) em um estudo exploratório semelhante a este, relata que as principais razões da influência das educadoras na alimentação das crianças foram o preparo das refeições com atenção, realização de atividades que estimulam o consumo, orientação dos alunos durante as refeições, avaliação e supervisão da qualidade dos alimentos oferecidos para as crianças. E a respeito de não interferirem na alimentação, relataram que não participam diretamente no preparo das refeições servidas e a responsabilidade da elaboração do cardápio sendo da nutricionista da Prefeitura Municipal.

Contemplando ainda a particularidade alimentar da criança, questionou-se, como segue quadro 11, se cada aluno do berçário possui uma alimentação específica para cada idade, uma vez que as turmas contemplam bebês de seis meses até crianças de dois anos.

Quadro 11 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre os critérios para a oferta de diferentes alimentos para cada criança conforme idade

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 13</p> <p>Dado mesma alimentação para todos</p>	<p style="text-align: center;">DSC 13</p> <p>Não há. É igual para todos, exceto quando mãe traz algo diferente por causa do atestado médico. Tem criança que com o tempo descobre o que gosta e o que não gosta. E daí se não quer, não tem outra coisa para dar no lugar.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Em relação a oferta de diferentes alimentos conforme a idade da criança, verificou-se uma igualdade na composição e textura dos alimentos oferecidos. Cada organismo possui um padrão próprio de funcionamento de suas células (sua

individualidade bioquímica) e suas necessidades particulares, decorrentes de suas características únicas de funcionamento celular, corporal e adaptação ao meio em que vive.

Neste contexto, observa-se de acordo com o discurso acima, que pelo fato de ser ofertada a mesma alimentação para todas as crianças das creches, esta individualidade não é respeitada, correndo-se o risco de que a nutrição seja deficiente quando uma criança desgostar algum alimento ou não puder consumi-lo, e não existir substituição, acarretar carências nutricionais.

As deficiências de ferro e de vitamina A na infância estão entre as carências com maior prevalência no mundo, sendo problemas nutricionais de relevância para a saúde pública na atualidade. Acometendo principalmente menores de um ano de idade, a deficiência desses micronutrientes acarreta prejuízos ao crescimento e desenvolvimento infantil, o que justifica o estudo dos fatores associados (GONDIM et al., 2012).

De acordo com Pereira Netto et al. (2011), o ferro apresenta como funções o transporte de oxigênio e elétrons para as células, além de integrar os sistemas enzimáticos de diversos tecidos. Sua deficiência pode comprometer o desenvolvimento mental, cognitivo e físico, além de diminuir a resistência às infecções, com repercussão no aumento da frequência de morbidades. Baixo consumo de suas fontes como carnes, feijão e verduras verdes escuras na fase da alimentação complementar, são alguns dos principais fatores de risco para anemia.

A preocupação também é grande em relação a vitamina A, uma vez que é um importante nutriente para a integridade cutânea, proteção de estruturas e funções oculares, sistema imunológico e redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, como diarreia, sarampo e malária. Suas principais fontes são a cenoura, abóbora cabotia, brócolis e ovos. Entre os fatores que acarretam tal deficiência, tem-se a ingestão insuficiente de alimentos-fonte desse micronutriente (PAULA et al., 2014; QUEIROZ et al., 2013).

Esses resultados ressaltam a importância da adoção de medidas preventivas, atuando-se na redução da prevalência dessas deficiências por meio de melhorias nas condições de oferta dos alimentos para as crianças e contato com familiares, uma vez que estes podem colaborar na oferta de alimentos substitutos aos negados.

Segue-se no quadro 12, com a apresentação e discussão dos resultados sobre se os pais são questionados quanto aos hábitos alimentares da criança para a adaptação na creche:

Quadro 12 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre o questionamento aos pais sobre os hábitos alimentares da criança para a adaptação na creche

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p data-bbox="480 589 560 622" style="text-align: center;">IC 14</p> <p data-bbox="248 663 608 696">Na maioria dos casos sim</p>	<p data-bbox="1062 589 1177 622" style="text-align: center;">DSC 14</p> <p data-bbox="818 629 1422 875">Na maioria dos casos sim, na matrícula tem um questionário. Mas, muitas crianças vêm de transporte, então, não temos contato. Também percebe-se que na segunda as crianças chegam com mais odor nas fezes por terem passado final de semana com a família comendo de tudo.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

De acordo com a questão sobre o contato das educadoras com os pais das crianças, pode se constatar que há pouca comunicação entre eles, interferindo negativamente no cuidado nutricional que deve ser dado as crianças.

O contexto sociofamiliar é entendido como fator de grande influência na condição de obesidade nas crianças. Na população infantojuvenil, por exemplo, o fator ambiental prevalece em detrimento dos desejos individuais uma vez que essa população é dependente de uma organização e funcionamento familiar já instituídos (LACERDA et al., 2014).

O estilo de vida atual impõe um ritmo acelerado que, por vezes, se caracteriza como um obstáculo que não “permite” que as pessoas invistam nos cuidados com a saúde, entre eles os cuidados com a saúde nutricional. Essa observação foi relatada na pesquisa realizada por Dornelles, Anton e Pizzinato (2014) sobre o papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil sob a percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção e três dos profissionais entrevistados, relataram em que os pais têm muita dificuldade em cuidar da alimentação de seus filhos.

Esses profissionais consideraram que, em virtude da falta de tempo e da grande disponibilidade de alternativas práticas oferecidas pelo mercado alimentício,

os pais lançam mão de congelados e lanches, a despeito de seus valores nutricionais.

Santos e Rabinovich (2011) afirmam que ideia de que todos os desejos podem ser satisfeitos rapidamente também é transmitida às crianças, que expressam isso no comportamento consumista. A sociedade atual desperta muito desejos nas crianças, que os pais tendem a suprir, mesmo que isso represente problemas para saúde de seus filhos, podendo este ser um reflexo do quadro gastrointestinal das crianças após passarem final de semana em casa com os familiares.

O processo de transição nutricional, caracterizado pela inversão no padrão alimentar das famílias, que passaram a consumir mais alimentos fonte de gorduras, açúcares, doces e bebidas açucaradas e baixa ingestão de cereais integrais, hortaliças e frutas, tem contribuído de forma negativa na saúde das crianças. Estes maus hábitos alimentares têm contribuído para o aparecimento de doenças associadas à má alimentação como obesidade, doenças crônicas como diabetes meliitus, hiperinsulinemia, colesterol aumentado, hipertensão arterial, assim como carências nutricionais (RAMOS et al., 2014).

Na temática do quadro 13, argumenta-se se as educadoras possuem cuidados ao se alimentarem na frente da turma, uma vez que a alimentação do adulto contempla alimentos diferentes do indicado para a criança em fase de transição alimentar.

Quadro 13 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre o cuidado dos educadores em consumirem alimentos diferentes aos ofertados às crianças na creche

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 15</p> <p>Eu me alimento em horário diferente</p>	<p style="text-align: center;">DSC 15</p> <p>Se estiver comendo algo que eles não comem, como separado. São bebês e querem tudo. Temos horário de manhã ou a tarde na sala separada para comer. Só em festinha comemos juntos. No dia a dia se tem para todos, a gente come junto.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Diante desta representação, pode-se verificar uma postura familiar da alimentação das educadoras diante das crianças e também destacar a relação que

existe do exemplo da alimentação do adulto no desenvolvimento do hábito e segurança alimentar infantil, pois é nesse momento que a criança passa a conhecer a infinidade de sabores que a acompanharão pelo resto de sua vida.

Tendo em vista a imaturidade fisiológica e imunológica de seu organismo, assim como a dependência do cuidado, o alcance da segurança alimentar e nutricional da criança sob determinadas condições sociais, pode ser um grande desafio. Seu perfil nutricional resulta da ação de diversos fatores de risco, em especial a inadequada prática alimentar, relacionadas ao ambiente físico e social no qual a criança convive.

No estudo de Palmeira, Santos e Vianna (2011) que reuniu crianças de três faixas etárias, observou-se no grupo estudado a ocorrência de dois processos simultâneos que expressam riscos para a SAN da criança: a interrupção precoce do consumo do leite materno e a introdução inadequada de alimentos, representada pelo consumo de refeições lácteas em detrimento das refeições de sal.

Aprofundando a discussão sobre o conhecimento das educadoras sobre alimentação complementar, o quadro 14 demonstra a frequência com que a temática alimentação no ambiente escolar é trabalhada.

Quadro 14 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença no plano de ensino ou agenda de encontros com os pais, de atividades ligadas à alimentação da criança

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">IC 16</p> <p>Esse tema é trabalho somente em ocasiões especiais e esporádicas</p>	<p style="text-align: center;">DSC 16</p> <p>Não há programação dessas atividades. Foi só uma semana de projeto de alimentação saudável, uma enfermeira e dentista que explicaram, e ocorreu porque ficamos dias sem aula devido a chuva de granizo. De vez em quando. 1 a 2 x houve atividades sobre alimentação, onde pedimos frutas diferentes para eles conhecerem.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Nessa categoria, foi possível apurar que as atividades promotoras de hábitos alimentares saudáveis desenvolvidas na escola, não ocorrem de forma planejada, por professores, pedagogos e manipuladoras da alimentação escolar. Ficou evidente a ausência do profissional nutricionista inserido nesta temática, o raro envolvimento

dos demais atores da comunidade escolar no planejamento ou na execução de atividades pedagógicas de educação alimentar e nutricional.

As atividades educativas promotoras de saúde na escola, em particular a promoção da alimentação saudável (PAS), representam possibilidade concreta de produção de impacto sobre a saúde, a autoestima, os comportamentos e o desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar. Tais atividades devem ser realizadas por meio de ações intersetoriais e transversais, com inclusão do tema no projeto pedagógico das escolas.

O Ministério da Saúde e da Educação implementou a Semana Saúde na Escola – Guia de sugestões de Atividades, afim de fornecer um conjunto de atividades capazes de estimular e enriquecer o trabalho educativo dos profissionais de saúde e educação, tendo como um dos seus princípios, a promoção e prevenção de agravos à saúde com ações voltadas à obesidade e as atividades voltadas às ações de alimentação saudável (BRASIL, 2012c).

Camozzi et al. (2016) em seu estudo sobre educação alimentar nas escolas conclui de forma invicta que apesar de existirem diversas instituições políticas de incentivo á alimentação nas escolas, não há sintonia entre as políticas de PAS e a inserção desse tema no contexto educativo da escola. É importante destacar a necessidade de integração dos profissionais docentes e não docentes, pais e parceiros, na construção coletiva de um projeto pedagógico em que a inclusão transversal desse tema seja contemplada no currículo, oportunizando uma aprendizagem significativa na direção das escolhas alimentares saudáveis.

Os autores ainda afirmam que, para tanto, é necessário repensar a formação do professor de nível fundamental quanto às múltiplas dimensões do ato alimentar, superando a visão centralizada nos aspectos biológicos, reavaliando as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, bem como a bibliografia utilizada como referência.

A educação alimentar e nutricional é uma tarefa complexa. As atitudes em relação à alimentação são baseadas em conhecimentos, crenças, valores, predisposições pessoais, e sua modificação demandam tempo e orientação competente. Quanto ao educador, tem um papel que vai além da transmissão de conhecimentos, cabendo-lhe atuar como interlocutor das escolhas alimentares, criando situações que permitam identificar novos significados, além de atuar como modelo de comportamento, facilitando a partilha de experiências e opiniões relativas

à alimentação entre os alunos (JUZWIAK; CASTRO; BATISTA, 2013; RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

Agregado a isso, o quadro 15, aponta o relato das educadoras sobre a presença de treinamento sobre alimentação complementar.

Quadro 15 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a presença de capacitação/treinamento para as educadoras sobre o tema alimentação complementar

Ideias Centrais	Discursos do Sujeito Coletivo
<p>IC 17</p> <p>Negação</p>	<p>DSC 17</p> <p>Nunca tive.</p>
<p>IC 18</p> <p>Interesse em cursos e capacitacoes do tema</p>	<p>DSC 18</p> <p>Sinto necessidade, treinamento seria ótimo principalmente pelas alergias. Seria uma forma de conhecimento porque eu procuro me informar por conta. Com certeza, todo curso, aperfeiçoamento é bem vindo. Acho importante ter palestras para os pais. Deveria ter mais cursos para o berçário.</p>
<p>IC 19</p> <p>A responsabilidade da alimentação das crianças não é do professor</p>	<p>DSC 19</p> <p>Não caberia a nós e sim o pessoal que trabalha com os alimentos, como a lactarista.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

De acordo com os discursos, não há presença de capacitações na temática pesquisada, entretanto, destaca-se o interesse pela categoria.

Sabe-se que o educador atua como ótimo instrumento multiplicador de informações para todos os âmbitos da escola. Sua capacitação e comprometimento geram desenvolvimento e crescimento da comunidade escolar, tendo como consequência o enriquecimento não apenas cognitivo, mas a melhora do desempenho e da participação dos estudantes sob o ponto de vista social dos membros da comunidade (SCHIMITZ et al., 2008).

Verifica-se que os educadores reconhecem claramente a inadequação dos hábitos alimentares das crianças. Esse cenário pode ser modificado a partir do

desenvolvimento de estratégias educacionais de PAS no ambiente escolar e familiar. Porém, primeiramente, é necessário o apoderamento da comunidade para a tomada de atitudes eficazes frente aos problemas encontrados em cada realidade.

O conhecimento inadequado ou insuficiente dos pais e dos educadores sobre alimentação saudável pode interferir na formação dos hábitos alimentares dos escolares. A melhoria do conhecimento dos educadores sobre alimentação é o primeiro passo para a promoção da saúde da população a curto, médio e longo prazo, no ambiente escolar.

Contudo, para que o educador se transforme em agente promotor de hábitos alimentares saudáveis, é essencial que possua além do conhecimento dos preceitos teóricos de alimentação e nutrição - uma postura consciente da importância de sua atuação na formação dos hábitos alimentares da criança. A expectativa é de que os educadores competentes e motivados se tornem agentes transformadores do comportamento alimentar de crianças (BERNARDON et al., 2009).

Entretanto, na DSC 19, através das declarações, revela-se um descompromisso ou desconhecimento do educador em contribuir na educação nutricional no âmbito escolar, revelando a necessidade de inserí-los primeiramente no contexto de indutores de saúde, no qual a alimentação está diretamente relacionada. Ainda é possível refletir que a relação alimento-ser humano não pode ser vista somente como o ato de nutrir o organismo para alcançar a sobrevivência. A relação emocional existente no ato de alimentar-se exige um olhar integrado para esta temática. A relação inicial afetiva com o alimento será levada por toda a vida de um indivíduo.

Em estudo realizado por Boog (2010), a partir de uma experiência inovadora em educação alimentar e nutricional, revelou-se que os professores oferecem resistência à incorporação do tema alimentação em suas atividades, em decorrência do fato de não terem conhecimento sobre o tema.

Marinho, Assao e Cervato-Mancuso (2010) destacam que a promoção da saúde no ambiente escolar deve ser realizada por todos os atores sociais envolvidos no processo: pessoal da saúde, pais, funcionários, direção e, sobretudo o educador, que, no ambiente escolar, é quem auxilia as crianças no momento das refeições.

Nesta perspectiva, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) estabeleceu, em suas normas para a execução do PNAE, diretrizes que incluem a educação alimentar e nutricional no processo de aprendizagem através do

currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional, reconhecendo a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania (BRASIL, 2009b).

De acordo com os discursos, no que se trata do preparo das educadoras para conduzir e lidar com possíveis dificuldades das crianças sob sua responsabilidade relacionadas à introdução de novos alimentos, como revela do quadro 16, emerge a insegurança que estas sentem, mesmo aquelas com experiências profissionais de longa data.

Quadro 16 – Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a aptidão de conduzir e lidar com possíveis dificuldades relacionadas à introdução de novos alimentos

Ideias Centrais	Discursos do Sujeito Coletivo
<p>IC 20</p> <p>Não me sinto apta</p>	<p>DSC 20</p> <p>De modo algum. Tantas coisas, teria que ter uma pessoa especializada.</p>
<p>IC21</p> <p>Sente-se apta, mas insegura</p>	<p>DSC 21</p> <p>Acredito que tenho bastante informação, instrução. Já aconteceu muita coisa. Devido experiência acho que sei, mas sinto medo.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Professores e membros da equipe escolar nem sempre estão preparados para lidar com crises ou dificuldades decorrentes das alergias ou intolerâncias alimentares. Crianças alérgicas a alimentos estão sujeitas a sofrer reações sérias no caso de uma ingestão não recomendada, incluindo casos anafiláticos. Por exemplo, uma criança alérgica ao leite não poderá ingerir não apenas leite, mas também diversos derivados lácteos, incluindo manteiga, bolos, biscoitos, etc.

O discurso atual revela que suas experiências profissionais é que dão suporte para lidarem com situações de risco durante a alimentação complementar, como engasgos, alergias e intolerâncias alimentares.

Longo-Silva et al. (2013) em seu estudo sobre percepções das educadoras de creches acerca de práticas do cotidiano na alimentação dos lactentes descreve que para a maioria das educadoras, a formação superior é importante como base

teórica, mas é consenso de que o curso não prepara para a prática cotidiana com as crianças pequenas. Aquelas educadoras que não possuem curso de Pedagogia tendem a contestar mais enfaticamente a necessidade da formação superior para o exercício do cargo.

Importante destacar que a criança com necessidade alimentar especial tem direito a ser acolhida no ambiente escolar e o que inclui o direito a receber uma alimentação adequada as suas necessidades, como cita o parágrafo 2 no artigo 12 da Lei nº 11.947/09 determinando:

§ 2º Para os alunos que necessitem de atenção nutricional individualizada em virtude de estado ou de condição de saúde específica, será elaborado cardápio especial com base em recomendações médicas e nutricionais, avaliação nutricional e demandas nutricionais diferenciadas, conforme regulamento. (BRASIL, 2009a, online)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, de acordo com as principais discursos, revelaram que as educadoras possuem conhecimentos e práticas de suporte nutricional do senso comum associados às suas próprias concepções de mundo, costumes, valores e crenças, e sedimentados nas experiências e situações vivenciadas em casa como mãe ou por experiência profissional em centros de educação infantil. Muitas apresentaram conceitos equivocados em relação à alimentação complementar, o qual pode prejudicar a qualidade da prestação de cuidados no coletivo.

Percebeu-se também, que muitos profissionais da área ainda não relacionam as condições e práticas de cuidado cotidiano como sendo de sua competência. Essa perspectiva do cuidar-educar e o baixo conhecimento do processo saúde-doença podem dificultar a construção de uma parceria entre educadores e pais em benefício da criança, uma vez que impede a percepção de que os problemas são determinados socialmente e não somente decorrentes dos cuidados prestados pelas famílias.

A oferta dos alimentos é feita de forma generalizada, não considerando a particularidade de cada criança, justificando-se pela dificuldade por parte das educadoras no momento da oferta das refeições uma vez que cada berçário consta com duas educadoras para em média 15 crianças. Este cenário também contribui negativamente na concepção de alimentação voltada somente ao nutrir, excluindo todo o contexto social e emocional que esta inserida.

Os alimentos citados no cotidiano das crianças comprovam a inserção de alimentos industrializados e de baixo valor nutricional, assim como baixa oferta e variedade de frutas e verduras, mesmo o município fornecendo um cardápio saudável planejado pela nutricionista responsável.

Com base nesta pesquisa, constatou-se a necessidade de uma política com atenção á capacitação dos profissionais da educação infantil sobre o tema alimentação complementar, pois os mesmos além de influenciarem diariamente na formação do hábito alimentar das crianças, possuem o papel coadjuvante na educação dos menores, juntamente com seus pais ou responsáveis. Válido ressaltar que a preocupação com a formação dos educadores que atuam na educação infantil

é recente, pois esta foi considerada a primeira etapa da educação básica há duas décadas.

Sua importância justifica-se, pois, além de prepará-los para o desenvolvimento do projeto pedagógico, demanda a inclusão de conteúdos relativos à promoção da saúde, na finalidade de aprimorar a qualidade dos serviços prestados às crianças e reduzir os riscos de adoecimento.

O conhecimento dos educadores é a chave da efetividade dos projetos implantados nas escolas, e diante disso, sua capacitação é necessária para o sucesso na elaboração das atividades de alimentação e nutrição, uma vez que, tradicionalmente, a formação dos educadores brasileiros não contempla essa dimensão.

Neste contexto, sugere-se aproximação dos especialistas em nutrição para sensibilização e apoio aos educadores a temas voltados à alimentação, incorporando atividades no cronograma escolar de maneira integrada às outras que compõem o currículo, assim como o desenvolvimento de programas atuantes de educação nutricional, juntamente com as crianças e pais, com supervisão contínua dos seus efeitos como uma estratégia da adequada nutrição infantil.

9 REFERÊNCIAS

ACCARIN, J. G. et al. Agricultura familiar e alimentação escolar sob vigência da Lei 11.947/2009: adequação das chamadas públicas e disponibilidade de produtos no estado de São Paulo em 2012. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 50., 2012, Vitória. **Anais...** Vitória: SOBER, 2012.

ALCOCER, M. J. C.; ARES, S. C.; LOPEZ-CALLEJA, I. Recent advances in food allergy. **Braz. J. Food Technol.**, Campinas, v. 19, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-67232016000100300&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/09/2016.

ALVES, C. R. L. et al. Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 499-506, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/05/2015.

BELO, M. N. M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, Recife, v. 14, n. 1, p.54-72, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100065>. Acesso em: 09/12/2016.

BERNARDI, J. R. et al. Consumo alimentar de micronutrientes entre pré-escolares no domicílio e em escolas de educação infantil do município de Caxias do Sul (RS). **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 253-261, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/03/2016.

BERNARDI, J. R. et al. Estimativa do consumo de energia e de macronutrientes no domicílio e na escola em pré-escolares. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n.1, p. 59-64, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100011>. Acesso em: 09/03/2016.

BERNARDON, R. et al. Construção de metodologia de capacitação em alimentação e nutrição para educadores. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 389-398, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/12/2015.

BOGUS, C. M. et al. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 499-514, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/10/2016.

BOOG, M. C. F. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p.1005-1017, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600007>. Acesso em: 08/10/2016.

BOSCO, S. M. D. **Terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 2010.

_____. República Federativa do Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm>. Acesso em: 09/12/2016.

_____. Ministério da Saúde. **A saúde pública e a regulamentação da publicidade de alimentos**. Brasília, DF, 2006(c).

_____. República Federativa do Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 set. 2006(b). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 09/12/2016.

_____. República Federativa do Brasil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 jun. 2009(a). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm>. Acesso em: 09/12/2016.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009. **Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação**, Brasília, DF, 2009(b). Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/arquivos/category/60-2012?download=57:res038-16072009>>. Acesso em: 13/10/2016.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais para a Educação Infantil**. Brasília, DF: Ministério da Educação; Secretaria de Educação Básica, 2010(a).

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para alimentação complementar saudável**. Brasília, DF, 2010(b). Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sistemas/Enpacs/>>. Acesso em: 06/03/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guias13.pdf>. Acesso em: 15/01/2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13005-25-junho-2014-778970-publicacaooriginal-144468-pl.html>>. Acesso em: 09/12/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009(c). Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Aleitamento_Complementar_MS.pdf>. Acesso em: 11/06/2015.

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher 2006**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(a).

_____. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais, Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 533-535, 2012(b).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Semana da saúde na escola**: guia de sugestões de atividades. Brasília, DF, 2012(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas II. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília; DF, 2009(d).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação**: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008(b). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_pse.pdf>. Acesso em: 11/06/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Presidência da República. EC nº 53, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 dez. 2006(a). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc53.htm>. Acesso em: 09/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**: versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012(a).

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J. Pediat.**, Porto Alegre, v. 86, n. 3, p. 196-201, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/09/2016.

CAMOZZI, A. B. Q. et al. Promoção da alimentação saudável na escola: realidade ou utopia? **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 32-37, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/10/2016.

CONSELHO NACIONAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 334 de 10 de maio de 2004. **Conselho Nacional de Nutricionistas**, Brasília, DF, 10 de maio de 2014. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/codigo/codigo%20de%20etica_nova%20redacao.pdf>. Acesso em: 09/12/2016.

DAVIS, C. L. F. et al. Formação continuada de professores em alguns estados e municípios do Brasil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 144, p. 826-849, dez. 2011.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1287, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/10/2016.

ENGESVEEN, K. **Proteção das crianças contra o marketing agressivo de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde**: o potencial de uma abordagem baseada nos direitos humanos. [S.l.]: [s.n.], 2005.

EUCLYDES, M.P. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. São Carlos: Suprema Gráfica, 2000.

FEINGOLD, B. F. **Why your child is hyperactive?** New York: Random House, 1975.

FILGUEIRAS, M. C. et. al. Prevalência de obesidade em crianças de escolas públicas. **Ciência e saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 41-47, 2012.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório anual de gestão 2012**. Foz do Iguaçu, 2013.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Educação. [Endereços CMEI]. 2015. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=13572>>. Acesso em: 20/02/2015.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/09/2016.

GATTI, B. A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1355-1379, dez. 2010.

GONÇALVES, V. S. S. et al. Estratégia de intervenção na prática de educação nutricional de professores da educação infantil. **Simbio-logias**, Botucatu, v. 2, n. 1, maio 2009. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/Estrategia_Intervencao_na_Pratica.pdf>. Acesso em: 09/12/2016.

GONDIM, S. S. R. et al. Relação entre níveis de hemoglobina, concentração de retinol sérico e estado nutricional em crianças de 6 a 59 meses do Estado da Paraíba. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 441-449, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000400002>>. Acesso em: 09/12/16.

GUIMARÃES, D. **Relações entre bebês e adultos na creche**: o cuidado como ética. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudos e pesquisas de informação demográfica e socioeconômica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010(a).

_____. **POF 2008-2009**: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. Site do IBGE, ago. 2010(b). Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=1699&busca=1&t=pof-20082009-desnutricao-cai-peso-criancas-brasileiras-ultrapassa-padrao-internacional>>. Acesso em: 09/12/16.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Estatísticas dos professores no Brasil**. Brasília, DF: INEP, 2011.

JUZWIAK CR, CASTRO, P. M.; BATISTA, S. H. S. S. A experiência da Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas. **Ciên. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1009-1018, 2013. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/upload/bibliotecaldeias/1390306308a_experiencia_da_oficina_permanente_de_educacao_alimentar_e_em_saude.pdf>. Acesso em: 22/09/2016.

KAGAN, S. L. Qualidade na educação infantil: revisão de um estudo brasileiro e recomendações. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 142, p. 56-67, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/11/2016.

KOSHI, G. C. et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 35-40, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000100006&lng=en>. Acesso em: 19/11/2016.

LACERDA, L. R. F. et al. Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Interfaces: saúde, humanas e tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 2, n. 5, 2014. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/89>>. Acesso em: 19/11/2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf>. Acesso em: 09/12/16.

_____. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LIMA, D. B. et al. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. especial 2, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06/03/2015.

LONGO-SILVA, G. et al. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 34-41, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22/09/2016.

LONGO-SILVA, G. et al. Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento. **Ciên. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 545-552, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/10/2016.

MARINHO, F. C. M; ASSAO, T. Y.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Percepções e práticas dos diretores e coordenadores acerca da alimentação infantil em creches públicas do município de Jandira, São Paulo, Brasil. **Segur. Aliment. Nutr.**, Campinas, v. 217, n. 2, p. 40-49, 2010.

- MARINHO, L. M. F. 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. **Ciê. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 977-986, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300977&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16/03/2016.
- MARQUES, R. F. S. V. et al. Práticas inadequadas da alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. **Rev. Paraen. Med.**, Belém, v. 27, n. 2, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3675.pdf>>. Acesso em: 09/12/2016.
- MARTINS, M. L.; HAACK, A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 263-270, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_3_8_ConhecimentosMaternosInfluencia.pdf>. Acesso em: 09/12/2016.
- MATOS, S. M. A. et al. Padrões alimentares de crianças menores de cinco anos de idade residentes na capital e em municípios da Bahia, Brasil, 1996 e 1999/2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 44-54, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/06/2016.
- MELLO, S. A. A escola de Vygotsky. In: CARRARA, K. (Org.). **Introdução à Psicologia da Educação**: seis abordagens. São Paulo: Avercamp, 2004.
- OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200377&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27/05/2015.
- PALMEIRA, P. A.; SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 553-563, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/10/2016.
- PARADA, C. M.; CARVALHAES, M. A.; JAMAS, M. T. Complementary feeding practices to children during their first year of life. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 282-289, 2007.
- PARANÁ. Deliberação nº 02, de 3 de dezembro de 2014. Normas e princípios para educação infantil no sistema de ensino do Estado do Paraná. **Diário Oficial do Paraná**, Curitiba, 15 dez. 2014. Disponível em: <http://www.cee.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/Deliberacoes/2014/Del_02_14.pdf>. Acesso em: 05/11/2016.
- PAULA, W. K. A. S. et al. Anemia e deficiência de vitamina A em crianças menores de cinco anos assistidas pela Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco, Brasil. **Ciê. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1209-1222, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401209&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12/09/2016.

PEREIRA NETTO, M. et al. Fatores associados à anemia em lactentes nascidos a termo e sem baixo peso. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 550-558, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a14.pdf>>. Acesso em: 20/06/2016.

PEREIRA, A. S. et al. Estado nutricional de pré-escolares de creche pública: um estudo longitudinal. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 140-147, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02/12/2015.

POLÔNIO, M. L. T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1653-1666, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800002>. Acesso em: 09/12/2016.

PORTELLA, M.B.; MORAIS, T. B.; MORAIS, M. B. Excess sodium and insufficient iron content in complementary foods. **J. Pediat.**, [S.l.], v.86, p. 303-310, 2010.

PRETTO, A. D. B. et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças frequentadoras de uma creche no município de Porto Alegre e sua relação com a atividade física e consumo alimentar. **RBONE**, São Paulo, v. 8, n. 46, p. 89-9, jul./ago. 2014.

QUEIROZ, D. et al. Deficiência de vitamina A e fatores associados em crianças de áreas urbanas. **Saúde pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 248-56, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0248.pdf>>. Acesso em: 12/09/2016.

RAMALHO, A. **Fome oculta: diagnóstico, tratamento e prevenção**. São Paulo: Atheneu, 2009.

RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, n. 11, p. 2147-2161, 2013.

RAMOS, L. et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 64-68, 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131130_150631.pdf>. Acesso em: 20/02/2015.

RAPLEY, G. **Guidelines for implementing a baby-led approach to the introduction of solid foods**: updated, June 2008. c2008. Disponível em: <http://www.rapleyweaning.com/assets/blw_guidelines.pdf>. Acesso em: 09/12/16.

RODRIGUES, D. G.; SAHEB, D. A concepção dos professores e educadores de educação infantil sobre o saber de Morin: ensinar a condição humana. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, DF, v. 96, n. 242, p. 180-197, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812015000100180&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12/09/2016.

RODRIGUES, E.; ROSIN, S. M. **Infância e práticas educativas**. Maringá: Eduem, 2007.

SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E. P. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. **Saúde e soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 507-521, 2011.

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**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>>. Acesso em: 20/01/2016.

SILVA, D. et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 269-277, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300269&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/06/2015.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Alimentação infantil: além dos aspectos nutricionais. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 92, n. 3, supl. 1, p. 2-7, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 07/10/2016.

SILVA, L. A.; MULLER, F. Bebês e adultos no contexto da creche. **Pro-posições**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 261-266, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/09/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012.

SOUZA, J. P. O. et al. Avaliação do conhecimento de funcionárias de escolas municipais de educação infantil sobre aleitamento materno e alimentação complementar. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 480-487, 2013.

SOUZA-ESQUERDO, V. F.; BERGAMASCO, S. M. P. P. Análise sobre o acesso aos programas de políticas públicas da agricultura familiar nos municípios do circuito das frutas (SP). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, DF, v. 52, supl. 1, p. 205-222, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032014000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 20/01/2016.

TAVARES, B. M. et al. Estado nutricional e consumo de energia e nutrientes de pré-escolares que frequentam creches no município de Manaus, Amazonas: existem diferenças entre creches públicas e privadas? **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 42-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/03/2016.

TOLONI, M. H. A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000100006&lng=en>. Acesso em: 10/03/2016.

TORIGOE, C. Y. et al. Influência da orientação nutricional nas práticas de alimentação complementar em lactentes. **Journal of human growth and development**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20055>>. Acesso em: 15/02/2015.

TURANO, W.; ALMEIDA, C. C. C. Educação Nutricional. In: GOUVEIA, E. L. C. (Org.). **Nutrição, saúde e comunidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

VARGAS, V. S.; SOARES, M. C. F. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. **Nutrire**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 269-280, dez. 2012. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/371.pdf>. Acesso em: 09/12/2016.

VITOLLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695-1707, ago. 2014.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children's Fund. **Complementary feeding**: family foods for breastfed children. Geneva: WHO, 2000.

ZACCARELLI, E. M.; PHILIPPI, S. T. Avaliação de momentos de refeição em creches. **Nutrire**, São Paulo, v. 30, p. 17-29, dez. 2005.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Formulário 1 – Instrumento de coleta de dados para educadores – CMEI Foz do Iguaçu Programa de Pós-Graduação e Ensino – Nível Mestrado

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA EDUCADORES – CMEI FOZ DO IGUAÇU

Número do questionário: _____ Telefone: _____

Responsável pela coleta dos dados: _____

Data da coleta dos dados: ___/___/___ Horário de início da entrevista: _____

Horário de término da entrevista: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

1. Nome da Escola:

Endereço:

II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE

2. Nome do profissional: _____ Idade: _____

3. Profissional da Educação infantil mais que 6 meses? () Sim () Não Função/série que leciona:

Formação/Escolaridade:

III- Questões Qualitativas

4. Para você, o que é alimentação complementar?

5. Qual a importância da alimentação complementar no estado nutricional, físico e motor da criança?

6. Como é feita a administração dos alimentos para as crianças na escola?

7. Com qual idade você acredita ser o adequado iniciar a introdução de alimentos em uma criança?

8. Há uma avaliação individual da criança para identificar se há alguma contra-indicação alimentar? (intolerância, alergias, etc)

9. Os pais são questionados quanto aos hábitos alimentares das crianças afim de adaptar a alimentação na creche?

10. Existem alimentos que não podem ser dados para as crianças na creche? Quais e porquê?

11. Existem procedimentos específicos para crianças com intolerância e/ou alergias alimentares na escola? Como funciona? Sabe dizer quantas crianças existem com algum tipo de intolerância ou alergia alimentar nesta escola?

12. Os educadores possuem algum cuidado ao consumir alimentos diferentes aos ofertados às crianças na creche?

13. Em seu plano de ensino ou na agenda de encontros com mães consta programação de atividades ligadas à alimentação da criança? Conte-me como ocorre.

14. Já fez alguma capacitação/ treinamento sobre o tema introdução alimentar para crianças? Sente necessidade de algum treinamento complementar?

(Continua)

Formulário 1 – Instrumento de coleta de dados para educadores – CMEI Foz do Iguaçu
Programa de Pós-Graduação e Ensino – Nível Mestrado

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA EDUCADORES – CMEI FOZ DO IGUAÇU

15. Você se sente apta a conduzir e lidar com possíveis dificuldades relacionadas a introdução alimentar?

16. Quantos alunos há na turma e a idade em meses deles? (pode agrupar conforme idade)

IV. Questões objetivas. Marque os alimentos que já foram introduzidos nas crianças da turma.
Obs: Caso não seja dado alimentos separados conforme idade em meses de cada criança, assinalar a idade média da turma e os alimentos relacionados.

Alimentos Ofertados

	6m	7-9m	10-12m	>12m	Não introduzido	
Verduras e Legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suco natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suco Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feijão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne Bovina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de Frango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pães/cereais (aveia,milho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Açúcar e doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite não materno, iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salgadinho (chips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macarrão instantâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolacha simples/Recheada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papa de frutas/ fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros alimentos (citar quais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consistência (forma de preparo) dos alimentos conforme a idade (em meses)

Amassada com garfo	<input type="checkbox"/>
Liquidificada	<input type="checkbox"/>
Peneirada (coada)	<input type="checkbox"/>
Alimentação igual da família - normal	<input type="checkbox"/>
Alimentação da família modificada – outra forma (descrever como)	<input type="checkbox"/>
Forma da oferta dos alimentos	
Autoalimentação (BLW)	<input type="checkbox"/>
Ofertada por uma assistente da escola (não professora). Descrever cargo:	<input type="checkbox"/>
Ofertada pela professora	<input type="checkbox"/>

(Conclusão)

BLW = *Baby-Led Weaning*, que significa “Desmame guiado pelo bebê”. Trata-se de um método de ‘introdução de sólidos’ na forma de sólidos realmente, e não de papas. A ideia é dar ao bebê o alimento em pedaços grandes para que ele possa agarrá-lo para lamber, chupar e comer o quanto quiser. A relação disso com o desmame, é que ao aprender a comer naturalmente e escolher quando, quanto e como quer comer, o bebê vá, sozinho, decidindo por mamar menos até chegar ao desmame completo e natural (RAPLEY, 2008).

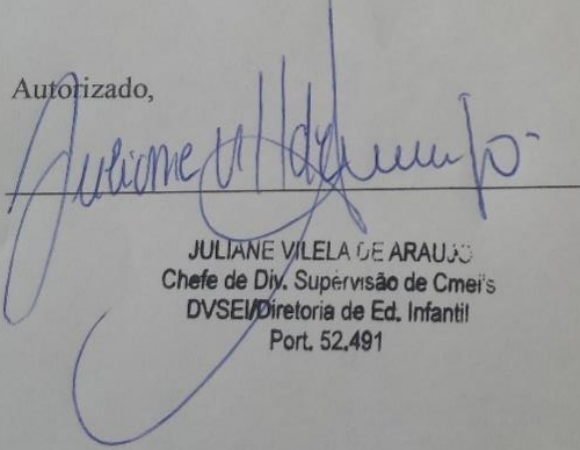
APÊNDICE B – Declaração de liberação para a pesquisa pela Diretoria do Departamento de Educação Infantil do município de Foz do Iguaçu

Figura 2 – Declaração de liberação para a pesquisa pela Diretoria do Departamento de Educação Infantil do município de Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu, 27 de abril 2015.

Eu Juliane Vilela de Araujo - responsável pelo Departamento de Educação Infantil de Foz do Iguaçu no cargo de Orientação e Apoio ^{aos CMEIS} autorizo a realização o projeto de pesquisa intitulado **Práticas e percepções dos educadores infantis sobre introdução alimentar nos Centros Municipais de Educação Infantil de Foz do Iguaçu-PR**, cujo objetivo é identificar as práticas e as percepções dos educadores infantis de centros de educação infantil relativos ao ensino e introdução alimentar no município de Foz do Iguaçu, de responsabilidade de Carina Loureiro Trevisan, aluna do Mestrado em Ensino na Linha de Ciências e Matemática da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, e a Dra. Adriana Zilly, professora do curso de pós-graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, autoras da pesquisa.

AutORIZADO,



JULIANE VILELA DE ARAUJO
Chefe de Div. Supervisão de Cmeis
DVSEI/Diretoria de Ed. Infantil
Port. 52.491

**Formulário 2 – Instrumento de coleta de dados para professores do CMEI Foz do Iguaçu
Programa de Pós-Graduação e Ensino – Nível Mestrado**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFESSORES DO CMEI FOZ DO IGUAÇU

IV. Questões objetivas. Marque os alimentos que já foram introduzidos nas crianças na Escola

Alimentos Ofertados						
Verduras e Legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suco natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papa de frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feijão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne Bovina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne de Frango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pães e cereais (aveia, milho, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Açúcar e doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leite não materno, queijo, iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salgadinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macarrão instantâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolacha Recheada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos frito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros alimentos (quais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consistência (forma de preparo) dos alimentos						
Amassada com garfo						Idade:
Liquidificada						Idade:
Peneirada (coada)						Idade:
Alimentação igual da família - normal						Idade:
Alimentação da família modificada – outra forma (descrever como)						Idade:
Forma da oferta dos alimentos						
Autoalimentação (BLW)						Idade:
Ofertada pela mãe						Idade:
Ofertada pela educadora						Idade:
(Conclusão)						

BLW = *Baby-Led Weaning*, que significa “Desmame guiado pelo bebê”. Trata-se de um método de ‘introdução de sólidos’ na forma de sólidos realmente, e não de papas. A ideia é dar ao bebê o alimento em pedaços grandes para que ele possa agarrá-lo para lamber, chupar e comer o quanto quiser. A relação disso com o desmame, é que ao aprender a comer naturalmente e escolher quanto, quando e como quer comer, o bebê vá, sozinho, decidindo por mamar menos até chegar ao desmame completo e natural (RAPLEY, 2008).

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: **Práticas e percepções dos educadores infantis sobre a introdução alimentar nos Centros Municipais de Educação Infantil de Foz do Iguaçu-PR**

Pesquisador responsável e colaboradores: Adriana Zilly e Carina Loureiro Trevisan

Convidamos você a participar desta entrevista que tem como objetivo identificar as práticas e as percepções dos educadores infantis de centros de educação infantil relativos ao ensino e introdução alimentar. Durante o desenvolvimento da entrevista e do projeto não haverá nenhum risco para você, em qualquer momento poderá recusar de continuar fazendo parte da pesquisa.

Os procedimentos desta pesquisa não vão representar quaisquer riscos relevantes à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual a qualquer um de vocês em qualquer fase da pesquisa ou em decorrência dela. Procedimentos necessários para a realização do projeto:

- * Coleta de dados por meio de um questionário semi-estruturado;
- * Aplicação de questionários sistematizados aos sujeitos da pesquisa – professores e mães.

Durante a execução do projeto, quaisquer intercorrências causadas pela metodologia da pesquisa poderão ser informados à docente Dr^a. Adriana Zilly, por meio do seguinte telefone de contato: (45) 9927-2200.

Este termo será lavrado em duas vias, sendo que uma permanecerá em posse do participante e a outra com o pesquisador.

Após o entrevistado receber as explicações sobre a pesquisa, fica esclarecido que seus direitos são:

- * Receber resposta às perguntas e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros incluídos à pesquisa;
- * Não ser identificado e ser conservado o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
- * Os participantes da pesquisa são voluntários, e não receberão pagamento em dinheiro ou mesmo em outra espécie, e nem também terão que pagar para participar da pesquisa;

- * Será assegurado que a participação ou não na pesquisa não acarretará em alteração no atendimento dos participantes nos serviços de saúde;
- * O consentimento da pesquisa poderá ser retirado pelo participante a qualquer momento que julgar pertinente;
- * Não serão previstas indenizações financeiras, no entanto, o participante poderá durante o ato da entrevista que faz parte do presente estudo, solicitar a suspensão da sua colaboração, caso sinta-se prejudicado em qualquer aspecto sejam eles de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual;
- * Buscar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/Unioeste, através do telefone 45-3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de episódios não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e almejo tomar parte do projeto da pesquisa.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2016.

Nome do sujeito ou do responsável:

Assinatura: _____

Eu, Adriana Zilly, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____.