

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Curso de Nutrição

**INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM
ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCENTES À
MICRORREGIÃO DE UMA UBS DE PORTO ALEGRE-RS**

Alice Magagnin Neves

Porto Alegre, 2011

Alice Magagnin Neves

**INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM
ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCENTES À
MICRORREGIÃO DE UMA UBS DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção de grau
de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Nut. Maurem Ramos

Porto Alegre, 2011

**INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM ESCOLAS DE
EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCENTES À MICRORREGIÃO DE UMA UBS DE
PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção de grau
de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2011.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso,
elaborado por Alice Magagnin Neves como requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dra. Nut. Ilaine Schuch (UFRGS)

Nut. Ms. Roberta Friedrich (PPG Saúde da criança e adolescente, UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Nut. Maurem Ramos – Orientador

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a minha família que sempre compartilhou maravilhosos momentos ao meu lado e estão, e sempre estiveram, presentes em todas as etapas da minha vida. Ao meu namorado, Vinícius, companheiro de todas as horas e que faz minha vida mais feliz. Aos amigos que me trouxeram tantas alegrias. E principalmente, agradeço a todos por compreenderem os momentos de ausência durante a vida acadêmica, e nesses últimos meses quando a realização deste trabalho ocupou tanto do meu tempo.

À Prof^a. Dr^a. Maurem Ramos, pela orientação e dedicação, e por tudo que aprendi nesses últimos meses com ela. Também agradeço a todos que fizeram parte da minha vida durante o curso de nutrição, aos colegas, aos professores, e a Universidade federal do Rio Grande do Sul. Um agradecimento especial as nutricionistas dos locais onde realizei meus estágios curriculares, com cada uma delas consegui aprimorar cada vez mais meu conhecimento.

Resumo

Introdução: O número de pais que procuram escolas de educação infantil tem crescido rapidamente, seja pela necessidade ou opção da mãe em voltar ao trabalho, seja pelo interesse dos pais em promover maior socialização da criança. Assim, torna-se importante a discussão sobre a maneira como as escolas de educação infantil lidam com a questão do aleitamento materno e como realizam a alimentação complementar. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo verificar se a alimentação complementar em berçários de escolas de educação infantil segue às orientações do Guia Alimentar para Menores de 2 anos e se há um conhecimento por parte dos responsáveis pela alimentação das crianças do mesmo. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, de cunho qualitativo. A amostra consta de 5 escolas de educação infantil com classes de crianças de até 2 anos de idade, pertencentes ao território de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS. Para a coleta utilizou-se uma entrevista com questões norteadoras, baseado no Guia Alimentar para Menores de 2 anos. O entrevistado foi o nutricionista da escola, o qual também concedeu uma cópia do cardápio mensal. As entrevistas foram gravadas em áudio com posterior transcrição das falas, categorização, leitura e análise. **Resultados:** Introdução do grão de feijão e carne em torno de 7-8 meses; 1 escola oferece papa em consistência líquida; 3 escolas misturam os alimentos; em todas os líquidos são oferecidos em mamadeira e a introdução dos alimentos depende de liberação do pediatra da criança; todos os profissionais afirmaram ter conhecimento do Guia. **Conclusão:** Verificou-se que a alimentação das crianças nas escolas, e os profissionais da saúde- pediatras e nutricionistas- não seguem as orientações do Guia Alimentar para Menores de 2 anos.

Palavras chave: Alimentação Complementar. Cuidado do Lactente. Nutrição Infantil. Desmame.

Lista de abreviaturas

AC: Alimentação Complementar

AME: Aleitamento Materno Exclusivo

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

EEI: Escola de Educação Infantil

GAM: Guia Alimentar para Menores de 2 anos

LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LM: Leite Materno

Sumário

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| 1. | Introdução | 7 |
| 1.1 | Definição do Problema | 7 |
| 1.2 | Justificativa..... | 8 |
| 1.3 | Objetivos..... | 8 |
| 1.3.1 | Objetivo Geral..... | 8 |
| 1.3.2 | Objetivos Específicos..... | 8 |
| 2. | Revisão Bibliográfica | 9 |
| | Referência | 14 |
| 3. | Artigo | 17 |
| 3.1 | Folha de Identificação..... | 17 |
| 3.2 | Folha de Resumos..... | 18 |
| 3.3 | Introdução..... | 20 |
| 3.4 | Métodos..... | 22 |
| 3.5 | Resultados e Discussão..... | 22 |
| 3.6 | Considerações Finais..... | 33 |
| | Referência..... | 35 |
| | Anexo A..... | 40 |
| | Anexo B..... | 42 |
| | Anexo C..... | 43 |
| | Anexo D..... | 44 |

1. INTRODUÇÃO:

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, recomendam que o aleitamento materno seja exclusivo (AME) até os 6 meses, quando inicia-se a introdução da alimentação complementar (AC), mantendo-se o aleitamento materno até os 2 anos ou mais (WHO, 2002). Considera-se, como momento ideal para a introdução de alimentos complementares o 6º mês de vida, pois a partir desse período o leite materno (LM) não mais supre todas as necessidades nutricionais da criança, e, esta já possui maturidade fisiológica para receber e digerir alimentos (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, o profissional de saúde torna-se um importante promotor da alimentação saudável. Diante disso, em 2002, o Ministério da Saúde publicou o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (GAM), elaborado com base em estudos científicos internacionais sobre AC, além de levantamentos e pesquisas qualitativas feitas no Brasil sobre a situação alimentar e nutricional das crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002).

Muitos estudos demonstram a introdução da alimentação complementar precoce ou tardia e de maneira inadequada (CAETANO, 2010; BRASIL, 2009a; GARCIA, GRANADO e CARDOSO, 2011; PARADA, CARVALHÃES e JAMAS, 2007). Diante disso, e levando-se em consideração que as práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança (BRASIL, 2009b), torna-se importante que as questões relacionadas a esse tema sejam discutidas.

Antigamente o cuidado com a criança, incluindo sua alimentação, era função exclusiva da mãe. Porém, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, é cada vez mais comum a procura dos pais por cuidados alternativos, como as escolas de educação infantil (EEI) (OLIVEIRA, 1988). Com isso passa a ser função da escola a introdução da alimentação complementar.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Levando-se em conta que para as mulheres que trabalham, o início da alimentação complementar coincide com a volta ao emprego, e que muitas crianças passarão a

freqüentar a escolas de educação infantil neste período, inclusive bebês com alguns meses de vida, passa a ser função da escola a manutenção do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar de maneira adequada. As escolas estão seguindo as orientações do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos para a introdução da alimentação complementar para as que estão aos seus cuidados?

1.2 JUSTIFICATIVA

Sabendo-se da importância que a alimentação complementar tem para a criança e o seu desenvolvimento, e, levando em consideração que não se localizou nenhum estudo que abordasse a alimentação de menores de 2 anos em escolas de educação infantil, faz-se jus a necessidade desse trabalho.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Esse estudo tem como objetivo verificar, através do cardápio, a introdução da alimentação complementar em berçários de EEI.

1.3.2 Objetivos Específicos

Verificar se há um conhecimento por parte dos responsáveis pela alimentação das crianças do guia da alimentação saudável para menores de 2 anos e se as orientações do GA estão sendo seguidas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Até o início da industrialização no Brasil, a responsável pelo cuidado das crianças era a própria mãe. A criança não sendo criada pela mãe remetia a um contexto de abandono e pobreza, pois era a situação de filhos de mães solteiras, bastardos, órfãos ou de crianças cujos pais não tinham condições financeiras de prover o seu sustento. Essa idéia permeou por muito tempo as concepções sobre o que seria a creche, um lugar de abandono (OLIVEIRA, 1988).

Com o início da industrialização no Brasil, e a entrada da mulher no mercado de trabalho criou-se a necessidade de ter quem cuidasse das crianças na ausência da mãe. Inicialmente, as creches eram mantidas por entidades filantrópicas ou religiosas, para atender as crianças das famílias de baixa renda, onde a mulher necessitava trabalhar (OLIVEIRA, 1988). Além disso, o cuidado era basicamente assistencial, com preocupação de alimentar, cuidar da higiene e da segurança física, não existindo um trabalho voltado para a educação e o desenvolvimento intelectual (OLIVEIRA, 1988; AMORIM e ROSSETTI-FERREIRA, 1999; FERREIRA, 2007).

Foi apenas na década de 70, com a expansão das creches e berçários, mantidos por entidades particulares, para o cuidado de crianças pertencentes às classes média e alta, que ela passou a ser vista como um local de promoção a educação e ao desenvolvimento intelectual da criança (OLIVEIRA, 1988; AMORIM e ROSSETTI-FERREIRA, 1999). Também foi nessa época que o trabalhador passou a contestá-la como um dever do estado e um direito seu (OLIVEIRA, 1988). Apenas recentemente a creche passou a ser vista como uma instituição que atua juntamente e compartilha a responsabilidade da educação com os pais.

Nesse contexto, surgiram várias leis que asseguram o direito da criança, dos pais e definem a escola de educação infantil (EEI). A educação de crianças de zero a seis anos está incluída no capítulo III, artigo 208, inciso IV da Constituição Federativa do Brasil de 1988, a qual refere que o atendimento em creche e pré-escola é dever do estado. Ademais, a lei de diretrizes e bases da educação nacional (LDB) (9.394/96) define que a educação infantil deve ser oferecida em creches ou em entidades equivalentes, para crianças de 0 a 3 anos de idade, e em pré-escola, para crianças de 4 a 6 anos. Também estabelece, pela primeira vez, que a EEI é a primeira etapa da educação básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral da criança de 0 a 6 anos de idade, complementando a ação da

família e da comunidade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990) ressalta o direito dos pais ou responsáveis em conhecer as propostas pedagógicas e educacionais da escola do seu filho.

Assim, com a Constituição, a LDB, e o ECA, houve maior segurança e amparo legal para com os direitos da criança à educação, fazendo com que a lei reconhecesse o papel da EEI para o desenvolvimento e educação das crianças.

Dados do Censo da Educação Infantil, realizado em 2000, indicam que a maioria dos municípios brasileiros possui algum tipo de oferta de EEI, entre 5.507 municípios, cerca de 99% têm pelo menos um estabelecimento que atende a crianças em creches ou na pré-escola. Ainda, segundo o levantamento, existem 92.526 estabelecimentos de Educação Infantil no País que atendem crianças entre 0 e 6 anos de idade, sendo que 67% pertencem às redes de educação municipais.

A escolha do cuidado alternativo para o bebê ou criança pequena geralmente não é tarefa fácil para os pais e envolve a análise de vários fatores, sendo um período difícil tanto para os pais quanto para as crianças (FERREIRA, 2007). Esse momento fica ainda mais complicado quando ocorre nos primeiros meses de vida da criança (RAPAPORT, e PICCININI, 2004).

Os primeiros dias da criança na EEI, período de adaptação, são bastante complexos para os pais, envolvendo sentimentos ambivalentes, que se manifestam através da preocupação. Se por um lado as mães desejam que a criança vá a escola para poder voltar ao trabalho ou ter mais tempo livre, ao mesmo tempo ela gostaria de ficar mais tempo com seu filho (BALABAN, 1988). Rapoport (1999), ainda sugere que a forma e os sentimentos da mãe no momento em que esta deixa a criança na EEI, pode influenciar o comportamento e as reações da criança, e vice-versa. Tornando mais fácil, ou mais complicada a separação entre a mãe e filho.

Segundo Winnicot (1979) a função da escola maternal não é ser um substituto para uma mãe ausente, mas suplementar e ampliar o papel que, nos primeiros anos da criança, só a mãe desempenha. Assim, desde o momento de entrada da criança na escola, relações sinceras e cordiais entre a professora e a mãe, surtirão sentimentos de segurança na mãe e de tranquilidade na criança. Entre os motivos para colocar seus filhos na escola, Ferreira (2007) encontrou que a maioria afirmou ter sido pela necessidade de voltar ao trabalho e/ou por achar que seria um local que propiciaria socialização e aprendizagem a criança.

O número de pais que procuram escolas infantis tem crescido rapidamente, seja pela necessidade ou opção da mãe em voltar ao trabalho, seja pela vontade dos pais de

promover maior socialização da criança. Além disso, como o período de licença maternidade obrigatório é de 120 dias, muitas crianças irão ingressar na escola com apenas alguns meses de vida. Em 2008, houve a sanção da lei nº 11.770, que garante incentivo fiscais para as empresas que prorrogarem a licença-maternidade por 180 dias, porém, a maioria das empresas ainda mantêm os 4 meses. Logo, como muitas crianças irão iniciar o período escolar por volta dos 4-6 meses de vida, torna-se importante o estudo sobre a maneira como as escolas de educação infantil lidam com a questão do aleitamento materno e como realizam a introdução de alimentos.

Os primeiros anos de vida da criança, principalmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e grandes aquisições no processo de desenvolvimento, entre eles habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno (LM), e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos, até atingir o padrão alimentar do adulto. A partir dos 6 meses, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase; e a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher (Brasil, 2010).

A Organização Mundial da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo durante 6 meses, ou seja, nesse período a criança recebe apenas LM, sem adição de nenhum outro líquido ou sólido. A partir daí deve-se iniciar a alimentação complementar (AC). Sendo definida pela OMS como o período em que começam a serem ofertados, de maneira gradual, outros alimentos a criança em adição ao LM, até que esta comece a receber a mesma alimentação da família. A recomendação de início da AC baseia-se na duração ótima do AME, ou seja, a partir dos 6 meses (OMS, 2002).

Houve melhora considerável na duração da amamentação na última década, apesar da média de aleitamento materno exclusivo continuar abaixo dos 6 meses, graças a recomendações mais claras e políticas de apoio para promover e apoiar o aleitamento materno em vários países. Contudo, progresso similar não tem sido visto na AC (OMS, 2002). A AC saudável e diversificada representa uma oportunidade para que a criança seja exposta a uma ampla variedade de alimentos que irão formar as bases para hábitos alimentares saudáveis futuros (BRASIL, 2010). A partir dos seis meses de idade, a AC, conforme o nome sugere, tem a função de complementar energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2009b).

Para orientar os profissionais da saúde na promoção da alimentação saudável e adequada para menores de 2 anos, em 2002 foi publicado o Guia Alimentar para Menores de 2 anos (GAM), uma iniciativa do Ministério da Saúde (Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e Área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno) e do Programa de Promoção e Proteção à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil). O GAM abrange o quadro atual da situação de nutrição e alimentação dos menores de 2 anos no país, elaborado com a participação de profissionais de saúde, que lidam com nutrição de crianças, através de levantamento de dados existentes no Brasil e complementado com a realização de estudos qualitativos (BRASIL, 2002).

As bases científicas descritas no guia foram fundamentadas a partir dos anais da reunião da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância sobre alimentação complementar, realizada em Montpellier, na França, em dezembro de 1995, através de uma ampla revisão da literatura internacional, com posterior publicação em 1998 (BRASIL 2002). O GAM tem como objetivo esclarecer os profissionais da saúde, principalmente da atenção primária, sobre a alimentação dos menores de 2 anos e fazer com que esses possam orientar as mães e/ou seus cuidadores. Em 2010, foi lançada a sua 2ª edição, 10 Passos para uma Alimentação Saudável-Guia Alimentar para Menores de 2 anos.

Em relação à AC, vários estudos apontam para seu início precoce ou tardio, e com baixa qualidade nutricional. Caetano et al. (2010) encontrou mediana de 4 meses para o início da introdução de alimentos, e de 5 meses para o início da alimentação da família. Garcia, Granado e Cardoso (2011) observaram que 29,6% das crianças de 6 a 8 meses, moradoras da zona urbana de Acrelândia-RN, ainda não recebiam nenhuma refeição de sal.

Com intuito de verificar a situação do aleitamento materno e alimentação complementar, foi realizada em 2009 a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009a). Foi utilizado, para coleta de dados, um recordatório 24 horas e questionário sobre as crianças e suas mães, sendo constatada introdução precoce de água (13,8%), chás (15,8%) e outros leites (17,8%), já no primeiro mês de vida. Além disso, crianças entre 3 e 6 meses, 20,7% já consumiam comida salgada e 24,4% frutas.

Por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semisólidos na dieta da criança, não recebiam comida salgada. Também foi constatado consumo elevado de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses. Em relação ao AME a mediana teve como duração 1,8 meses, e de AM 11,2 meses.

A não introdução dos alimentos aos 6 meses de idade pode levar ao desenvolvimento de carências minerais, principalmente anemia ferropriva. Após os 6 meses, apenas o LM não mais supre as necessidades calóricas e de micronutrientes da criança, sendo necessário a introdução de alimentos, em adição ao LM. Já a introdução precoce dos alimentos pode ser desvantajosa, pois: aumenta a morbimortalidade infantil, devido a menor ingestão dos fatores de proteção presentes no LM; aumenta o risco de contaminação, já que os alimentos são uma importante fonte de contágio e desenvolvimento de doenças em crianças; substitui parte do LM e interfere na absorção de seus nutrientes; ademais, muitas vezes os alimentos oferecidos a criança são nutricionalmente inferiores ao LM, principalmente quando muito diluídos (OMS, 2002).

Seabra e Moura (2005), encontraram que as mães iniciaram a alimentação com papa de fruta aos 4 meses e sopa aos 6 meses, a comida mais sólida foi oferecida apenas aos 7 meses. Garcia, Granado e Cardoso (2011), encontraram que 39% das crianças receberam alimentos pastosos pela primeira vez entre 0 e 5 meses e 20% das crianças de 6 a 8 meses ainda se alimentavam exclusivamente de líquidos.

Quando se trata de alimentação complementar e aleitamento materno, os profissionais da saúde têm papel fundamental. Em estudo de Caetano (2010), quando as mães foram questionadas sobre as práticas alimentares adotadas, estas eram predominantemente baseadas em sua própria experiência de vida ou na da sua família (67,6%), ainda sendo citados o pediatra e a mídia. Estudo de Ferreira, Castro e Menezes (2009), verificaram que a introdução tardia de alimentos, principalmente carne e leguminosas, ainda é conduta de muitos profissionais da saúde.

Referências Bibliográficas

AMORIM, K.S.; ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Creches com qualidade para a educação e o desenvolvimento integral da criança pequena. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 64-70, 1999.

BALABADAN, N. **O início da vida escolar- da separação à independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, DF, 2002. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **10 Passos para uma alimentação saudável-Guia Alimentar para menores de 2 anos**. Brasília, DF, 2010. 37p.

BRASIL. Ministério da saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009 (a). 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção a Saúde. **Saúde da criança: Nutrição infantil- Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF; 2009 (b)

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, DF, 23 de dez. 1996.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Infantil**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF, dez. 1996.

BRASIL. Presidência da República. **lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto Criança e do Adolescente. Brasília, DF, jul. de 1990.

BRASIL. Presidência da República. LEI 11770 de 9 de setembro de 2008. **Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212**, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF, set. 2008.

CAETANO, M.C.; ORTIZ, T.T.O.; SILVA, S.G.L.; SOUZA, F.I.S.; SARNI, R.O.S. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 196-201, mai./jun. 2010.

FERREIRA, J.V.; CASTRO, L.M.C.; MENEZES, M.F.G. Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família. **Ceres: Nutrição e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 117-129, 2009.

FERREIRA, G.V. **O impacto da adaptação de crianças na creche sobre os sentimentos maternos**. Porto Alegre, RS: 2007. Trabalho de conclusão de curso, para especialização em psicologia clínica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.

GARCIA, M.T.; GRANADA, 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, fev. 2011.

OLIVEIRA, Z.M.R. A creche no Brasil: mapeamento de uma trajetória. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 43-52, 1988.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHÃES, M.A.B.L.; JAMAS, M.T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 282-289, 2007.

RAPAPORT, A. **Adaptação de bebês a creche: O ingresso no primeiro ou segundo semestre de vida**. Porto Alegre, RS: 1999. Dissertação de mestrado, Psicologia do desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1999.

RAPAPORT, A.; PICCINI, C.A. A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 497-503, set./dez. 2004.

SEABRA, KC; MOURA, MLS. Alimentação no ambiente de creche como contexto de interação nos primeiros dois anos de um bebê. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n.1, p.77-86, jan./abr. 2005.

WINICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Geneva, Switzerland; 2002.

**INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS
MATRICULADAS EM ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCETES AO
TERRITÓRIO DE UMA UBS DE PORTO ALEGRE-RS**

Introduction of the complementary feeding in registered children in day cares belonging to the
primary health care unit's territory of porto alegre-rs

Alice Magagnin Neves¹

Maurem Ramos²

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Curso de graduação em Nutrição

Endereço para Correspondência:

Porto Alegre – RS, Brasil. CEP: 90035003

Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 425.

Email: Alice-mn@hotmail.com

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Medicina Social - Curso de
graduação em Nutrição

Resumo:

Objetivo: Verificar se a alimentação complementar em berçários de escolas de educação infantil segue as orientações do Guia Alimentar para Menores de 2 anos e se há um conhecimento por parte dos responsáveis pela alimentação das crianças do mesmo. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, de cunho qualitativo. Tendo como amostra 5 escolas de educação infantil com classes de crianças de até 2 anos de idade, pertencentes ao território de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS. Para a coleta utilizou-se uma entrevista com questões norteadoras, baseado no Guia Alimentar para Menores de 2 anos. O entrevistado foi o nutricionista da escola, o qual também concedeu uma cópia do cardápio mensal. As entrevistas foram gravadas em áudio com posterior transcrição das falas, categorização, leitura e análise. **Resultados:** Introdução do grão de feijão e carne em torno de 7-8 meses; 1 escola oferece papa em consistência líquida; 3 escolas misturam os alimentos; em todas os líquidos são oferecidos em mamadeira e a introdução dos alimentos depende de liberação do pediatra da criança; todos os profissionais afirmaram ter conhecimento do Guia. **Conclusão:** Verificou-se que a alimentação das crianças nas escolas, e os profissionais da saúde- pediatras e nutricionistas- não seguem as orientações do Guia Alimentar para Menores de 2 anos.

Palavras Chave: Alimentação Complementar. Cuidado do Lactente. Nutrição Infantil. Desmame.

Abstract

Objective: Verify if complementary feeding in day cares nurseries follows the food guide for children under 2 years guidelines and if the professional responsible for the children's nutrition has knowledge about these guidelines. **Method:** This is a qualitative exploratory study. With a sample of 5 day cares with classes of children under 2 years of age, belonging to a primary health care unit's territory of porto alegre-rs. For the research, a interview was used, based on the food guide for Brazilian children under 2 years. The interviewed was the school's nutricionist, which also provided a copy of the mothly menu. The interviews were audio-taped with the subsequent transcription of speeches, categorization, reading and analysis. **Results:** Introduction of the bean's grain and meat around 7-8 months of age, a single school offers baby food in liquid consistency, three elementary schools mixed all the food, in all of them the liquids are provided in a baby bottle and the introduction of food to children depends on liberation of the child's pediatrist; all professionals claimed to have knowledge of the guide. **Conclusion:** We found that the children's feeding in day cares of this study is probably inappropriate, besides, the health care's professionals, pediatrists and nutricionists, do not follow the food guide guidelines, having outdated professional behavior.

Key Word: Complementary Feeding. Infant Care. Infant Nutrition. Weaning.

Número total de palavras do manuscrito: 4307 palavras

Introdução

Até o início da industrialização no Brasil, o responsável pelo cuidado das crianças era a própria mãe. Até então, o contrário remetia a um contexto de abandono e pobreza, pois era a situação de filhos de mães solteiras, bastardos, órfãos ou de pais que não tinham condições financeiras de prover o sustento da criança¹. No entanto, com o início da industrialização no Brasil, e a entrada da mulher no mercado de trabalho, surgiu a necessidade de ter quem cuidasse das crianças na ausência da mãe.

Inicialmente, a creche possuía cunho basicamente assistencial, com preocupação de alimentar, cuidar da higiene e da segurança física, não existindo um trabalho voltado para a educação e o desenvolvimento intelectual.^{1,2,3} Apenas na década de 70, com a expansão das creches e berçários mantidos por entidades particulares para crianças pertencentes a classe média e alta, foi que a creche passou a ser vista como um local de promoção a educação e ao desenvolvimento intelectual da criança pequena.^{1,2}

Atualmente, o número de pais que procuram escolas de educação infantil tem crescido rapidamente, seja pela necessidade ou opção da mãe em voltar ao trabalho, seja pela vontade dos pais de promover maior socialização da criança. Além disso, como o período de licença maternidade obrigatório é de 120 dias,⁴ muitas crianças irão ingressar na escola com apenas alguns meses de vida.

Assim, o início do período escolar, ou seja, a antiga creche, pode ocorrer por volta dos 4 a 6 meses, tornando-se importante a discussão sobre a maneira como as escolas de educação infantil lidam com a questão do aleitamento materno e como realizam a alimentação complementar. A Organização Mundial da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo por 6 meses, com início da alimentação complementar após esse período. Sendo denominado como alimentação complementar o período em que começam a serem ofertados, de maneira gradual, outros alimentos à criança em adição ao aleitamento materno, até que esta comece a receber a mesma alimentação da família.⁵

Vários estudos têm demonstrado a introdução precoce ou tardia da alimentação complementar; em consistência inadequada; com alto consumo de doces, alimentos industrializados e refrigerantes por crianças menores de 2 anos.^{6,7,8,9} A introdução precoce dos alimentos aumenta a morbimortalidade infantil, devido a menor ingestão dos fatores de proteção presentes no leite materno e pelo risco que os alimentos trazem, por serem uma importante fonte de contaminação e de desenvolvimento de doenças em crianças. Ademais, diminuem a absorção de nutrientes presentes no leite materno. Já a introdução tardia após os 6 meses de idade pode levar ao desenvolvimento de carências minerais, principalmente anemia ferropriva.⁶

A fim de orientar os profissionais de saúde sobre questões de aleitamento materno e alimentação complementar, o Ministério da Saúde e o Programa de Promoção e Proteção à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil) publicaram o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos.¹¹ O qual também abrange o quadro atual da situação de nutrição e alimentação dos menores de 2 anos no Brasil, tendo sido elaborado com a participação de vários profissionais de saúde, através de levantamento de dados existentes no país e complementado com a realização de estudos qualitativos.¹⁰ Em 2010, foi lançada sua 2ª edição, 10 Passos para uma Alimentação Saudável-Guia Alimentar para Menores de 2 anos.¹¹

Diante disso, e levando-se em conta que muitas crianças passarão a frequentar escolas de educação infantil entre os 6 a 24 meses, passa a ser função desta a introdução da alimentação complementar de maneira adequada. Sabendo-se da importância que esse período terá na alimentação da criança e no seu desenvolvimento, esse estudo teve como objetivo verificar, a introdução da alimentação complementar em berçários de escolas de educação infantil de acordo com as orientações do Guia e verificar se há um conhecimento por parte dos responsáveis pela alimentação das crianças do guia alimentar para menores de 2 anos.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho qualitativo. O qual tem como objetivo conhecer o fenômeno de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ele se insere. Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.¹²

A amostra desse estudo constituiu-se de escolas de educação infantil com classes de crianças de até 2 anos de idade, pertencentes ao território de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS. Através do Google maps as escolas foram mapeadas, obtendo-se um total de 17. Destas, 3 não estavam mais em funcionamento. Em um primeiro contato, via telefone ou pessoalmente, foi explicado como seria realizado o trabalho e seus objetivos, e convidou-se a escola a participar. No caso de aceite da escola foi marcada uma visita. Das 14 escolas, 6 não aceitaram participar, e em 3 não houve coleta dos dados, pois ocorreu incompatibilidade de horário entre o pesquisador e as responsáveis pela alimentação das crianças, restando uma amostra de 5 escolas.

A coleta de dados consistiu de entrevista, onde utilizou-se um roteiro com questões norteadoras baseadas nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável-Guia Alimentar para Menores de 2 anos,¹¹ focalizadas em um assunto e, complementadas por outras questões que surgiram durante a mesma. A escolha por esse tipo de entrevista, deve-se ao fato dela fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.¹³

O entrevistado foi o responsável pela alimentação das crianças na escola, o qual também concedeu uma cópia do cardápio mensal. As entrevistas foram gravadas em áudio com posterior transcrição das falas. Realizou-se a leitura e análise das falas transcritas, pelo método da análise de conteúdo, técnica de redução de um grande volume de material num conjunto de categorias de conteúdo, propõe que o material seja examinado e que a informação nele contida seja fragmentada em categorias, pré-estabelecidas.¹²

Em um segundo momento, organizou-se e agrupou-se as respostas, e as novas questões que surgiram em decorrência da mesma, pela semelhança entre elas, de acordo com os objetivos propostos, que surgiram da leitura do Guia Alimentar para Menores de 2 anos nas seguintes categorias: caracterização das escolas infantis participantes; planejamento dos cardápios; mudança gradual da consistência da refeição; aparência da comida servida; possibilidade da mãe amamentar na escola, oferta de líquidos; conhecimento dos profissionais em relação ao Guia Alimentar.

Ademais, para o item planejamento dos cardápios, também utilizamos os cardápios, do mês em que foram levantados os dados, a fim de verificar a introdução da alimentação complementar, sempre tendo como referência os Dez Passos para uma Alimentação Saudável- Guia Alimentar para Menores de dois anos do Ministério da Saúde, 2010¹¹.

O presente projeto, foi encaminhado e aprovado pelo comitê de ética da UFRGS, sob nº 21642.

Resultados e Discussão

O Guia Alimentar¹¹ propõe a introdução lenta e gradual dos alimentos a partir do 6º mês, para crianças em aleitamento materno, através de alimentos saudáveis, comuns a região e ao hábito da família. A partir dessa idade, os alimentos complementares devem ser

oferecidos 3 vezes ao dia- uma papa salgada e 2 papas de fruta. A partir do 7º mês, ocorre a introdução da segunda papa salgada ao esquema anterior, aumentando-se gradativamente a consistência, até que aos 12 meses a criança esteja recebendo a mesma alimentação da família.¹¹

A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos, um dos legumes e verduras, um dos alimentos de origem animal e um das leguminosas. A partir do 12º mês, recomenda-se que a criança tenha 3 refeições principais (café da manhã, almoço e janta) e 2 lanches (frutas e cereais e tubérculos). Paralelo a isso, segue-se o aleitamento materno até os 2 anos ou mais, em menor frequência.¹¹

No caso de crianças não amamentadas exclusivamente, inicia-se ao 4º mês a introdução dos alimentos, substituindo gradativamente a refeição láctea. Inicia-se com 2 papas salgadas e 2 papas de fruta, além do leite sem adição de açúcar, farinhas ou outros. Nesse caso opta-se pelo maior número de refeições para suprir as necessidades energéticas da criança. A mudança de consistência também ocorre de forma gradual, e aos 8 meses a criança já pode estar recebendo a refeição bem próxima, ou até a mesma da família. As recomendações para as papas seguem as das crianças amamentadas até os 6 meses.¹¹

Abaixo apresenta-se os resultados, deste estudo, de acordo com as categorias propostas.

Caracterização das escolas infantis participantes

A amostra final foi de 5 escolas de educação infantil. Dessas, 4 eram particulares situadas em regiões de classe média alta, e apenas 1 comunitária. As turmas eram divididas de forma muito semelhante, menores de um ano, em uma turma, e maiores de um ano em outra. Em todas, o responsável pela alimentação das crianças era o profissional nutricionista.

As escolas ofereciam 4 refeições, que consistiam em lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta, e uma mamadeira após sesta da tarde. Os intervalos entre elas respeitavam as recomendações do Guia Alimentar¹¹, de duas a três horas, que segundo o mesmo, deve ter intervalos regulares, e não horários rígidos, além de respeitar o apetite da criança.¹¹

Planejamento dos Cardápios

Em relação aos cardápios, apenas 1 escola possuía um cardápio especial para alunos do berçário, as demais utilizavam o mesmo das crianças maiores, mas com algumas adaptações de consistência e preparações. Ademais, em 4 escolas, além do cardápio, cada criança possuía listas de alimentos permitidos ou não pelo pediatra. Entre os alimentos não permitidos se encontravam algumas frutas, grão de feijão e carne. Entretanto, essas restrições não ocorreram devido à alergia da criança a determinado alimento, fato que justifica tal conduta, mas, na maioria das vezes, os alimentos eram proibidos pelo entendimento do médico da criança. Alguns pediatras deixavam a cargo do nutricionista da escola a evolução da dieta.

Em nenhum momento o Guia Alimentar,¹¹ fala em restrição alimentar, pelo contrário, estimula uma alimentação variada e colorida, já que os nutrientes estão distribuídos de forma diferenciada nos alimentos. Em relação a frutas, orienta oferecer 2 variedades diferentes durante o dia, dando preferência as da estação. Em um cardápio de uma criança de 8 meses, constavam como frutas liberadas pelo pediatra apenas: mamão, maçã, pêra, banana e laranja. Encontrou-se uma referência da década de 70 que utilizava tal conduta, de iniciar a oferta de frutas preferencialmente com as seguintes: banana, maçã e pêra, mas, quando a criança estava com 3 a 4 meses de idade.¹⁴

Em relação a papa salgada, apenas uma escola oferecia o grão de feijão aos 6 meses, em todas as outras era servido apenas o caldo. A introdução do grão dependia da prescrição do pediatra, que variava conforme o profissional, mas que na maioria das vezes era liberado entre os 7 e 8 meses. No entanto, 2 nutricionistas afirmaram que em caso do médico deixar a seu critério a liberação do feijão, elas teriam a mesma conduta, a partir dos 7 e 8 meses, e 1 nutricionista afirmou que nesse caso introduziria entre 10 e 11 meses. Ainda, em uma escola isso só ocorre com a entrada da criança no maternal, com 3 anos, mesmo com liberação anterior pelo médico da criança conforme a fala do profissional abaixo:

“O feijão só o caldo até o maternal, isso é uma coisa da escola, eles preferem assim, mas sei que já pode ser liberado”.

O Guia Alimentar ¹¹, orienta a introdução do feijão a partir do 6º mês para crianças amamentadas e aos 4 meses para crianças em aleitamento artificial. A princípio o grão deve ser bem esmagado, aumentando a consistência até que a criança esteja apta a recebê-lo inteiro. Não sendo em nenhum momento referido iniciar a alimentação complementar com caldo do feijão em substituição ao grão. Além disso, o feijão e outras leguminosas são importantes fontes de ferro não heme, quando consumidos com frutas cítricas. Os resultados encontrados, contrariam as orientações do Guia Alimentar, ¹¹ mas estão de acordo com outros estudos.

Silveira e Lamounier¹⁵, verificaram baixo consumo de arroz, feijão e carnes por criança de 6 a 12 meses, nesse estudo não se diferenciou o consumo do grão e caldo. Além disso, verificaram receio dos pais em ofertar alimentos de consistência mais sólida as crianças. Oliveira et al ¹⁶ encontraram que dentre as crianças de 6 a 12 meses de idade, 70,4% consomem essa leguminosa na forma de caldo e 50,1% na forma de grão. Também,

observaram que mesmo contendo ferro de baixa biodisponibilidade, o consumo diário dessa leguminosa pode contribuir com os níveis sanguíneos de hemoglobina.

Quanto à carne encontrou-se situação semelhante, dependendo da liberação médica para o consumo na alimentação da criança, o que geralmente não ocorre antes do 7º ou 8º mês. Em relação à conduta do nutricionista em 3 escolas, caso não houvesse a prescrição do pediatra, as crianças receberiam o caldo de carne até os 7 meses, já as outras 2 nutricionistas liberam com 6 meses, a menos que o pediatra prescreva a não introdução da carne. Como registrado na fala de um dos nutricionistas:

“A carne é liberada a partir dos 7 meses, mas sempre com a prescrição do pediatra. Se ele não libera, não oferecemos. Antes dos 7 meses eles não recebem nada que contenha carne, é norma da escola”.

Semelhante conduta verifica-se em Silveira e Lamounier,¹⁵ que encontraram consumo de carne (sem especificar a origem) por 40,5% das crianças entre 6 a 12 meses e por 66,1% daquelas com mais de 12 meses. Em estudo de Córrea et al¹⁷ a idade média de introdução da carne foi de 7,2 a 7,8 meses de vida. Oliveira et al¹⁶ observaram a média de consumo de carnes por crianças entre o 6 a 12 meses foi de 13,3g.

A introdução tardia de carnes pode levar ao desenvolvimento de carências minerais, principalmente a anemia ferropriva. Segundo o Guia Alimentar,¹¹ sempre que possível, as carnes devem estar presentes na alimentação da criança a partir dos 6 meses, pois garantem aporte de ferro heme, ademais, recomenda o consumo de vísceras pelo menos uma vez na semana.

A anemia é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo as gestantes e as crianças em fase de crescimento, principalmente as crianças menores de 24

meses, os grupos mais vulneráveis para o desenvolvimento de anemia por carência de ferro.¹⁸ Os principais fatores que contribuem para o declínio dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida são representados pela baixa reserva de ferro fetal, curta duração do aleitamento materno, aliados ao oferecimento de alimentos com baixa densidade energética, limitado conteúdo de ferro e alto consumo de componentes inibidores da absorção desse micronutriente.¹⁹

Ainda, a deficiência prolongada desse mineral está relacionada a déficit cognitivo em crianças.¹⁸ Dessa forma, exige medidas preventivas que incluam, além do incentivo à prática de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, orientações para iniciar a alimentação complementar em momento oportuno e de qualidade. Portanto, é um equívoco dos profissionais nutricionistas entrevistados e dos pediatras dessas crianças não permitir a introdução da carne e grão de feijão conforme estabelecido pelo Guia Alimentar.¹¹

Em uma das escolas é ofertado um esquema de papa I, composta de vegetais e caldo de carne, servida até os 7 meses, quando então a criança passa a receber a papa II que contem, além dos vegetais, carboidrato e carne desfiada ou moída, em consistência de purê. Uma segunda escola, oferta sopa I, que consiste em caldo de feijão e de carne, e verduras, até os 7 ou 8 meses, quando é introduzida a sopa II, que consiste dos mesmos ingredientes da sopa I, mais carne e carboidrato ou tubérculo. Em 3 escolas os alimentos são misturados, nas demais, são ofertados separadamente.

Em relação às refeições líquidas, o Guia Alimentar¹¹ não as recomenda, por apresentarem densidade calórica diminuída quando comparadas com as mais espessas e consistentes. Devido ao fato da criança possuir capacidade gástrica pequena (20-30ml/kg), e conseqüentemente, consumir pouca quantidade, faz-se necessário garantir as calorias necessárias através de papas de alta densidade energética. Diante disso, é possível que as crianças que recebem sopa, conforme verificado neste estudo, estejam com aporte calórico

deficiente. Ademais, os alimentos líquidos normalmente estão misturados, o que dificulta a distinção do sabor.

Com o início da oferta de alimentos à criança, ela passa a descobrir novos sabores e texturas, sendo recomendado pelo Guia Alimentar¹¹ que os alimentos sejam ofertados de forma separada, o que facilita o reconhecimento de novos gostos. Ademais, com os alimentos misturados, fica difícil para a criança testar diferentes sabores e texturas.

A recomendação da papa salgada é cozinhar os alimentos, de forma que sobre pouca água, e após amassá-los com garfo ou colher, sempre em consistência de purê, até chegar a mesma alimentação da família, respeitando a evolução da criança.¹¹ No caso da oferta de sopas como forma de iniciar a alimentação complementar encontrou-se referência sobre esta orientação em um livro da década de 70.¹⁴ Mas, observou-se que essa conduta ainda é utilizada, apesar de antiga contrariando a orientação dada pelo Guia Alimentar.¹¹

Semelhante conduta foi verificado em um estudo de Seabra e Moura,²⁰ os quais encontraram que as mães iniciaram a alimentação das crianças com papa de fruta aos 4 meses e sopa aos 6 meses, a comida mais sólida foi oferecida apenas aos 7 meses. Saldiva et al²¹ também demonstraram que aos 6 meses de idade a probabilidade da criança receber sopa é de 78%, enquanto de receber comida de panela é de 39%, sendo que o consumo de comida ultrapassa o de sopa apenas a partir dos 11 meses de idade. Silveira e Lamounier,¹⁵ verificaram que as sopas começaram a serem ofertadas as crianças com 1 mês de vida (0,9% do total de crianças analisadas) com aumento progressivo até os 4 meses (42,4%).

No presente estudo, os lanches da manhã e tarde, para as crianças menores de 6 meses, consistiam de papa de fruta, e, ao completar 1 ano, era acrescido 1 carboidrato ao lanche da tarde, estando de acordo com o Guia Alimentar.¹¹ A única exceção foi uma escola que além da fruta ofertava gelatina e cremes a base de farinha e leite no lanche da tarde para menores de 1 ano. Conforme fala da seguinte nutricionista:

“.....os lanches (pães e bolos) são para as maiores de um ano, as menores recebem, papa de fruta, gelatina, e cremes a base de leite e farinhas.”

Tendo sido verificado igualmente por Correa et al,¹⁷ que doces foram oferecidos a crianças na forma de açúcar aos 6,6 meses, e bolachas simples, pudim ou gelatina antes de completarem oito meses de idade. Schumann, Polônio e Gonçalves²² encontraram que a maioria das crianças iniciou o consumo de gelatina, sucos e refrigerantes, antes dos 2 anos de vida. Sendo que o pó para gelatina foi introduzido antes da criança completar 1 ano em 95% dos casos.

O Guia Alimentar¹¹ preconiza que alimentos industrializados (como gelatina, salgadinhos, guloseimas, achocolatado, refrescos em pó, etc) não sejam ofertados a crianças menores de 2 anos. Pois, além de ter baixo valor nutricional, esses alimentos podem irritar a mucosa gástrica da criança, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes. Ademais, sugere que a ingestão desses alimentos está relacionada com presença de anemia, excesso de peso e desenvolvimento de alergias alimentares.

Líquidos

Em todas as escolas os líquidos são ofertados em mamadeira. O Guia Alimentar¹¹ não incentiva o seu uso, e aponta como ideal a utilização do copo desde o início da introdução dos líquidos. Os motivos se devem pela mamadeira se constituir em risco de contaminação, devido à dificuldade de limpeza e adequada higienização. Além disso, em crianças que ainda estão sendo amamentadas acaba por dificultar a pega correta da mama, ocorrendo confusão de bicos. Ademais, aumenta o risco de problemas ortodônticos e

fonoaudiológicos; faz com que o bebê engula mais ar ao mamar, o que pode causar desconforto abdominal pela formação de gases, e, conseqüentemente, gerar cólicas no mesmo.

Caetano et al.⁷ encontrou que a mediana para introdução da mamadeira foi de 3 meses. França et al.²³ observaram que aos sete dias, 21,3% das crianças usavam mamadeira e, aos 30 dias, 46,9%. Nagen,²⁴ encontrou que 94% dos casais já possuíam mamadeira antes do bebê nascer, demonstrando grande predisposição em utilizá-la, mesmo antes do nascimento da criança. Esse autor ainda discute a questão de que os pais introduzem a mamadeira por ser uma maneira fácil e prática de alimentar a criança. O que provavelmente explica o seu uso em escola infantil, conforme verificado.

Possibilidade de amamentação na escola

Todas as escolas confirmaram a possibilidade da mãe amamentar na escola, mas afirmaram nunca ter acontecido. Não havia um lugar específico para a amamentação, mas todas as escolas se dispunham a ceder um local confortável para a mãe e o bebê. Conforme fala da seguinte nutricionista:

“Se a mãe quiser amamentar pode, mas nunca teve uma mãe que quisesse. Mas não teria problema nenhum. Com certeza seria incentivado.”

O Guia Alimentar¹¹ orienta manter a continuidade do aleitamento materno, mesmo com a volta da mãe ao trabalho. Pois, mesmo a partir do 6º mês, quando as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas apenas com o leite materno, este ainda continua sendo uma fonte importante de calorias e nutrientes, além de continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas.

Seabra e Moura ²⁰ avaliaram o contexto alimentar de crianças até 2 anos de idade em escolas de educação infantil, e encontraram preocupação por parte das mães que iriam voltar a trabalhar em iniciar logo a introdução de outros alimentos, abreviando o aleitamento materno exclusivo. É importante que todos os profissionais de saúde, independente de atuarem no setor público ou privado, tenham conhecimento e orientem as mães de que não é necessário cessar o aleitamento materno mesmo com a sua volta ao mercado de trabalho. As mães precisam ser incentivadas a realizar ordenha manual e armazenamento do leite na geladeira ou freezer, para que esse leite possa ser oferecido à criança na sua ausência, em copinho ou com colher, não em mamadeira. Além disso, elas podem continuar oferecendo o peito antes de sair e ao retornar do trabalho.¹¹

Conhecimento do Guia Alimentar para Menores de 2 anos

Todos os profissionais nutricionistas afirmaram conhecer o Guia Alimentar.¹¹ Porém, isso vai contra os resultados verificados, que mostram inadequações em todas as escolas, quando os cardápios foram comparados com as suas recomendações. Ou seja, estes profissionais que trabalham com a alimentação de crianças, ainda não seguem o conteúdo do Guia Alimentar para Menores de 2 anos¹¹, utilizando condutas antigas.

Confirmando o que Ferreira, Castro e Menezes ²⁵ encontraram analisando a forma como profissionais da saúde, pediatras e nutricionistas, orientam a introdução da alimentação complementar, recomendando iniciar com suco de frutas ou hortaliças, seguido de papas de fruta, sopas e outros leites para crianças entre o 3º e 6º mês de vida. Ademais, observaram que a introdução tardia de alimentos, principalmente carne e leguminosas, ainda é conduta destes profissionais da saúde.

Ademais, observou-se durante as entrevistas que apesar do nutricionista ser o responsável técnico pelas instituições, a alimentação das crianças, na maioria das vezes, é

determinada por normas da direção da escola ou pelo pediatra. Mesmo sendo o nutricionista o profissional da saúde responsável pela alimentação, e plenamente capacitado para decidir sobre as questões alimentares. Além disso, em estudo realizado por Boog,²⁶ a autora encontrou que a maioria dos médicos afirma não ter estudado nutrição na universidade, e considera seu conhecimento nessa área deficiente.

Mesmo não sendo objetivo deste trabalho, observou-se que a carga horária do profissional nutricionista na escola é pequena, em torno de 4 horas semanais ou, até mesmo, 4 horas mensais, o que provavelmente dificulta a sua ação. Apesar de a portaria do Conselho Regional de Nutricionistas ²⁷ estabelecer que em escolas com até 50 alunos a carga horária mínima é de 6 horas semanais.

Como exemplificado pela fala da seguinte nutricionista:

“Eu não faço nem a lista de compras, em função do meu tempo, fico aqui apenas uma manhã da semana”.

Entretanto, não seguir as orientações do Guia Alimentar,¹¹ não se justifica pela carga horária restrita. A possibilidade maior é, provavelmente, a falta de atualização científica e técnica de suas atividades, que permitiria a argumentação para mudança de rotina na alimentação das escolas e da conduta dos pediatras das crianças sob seus cuidados.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo verificar como ocorre a introdução da alimentação complementar em berçários de escolas de educação infantil e o conhecimento do Guia Alimentar para Menores de 2 anos ¹¹ por parte dos profissionais nutricionistas. Os resultados indicam que as crianças menores de 2 anos que freqüentam as escolas,

provavelmente, estão recebendo refeições inapropriadas para a idade. Com alimentos que não estimulam o aprendizado de novos sabores, em alguns casos com consistência inadequada e possivelmente baixo valor calórico, uso de mamadeira e introdução tardia de alimentos fonte de ferro. Ou seja, as recomendações do Guia Alimentar¹¹ não estão sendo seguidas, apesar de todos os nutricionistas afirmarem conhecê-lo.

Mesmo não sendo um dos objetivos, acabou-se por averiguar que muitos pediatras também seguem condutas antigas quando se trata de alimentação complementar. Isso tudo sugere que os profissionais da saúde em geral parecem não se atualizar em questões relacionadas à alimentação da criança.

Ademais, observou-se que a carga horária dos nutricionistas em escolas de educação infantil é, muitas vezes, insuficiente para que ele realize todas as funções de sua responsabilidade na escola. A partir das entrevistas, foi observado que aparentemente esse profissional é contratado apenas para elaborar os cardápios e assumir a responsabilidade técnica.

Enfim, durante a revisão bibliográfica, não foi localizado nenhum estudo que analisasse como os alimentos são introduzidos às crianças que frequentam escolas. Diante disso, acredita-se que mais trabalhos que abordem a questão da alimentação complementar em berçários de escolas de educação infantil precisam ser realizados e mais atenção deve ser dada a introdução da alimentação dessas crianças.

Referências Bibliográficas

1. Oliveira ZMR. A creche no Brasil: mapeamento de uma trajetória. Revista da Faculdade de Educação. 1988 [acesso em: 08 de setembro de 2011]. 45: 10p.
2. Amorim KS, Rossetti-Ferreira MC. Creches com qualidade para a educação e o desenvolvimento integral da Criança pequena. Revista Psicologia: Ciência e Profissão [periódico online].1999 [acesso em 08 de setembro de 2011]. 64: 6p.
3. Ferreira GV. O impacto da adaptação de crianças na creche sobre os sentimentos maternos. [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
4. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
5. WHO (World Health Organization). Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, Switzerland; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; DF; 2009. [acesso em 30 de março de 2011].

7. Caetano MC, Ortiz TTO, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. *Jornal de Pediatria*. [periódico on line]. 2010 [acesso em 01 de setembro de 2011]. 196:5p.
8. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. [periódico on line]. 2011 [acesso em 01 de setembro de 2011]. 305: 11p.
9. Parada CMGL, Carvalhães MABL, Jamas MT. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. *Revista latino-americana de Enfermagem* [periódico on line]. 2007 [acesso em: 01 de setembro de 2011]. 282:7p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos. Brasília, DF; 2002 [acesso em 19 de março de 2011].
11. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. 10 Passos para uma Alimentação Saudável-Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos. Brasília, DF; 2010. [acesso em 19 de março de 2011].
12. Minayo MCS. Desafio do conhecimento, a pesquisa qualitativa em saúde. 12º edição. Editora Hucitec; 2006.
13. Triviños, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Editora Atlas. 1987.

14. Pernetta C. Alimentação da Criança. 7ª edição. Fundo Editorail BYK Prociemx. 1979.
15. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Revista de Nutrição [periódico on line]. 1993 [acesso em: 03 de setembro de 2011]. 437: 10p.
16. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos 2 primeiros anos de vida. Revista de Nutrição. [periodico on line]. 2004 [acesso em: 03 de setembro 2011]. 459: 10p.
17. Correa EM, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). Revista Paulista de Pediatria [periódico on lline]. 2009 [acesso em 08 de setembro de 2011] 258:6p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Operacional-Programa Nacional Suplementação de ferro. Brasília, DF; 2005. [acesso em 20 de outubro de 2011].
19. WHO (World Health Organization). Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, Switzerland; 1998.

20. Seabra KC, Moura MLS. Alimentação no ambiente de creche como contexto de interação nos primeiros dois anos de um bebê. *Psicologia em estudo* [periódico on line]. 2005 [acesso em 20 de março de 2011]. 77: 9p.
21. Saldiva SR, Escuder MM, Mondini I, Levy RB, Venancio, SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *Jornal de Pediatria*. [periódico on line]. 2007. [acesso em 10 de outubro de 2011]. 55: 3p.
22. Schumann SPA, Polônio MLT, Gonçalves ECBA. Avaliação do consumo de corantes artificiais por lactentes, pré-escolares e escolares. *Revista Ciência e Tecnologia de Alimentos*. [periódico on line]. 2008 [acesso 30 de outubro]. 34: 4p.
23. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. [periódico on line]. 2008 [acesso em: 20 de outubro de 2011]. 607:14p.
24. Nagem TM. Chupeta ou mamadeira: Quem quer, a criança ou seus pais?. *Revista Cefac*. [periódico on line]. 1999 [acesso em 01 de novembro de 2011]. 73-6p.
25. Ferreira JV, Castro LMC, Menezes MFG. Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família. *Ceres: Nutrição e Saúde*. [periódico on line]. 2009 [acesso em 03 de novembro de 2011]. 117:12p.

26. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Revista de Nutrição. [periódico on line]. 1999 [acesso 02 de novembro de 2011].

27. Conselho Regional de Nutricionistas 2º região. Ato Normativo nº 006/06, de 5 de abril de 2006.

ANEXO A- Normas para publicação

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

1. Aspectos Éticos

1.1 Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

1.2 Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

2. Critérios para aprovação e publicação de artigo

2.1 Artigos Originais: divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

3. Forma e preparação de manuscritos

3.1 Apresentação e submissão dos manuscritos

Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

4. Estrutura do manuscrito

4.1 Página de identificação: título do trabalho- em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

4.2 Página de Resumos: deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Palavras-chave: para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

4.3 Referências: devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos disponíveis no site:

<http://www.scielo.br/revistas/rbsmi/pinstruc.htm>

ANEXO B- Declaração dos Autores

Os autores declaram que o presente estudo: Introdução da Alimentação Complementar em Crianças Matriculadas em Escolas de Educação Infantil Pertencentes ao Território de uma UBS de Porto Alegre-RS, não está sendo submetido a nenhum outro periódico.

ANEXO C- Questões Norteadoras

1. Me explica, como é feito o cardápio para as turmas de berçário:
2. Supondo um aluno de 4 meses que estava em aleitamento materno, inicie na escola agora, como vocês conduzem a alimentação? Muda alguma coisa (consistência, liquidificada?), por idade?
3. Quem é o responsável pela elaboração do cardápio?
4. Como são ofertados os líquidos?
5. Como é a oferta de água?
6. Características do local – organização das turmas (como as turmas são organizados):
 - I. Idade das turmas, nº de professores por turma, tem ajudante
7. Como ocorre a compra dos alimentos?
8. Me fala como vocês distribuem as refeições, é igual para todos os alunos?
9. Como são servidas as refeições (verificar presença de refeitório, quem oferece alimentação a criança, tem algum cuidado para servir o pratinho da criança -os alimentos são misturados- e alguma estratégia utilizada nesta hora):
10. O que acontece quando uma criança recusa determinado alimento e/ou a refeição?
11. É possível a mãe amamentar na escola? Como acontece:
12. É feita festinhas de aniversário ou outras datas para as crianças do berçário? (verificar: são permitidos qualquer tipo de alimentos, as mães trazem os alimentos de casa)
13. Você conhece o Guia Alimentar para Menores de 2 anos?

ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresento ao colega que aceitou o convite de participar deste projeto “INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS DE 4-24 MESES MATRICULADAS EM ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCETES A MICROÁREA DA UBS HCPA, PORTO ALEGRE-RS”, para coleta de dados de meu trabalho de conclusão de curso, o termo de consentimento livre e esclarecido. Mesmo considerada de risco mínimo, este documento garante o compromisso ético que eu e o professor responsável devemos ter, respeitando a não divulgação de qualquer dado não autorizado pelos participantes, assim como garantir que nenhum comentário ou julgamento seja feito a respeito do trabalho desenvolvido fora do âmbito do grupo.

Esclareço o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-se do estudo a qualquer momento. Os dados coletados serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da tese e dos artigos e comunicações que dela resultem.

É meu compromisso manter os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, comunicar-lhes os resultados e/ou devolver-lhes, de alguma forma, o produto alcançado.

Os dados poderão ser coletados através de entrevistas, e gravação em áudio.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos pelo telefone 51 91030686 ou 30193802 ou email alice-mn@hotmail.com ou maurem.ramos@ufrgs.br

Com estes esclarecimentos eu
 _____ responsável pela
 alimentação das crianças da escola de ensino infantil, aceito participar da pesquisa
 “INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS DE 4-24
 MESES MATRICULADAS EM ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL PERTENCETES
 A MICROÁREA DA UBS HCPA, PORTO ALEGRE-RS”.

