



FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

NOTA TÉCNICA Nº 1894784/2020/COSAN/CGPAE/DIRAE

PROCESSO Nº 23034.044163/2019-21

INTERESSADO: COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

1. ASSUNTO

1.1. Atualização das recomendações para o planejamento de cardápios das creches atendidas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.

2. REFERÊNCIAS

2.1. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009.

2.2. Resolução/CD/FNDE nº 6, de 8 de maio de 2020.

2.3. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (Ministério da Saúde, 2019).

2.4. Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014).

2.5. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity (OMS, 2015).

3. ANÁLISE

3.1. Segundo dados da Coordenação de Execução Financeira da Alimentação - COEFA, o PNAE atendeu, em 2019, um total de 2.875.979 de crianças de 0 a 3 anos, em 46.289 estabelecimentos de educação Infantil da rede pública e de entidades filantrópicas ou por elas mantidas e confessionais, conveniadas com o poder público.

3.2. Em 2018, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), por meio da Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional (COSAN), da Coordenação Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar (CGPAE) realizou a Pesquisa Nacional de Cardápios das Creches Atendidas pelo PNAE, a fim de subsidiar novas recomendações e normativas específicas para a elaboração de cardápios planejados para estudantes dessa faixa etária.

3.3. Para a referida pesquisa, 1.708 municípios compuseram uma amostra de 2.443 cardápios de todo o país, sendo a maioria proveniente das regiões Sul e Sudeste (69,6%). Alguns resultados foram muito preocupantes: 62,8% não apresentaram a variedade adequada de alimentos, 90,9% foi a frequência de consumo de alimentos ultraprocessados (apareceram 3,8 vezes/semana); 57,3% dos cardápios apresentavam preparações com uso frequente de açúcar de adição (3,2 vezes/semana); 18% tinham preparações com engrossantes ou cereais infantis (2,1 vezes/semana); 54% ofereceram achocolatado (2,6 vezes/semana) e 65,8% tinham doces e preparações doces (2,7 vezes/semana), conferindo, assim, características hipercalóricas à alimentação fornecida à população alvo; 46% não especificavam a faixa etária; entre 42,1 e 46,7% não tinham ficha técnica de preparo e não apresentaram o cálculo do valor nutricional de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários, conforme determinação da legislação vigente.

3.4. O excesso de peso é um dos problemas de saúde pública mais relevantes no momento no mundo todo. No Brasil, a prevalência em crianças atendidas na Atenção Primária do Sistema Único de saúde (SUS) vem aumentando de forma significativa, conforme as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2018 (BRASIL, 2018), as quais apontaram que 19,05% das crianças menores de 5 anos estavam em risco de sobrepeso, 15,71% tinham excesso de peso e, destas, 6,92% apresentavam quadro de obesidade quando analisados os dados para o indicador IMC/Idade. Alguns

dados apontaram, no parâmetro Peso/Estatura, uma prevalência de obesidade na população feminina abaixo de 5 anos de 5,1% e da masculina, 7% (PEREIRA, 2017).

3.5. Os riscos de desenvolvimento de comorbidades e outras doenças associadas ao excesso de peso aumentam quanto mais cedo a criança as apresentar e quanto mais tempo permanecer nesse estado, comprometendo a qualidade de vida e o perfil de morbi mortalidade a curto, médio e longo prazo. Crianças com obesidade aos 2 anos apresentam 75% de chance de serem obesos aos 35 anos (WARD et al, 2017). Devido ao processo inflamatório sistêmico que o excesso de gordura corporal leva, a obesidade vem sendo associada à doenças como hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite, doença renal crônica, doença arterial coronariana, doenças hepáticas não alcoólicas, câncer, dentre outras (HEYMSFIELD, 2017).

3.6. A obesidade infantil também está diretamente ligada a morbididades como asma, comprometimento do desenvolvimento adequado do sistema músculo esquelético, puberdade precoce e início de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que seriam características apenas na vida adulta (LOBSTEIN, 2006). Ainda, contribui para disfunções emocionais e alterações do comportamento, levando à estigmatização, dificuldades na socialização, o que resultaria até em dificuldade no processo ensino-aprendizagem (PIZZI, 2013; MILLER, 2014).

3.7. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atenta que o desafio da obesidade infantil deve ser considerado com urgência e a sério por todo mundo. O crescimento da prevalência do excesso de peso da população infantil não pode ser ignorado e governos precisam aceitar seu papel central como principais agentes na abordagem do problema (WHO, 2016).

3.8. Em vista disso, o Brasil tem feito esforço contundente com políticas públicas relevantes que objetivam tanto prevenir quanto intervir no quadro atual, muitas delas voltadas para a formação de hábitos alimentares mais adequados e saudáveis.

3.9. O Guia Alimentar para a População Brasileira define a alimentação adequada e saudável como:

Um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2014).

3.10. Partindo do pressuposto de que o comportamento alimentar é um processo complexo que envolve fatores culturais, sociais, fisiológicos e psicológicos, e que tem, portanto, uma origem tanto filogenética quanto ontogênica (JOMORI, 2008); que o desenvolvimento de uma preferência alimentar envolve uma complexa interação entre a influência familiar, social e do ambiente de convívio da criança, além da associação entre as preferências, os sabores, a acessibilidade e o conhecimento em relação aos alimentos (BRASIL, 2018); e, que hábitos alimentares uma vez adquiridos dificilmente se alterarão e estão associados a um número crescente de doenças cujo tratamento implica na adoção de novos comportamentos (VIANA, 1998), é importante entender que o ambiente escolar e as refeições fornecidas nesse espaço contribuem com o comportamento alimentar e com o estado nutricional no presente e no futuro. Torna-se, então, fundamental a construção de um ambiente escolar protetor e que estimule a formação de hábitos alimentares adequados e saudáveis o mais precocemente possível.

3.11. Para a OMS a maioria das causas das DCNTs está associada a hábitos não saudáveis, como o consumo de alimentos refinados, carnes e lácteos com elevados níveis de gordura saturada e à redução da energia despendida com as atividades físicas (WHO, 2010). O consumo de alimentos com alto aporte calórico, pobres em nutrientes, cheios de sal e açúcar está relacionado com a epidemia de obesidade infantil e em adolescentes (WHO, 2016). No Brasil, esses alimentos foram classificados como ultraprocessados e processados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014).

3.12. Alimentos ultraprocessados são práticos aos olhos dos consumidores, pois estão prontos ou semi-prontos para o consumo, além de muito palatáveis. São compostos inteiramente ou na maior parte por substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, proteínas) e derivados de

constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amidos modificados) ou sintetizados, com base em materiais orgânicos (corantes, aromatizantes, intensificadores de sabor e outros aditivos utilizados para alterar as propriedades sensoriais do alimento) (BRASIL, 2014; MONTEIRO, 2009; PAHO, 2015). Em revisão sistemática, Monteiro et al. (2013) demonstraram que o consumo global desse grupo de alimentos aumentou, mas substancialmente nos países em desenvolvimento (MONTEIRO, 2013).

3.13. O maior aporte calórico na alimentação dos brasileiros ainda vem da combinação do arroz com feijão. Mas o consumo de alimentos ultraprocessados vem aumentando e na população com mais de 10 anos esse grupo já corresponde a 21,5% do valor energético total diário. Pode-se, ainda, afirmar que a contribuição dos alimentos ultraprocessados aumenta significativamente do primeiro (2%) para o último (50%) quintil em relação ao estado nutricional (LOUZADA et al, 2015). Na população menor que 2 anos, observou-se a introdução precoce desse grupo de alimentos, pois 32,3% das crianças já consomem refrigerantes e sucos artificiais, enquanto 60,8% consomem biscoitos, bolachas ou bolo (JAIME et al, 2013).

3.14. Louzada et al. (2015), usando como referência a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), colocam que o impacto negativo do consumo dos alimentos ultraprocessados pelos brasileiros reduz a ingestão de 16 dos 17 micronutrientes estudados, principalmente, quando comparados aos alimentos *in natura* e minimamente processados. Associado a esse impacto por deficiência de micronutrientes, o grupo de alimentos em questão ainda contribui aumentando a densidade calórica, as gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar livre e reduzindo o teor de fibras e proteínas (LOUZADA et al, 2015).

3.15. Considerando esse preocupante quadro, os órgãos oficiais de saúde têm orientado a população para a redução do consumo desse grupo de alimentos, e, em especial para o público infantil e adolescente, dentre os quais: a) Organização Pan Americana da Saúde - OPAS/OMS: Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (2014) (OPAS/OMS, 2014); b) Organização Mundial da Saúde - OMS: Comissão para o fim da Obesidade Infantil (2016) (WHO, 2016); c) MS: Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) (BRASIL, 2014)⁹, A creche como Promotora da Alimentação e da Alimentação Adequada e Saudável (2018) (BRASIL, 2018), e o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (2019) (BRASIL, 2019).

3.16. A legislação que norteia o PNAE também estabelece critérios que orientam quanto a aspectos relevantes. A Lei 11.947 de junho de 2009, que estabelece as diretrizes da alimentação escolar, no artigo 2º inciso I estabelece que se deve atentar para:

O emprego da **alimentação saudável e adequada**, compreendendo o uso de **alimentos variados, seguros**, que respeitem a cultura, as tradições e os **hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos** e para a melhoria do rendimento escolar, em conformidade com a sua faixa etária e seu estado de saúde (BRASIL, 2009) (grifo nosso).

3.17. O consumo de açúcar em adição, de doces e preparações doces, de achocolatados e de cereais refinados, especificamente, nessa população acentuou-se bastante, com a introdução na alimentação cada vez mais precoce. Correa et al. (2009), em estudo realizado no município de Florianópolis/SC, mostraram que a introdução desses alimentos estava acontecendo na maioria dos casos aos 6,6 meses, apenas achocolatado aos 11,3 meses (CORREA, 2009). Estudo com a população menor que 6 anos em Pelotas/RS apresentou resultados preocupantes, pois o consumo de açúcar de adição em menores de 2 anos foi equivalente a 4,4% do Valor Energético Total (VET), enquanto o de doces igual a 1,8%. Quando confrontados os resultados para a população com idade entre 2 a 6 anos esses valores foram para 2,81% no caso do açúcar de adição e 5,37% para o consumo de doces (KARNOPPE et al, 2017).

3.18. A exposição do paladar ao sabor doce quanto mais precoce e rotineira pode levar à preferência por alimentos altamente açucarados. A criança aprende a gostar de alimentos que lhe são oferecidos com frequência, além do que o paladar se desenvolve pela experiência repetida a diversos sabores, quanto maior a variedade, repetição dessa variedade, maior formação de papilas gustativas por estímulo. Existe uma predisposição de preferência ao sabor doce desde o nascimento, e quanto mais esse grupo for ofertado, maiores serão as chances de desinteresse pelos cereais, verduras e legumes,

alimentos que são fontes de nutrientes importantes (DUBOIS et al, 2007; YUAN et al, 2016; COOKE, 2005).

3.19. O MS (2019), por meio do Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, recomenda não oferecer açúcar à criança até 2 anos (BRASIL, 2019).

3.20. Alinhada a essa recomendação, a Resolução CD/FNDE nº 6/2020, publicada dia 8 de maio de 2020, trouxe importantes alterações na execução do PNAE para os cardápios planejados para as crianças até 3 anos de idade (BRASIL, 2020).

3.21. Dentre as inovações, destaca-se a proibição de alimentos ultraprocessados e da adição de açúcar, mel e adoçantes nas preparações culinárias e bebidas para essa faixa etária (BRASIL, 2020).

3.22. Mesmo sendo publicadas em 1937, as Leis da Alimentação de Escudero ainda estão atuais (ESCUDEIRO, 1938). A que disserta sobre qualidade se atrela à importância da variedade dos alimentos para que seja possível atingir as necessidades dos diversos nutrientes. A espécie humana necessita de dieta variada para garantir a nutrição adequada, pois os nutrientes estão distribuídos em quantidades diferentes nos alimentos. Separa-se em grupos, de acordo com o nutriente que se apresenta em maior quantidade, mas os que pertencem ao mesmo grupo podem ser fontes de outros diferentes nutrientes (BRASIL, 2015).

3.23. Em vista disso, deve-se procurar variar ao máximo a alimentação para que a criança tenha sua necessidade de nutrientes devidamente atendida, garantindo crescimento e desenvolvimento adequados, além de contribuir com a formação dos hábitos alimentares, evitando a monotonia alimentar.

3.24. A variedade da alimentação de crianças ainda aparece como fator protetivo contra a obesidade infantil (ARIZA et al, 2015). Assim, quanto mais alimentos experimentar melhor é a construção de uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2015).

3.25. Para garantir variedade nos cardápios do PNAE, a Resolução CD/FNDE 6/2020 recomenda o fornecimento de, no mínimo, 14 alimentos *in natura* ou minimamente processados por semana, para cardápios que forneçam 2 refeições/dia ou atendam a 30% das necessidades nutricionais diárias e de, no mínimo, 23 alimentos *in natura* ou minimamente processados por semana, para cardápios que forneçam 3 ou mais refeições/dia ou atendem a 70% das necessidades nutricionais diárias (BRASIL, 2020).

3.26. Além da variedade já discutida, o planejamento alimentar precisa considerar as características biopsicossociais do público atendido. Uma delas é a faixa etária, pois as necessidades nutricionais qualitativamente e quantitativamente diferem de acordo com a mesma (PHILIPPI, 2015). Por isso, é necessário considerar os valores de referência de ingestão de nutrientes estabelecido pela legislação.

3.27. As recomendações nutricionais são instrumentos necessários para planejamento e avaliação de cardápios. São baseadas em evidências científicas, como estudos populacionais de consumo, observações epidemiológicas e avaliações bioquímicas de restrição e saturação de nutrientes (AQUINO, 2015).

3.28. Dessa forma, a legislação do PNAE (Anexo IV da Resolução CD/FNDE 6/2020) apresenta as tabelas com as necessidades que devem ser atingidas para a creche, separada por faixa etária: 7 meses a 11 meses e 1 a 3 anos (BRASIL, 2020).

3.29. Além disso, a alimentação apropriada na infância requer cuidados relacionados aos aspectos sensoriais (apresentação visual, cores, formatos atrativos), forma de preparo dos alimentos, porções adequadas à capacidade gástrica, consistência, etc. Esses fatores devem ser considerados, visando a satisfação de necessidades não só nutricionais da criança, mas também emocionais e sociais (PHILIPPI, 2015). Diante disso, é imprescindível que os cardápios planejados estejam adequados a todas as faixas etárias.

3.30. Assim, para os cardápios das creches, diante dos requerimentos nutricionais específicos da faixa etária, a Resolução CD/FNDE 6/2020 determina a comprovação do fornecimento obrigatório dos valores de referência de energia, macronutrientes e de quatro micronutrientes prioritários: Vitamina A, Vitamina C, Cálcio e Ferro (BRASIL, 2020).

3.31. A Resolução referida também determina (art.17, § 6 e 7) que os cardápios do PNAE devem conter informações sobre o horário e tipo de refeição, o nome da preparação, os ingredientes que a compõem, além da identificação e assinatura do nutricionista. Para os cardápios planejados para as creches, adicionalmente, deve ser apresentada a consistência das preparações (BRASIL, 2020).

3.32. A mesma norma estabelece, ainda, que as preparações que irão compor os cardápios deverão ser elaboradas a partir da ficha técnica de preparo (FTP), as quais deverão apresentar o receituário padrão de apresentação, componentes, valor nutritivo, quantidade *per capita*, custo e outras informações adicionais que o nutricionista julgar relevante (BRASIL, 2020).

3.33. A FTP é um instrumento gerencial de apoio operacional importante para garantir a padronização de procedimentos, o conhecimento do valor nutricional que está sendo fornecido, o controle de custos e relaciona quais são as informações imprescindíveis dos cardápios, entre outros (ORNELAS, 2001).

3.34. Um ponto relevante se refere à utilização do café para crianças. A esse respeito, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), em parecer técnico emitido, concluiu que deve ser evitada a inclusão da bebida de café na alimentação para esse grupo populacional (CFN, 2017), uma vez que a bebida é pobre em energia, proteína e micronutrientes. Além disso, diminui a qualidade das proteínas presentes na refeição devido à reação de "Maillard", contém quelantes de minerais essenciais e pode aumentar a excreção de cálcio (ADRIAN, 1997; NAKAMURA-TAKADA et al, 1994).

3.35. Ainda conforme o CFN, essa bebida é fonte de cafeína que tem efeitos fisiológicos variados e às vezes discordantes (CFN, 2017). O seu efeito estimulante do sistema nervoso central (SNC) pode estar associado a melhor capacidade de memorização a longo prazo, mas o efeito na memória a curto prazo não está claro. Por outro lado, o consumo contínuo reduz a qualidade do sono, bem como a produção de melatonina (hormônio responsável pela sincronização do sono) o que afetaria a aprendizagem negativamente (SHILO et al, 2002).

4. RECOMENDAÇÕES

4.1. Entendendo o ambiente escolar como um espaço importante na formação de hábitos alimentares adequados e saudáveis, na prevenção para o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, na prevenção e controle da obesidade infantil e na garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional para o público atendido, faz-se urgente e necessário o ajuste de algumas condutas para o **atendimento de crianças até 3 anos de idade**, conforme as determinações da **Resolução CD/FNDE nº 6/2020**, que seguem.

4.1.1. **Retirar os alimentos ultraprocessados dos cardápios.**

4.1.2. **Retirar o açúcar de adição em vitaminas, sucos de fruta, leite, mingaus e preparações similares.**

4.1.3. **Retirar a bebida "café" dos cardápios.**

4.1.4. Restabelecer a conformidade com a legislação, elaborando cardápios baseados em fichas técnicas de preparação, **comprovando o fornecimento diário (e média semanal) de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários** (vitamina A, vitamina C, Cálcio e Ferro), **por faixa etária** (7 a 11 meses e 1 a 3 anos).

4.1.5. Identificar, em todos os cardápios, a **consistência das preparações.**

4.1.6. Garantir e comprovar o fornecimento de, **no mínimo 30% (trinta por cento)** das necessidades nutricionais de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários, distribuídas em, no mínimo, **duas refeições, para as creches em período parcial** e, **no mínimo 70% (setenta por cento)** das necessidades nutricionais de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários, distribuídas em, **no mínimo, três refeições, para as creches em período integral.**

4.1.7. Garantir e **comprovar** o fornecimento semanal obrigatório de frutas *in natura* e de legumes e verduras (280gramas/aluno/semana para período parcial e 520gramas/aluno/semana para período integral).

4.1.8. Observar a recomendação da garantia da **variedade de alimentos dos cardápios**: fornecimento de, no mínimo 14 alimentos *in natura* ou minimamente processados por semana, para cardápios os cardápios que forneçam 2 refeições/dia (30% das necessidades nutricionais diárias) e de, no mínimo 23 alimentos *in natura* ou minimamente processados por semana, para cardápios que forneçam 3 ou mais refeições/dia (70% das necessidades nutricionais diárias).

4.1.9. Observar as orientações dispostas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2019) e na **Lei 11.265/2006** (BRASIL, 2006), que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

5. CONCLUSÃO

5.1. Uma alimentação adequada e saudável é requisito básico para a promoção e proteção da saúde em qualquer fase da vida. No entanto, na infância, possibilita o crescimento e desenvolvimento em todo o seu potencial.

5.2. As entidades de saúde nacional e internacional vêm maciçamente produzindo documentos que demonstram a importância da formulação e da implantação de políticas públicas efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada (BRASIL, 2012).

5.3. Nesse contexto, o PNAE tem papel protagonista para o alcance de qualidade de vida dessas crianças no presente e, também, no futuro.

5.4. No cuidado da saúde da criança, a promoção de uma alimentação adequada e saudável em tenra idade se torna um grande desafio e um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde. A nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico. Assim, conforme as recomendações vigentes, deve haver a proteção ao aleitamento materno e a atenção ao princípio da alimentação responsiva, com a necessidade de um amplo trabalho e ações integrando nutricionistas, manipuladores de alimentos, professores, diretores e demais profissionais da educação para o enfrentamento aos desafios e obstáculos.

5.5. O nutricionista, profissional da saúde inserido no contexto educacional, possui a competência privativa de planejamento de cardápios e, para além disso, de coordenar as ações de alimentação e nutrição nos estados, Distrito Federal e nos municípios. Ou seja, compete a esse profissional a promoção da saúde no ambiente escolar.

5.6. No entanto, sabe-se que a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada, por meio do PNAE, é compromisso da gestão local e extrapola as competências do nutricionista.

5.7. Assim, sugere-se que a presente Nota Técnica seja apresentada e discutida com os gestores locais e tomadores de decisão, para garantir que o nutricionista receba o apoio necessário para realizar os ajustes aqui recomendados.

A Cosan agradece a parceria e as contribuições recebidas da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/MS), do Conselho Federal de Nutricionistas e dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição do Escolar.

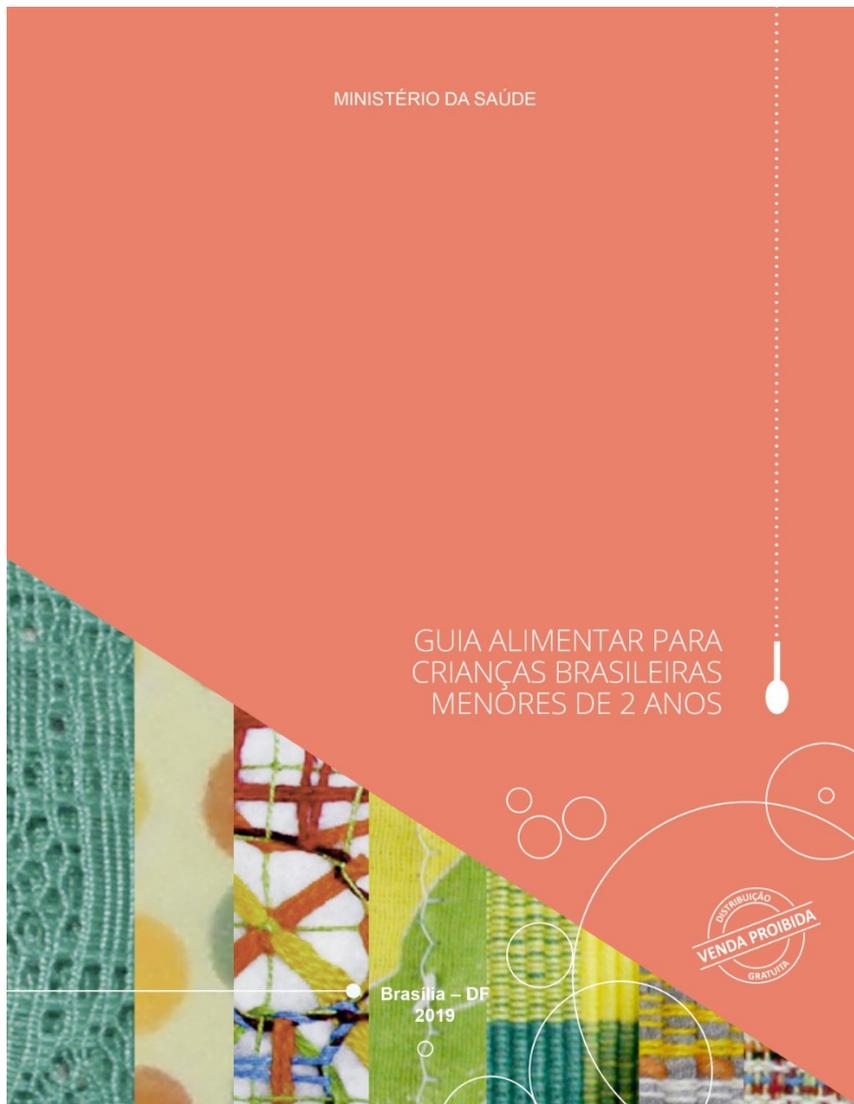
6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1 - DOZE PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019), em consonância à procura por uma Alimentação Saudável, traz os Doze (12) passos para uma Alimentação Saudável, a fim de orientar famílias, educadores e profissionais nas suas diversas áreas do conhecimento em relação às recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida com o objetivo de promover o crescimento e desenvolvimento adequados.

1) Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses;

- 2) Oferecer alimentos *in natura* ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses;
- 3) Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas;
- 4) Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno;
- 5) Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade;
- 6) Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança;
- 7) Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família;
- 8) Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências; positivas, aprendizado e afeto junto da família;
- 9) Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição;
- 10) Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família;
- 11) Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa;
- 12) Proteger a criança da publicidade de alimentos.



Conheça mais sobre o Guia Alimentar para Crianças brasileiras menores de 2 anos acessando:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

7. REFERÊNCIAS

- 7.1. ADRIAN, P.S et al. Effects of coffee consumption on iron, zinc and copper status in nonpregnant and pregnant Sprague-Dawley rats. **Int. J. Food Sci. Nutr.**; 1997, 48, 177-189.
- 7.2. ARIZA, C. et al. La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. **Atención Primaria**. 2015; 47(4): 246-255. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.11.006. Acesso em: 23 mar. 2019.
- 7.3. AQUINO, R. C.; PATERNEZ, A. C.; FORNASARI, M. L. L. Recomendações nutricionais para o planejamento dietético. In: PHILIPPI, S. T. e AQUINO, R. C. (Org.). **Dietética- Princípios para o planejamento de uma Alimentação saudável**. Barueri: Editora Malone, 2015, p. 101-138.
- 7.4. 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 União**. 17 jun. 2009. p. 2.
- 7.5. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS; 2012.
- 7.6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014.
- 7.7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, 2015.
- 7.8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável**. Brasília, 2018.
- 7.9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan**. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/>. Acesso em 23 mar. 2019.
- 7.10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 7.11. BRASIL. Resolução CD/FNDE nº 6, de 8 de maio de 2020. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 maio 2020. Seção 1, p. 38.
- 7.12. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Parecer Técnico: **Inclusão do Café na Alimentação Escolar**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-do-CFN-sobre-merenda-escolar.pdf>. Acesso em 25 mar. 2019.
- 7.13. COOKE, L. J.; WARDLE, J. Age and gender differences in children's food preferences. **British Journal of Nutrition**. 2005; 93: 741–746. DOI: 10.1079/BJN20051389. Acesso em 25/03/2019.
- 7.14. CORREA, E. N. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev. Paul. Pediatr.** 2009; 27(3):258-64.
- 7.15. DUBOIS, L. et al. Regular Sugar-Sweetened Beverage Consumption between Meals Increases Risk of Overweight among Preschool-Aged Children. **J Am Diet Assoc**. 2007;107:924-934.
- 7.16. ESCUDERO, P. **Trabajos y publicaciones: Las Leys de La Alimentacion**. Volume 2. Buenos Aires-Argentina: Instituto nacional de la Nutricion, 1938.
- 7.17. HEYMSFIELD, S. B.; WADDEN, T. A. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. **The New England Journal of Medicine**. 2017; 376: 254-266. DOI: 10.1056/NEJMra1514009. Acesso em 25 mar. 2019.
- 7.18. JAIME, P. J. et al. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 2016, v.16,n.2,p.149-157.

- 7.19. JOMORI, M.; PROENÇA, R.; CALVO, M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, 2008; 21(1), 63-73.
- 7.20. KARNOPPE, E. V. N. et al. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. **Jornal de Pediatria**. 2017; 93(1):70-78.
- 7.21. LOBSTEIN, TJ-LR. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. **Int J Pediatr Obes**. 2006;1(1):33-41.
- 7.22. LOUZADA ML et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Rev Saude Publica**. 2015; 49:38.
- 7.23. MILLER, A. L.; LEE, H. J.; LUMENG, J. C. Obesity-Associated Biomarkers and Executive Function in Children. **Pediatr Res**. 2014.
- 7.24. MONTEIRO, C.A. Nutrition nad health. The issue is not food, nor nutrientes, so much as processing. **Public Health Nutrition**. 2009; 12(5); 729-731.
- 7.25. MONTEIRO, C. A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity Rewies**. 2013; 14(2); 21-28.
- 7.26. NAKAMURA-TAKADA, Y et al. isolation of a zinc-chelating compound from instant coffee by the tetramethyl murexide method. **Lebensm.-Wiss. u.Technol.**; 1994, 27, 115-118.
- 7.27. OPAS/OMS: **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes** (2014).
- 7.28. ORNELAS, LH. **Técnica dietética**. 6.ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 7.29. PAHO. **Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications**. Washington, DC: PAHO, 2015.
- 7.30. PEREIRA, et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2017; 22(10) 3341-3352. DOI: 10.1590/1413-812320172210.25242016. Acesso em 23 mar. 2019.
- 7.31. PHILIPPI, S. T.; AQUINO, R. C. e LEAL, G.V.S. Planejamento dietético: princípios, conceitos e ferramentas. *In*: PHILIPPI, S. T. e AQUINO, R. C. (Org.). **Dietética- Princípios para o planejamento de uma Alimentação saudável**. Barueri: Editora Malone, 2015, p. 1-27.
- 7.32. PHILIPPI, S. T et al. Planejamento dietético na infância. *In*:PHILIPPI, S. T. e AQUINO, R. C. (Org.). **Dietética- Princípios para o planejamento de uma Alimentação saudável**. Barueri: Editora Malone, 2015, p. 227-277.
- 7.33. PIZZI, M. A.; VROMAN, K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. **Occupational Therapy In Health Care**. 2013; 27(2):99-112.
- 7.34. SHILO, L. et al. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. **Sleep Medicine**. 2002; 3(3), 271-273.
- 7.35. VIANA, V.; ALMEIDA, J. P. Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. **Análise Psicológica**, 1998; 1, 29-40.
- 7.36. WARD, et al. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. **The New England Journal of Medicine**. 2017; 377: 2145-2153. DOI: 10.1056/NEJMoa1703860. Acesso em 23 mar. 2019.
- 7.37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable disease 2010** Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.
- 7.38. WORLD HEATH ORGANIZATION. **Report of the commission on ending childhood obesity**. Geneva: WHO, 2016.

7.39. YUAN, W. L. et al. Infant Dietary Exposures to Sweetness and Fattiness Increase during the First Year of Life and Are Associated with Feeding Practices. **The Journal of Nutrition**. 2016. 1:1-9. DOI: 10.3945/jn.116.234005. Acesso em 21/03/2019



Documento assinado eletronicamente por **SOLANGE FERNANDES DE FREITAS CASTRO**, **Coordenador(a) de Segurança Alimentar e Nutricional**, em 18/06/2020, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.fn.de.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1894784** e o código CRC **BC36AF80**.