

Natália Lourencini Marson Martins

**Intervenção mediacional e hábitos alimentares junto a crianças
com síndrome de Down**

UBERLÂNDIA

2015

Natália Lourencini Marson Martins

**Intervenção mediacional e hábitos alimentares: um estudo de
crianças com síndrome de Down**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Dra. Celia Vectore

**UBERLÂNDIA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M386i
2015

Martins, Natália Lourencini Marson, 1983-
Intervenção mediacional e hábitos alimentares: um estudo de
crianças com síndrome de Down / Natália Lourencini Marson Martins. -
2015.
161 f. : il.

Orientadora: Celia Vectore.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Down, Síndrome de - Teses. 3. Hábitos
alimentares - Teses. 4. Psicologia da aprendizagem - Teses. I. Vectore,
Celia. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Natália Lourencini Marson Martins

Agradecimento

Acredito que agradecer seja uma dádiva, pois, significa que algo foi alcançado ou conquistado. Ao mesmo tempo, algo extremamente difícil, já que nomear todos que nos sustentam nesta jornada é algo quase impossível. Vou tentar.

Agradeço ao meu amado pai, que com seu exemplo de dedicação e amor às letras, sempre me incentivou a leitura, o estudo e o adentrar na vida acadêmica, acreditando, e me fazendo acreditar, que eu era capaz de trilhar esse caminho.

Ao meu marido, por ter colocado a “mão na massa” comigo. Pela paciência e compreensão das minhas dificuldades e limitações. Por estar sempre comigo, compartilhando afeto, incentivo, apoio, esperança e, principalmente, me fazendo acreditar que posso ir sempre mais.

Aos queridos amigos, Rodrigo Santana, Isabela Marques, Juliene Madureira Ferreira, e ao meu colega com o qual compartilhei a mesma orientadora, Victor Muniz, meu muito obrigado pelo apoio acadêmico, críticas, incentivos e apontamentos necessários para que essa dissertação chegassem até o fim.

A Alba, nutricionista, e à Adriana, psicopedagoga, que voluntariamente e amorosamente disponibilizaram seu conhecimento e tempo para contribuírem com a realização desta pesquisa.

Ao meu sogro, Evandro Silva Martins, pelos apontamentos, apoio incondicional e correção gramatical desta dissertação.

Aos queridos amigos, minha família escolhida intencionalmente, por me acolherem e me fazerem sentir que sou membro desde sempre.

Aos meus colegas de trabalho do IFTM, que pacientemente, dividiram comigo as angústias e alegrias desses dois anos de trabalho.

À minha orientadora, Profª Drª Celia Vectore, pelas parcerias empolgantes, os aprendizados, incentivo, amizade e companheirismo. Obrigada por tanto ter me ensinado.

Aos participantes desta pesquisa, que aceitaram o convite de compartilhar suas vidas, me permitir adentrar em seus lares e desnudarem suas angustias e desejos. É sensibilizador o que construímos nesse compartilhar. A participação de cada um tornou essa pesquisa possível e especial.

A APAE de Uberlândia que tão bem me acolheu e permitiu a realização deste trabalho.

À banca de qualificação, por contribuírem com questionamentos, releitura e sugestões, possibilitando o engrandecimento deste trabalho e aos professores que cordialmente aceitaram o convite para comporem a banca de defesa, fazendo parte do exato momento em que me torno mestre.

A todos que fizeram parte deste trabalho de alguma forma, pois sei que não cabe em poucas linhas a importância de cada pessoa em minha vida.

Obrigada a todos!

A importância da formação do homem, leva-nos
à necessidade de encontrar formas de ajudar a
preparar os alunos para enfrentar a sociedade
do futuro, aprendendo a viver e não apenas existir.

(Feuerstein, 1991).

Intervenção mediacional e hábitos alimentares: um estudo de crianças com síndrome de Down

RESUMO

A inadequação acerca de hábitos alimentares tem se constituído como um grave problema na contemporaneidade. Trata-se de um fenômeno multifatorial e de difícil manejo, haja vista as suas diferentes nuances e causas. Uma população especialmente exposta aos malefícios oriundos dos maus hábitos alimentares são os indivíduos com Síndrome de Down, tanto no que diz respeito aos aspectos inerentes à condição do próprio indivíduo, quanto aos desajustes alimentares, tornando-se o controle do peso uma medida necessária para um desenvolvimento adequado. Assim, o presente estudo teve como objetivo relacionar as comorbidades da Síndrome de Down com a obesidade com uma proposta de educação nutricional fundamentada a partir dos pressupostos da aprendizagem mediada, junto às crianças de três a quatro anos com Síndrome de Down. Participaram da pesquisa cinco crianças, sendo quatro meninas e um menino. Participaram também seus pais e/ou responsáveis. O procedimento de coleta de dados envolveu a realização de oito oficinas lúdicas com as crianças e a avaliação nutricional das mesmas, cinco reuniões com os pais e três visitas domiciliares com cada família participante. Buscou-se construir junto com estas crianças e seus familiares uma educação nutricional que contribuísse para suas escolhas cotidianas do ato de comer. Utilizando da escuta, da observação e de questionário, além das intervenções lúdicas, evidenciou-se que o primeiro significado do ato de comer é construído pela sua família e reforçado pelo seu convívio social. No geral, as características da nossa amostra parecem estar de acordo com a literatura pesquisada. Ao longo das intervenções, as crianças mostraram atenção, mas pouca compreensão do conteúdo. Com as mães, os resultados foram diferentes, com reflexões acerca da alimentação inadequada tanto pelo tipo de alimento oferecido, como pela quantidade e forma que essa oferta se realizava, realizaram ao longo das intervenções modificações em seu estilo de vida, como a percepção sobre a influência que tinham sobre seus filhos na formação de seus hábitos alimentares, assim como uma menor frequência na ingestão de refrigerantes e doces. As intervenções nutricionais e as mediações realizadas com as mães é que parecem ser estratégias eficazes no combate a obesidade. Diante do que foi discutido, percebe-se a importância da implementação de medidas intervencionistas no combate e prevenção ao excesso de peso ou obesidade desde a infância, particularmente com as crianças com síndrome de Down. Deve-se prevenir a obesidade infantil com medidas de caráter educativo e informativo desde o nascimento, com a família e com a própria criança, através da atenção primária de saúde e nas escolas.

Palavras-chave: síndrome de Down; hábitos alimentares; aprendizagem mediada

ABSTRACT

The inadequacy about eating habits have been established as a serious problem nowadays. It is a multifactorial and difficult to handle, given their different nuances and causes. A population particularly exposed to the bad eating habits arising harm are individuals with Down syndrome, both with regard to the aspects inherent to the individual's own condition, regarding eating misfits, making it the weight control a necessary measure for a proper development. Thus, this study aimed to develop and evaluate a proposal based nutrition education from the assumptions of mediated learning, with children three to four years with Down syndrome. The participants were five children, four girls and a boy. Also included his parents and / or guardians. The data collection procedure involved the use of eight playful workshops with children and nutritional evaluation of those five meetings with parents and three home visits with each participating family. We tried to build with these children and their families a nutritional education to contribute to their daily choices of eating. Using listening, observation and questionnaire, besides playful interventions, it was observed that the first meaning of the act of eating is built in the family and reinforced by their social life. Overall, our sample characteristics seem to agree with the literature. During the intervention, the children showed attention, but little understanding of the content. With mothers, the results were different, with reflections on the inadequate power both the type of food offered, and quantity and so this offer is performed, conducted along the interventions changes in your lifestyle, such as perception of influence they had on their children in the formation of their eating habits, as well as less frequent intake of soft drinks and sweets. Nutritional interventions and mediations conducted with the mothers is that they seem to be effective strategies to combat obesity. Face of what was discussed, we see the importance of implementing intervention measures in combating and preventing overweight or obese since childhood, particularly with children with Down syndrome. One should prevent childhood obesity with educational and informative measures from birth, with family and with each child, through the primary health care and schools.

Keywords: Down syndrome; eating habits; mediated learning

Lista de Figuras

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1: PIRÂMIDE ALIMENTAR FEITA DE FELTRO..... | 121 |
| FIGURA 2: CARTAZ DE COMBINADOS FEITO DE EVA | 122 |
| FIGURA 3: VARAL DE RECEITAS FEITO DE EVA | 122 |
| FIGURA 4: CARDÁPIO DO DIA FEITO DE EVA | 123 |
| FIGURA 5: RÉPLICA DE ALIMENTOS DE PVC UTILIZADOS NAS OFICINAS..... | 123 |
| FIGURA 6: RÉPLICA DOS ALIMENTOS DE PVC UTILIZADOS NAS OFICINAS..... | 124 |
| FIGURA 7:RÉPLICA DOS ALIMENTOS DE PVC UTILIZADOS NAS OFICINAS..... | 124 |
| FIGURA 8: RÉPLICA DOS ALIMENTOS DE PVC UTILIZADOS NAS OFICINAS..... | 125 |
| FIGURA 9: RÉPLICA DE ALIMENTOS FEITOS DE EVA PARA AS OFICINAS..... | 125 |
| FIGURA 10: RÉPLICA DE ALIMENTOS FEITOS DE EVA PARA AS OFICINAS..... | 126 |
| FIGURA 11: RÉPLICA DE ALIMENTOS FEITOS DE EVA PARA AS OFICINAS..... | 126 |
| FIGURA 12: RÉPLICA DE ALIMENTOS FEITOS DE EVA PARA AS OFICINAS..... | 127 |
| FIGURA 13: RÉPLICA DE ALIMENTOS FEITOS DE EVA PARA AS OFICINAS..... | 127 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| TABELA 1: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PACIENTES | 26 |
| TABELA 2: ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DESTE ESTUDO..... | 53 |
| TABELA 3: COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO, SEGUNDO O PAIS/RESPONSÁVEIS: | 57 |
| TABELA 4: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 1:..... | 58 |
| TABELA 5: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 2:..... | 59 |
| TABELA 6: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 3:..... | 61 |
| TABELA 7: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 4:..... | 63 |
| TABELA 8: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 5:: | 65 |
| TABELA 9: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 6..... | 66 |
| TABELA 10: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 7:..... | 68 |
| TABELA 11: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS UTILIZADOS NA OFICINA 8:..... | 70 |
| TABELA 12: FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS EXIBIDOS PELO MEDIADOR NAS OFICINAS. ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. | |

Lista de Siglas

APAE — ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

CM — CENTÍMETRO

IMC — ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

IOTF - INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE

M — METRO

MEC — MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

MISC - INTERVENÇÃO MEDIACIONAL PARA CUIDADORES MAIS SENSÍVEIS

OMS — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PCN'S — PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

PEI – PROGRAMA DE ENRIQUECIMENTO INSTRUMENTAL

SD – SÍNDROME DE DOWN.

Sumário

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Aspectos emocionais no ato de comer..... | 18 |
| 1.2 Apontamentos sobre a Síndrome de Down | 23 |
| 1.3 Síndrome de Down e suas comorbidades..... | 27 |
| 1.4 A aprendizagem das crianças com Síndrome de Down | 31 |
| 1.5 Modificabilidade Cognitiva de Reuven Feuerstein e a Teoria da Aprendizagem Mediada .. | 37 |
| MÉTODO..... | 44 |
| 2.1 Participantes | 44 |
| 2.2 Instrumentos | 45 |
| 2.3 Procedimento..... | 45 |
| 2.4 Análise de Dados..... | 48 |
| 2.5 Perfil da escola | 48 |
| RESULTADOS | 52 |
| 3. Análise do perfil das crianças e das famílias..... | 52 |
| 3.1 Perfil das crianças:..... | 52 |
| 3.1.1 Perfil dos pais e Perfil socioeconômico das famílias. | 53 |
| 3.2 Inquérito de Hábitos Alimentares das Crianças e de suas Famílias e entrevistas semi-estruturadas com os pais..... | 54 |
| 3.3 Intervenções mediacionais | 57 |
| 3.4 Comportamentos mediacionais das crianças nas oficinas | 72 |
| 3.5 Dados obtidos no grupo com as mães | 81 |
| 3.6 Dados obtidos nas visitas domiciliares..... | 84 |
| 3.7 Dados sócio-econômicos das famílias..... | 86 |
| 3.8 Escola, contribuições e mudanças | 88 |
| DISCUSSÃO | 90 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 101 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 105 |
| ANEXO 1 | 112 |
| Questionário Quantitativo de Freqüência Alimentar (QQFA) | 112 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO 2 | 118 |
| Roteiro de entrevista com os pais/ responsáveis | 118 |
| ANEXO 3 | 119 |
| Dados socioeconômico das famílias..... | 119 |
| ANEXO 5 | 121 |
| Recursos mediacionais produzidos e utilizados para as oficinas | 121 |
| APENDICE 1 | 128 |
| OFICINA COM AS CRIANÇAS | 128 |
| Oficina 6:..... | 128 |
| Transcrição – Oficina 6 | 128 |
| APENDICE 2 | 134 |
| Encontro com os pais | 134 |
| Oficina 6..... | 134 |
| Transcrição – Encontro Pais 6..... | 134 |
| APENDICE 3 | 144 |
| Caderno de atividades para as crianças | 144 |
| APENDICE 4 | 155 |
| Caderno de receitas e orientações para os pais..... | 155 |

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

A alimentação é fator vital da sobrevivência humana e como necessidade básica ela é talhada pela cultura e sociedades vigentes, não cabendo, portanto, compreendê-la apenas como nutrição. A nova reorganização do trabalho na sociedade é a grande responsável por ocasionar mudanças significativas na ocupação do solo, como uma grande mudança da população que deixou o espaço rural para ocupar o espaço urbano recente. Decorrente dessa mudança, mas talvez um pouco menos óbvia do que há 60 anos, especialmente nos pós-guerras, a pobreza, miséria e fome ainda afetam o povo, contribuindo para a existência de problemas de saúde ligados à alimentação, como a obesidade, as doenças associadas e os distúrbios do comportamento alimentar. Essa nova composição do espaço geográfico e social e a inserção da mulher no mercado de trabalho geraram mudança nos papéis exercidos pelos integrantes de uma família, alterando também o hábito de se fazer refeições em casa e o modo de se alimentar. (Proença , 1997).

O sobrepeso e a obesidade vêm ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial, não só em função da sua prevalência crescente, mas, principalmente, por estarem associados a uma série de danos à saúde, por exemplo, é o aumento deste agravo em idades cada vez mais precoces. Em 2004, já se estimava que 10% das crianças e adolescentes do mundo apresentavam excesso de peso e que, dentre elas, um quarto eram obesas. De acordo

com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 15% das crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos têm obesidade atualmente.

As causas determinantes do excesso de peso compõem um complexo conjunto de fatores biológicos, comportamentais e ambientais que se inter-relacionam e se potencializam mutuamente. O excesso de peso é uma preocupação atual que abrange todas as faixas etárias, no entanto parece mais preocupante, ainda, quando crianças e jovens apresentam, em idade cada vez mais precoce, quadros de sobrepeso e/ou obesidade. Vários países do mundo, como Inglaterra, Estados Unidos e o próprio Brasil têm se preocupado com o aumento de peso da população (que cresce vertiginosamente e com maior incidência nos mais jovens), criando guias de alimentação saudável e também políticas de alimentação nas escolas. A preocupação é que o excesso de peso e obesidade gerem graves problemas de saúde na população, dentre eles cita-se o aumento das doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes mellitus etc.).

Segundo pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2012), do Ministério da Saúde no Brasil, mais da metade da população brasileira está com excesso de peso. A pesquisa revela que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal. Em 2006, o índice era de 43%. Esse indicador se refere tanto ao sexo masculino quanto ao feminino, sendo que, nos homens, o excesso de peso atinge 54% e nas mulheres, 48%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2012 o relatório de “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, e afirma, nesse relatório, que: “a obesidade é a causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano”. No relatório, que englobou dados de 194 países, a OMS menciona que, em todas as regiões do mundo, a obesidade duplicou entre 1980 e 2008. O relatório alerta, também, para o aumento das doenças não contagiosas ligadas à obesidade, como: diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

A definição de sobrepeso, segundo a OMS, é o peso corporal que está acima do peso normal esperado para uma determinada altura e a obesidade pode ser definida como o aumento excessivo de peso causado pelo acúmulo de gordura corporal além dos limites considerados saudáveis para determinada altura. Tanto o sobrepeso como a obesidade, na grande maioria das vezes, são causados pelo desequilíbrio entre a quantidade de calorias consumidas e a quantidade de calorias utilizadas pelo organismo para a manutenção do metabolismo em atividade. Além da quantidade de alimentos ingeridos e quantidade de energia utilizada, existem outros fatores que determinam o excesso de peso.

Em se tratando de crianças com Síndrome de Down, Gomes e Amorim (2000), em pesquisa sobre sobre peso e obesidade, nesta população, identificaram que 83% de crianças com idades entre 2 e 6 anos estão dentro dos padrões da normalidade para peso e 17% estão com sobre peso ou obesidade.

Essas crianças são, em geral, mais suscetíveis ao excesso de peso ou a outras enfermidades. Esse excesso de peso pode ser decorrente das inadequações alimentares resultantes da hipotonia muscular, que gera nos bebês dificuldades de sucção e deglutição (Moura, Mendes, Perin, & Passoni, 2009; Silva & Dessen, 2003). A taxa metabólica basal diminuída, geralmente causada pela disfunção tireoidiana, também, pode ser motivo do excesso de peso, pois a baixa atividade muscular consumiria menos energia.

Considerando a infância como a fase do desenvolvimento humano, tida como fundamental para o processo de desenvolvimento do indivíduo, tanto no que concerne aos aspectos relacionados à inteligência e aprendizagem, quanto aos referentes à formação da personalidade e estruturação da autoestima, é que este estudo considera ser um período promissor para as atividades educativas, que, quando adequadas, podem contribuir ainda mais para a ampliação das possibilidades de cada criança (Souza & Lima, 2009).

O'Dea (2004) salienta que a nutrição na infância é fundamental para o desenvolvimento e a saúde de crianças desta faixa etária, já que, neste período, é mais forte a aprendizagem e manutenção dos comportamentos alimentares constituídos. Por isso, o comportamento alimentar tem suas primeiras aprendizagens definidas na infância, começando a se desenvolver nos primeiros anos de vida (Ferreira & Ramos, 2007).

A criança tem os primeiros contatos com as regras sociais de seu grupo de convivência, nos primeiros anos de vida, quando, em geral, suas preferências e gostos são construídos. Nota-se o quanto é importante a aprendizagem sobre alimentação, pois hábitos são passados de geração a geração, sendo a família e a escola responsáveis por essa educação. Assim como os profissionais da saúde também devem se unir para um trabalho multidisciplinar, levando em consideração que o ato de comer é um ato social, econômico, cultural e psicológico. Percebe-se essa influência no documentário "*Muito além do peso*" (Brasil, 2012), um documentário de 1h 24m, direção de Estela Renner e produção de Marcos Nisti. O filme faz um levantamento de dados sobre a obesidade infantil no Brasil e no mundo, realizando entrevistas com especialista e com famílias que tem filhos com colesterol alto e outros problemas de saúde causados pelo sobrepeso. A mesma diretora e produtor também realizaram outro filme de média-metragem *Criança, a alma do negócio*, denunciando a relação das propagandas e publicidades com o aumento de sobrepeso na infância.

Os filhos, em geral, são parecidos com os pais em muitas formas e uma delas é no peso corporal. Os gostos alimentares das crianças assim como a disposição para a prática de atividade física são influenciadas, diretamente, pelos hábitos dos pais, o que reforça que os fatores ambientais são decisivos na manutenção ou não do peso saudável (CURITIBA, PREFEITURA MUNICIPAL, 2007). Entende-se, portanto, a importância que toda a família se esforce para modificar os hábitos alimentares e o estilo de vida de forma a criarem um ambiente mais saudável, capaz de reduzir os riscos do sobrepeso e da obesidade para todos.

Verifica-se então, que os hábitos alimentares dos pais são forte influenciadores na construção das preferências alimentares de seus filhos. Partindo da ideia de que, se desde os primeiros anos de idade, essas preferências forem construídas de forma saudável e equilibrada, futuramente essas crianças terão menos problemas de saúde relacionadas a obesidade e suas doenças correlacionadas.

Este estudo teve como objetivo relacionar essas comorbidades da síndrome de Down com a educação alimentar, propondo uma intervenção planejada nos pressupostos do programa MISC (Intervenção Mediacional para cuidadores mais sensíveis) para a transformação de hábitos alimentares mais saudáveis, no intuito de identificar e prevenir essa porcentagem de sobrepeso e obesidade em indivíduos com síndrome de Down. O foco é na prevenção, que tem o objetivo de estimular e promover hábitos alimentares saudáveis e evitar o desenvolvimento de hábitos alimentares que resultem em obesidade infantil ou outros problemas relacionados à nutrição. Com o aumento dos índices de obesidade relacionado às doenças crônicas e aumentando os custos com a saúde, a saída será, indiscutivelmente, a prevenção, que deve começar nos primeiros anos de vida para obter melhores resultados.

Esta proposta, por sua vez, se fundamenta, teoricamente, na aprendizagem mediada, teoria desenvolvida por Feuerstein (1980) e retomada por Klein (1996), no Programa MISC-Mediated Intervention for Sensitizing Caregivers. Esse programa utiliza os cinco critérios de mediação universais, identificados como *focalização, expansão, afetividade, recompensa e regulação do comportamento*. Para os referidos autores, tais critérios que incentivam uma aprendizagem autônoma e crítica, estimulando a plasticidade neuronal e serão detalhados mais adiante.

A efetivação dos princípios da aprendizagem mediada, especialmente pelo uso dos critérios universais de mediação foi possível por meio da realização de oficinas, cuidadosamente elaboradas para que, a partir da ludicidade fosse possível introduzir os

alimentos e possibilitar a reflexão sobre os hábitos alimentares junto às crianças. Com relação à ludicidade, Vectore (2003) explica citando Bruner (1986), que o ato de brincar é um terreno fértil para o indivíduo descobrir e desenvolver habilidades mais complexas, devendo a brincadeira refletir idéias que prevaleçam na sociedade adulta, funcionando como uma forma de socialização e preparação para a ocupação de um lugar na sociedade. Além disso, a interação com outras crianças proporcionada pelo jogo facilita a fluência da criatividade. Desse modo, o brincar é um processo facilitador tanto do desenvolvimento infantil como da construção do conhecimento da criança e também do seu desaprender e aprender alimentar.

Assim, considerando a contribuição que hábitos alimentares saudáveis propiciam para a criança com Síndrome de Down, é que este estudo se justificou já que foi possível elaborar e avaliar uma proposta de intervenção mediacional, em crianças com idade entre três e quatro anos de idade com S.D., oriundos de uma instituição em Uberlândia, M.G.

1.1 Aspectos emocionais no ato de comer

A alimentação é um dos fatores que mais influencia a saúde e o tempo de vida de qualquer pessoa. Por meio da alimentação, o organismo obtém os nutrientes indispensáveis ao seu bom funcionamento. Espera-se que o alimento contribua para o bem-estar geral, ao dar prazer ao saboreá-la e ao nutrir o corpo. Contudo, quando ingerida em pequena ou excessiva quantidade, a saúde e aparência podem sofrer alterações gerando sentimentos negativos dirigidos à comida. Ao aprender a fazer melhores escolhas, os indivíduos serão capazes de controlar a ingestão compulsiva e o ganho de peso. (Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009).

Para Braga (2004), o ato de alimentar-se está intrinsecamente ligado à nossa cultura e à sociedade, classificando sujeitos e grupos. A escolha daquilo que se come, dos locais, de horários, de formas e das pessoas com as quais comemos é definido pela cultura na qual se

está inserido, o que demonstra que o ato de comer ou alimentar-se é sim um fenômeno social e cultural.

Corroborando essa idéia, Ramalho e Saunders (2000) afirmam que o alimento é mais do que apenas nutrição e necessidade biológica, exercendo, também, função simbólica e social. As relações, a sociedade e a cultura perpassam pelo conceito de comer. Esse ato, tendo vários significados, muda conforme as sociedades e segundo a cultura, a classe social, a idade. Dessa forma, é comum que exista um padrão alimentar que caracteriza e que constitui cada sujeito de acordo com seu sexo, idade, grupo econômico e papel social.

O fato de a comida e o ato de comer ser carregado de significados não se deixa esquecer que também comemos por necessidade vital e conforme o meio e a sociedade em que vivemos, a forma como ela se organiza e se estrutura, produz e distribui os alimentos. Comemos, também, de acordo com a distribuição da riqueza na sociedade, os grupos e classes de pertencimento, marcados por diferenças, hierarquias, estilos e modos de comer, atravessados por representações coletivas, imaginários e crenças.

Dentre estes aspectos, a educação alimentar é fator importante para a formação de hábitos alimentares saudáveis. Sabe-se que uma alimentação saudável necessita ser prazerosa, variada, e saborosa ao paladar, o que torna importante para a prevenção e controle de doenças crônicas e para a promoção da saúde (Boog, 1999).

Para Mennella (1995) é pelo leite materno que o recém-nascido conhece os sabores dos alimentos, pois o que a mãe consome é transmitido na amamentação, apresentando à criança os gostos maternos e os hábitos culturais de sua alimentação. Por esse motivo, Sullivan e Birch (1994), em estudo, mostraram que o lactante, no consumo de verduras e legumes, no período de desmame, demonstraram maior aceitação desses alimentos nos lactantes que não são alimentados por fórmulas. Os mesmos autores afirmaram que essa maior aceitação de alimentos pelos lactantes é fator importante para a aprendizagem,

estabelecendo um padrão de aceitação alimentar. Outro dado importante é que as crianças que foram amamentadas por períodos maiores apresentaram menor comportamento restritivo do que aquelas que não foram amamentadas, ou foram amamentadas por curto período (Leann L Birch & Fisher, 1995; Taveras et al., 2004).

Especialmente para as crianças com Síndrome de Down, doravante SD, o aleitamento materno é de suma importância, pois não serve apenas para a nutrição, mas também para exercício muscular de sucção, auxiliando no fortalecimento do tônus muscular dos lábios, boca e língua. Além de o leite materno possuir anticorpos que colaborarão para a prevenção das doenças respiratórias tão comuns nas crianças com SD (Lima, 2000). É por isso que as crianças com SD, em geral, têm dificuldades com a alimentação, sobretudo ao substituir a pasta por comida em pedaços. Com medo de seus filhos engasgarem ou rejeitarem o alimento, muitas mães não fazem a troca necessária da consistência da comida, prejudicando o desenvolvimento das crianças (Mingroni, 2007). É muito comum, ainda, que os pais de crianças com SD tentem compensar a responsabilidade pelos genes causadores da doença, atendendo, indiscriminadamente, aos desejos da criança, convertendo, assim, a comida em um ato de compensação, o que por fim contribuirá para as inadequações alimentares nestas crianças. (Ghiorzi, 2004; Maffesoli, 2001).

A família é, na primeira infância, o principal fator de interação ambiental, sendo a influência inicial no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. E essas primeiras interações alimentares entre pais e filhos se dão, em geral, pela amamentação (Brown & Lee, 2011). É preciso, pois, lembrar que são essas primeiras experiências de sabores que moldam as preferências alimentares do indivíduo (Leathwood & Maier, 2005).

Para Birch e Davison (2001) e Wardle , Guthrie, Sanderson e Rapoport (2001), a autoridade dos pais nos hábitos alimentares dos filhos interfere negativamente no autocontrole infantil e na escolha da alimentação. Para os autores, há indicações de que as crianças, desde

pequenas, podem aprender a controlar e dosarem os alimentos que ingerem. No entanto, mediante imposições parentais e socioculturais, a criança pode perder essa capacidade.

São os pais os grandes responsáveis pela formação do comportamento alimentar de seus filhos até a idade adulta, já que o controle alimentar da infância gera consequência na formação de seus futuros hábitos. Quando o alimento é oferecido às crianças, sob força ou chantagem, ele tende a ser rejeitado (Leann Lipps Birch, Marlin, & Rotter, 1984). Assim como restringir demais a ingestão dos alimentos preferidos pelas crianças, também, irá fazer com que o consumo destes alimentos seja exagerado em momentos livres.

Com relação à afirmação acima, Birch (1999) ainda explicita que, se um alimento for oferecido em uma situação positiva, provavelmente, ele será aceito. Ao contrário, se o alimento for oferecido em situações de estresse, provavelmente, será rejeitado. As crianças, também, tendem a rejeitar alimentos desconhecidos, assim, estes devem ser oferecidos muitas vezes, até que se tornem conhecidos e sejam aceitos pelas crianças. Para que esse novo alimento seja considerado conhecido pela criança são necessárias, em média 10, exposições (Sullivan & Birch, 1994).

Nesse sentido, os pais devem ser persistentes na apresentação dos alimentos. A rejeição inicial da criança é um comportamento esperado, mas não é definitivo (Birch , 1997).

Algumas dificuldades podem existir no processo de aquisição de novos hábitos alimentares pelas crianças. Loewen e Pliner (2000) e Galloway , Lee e Birch (2003) referem que uma das maiores dificuldades para a aquisição de novos hábitos alimentares é, justamente, essa primeira apresentação dos alimentos, quando a criança aceita experimentar e, quem sabe, gostar do alimento apresentado. Essa aceitação pode ser facilitada se a criança for inserida, no processo, podendo auxiliar na escolha, compras e preparo dos alimentos, bem como se for realizada uma educação sobre o valor nutricional e as propriedades dos alimentos.

Se essas intervenções forem baseadas na educação para uma alimentação saudável, poderão reeducar os hábitos e gostos tanto das crianças, quanto de suas famílias. A grande maioria dos programas de educação alimentar tem se focado no indivíduo, deixando de lado a relevante influência da sociedade, na formação desses hábitos, o que diminui a eficácia das intervenções (Delormier, Frohlich, & Potvin, 2009).

Pesquisas sobre a prática de atividades físicas indicam efeitos positivos sobre a perda de peso, especialmente se esta prática for adotada como estilo de vida e incorporada nas atividades diárias de escola e lazer (Luft & Mello, 2006). Os mesmos autores também compararam duas estratégias de tratar a obesidade infantil. Uma foi os atendimentos ambulatoriais individuais, a outra, os programas de educação em grupo, e aqueles autores verificaram que os benefícios dessas intervenções são mais permanentes diante de esclarecimentos, informativos e conscientização de hábitos alimentares mais saudáveis. Ainda, Marques, Luzio, Martins e Vaquinhas (2011) destacam a importância que as intervenções em educação alimentar, nas escolas, como estratégias eficazes na redução dos problemas de saúde advindos de sedentarismo e hábitos alimentares inadequados.

Os Programas de Intervenção Alimentar/Nutricional são importantes instrumentos de reeducação de hábitos alimentares em diversos setores da sociedade, especialmente, nas escolas. O Ministério da Educação, por meio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), criou o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Este programa tem trabalhado cada vez mais para que a implantação da alimentação saudável, no ambiente escolar, seja uma realidade. No contexto deste programa, a maioria do que é realizado é feito em parceria com outros órgãos que batalham pela educação alimentar e nutricional. Alguns desses projetos são:

- “Dez Passos para Alimentação Saudável na Escola”, em parceria com o Ministério da Saúde;

- “Projeto Criança Saudável Educação Dez” com o Ministério do Desenvolvimento Social;
- “Projeto Alimentação Saudável nas Escolas” com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Projeto Educando com a Horta Escolar, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação – FAO.

Assim, cada vez mais há a necessidade de intervenções adequadas e eficazes passíveis de mudar os hábitos alimentares, em especial na infância. Alguns programas como o *My Plate*, *High5*, *Projeto Redução dos Riscos de Adoecer e Morrer na Maturidade-PRAMM*, entre muitos outros, estão sendo estudados e implementados no Brasil e no mundo, como uma forma de educar e alterar hábitos alimentares inadequados em saudáveis. No entanto, a atuação desses programas ainda são incipientes, necessitando de fomento para a disseminação dessa prática, bem como o incentivo e o apoio político.

1.2 Apontamentos sobre a Síndrome de Down

A SD é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um atraso no desenvolvimento das funções motoras e mentais. Foi, no início do séc. XX, que o médico John Langdon iniciou seus estudos sobre a SD. Ele começou descrevendo as características físicas desta síndrome e deu o nome de Mongolismo, por serem parecidos com indivíduos da raça mongólica. Posteriormente, descreveu essas pessoas como amigáveis, mas improdutivas e incapacitadas para o convívio social. O diagnóstico foi realizado em 1959, quando o cientista francês Jérôme Lejeun, ao estudar os cromossomos¹ de nove pessoas com a síndrome

¹ cromossomo: material nuclear, condensado em uma série de organelas em forma de bastão

verificou que, ao invés de terem 46 cromossomos por célula agrupados em 23 pares, tinham 47 cromossomos, um a mais no par 21.

A SD é uma alteração genética que ocorre na gestação, mais especificamente, no período de divisão celular. O cariótipo presente nas células de uma pessoa é 46 (23 do pai e 23 da mãe), estão em pares, formando 23 pares. No caso da Síndrome de Down, ocorre um erro na distribuição e, ao invés de 46, as células recebem 47 cromossomos. O elemento extra fica unido ao par número 21. Daí, também, o nome de Trissomia do 21. Esse cromossomo pode ser herdado do pai ou da mãe e em 95% dos casos por não disjunção cromossômica. O diagnóstico preciso é feito através do cariótipo que é a representação do conjunto de cromossomos de uma célula. Atualmente, têm sido utilizados exames que podem detectar o problema da SD, ainda no período gestacional. A incidência da ocorrência da SD é de 1 a 2 afetados por mil crianças nascidas vivas.

Existem três tipos de cariótipos em pessoas com síndrome de Down. A sintomatologia é a mesma, embora suas causas sejam diferentes. São essas as origens da Síndrome de Down conforme CID 10:

- Trissomia simples (Q90.0) - os dois cromossomos (da mãe e do pai) formam o par 21 e o terceiro é o causador da síndrome. Os três são bem identificados e separados entre si. A trissomia simples é responsável por cerca de 95% dos registros da Síndrome de Down.
- Trissomia por translocação (Q90.2) – Neste caso, o cromossomo extra está montado sobre um cromossomo de outro par. A translocação ocorre quando um cromossomo do par 21 e o outro, ao qual depois fica agregado, sofrem uma quebra na sua região central. Os dois braços curtos se perdem e os dois mais longos se unem. A trissomia por translocação corresponde a cerca de 3% da população com síndrome de Down.
- Mosaicismo (Q90.1) – São indivíduos que possuem células normais (46 cromossomos) e células trissômicas (47 cromossomos). O mosaicismo consiste na derivação

de um caso que seria de trissomia simples ou de translocação. O mosaicismo corresponde por cerca de 2% da população com SD.

O diagnóstico da síndrome de Down, conforme mencionado, pode ser feito mesmo antes do nascimento quando é realizado o acompanhamento pré-natal. Os principais indícios para o diagnóstico intra-uterino são: um dos pais terem a síndrome de Down, malformações fetais, testes de triagem alterados, idade materna avançada (acima de 35 anos); antecedentes na família com a Síndrome de Down. Para o diagnóstico, pode-se utilizar métodos diferentes como:

- a) Coleta de vilosidades coriônicas por meio de uma biópsia transvaginal às 10-12 semanas de gestação;
- b) Amniocentese: é o método mais usado na detecção de trissomia 21 nas gestações de “alto risco” em que o diagnóstico é feito retirando-se uma pequena quantidade de líquido que envolve o bebê no útero, durante a gravidez. Em comparação com a técnica da amniocentese, a coleta de vilosidades coriônicas, é mais vantajosa, pois pode ser detectada mais rapidamente, no entanto esta técnica de diagnóstico está associada a uma taxa maior de abortos (2-5%);
- c) Cordoncentese: cariotípico das células fetais na circulação materna;
- d) Técnica de DNA recombinante ou mapeamento genômico humano.

Tal diagnóstico pode ser confirmado após o nascimento da criança, pelos sinais e sintomas, e, também, pelo estudo cromossômico do recém-nascido. A SD, além de se apresentar como uma das principais causas de deficiência intelectual, representando cerca de 20% do total de deficientes intelectuais, em instituições especializada (Moreira, El-Hani, & Gusmao, 2000); é, também, a causa genética mais encontrada de deficiência intelectual.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN

Tabela 1: Características gerais dos pacientes

| ÁREA | SÍNDROME DE DOWN |
|-------------------------------|---|
| Cariótipo | 47, XX OU XY,+21 |
| Sinonimia | Trissomia do 21. |
| Anomalia cromossômica | Aneuploidia: trissomia do cromossomo 21 (região q22), translocação e mosaicismo |
| Freqüência | 2/1000 aumentando com a idade materna 35 e paterna 55 para 1/700. |
| Distribuição sexual | Igual para ambos os sexos. |
| Expectativa de vida | Reduzida; morte por doenças respiratórias ou cardíacas; risco de morte por leucemia aguda aumentado 20x. |
| Neurologia | Retardo mental de grau variável; hipotonía. |
| Cabeça fáceis características | Occipucio e face achatadas; fenda palpebral obliqua, manchas de Brushfield na íris, problemas oculares; ponte nasal baixa; língua protusa e fissurada; hipoplasia maxilar, palato ogival; anomalias dentárias; orelhas pequenas dismórficas e de baixa implantação. |
| Pescoço | Curto e grosso |
| Tronco | Cardiopatias congênitas; ausência uni ou bilateral da 12a costela; hérnia umbilical; genitais externos pouco desenvolvidos; pelve estreita, índice ilíaco menor do que as pessoas normais. |
| Membros | Curtos: mãos e dedos curtos e largos; clinodactilia; linha simiesca |
| Estatura | Baixa |
| Risco teórico de ocorrência | Para trissomia livre: aumenta com as idades maternas e paternas; mulheres com 35 anos: 1/350; mulheres com mais de 45 anos: 1/25. |

Fontes: Thompson & Thompson, Genética Médica (1988).

Uma causa possível e amplamente da ocorrência da SD divulgada é a idade do ovócito feminino. A mulher já nasce com todos seus ovócitos formados e, assim, eles continuam bloqueados na prófase I da meióse até a puberdade, quando amadurece, em torno de um por ciclo menstrual. Diferente do homem, cujo processo de espermatogênese dura em média 64 dias. A não-disjunção cromossômica que determina a SD, em geral, acontece durante a meióse materna (95% dos casos), mas pode ocorrer na meióse paterna (5% dos casos) (Thompson, McInnes & Willard, 1993) .

Outro fator considerado para a maior ocorrência de SD em filhos de mulheres mais velhas é a inabilidade do corpo de expulsar o feto atípico em aborto natural (Lima, 1984). Geneticistas indicam que a idade ideal para a reprodução feminina é de 18 aos 35 anos, pois a ocorrência da aneuploidia² do 21 tem aumento significativo depois dos 35 anos da mulher

² Aneuploidia: perda ou ganho de um ou poucos cromossomos

(Moore & Persaud, 1994). Há mais de 25 anos que o aumento da idade materna é associado à SD. Para mulheres que tem menos de 25 anos, cerca de 2% de toda gravidez constatada é trissonômica, já para mulheres que tem mais 40 anos cerca de 35% de toda gravidez constatada é trissômica (Hassold & Hunt, 2001).

Estatísticas indicam que, depois da ocorrência da SD ou alguma outra trissomia autossômica em uma família, a possibilidade de recorrência é de cerca de 1%. Nas mães com menos de 30 anos, essa possibilidade aumenta para 1,4% e, para mães, com idade mais avançada, é igual ao risco correspondente a sua idade. Não se sabe os motivos que levam ao aumento do risco nas mães com menos de 30 anos (M. W. Thompson et al., 1993).

1.3 Síndrome de Down e suas comorbidades

A criança com SD tem grandes possibilidades de ter comorbidades genéticas relacionadas com a síndrome de Down como cardiopatia congênita, hipotonía muscular, alterações físicas, déficits cognitivos, auditivos e visuais, imunidade baixa, dificuldades gástricas, atraso no desenvolvimento psicomotor e obesidade. Desses comorbidades, a cardiopatia congênita aparece em 40% das pessoas com SD, a hipotonía em 100%, os problemas de audição em 50 a 70%, os problemas de visão em 15 a 50%, as alterações na coluna cervical em 1 a 10%, as alterações da tireóide em 15%, os problemas neurológicos em 5 a 10% e obesidade e envelhecimento precoce (Cooley & Graham, 1991). Essas complicações clínicas acabam por interferir no desenvolvimento global da criança.

Segundo Saenz (1999), considerando a probabilidade de cardiopatia congênita, todos os recém-nascidos com SD devem ser submetidos ao eletrocardiograma e ao eco cardíograma. O prognóstico a curto prazo é melhor quando uma criança com um problema cardíaco é,

imediatamente, encaminhada para tratamento médico a fim de prevenir a hipertensão pulmonar ou para uma cirurgia precoce. Vários problemas gastrointestinais, também, estão vinculados com a síndrome de Down. Exames específicos podem ser necessários para diagnosticar ou confirmar os problemas de alimentação ou refluxo gastresofágico em um recém-nascido, e, em alguns casos há a necessidade de intervenção cirúrgica imediata. As crianças um pouco mais velhas com SD são mais suscetíveis a otite média, a sinusite e a faringites. Dificuldades e más formações ortopédicas, também, são comuns em crianças com SD. Uma avaliação e possível tratamento devem ser realizados com um ortopedista pediátrico, um fisioterapeuta ou profissionais da área. Avaliações sobre precisões cirúrgicas podem melhorar ou até preservar as funções. Desequilíbrios hormonais, também, são bem comuns em crianças com a Síndrome, especialmente doenças da tiroide. Disfunção gonadal e deficiência de hormônio de crescimento, também, estão associadas com a síndrome de Down. A catarata congênita, problemas dentários e leucemia ocorrem com maior frequência em crianças com síndrome de Down (Mustacchi, 2009).

Conforme dados do Pediatric Database (1994), a hipotonia muscular está presente em 100% dos casos dos recém-nascidos, com tendência para melhorar conforme o aumento da idade. A hipotonia afeta toda a musculatura e a parte ligamentar da criança. É esse tônus muscular que varia de criança para criança, podendo ser umas mais afetadas que outras. A hipotonia muscular afeta o desenvolvimento da criança com SD, podendo fazer com que esse desenvolvimento seja mais lento considerando os movimentos como: controle da cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr. Com isso, o desenvolvimento dessa criança em seus primeiros anos pode ficar prejudicado. Sessões de fisioterapia podem ser muito úteis nesse processo dos primeiros movimentos.

Quanto às alterações fisiológicas podemos observar, nos primeiros dias de vida, uma grande sonolência, dificuldade de despertar, dificuldades de realizar sucção e deglutição.

Porém estas alterações vão se atenuando, ao longo do tempo, à medida que a criança fica mais velha e se torna mais alerta. Alterações fisiológicas, também, se manifestam no retardo do desaparecimento de alguns reflexos como o de preensão, de marcha e de moro. Este atraso, no desaparecimento destes reflexos, é patológico e resulta no atraso das aquisições motoras e cognitivas deste período, já que muitas atividades dependem desta inibição reflexa para se desenvolverem, como o reflexo de moro, que é substituído pela marcha voluntária (Silva, 2002).

O médico responsável pelo Departamento de Genética Médica do Hospital Estadual Infantil Darcy Vargas e coordenador técnico do CIAM (Centro Israelita de Apoio Multidisciplinar), Zan Mustacchi, em entrevista para o site do Dr. Drauzio Varella (2011), destacou avanços na qualidade de vida e na sobrevida dos indivíduos com a síndrome. Afirmou ele:

"Nos últimos 20 anos, pessoas sem a síndrome tiveram um ganho de sobrevida de dez anos, isto é, a expectativa de vida passou de 60 para 70 anos. Nesse mesmo período, a sobrevida na população com síndrome de Down foi de 30 anos para 65 anos. Portanto, elas ganharam mais 35 anos de sobrevida com qualidade graças à atenção médica e da família que passaram a receber".

De acordo com Santos, Franceschin e Priore (2006), os sujeitos com síndrome de Down têm desenvolvimento mais lento já na gestação. A baixa estatura é a característica mais comum entre esses indivíduos. Com um crescimento abaixo do esperado, quando comparado com um indivíduo considerado normal, criaram-se as curvas de crescimento específicas de síndrome de Down. O uso dessa curva é indicado para um diagnóstico fiel quanto ao estado nutricional desses indivíduos (Myrelid, Gustafsson, Ollars, & Annerén, 2002). Essas curvas foram elaboradas em 1988 para a população norte americana (Santos et al., 2006). Nessa avaliação incluíam-se, também, as alterações características da SD, como hipotireoidismo e

doenças cardíacas. No Brasil, Mustacchi (2002), também, realizou esta avaliação elaborando índices de estatura por idade (E/I), peso por idade (P/I) e perímetro encefálico por idade (PC/I), em estudo realizado na cidade de São Paulo 1980 a 2000, a amostra de 174 sujeitos com SD, dos quais foram tirados dados de peso, altura e perímetro cefálico (Lopes, Ferreira, Pereira, Veiga, & de Marins, 2008).

Mustacchi (2002) afirma que, no Brasil, ocorrem, aproximadamente, três milhões de nascimentos por ano. Desses, oito mil apresentam Síndrome de Down. Apesar de descoberta há mais 144 anos, ainda as pesquisas relacionadas com a síndrome são escassas e mais escassas ainda as que relacionam a síndrome e seu aspecto nutricional e de seu desenvolvimento. (Lopes, Ferreira, Pereira, Veiga, & de Marins, 2008).

Lopes et al., (2008) cita em sua pesquisa que o desenvolvimento das crianças com SD se distingue das demais já que são precoces no início do estirão de crescimento e têm velocidade reduzida de crescimento linear. O resultado disso são indivíduos de estatura mais baixa em relação à população em geral. Ainda retomando à autora, existe uma predisposição para o excesso de peso, especialmente entre adolescentes e adultos. Como a síndrome de Down carrega consigo outras comorbidades como as cardiopatias e hipotonía muscular, o excesso de peso pode ser um agravamento dessas comorbidades bem como propiciar o desenvolvimento de desequilíbrios metabólicos.

Segundo estudo realizado por Kaminker e Armando (2008), justamente pelo desenvolvimento físico ser mais lento, em comparação ao grupo da população não afetada pela síndrome, é que a obesidade tem prevalência mais elevada do que na população em geral. Essa tendência é observada nos indivíduos com Síndrome de Down já em idade precoce. Luft e Mello (2006) demonstraram que a obesidade em pessoas afetadas pela síndrome é decorrente de vários fatores. Um dos fatores que interferem no estado nutricional desses indivíduos é a diminuição na taxa metabólica basal, ou seja, a capacidade de queimar menos

energia fornecida pela alimentação. Foi realizado um estudo por Chumlea e Cronk (1981), na Inglaterra, que contava com 262 participantes que apresentavam a síndrome de Down, com idade entre dois e 18 anos, desses, 30% encontravam-se com excesso de peso.

Entende-se que a Síndrome de Down é uma alteração genética que possui características próprias, já discutidas acima, que afetam o estado nutricional, e, por isso, são necessárias avaliações e intervenções nutricionais para que esse sujeito possa ter uma melhoria na qualidade de vida, no seu desenvolvimento e crescimento.

1.4 A aprendizagem das crianças com Síndrome de Down

A Educação Especial segundo a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional, Lei nº 9394/96 é a modalidade de educação escolar oferecida para educandos com deficiência. Ainda, segundo essa mesma lei, a educação especial deve ser oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais (Brasil, 1996).

O artigo 8º da Lei 7.853/89 especifica que recusar a inscrição de um aluno em qualquer escola, seja pública ou privada, por motivos relacionados a qualquer deficiência, é crime. Além de receber uma multa, os diretores poderão ter pena de um a quatro anos de reclusão. De acordo com Dutra (2010), o acesso passa a ser condição na legislação que prevê o atendimento de necessidade especial na educação regular transformando os sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos.

A partir de 2003, estratégias passaram a ser implementadas com o intuito de disseminar os referenciais da educação inclusiva no país, como a criação do Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Trata-se de uma parceria entre o Ministério da Educação, com os estados, municípios e o Distrito Federal, em que desenvolvem um amplo processo de formação de professores e gestores. Essa ação promove a construção de uma

política de educação especial com o desafio de perpassar todos os níveis de ensino. No entanto, essa iniciativa culminou com a necessidade de revisão das práticas educacionais concebidas.

Em 2008, foi publicada pelo MEC a Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva que:

“...instaura um novo marco teórico e organizacional na educação brasileira, definindo a educação especial como modalidade não substitutiva à escolarização; o conceito de atendimento educacional especializado complementar ou suplementar à formação dos alunos, e o público alvo da educação especial constituído pelos alunos com deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades / superlotação”. (Dutra, 2010, p.22).

Segundo as diretrizes da nova política, a educação especial tem como objetivo assegurar a inclusão escolar de alunos da educação infantil à educação superior. Nesse sentido, o conceito de acessibilidade é incorporado como promoção da igualdade de condições entre os alunos, pois são previstas ações que permitem a organização do atendimento educacional especializado em escolas comuns. Seguem abaixo as ações favorecidas de acordo com Dutra (2010), as quais são voltadas à acessibilidade da inclusão de alunos da educação especial, no ensino regular:

1. A implantação das salas de recursos multifuncionais;
2. A promoção da acessibilidade arquitetônica;
3. A constituição de rede de formação continuada de professores em educação especial;
4. A ação interministerial desenvolvida pelos Ministérios da Educação, da Saúde e do Desenvolvimento Social e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, para o monitoramento do acesso e permanência na escola;
5. A realização do PROLIBRAS. (Dutra, 2010, p.22-23).

Segundo o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil - RCNEI (1998), a educação inclusiva deve ser para todos, desde a educação infantil, pois é nesta etapa da educação básica que a criança passa a ter seu direito de acessibilidade garantido. Dessa forma, educar crianças com deficiências na educação infantil é uma integração que proporciona o convívio com a diversidade.

“... aprender a conviver e relacionar-se com pessoas que possuem habilidades e competências, diferentes, que possuem expressões culturais e marcas sociais próprias, é condição necessária para o desenvolvimento de valores éticos, como a dignidade do ser humano, o respeito ao outro, a igualdade e a equidade e a solidariedade. A criança que conviver com a diversidade nas instituições educativas, poderá aprender muito com ela”. (Brasil, 1988, p.35).

De acordo com Ferreira e Ramos (2009), o processo de aprendizagem é sempre uma via de mão dupla: aprende tanto aquele que está “ensinando” quanto àquele que está “aprendendo”. Na medida em que a escola se mostrar aberta ao diálogo e receptiva aos indivíduos com deficiência, os instrumentos necessários para a inclusão serão, aos poucos, obtidos. É importante estar atento a quem a escola está recebendo – quais as suas necessidades, qual a sua demanda – como também às necessidades específicas daquela escola. Faz-se necessária a ampliação da escola regular para o comportamento cognitivo dos alunos com deficiências, aliado ao aumento de oportunidades, nos vários ramos da atividade humana, colocando o indivíduo mais perto, mais inserido na sociedade.

A criança com Síndrome de Down aprende num ritmo diferente das outras crianças, no entanto, isso não implica que ela não vai aprender, mas que ela precisa de mais estímulos que as outras crianças para construir sua aprendizagem. Dessa forma, é possível que um indivíduo com Síndrome de Down chegue até a faculdade ou a cursos profissionalizantes, porque isto está relacionado ao grau de deficiência e aos estímulos oferecidos a este durante sua infância e adolescência, pois de acordo com Schwartzman, “uma criança com Síndrome de Down possui

a capacidade de evoluir, desde que receba atendimento adequado” (Schwartzman , 1999, p. 246).

É durante a pré-escola que a criança Down pode aprender muito através da “exposição precoce à linguagem das outras crianças” e é essencial que ocorra uma “interação entre os educadores e pais” (Gomes , 2009, p. 251). Ainda, segundo o autor, as crianças com Síndrome de Down se adaptam bem à escola, no entanto, existe a necessidade de se estabelecer um programa educacional escolar adaptado às suas habilidades.

Para Ferreira, Heinsius e Barros (2011), a decisão de matricular ou não a criança com síndrome de Down na pré – escola caberá à família; no entanto, a intenção consciente de fazer o melhor pelo desenvolvimento da criança, unida à busca de uma escola que esteja realmente empenhada em um projeto de inclusão satisfatório pode se revelar um grande ganho para o desenvolvimento da criança Down. A inclusão pressupõe um empenho da instituição em criar estruturas, métodos e formas adaptadas, se necessário for, para que seus alunos com síndrome de Down (ou outras deficiências) aprendam, realmente, com significado e conteúdo que estimulem seu desenvolvimento global e sejam relevantes para a vida em sociedade. Sendo assim, a escola tem importância única no processo de inclusão; esta importância será de caráter positivo se todos que trabalham dentro dela (escola) estiverem empenhados a transmitir a todas as crianças valores corretos a respeito das pessoas com deficiência, além dos conteúdos e aprendizados pertinentes à escola.

Gomes (2009) ressalta que, a criança Down adquire autonomia gradualmente e ao ser inserida em uma escola de ensino regular, por meio do contato com outras crianças terá a oportunidade de interagir com essas em situações cotidianas variadas.

Alguns autores como Feuerstein (1980), Mantoan (1997), Vygotsky (1989) asseveram que a interação da criança com o ambiente influencia no seu desenvolvimento cognitivo e acreditam que o meio é um importante mediador da aprendizagem. Kaufman e Burden (2004),

autores que também estudam a influência do meio, avaliaram o efeito da mediação por meio do Programa de Enriquecimento Instrumental de Feuerstein³. Esse instrumento foi aplicado a 18 jovens com difíceis problemas de aprendizagem; destes 18 jovens, seis tinham SD. Após um ano, percebeu-se que os 18 jovens que participaram do programa foram muito além da média, apresentando direcionamento nas mudanças de seu comportamento. Os autores ainda ressaltam a importância de uma mediação de qualidade, na qual, o modo como o mediador percebe os problemas e as soluções impulsionam um melhor desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

A interpretação de Feuerstein (1979, 1980) de que o desenvolvimento cognitivo é consequência da interação da criança com o ambiente e da experiência e qualidade da mediação oferecidas pelos mais próximos, nos remete à Vygotsky, que também estabelece que o ambiente sociocultural seja um mediador da interação a aprendizagem da criança, levando esta a processar conhecimentos significativos para o seu crescimento intelectual (Vygotsky, 1989).

A mediação, realizada pelo Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI) de Feuerstein, propicia profundas mudanças cognitivas estruturais e apuro de funções. A base desta teoria é a plasticidade cerebral, que apresenta as possibilidades de adaptação no nosso sistema nervoso central, com potencialidade para possíveis modificações na sua organização estrutural e funcional. A plasticidade cerebral é uma propriedade do sistema nervoso que possibilita a escolha de novos caminhos estruturais como forma adaptação a estímulos novos ou repetidos (Kandel, Schwartz, & Jessell, 1997; Kolb & Whishaw, 2002).

³ Reuven Feuerstein foi psicólogo e professor; nasceu na Romenia em 21 de agosto de 1921 e faleceu em 29 de abril de 2014. Criou a Teoria da modificabilidade cognitiva estrutural, a teoria da Experiência da Aprendizagem Mediada e o Programa de Enriquecimento Instrumental.

O Comitê da Organização Mundial da Saúde (1954, 1968) ressalta o valor da estimulação e intervenções com as crianças com a síndrome de Down ou outras deficiências desde a primeira infância. Sobre esta estimulação precoce autores como Ludlow e Allen (1979) e Coriat, Theslenco e Wakman (1968) estudam o efeito da estimulação psicomotora sobre o QI de crianças com síndrome de Down, dividindo em dois grupos controle com crianças com SD, sendo que um dos grupos recebia a estimulação e o outro não. Os resultados de Coriat et al. (1968), mostram que as crianças com SD do grupo de controle apresentaram QI médio de 62 e as crianças com SD que participaram das atividades psicomotoras apresentaram um QI médio de 82. Ludlow e Allen (1979), também, obtiveram como resultado um QI médio de 82,7 no grupo estimulado e 66,4 nos controles. Ambas as pesquisas foram muito parecidas no tocante aos métodos utilizados e também nos resultados obtidos, resultados estes que mostram claramente os benefícios de estímulos para o desenvolvimento das crianças. Ainda constatou-se que as crianças estimuladas tiveram melhor adaptação na pré-escola tendo dado continuidade em seus estudos nos próximos 5 anos em escolas regulares (40% em relação a 29% no grupo controle), mesmo diante da resistência da escola e dos professores em aceitar crianças Down.

Fidler (2005) já citava Brofenbrenner como um dos primeiros defensores da intervenção precoce, trazendo resultados mais eficazes, especialmente, quando a família participa ativamente deste processo. Trabalhos de estimulação precoce, envolvendo pais, obtiveram melhores resultados com as crianças SD, já estudos feitos com trabalhos de intervenção precoce sem a participação da família não tiveram resultados tão positivos. Melhores resultados ainda com a criança SD aparecem quando os pais são treinados pelos profissionais, por meio de tarefas, potencializando o desenvolvimento da pessoa com SD.

1.5 Modificabilidade Cognitiva de Reuven Feuerstein e a Teoria da Aprendizagem Mediada

Este estudo tem como base teórica a Teoria da Aprendizagem Mediada e critérios mediacionais, criados por Feuerstein (1980). Segundo Consoli (2014), a fundamentação teórica de Reuven Feuerstein parte de sua concepção sobre a aprendizagem, que sofre a influência de Vygotsky, mais fortemente nos seguintes aspectos:

- Sua concepção da origem das funções mentais superiores.
- O papel do mediador humano para proporcionar a internalização da aprendizagem.
- O papel do instrumento humano (o mediador) e do material (de onde surge o que será o programa instrumental enriquecimento humano).
- E a teoria da Zona de Desenvolvimento Proximal.

A mediação é um conceito simbólico que Vygotsky utiliza em seus estudos sobre a inteligência e como ela está interligada com a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo. Para ele, a mediação simbólica é um efeito da relação entre o indivíduo e o ambiente físico, social e cultural que o cerca. Essa interação do homem com o meio não ocorre apenas pelo simples processo estímulo-resposta, mas sim de forma mediada, utilizando-se de instrumentos do meio (Vygotsky, 1989).

Conforme reflete Consoli (2014), esta é a essência da concepção de aprendizagem que Feuerstein compartilha de Vygotsky: a de que a aprendizagem deve preceder o desenvolvimento. E esse aprendizado só é possível graças à intervenção do mediador, especialmente o mediador humano. Feuerstein (1980), ainda, ressalta que a mediação não é aleatória, ela deve ser planejada pelo mediador de acordo com as intenções de aprendizagem. É essa, talvez, a principal diferença de Feuerstein, pois o mediador não deve deixar seu planejamento contando com os insights do momento. Ele, o mediador, deve programar o que

vai ser aprendido e organizar as atividades e momentos que irão desencadear o raciocínio da aprendizagem. Este raciocínio deverá ser estimulado e conduzido pelo mediador.

Para isso, Feurstein (1994), elaborou os 12 critérios mediacionais que devem ser adotados pelo mediador para que ocorra uma aprendizagem de sucesso. São eles:

1. Intencionalidade e Reciprocidade: o mediador deve ser capaz de deixar claro o que está sendo mediado e qual o objetivo da mediação, tendo, também, a certeza de que o mediado compreendeu essas questões através de suas respostas verbais ou não verbais.
2. Transcendência: A transcendência possibilita ao indivíduo o desenvolvimento de princípios, conceitos e estratégias que podem ser generalizados e transferidos a outras situações, ampliando sua compreensão de mundo.
3. Significado: o mediador deve ser capaz de atribuir relevância material e afetiva ao que se está sendo estudado pelo aluno. É importante encorajar o mediado a buscar significados nas coisas que faz e estabelecer esse sentido com outros e com o meio.
4. Mediar o sentimento de competência: o mediador deve ser capaz de reafirmar e realçar a capacidade do aluno para que estabeleça a sua confiança no enfrentamento de desafios posteriores.
5. Mediar a regulação e o controle do comportamento: O mediador deve ser capaz de ensinar o mediado a controlar sua impulsividade, pois ela atrapalha a capacidade de avaliação das situações e o pensamento lógico. O mediado pode ser encorajado a dar-se um tempo para pensar, antes de revelar a resposta. Isto fará com que o mediado se sinta seguro nas ocasiões de decisão.
6. Mediar o comportamento de compartilhar: o mediador deve promover discussões em grupo, para o compartilhar de experiências e afeto. O mediado deve saber discutir suas idéias e aceitar o ponto de vista do outro.

7. Mediar a diferenciação individual e psicológica: O mediador deve ser capaz de aceitar respostas diversas, encorajando o pensamento independente e inovador.
8. Mediar a busca planejada para o alcance dos objetivos: O mediador estimula a construção de objetivos, o planejamento de como alcançá-lo, a avaliação e revisão de todo o processo e, se necessário, a construção de novas estratégias.
9. Mediar o desafio: em situações desafiadoras, o mediador estimula o mediado para, mesmo diante da dificuldade, arriscar e persistir, superando o medo e tendo a confiança necessária para momentos de conflitos.
10. Mediar para a automodificação: o mediado deve ser instigado pelo mediador a ter momentos de meditação e de auto-reflexão.
11. Mediar o otimismo: o mediador deve estimular um olhar positivo para os problemas, permitindo que surjam as soluções.
12. Mediar o sentimento de pertencer: o mediador deve promover o sentimento de acolhimento para com o mediado. Ao se sentir acolhido, o mediado sente confiança necessária para estabelecer uma relação, fundamental para que ocorra a mediação.

Dos critérios descritos, Klein (1996) elencou os cinco critérios considerados universais para a consolidação do Programa MISC- Mediated Intervention for Sensitizing Caregivers. São eles: *focalização, expansão, afetividade, recompensa e regulação do comportamento*, conforme já citado anteriormente.

Segundo Klein (2003), o acrônimo MISC refere-se tanto ao processo quanto ao objetivo deste programa de intervenção precoce que se baseia na identificação e na estimulação dos critérios básicos de mediação presentes na interação entre o adulto e a criança. Deste modo, o objetivo da intervenção é desenvolver *More Intelligent and Sensitive Children* (Crianças mais Sensíveis e Inteligentes), sendo que inteligência refere-se à habilidade de aprender prontamente e facilmente a partir da experiência de alguém. Já o

processo por meio do qual este objetivo é atingido é representado pelo mesmo acrônimo MISC: *Mediational Intervention for Sensitizing Caregivers* (Intervenção Mediacional para Cuidadores mais Sensíveis). A autora, ainda, esclarece que o programa representa uma abordagem de desenvolvimento mediacional, baseada na integração de contribuições de três grandes enquadramentos teóricos, a saber:

Uma abordagem ecocultural, que denota a necessidade de se conhecer o ambiente e a cultura na qual o indivíduo está inserido, a afim de melhor adequar os objetivos de uma intervenção;

Uma abordagem desenvolvimental, que se refere à importância de se considerar as características individuais tanto da criança quanto do adulto (cuidador ou educador), uma vez que cada um encontra-se num estágio particular de desenvolvimento;

E, por último, uma abordagem mediacional, que segundo Klein (s.d.), se baseia principalmente na Teoria da Modificabilidade Cognitiva⁴ de Reuven Feuerstein (1921-2014) e nas proposições de Vigotski. Nessa perspectiva mediacional, várias características do comportamento do adulto – necessárias e imprescindíveis para criar Experiências de Aprendizagem Mediada (EAM) para a criança – são identificadas e definidas, experimentalmente, sendo que há evidências empíricas (p.e. Klein & Alony, 1993; Klein, 1996; Tzuriel, 1999, citados por Klein, 2003.), sugerindo que tais experiências mediadas podem promover o desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças pequenas.

Ainda em relação a este último ponto, é relevante enfatizar que a Experiência de Aprendizagem Mediada é definida por Feuerstein, em suas proposições teóricas, como a

⁴ Nós selecionamos o termo “modificabilidade cognitiva” para exprimir a idéia de um processo voltado à autonomia do sujeito [...] Há um produto específico de experiências de aprendizagens superiores [...] para responder não a um ambiente constante e estável, mas a situações e circunstâncias que estão em constante modificação (Feuerstein, 1990, p.2,3).

qualidade da interação entre o indivíduo e o meio em que está inserido, destacando que essa qualidade advém da interposição intencional de um ser humano que medeia à percepção e a análise dos estímulos para os indivíduos. (Feuerstein e Feuerstein, 1994). Nesse contexto, a mediação é um processo ativo que inclui a ação do mediador sob os estímulos, de forma a selecioná-los, acentuá-los, focalizá-los, estruturá-los, propiciando significados, no tempo e no espaço, para o mediado. (Vectore, Dechichi & Ferreira, 2010).

“...a mediação é uma experiência intrapessoal, produzida por relações interpessoais. É uma experiência, não é uma confrontação de conhecimentos por transmissão... O que medeia o indivíduo é o fato de que ele, enquanto sujeito, interage com o outro que é sujeito. Há uma reciprocidade entre os dois sujeitos, um encontro”. (Feuerstein em comunicação informal, Jerusalém, 1960).

Fonseca (1994) relata que para Feuerstein a aprendizagem e o desenvolvimento são indissociáveis, sendo portanto, a qualidade e a quantidade de mediações recebidas que impulsionará a modificabilidade e a capacidade do indivíduo aprender por estimulação direta e de forma autônoma, propiciando-lhe a capacidade de intervir em sua aprendizagem.

Além disso, Vectore, Dechichi e Ferreira (2010), ainda, explicam que Feuerstein acredita que é por meio da aprendizagem que o ser humano consegue desenvolver-se, e, por essa razão, entende que, quanto mais freqüentes e melhores forem às experiências de aprendizagem mediada, maiores serão as possibilidades de o indivíduo beneficiar-se e desenvolver-se ao se expor diretamente aos estímulos e informações do ambiente. É por isso que a capacidade de novas aprendizagens ocorrer é diretamente proporcional a qualidade e à quantidade de mediações que lhe foram apresentadas. Já para as crianças que passam por profundas privações sociais e culturais, é comum ocorrerem problemas de aprendizagem como comportamento desinteressado e dificuldade cognitiva. Razão pela qual, fica claro como a mediação, realizada com planejamento e afeto, torna a criança mais questionadora e

reflexiva sobre o seu entorno, apresentando um melhor desenvolvimento e adaptação frente às transformações de seus contextos culturais, ambientais, sociais. (Klein , 1996).

Em relação ao programa MISC, Vectore (2003) ainda explica, citando Klein (1989), que ele funciona como uma maneira de se “definir, avaliar e modificar aquelas variáveis de comportamento dos adultos que se constituem em condições necessárias e suficientes para a constituição de uma adequada interação (...) entre educador e educando no seu sentido mais abrangente” (p. 107). O programa MISC não limita nem define espaços específicos de mediação nem o estágio de desenvolvimento que a criança está potencializando a qualidade da interação entre pais/educadores/cuidadores e suas crianças. Ele foi criado para possibilitar e incrementar as possibilidades de mediação para as crianças, voltado especialmente para os aspectos afetivos e cognitivos da interação mediacional.

Nesse sentido, Klein (2003), Klein (1996a, 1996b, citada por Vectore, 2003), e Vectore et al. (2006) descrevem os critérios mediacionais – que, quando atendidos, implicam no sucesso de uma mediação adequada ou de qualidade. Tais critérios foram “identificados por Feuerstein (1980) e descritos em sua teoria sobre a modificabilidade cognitiva, cujo ponto crucial é o postulado de que ‘todo o ser humano é modificável’ e, para isso, deve contar com um bom mediador” (Vectore, 2003, p. 107). Os cinco critérios mediacionais são:

- Focalização: critério que inclui as tentativas do adulto em assegurar que a criança focalize a atenção em algo que está ao redor dela. Aqui deve estar clara a indicação da intencionalidade do adulto para mediar e a reciprocidade da criança, expressa em suas respostas verbais ou não verbais ao comportamento do adulto mediador;
- Expansão: critério que indica as tentativas do adulto de ampliar a compreensão da criança para o que está além dos seus sentidos imediatos, utilizando a explicação, a comparação, oferecendo novas experiências além das necessárias para o momento;

- Afetividade ou mediação do significado: critério que se refere à expressão verbal ou não verbal pelo adulto, de afetos, entusiasmo ou apreciação em relação a objetos, conceitos, e valores. Em outras palavras, refere-se à carga emocional utilizada pelo mediador durante a interação com a criança, levando-a a compreender o significado dos objetos, pessoas, relações e eventos ambientais;
- Recompensa: critério observado quando o adulto expressa satisfação com o comportamento da criança e explica o porquê de estar satisfeito, facilitando sentimentos de autocontrole, de competência e sucesso, além de ampliar a sua disponibilidade para explorar ativamente o novo;
- Regulação do comportamento: que é identificada quando o adulto ajuda a criança a planejar antes de se comportar, permitindo que ela se conscientize da relevância do “pensar antes de agir”, esboçando os passos do seu comportamento para atingir um objetivo.

Vectore (2003) ressalta que quando se considera a importância de boas mediações para o desenvolvimento infantil, as brincadeiras e jogos funcionam como um eficaz recurso mediacional, que pode ser utilizado pelo educador em diferentes momentos, por meio de uma intervenção educativa reflexiva. Durante os momentos de interação lúdica com a criança, ele pode aprender a discernir os momentos em que deve apenas observar daqueles em que deve intervir na coordenação da brincadeira de modo mais direto, criando oportunidades para brincadeiras e jogos que estimulem a aquisição de novas competências, conhecimentos e habilidades. Dito de outro modo, o educador pode se estabelecer como um bom mediador quando valoriza os aspectos lúdicos e busca desenvolver as potencialidades da criança, estimulando a reinvenção das situações e não apenas a repetição do que já foi aprendido.

Capítulo 2

MÉTODO

Antes de a execução deste trabalho, o mesmo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Tendo sido aprovado sob o número de CAE: 37295913.7.0000.5152, foi adotado o seguinte método.

2.1 Participantes

Participaram dessa pesquisa cinco crianças, sendo quatro meninas e um menino com síndrome de Down, todas frequentando uma escola de educação especial, com idades de três anos e alguns meses, da cidade de Uberlândia - MG. Participaram também as cinco mães (100%) das crianças, com idade entre 30 e 47 anos. Todas possuíam trabalho remunerado antes de seus filhos, participantes desta pesquisa, nascerem. Atualmente, nenhuma delas trabalham, permanecendo na instituição durante o horário escolar das crianças.

2.2 Instrumentos

1. *Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar (QQFA)* acerca dos hábitos alimentares das crianças e de suas famílias. A avaliação dos hábitos alimentares e conhecimentos em nutrição foram feitos por meio de Viana, V. & Sinde, S. (2008), adaptado para a realidade local, conforme anexo 1, sendo avaliado qualitativamente.
2. Recursos mediacionais elaborados para o estudo (Anexo 4).
3. Entrevista semi-estruturada com os pais/responsáveis pela criança, contendo questões como: rotina alimentar, alimentos preferidos/rejeitados (Anexo 2).
4. Histórias infantis, contendo temáticas de nutrição e hábitos alimentares saudáveis: *Turma da Mônica: Regras e exceções*, *A Lagarta Comilona* (Carle, 1969), *O Ratinho e a Lua* (Cappelli & Dias, 2009), *O Sanduíche da Maricota* (Guedes, 2002), *Nunca Vou Comer Tomate* (Child, 2007), *A Verdadeira História Dos Três Porquinhos* (Scieszko, 2010).

2.3 Procedimento

Para a escolha da instituição, várias escolas foram contatadas para realizar o levantamento da existência de alunos com idade entre três e seis anos de idade com síndrome de Down, e para saber se a instituição teria interesse em participar do estudo. Desse modo, foi selecionada uma escola de educação especial de Uberlândia, voltada para a educação de pessoas com deficiência intelectual e múltiplas.

A seleção da amostra foi indicada pela coordenadora da educação precoce⁵, a partir da identificação de cinco crianças com síndrome de Down e estágio de vida entre 3 e 6 anos de

⁵ (0 a 3 anos) atendimentos clínicos especializados através da estimulação global, iniciando o processo de alfabetização.

idade. A coordenadora e a pesquisadora reuniram os pais para explicar sobre a pesquisa e convidá-los para a participação na mesma, bem como obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os cinco pais aceitaram participar.

As mães foram esclarecidas sobre a natureza da pesquisa, sobre sua participação e a de seus filhos e assinaram o termo de consentimento para a realização deste trabalho. Durante o desenvolvimento desta pesquisa contamos ainda com a contribuição da psicóloga coordenadora da Educação precoce da APAE, da professora regente da sala dessas crianças, e da educadora auxiliar.

Posteriormente, tendo em vista os objetivos desta pesquisa, foram realizadas oficinas com as crianças utilizando recursos lúdicos para mediar modos de alimentação saudável. As intervenções aconteceram na sala de aula da escola acordada. Realizaram-se oito oficinas com cerca de 1 hora cada, duas vezes por semana e filmadas para posterior transcrição e análise. Após a transcrição das gravações e vídeo-gravações para a pesquisa, elas foram desgravadas.

A etapa seguinte foi as intervenções com as mães, concomitante com a realização das oficinas, com o propósito de avaliar os hábitos alimentares e o momento da alimentação, de instrumentalizar essas mães com conhecimento sobre alimentação saudável e os aspectos emocionais do ato de comer, além de possibilitar o estímulo e aprendizagem de possíveis comportamentos mediacionais entre os responsáveis e as crianças, oferecendo um aporte teórico a respeito dos pressupostos da experiência de aprendizagem mediada. Para tanto, foram realizadas cinco intervenções de aproximadamente 1 hora que, também, foram áudio gravadas, sendo, posteriormente, transcritas.

A última etapa foi as intervenções realizadas nos lares das crianças, junto as suas famílias para a observação de possíveis mudanças nos hábitos alimentares e também dos comportamentos dos responsáveis e suas famílias, além de objetivar o envolvimentos de outros membros familiares neste processo de reeducação alimentar. Foram realizadas três

visitas domiciliares a cada uma das famílias participantes. Klein (2000) cita a importância dos pais e/ou cuidadores também aprenderem critérios de mediação, pois essa aprendizagem levará os pais e/ou cuidadores a identificarem mais situações de mediação, lembrando que é mais importante a preocupação de como realizar a mediação, do que quais os instrumentos que podem ser utilizados. Os encontros entre os pais/cuidadores com o mediador foram organizados, seguindo um planejamento em que foram utilizados os critérios de mediação citados, com o objetivo de alcançar maior número de mediações de qualidade. Os pais e/ou cuidadores foram orientados, conforme as interações que já realizam com suas crianças, prestando atenção nas possibilidades de utilizar os critérios mediacionais para potencializar a qualidade da mediação. Estes momentos, também, serviram para a construção de dados de natureza mais qualitativa.

As oficinas foram elaboradas com base no programa MISC, utilizando atividades como desenho, colagem, narrativas de histórias, apresentação e degustação de novos alimentos. Com as áudios-gravação foram levantadas categorias de análise de dados, segundo os referenciais adotados. O programa nutricional My Plate⁶ (2011) foi o referencial para a intervenção nutricional. Foi utilizada a Escala de Avaliação da Mediação de Educadores Infantil, elaborada e validada por Vectore et al. (2006), e que permite a categorização e a avaliação de comportamentos mediacionais, observadas na interação com crianças pequenas (de 4 a 6 anos) em atividades lúdicas. A escala é composta por 23 itens, englobando descrições comportamentais baseadas nos critérios mediacionais (focalização, expansão, afetividade ou mediação do significado, recompensa, e regulação do comportamento). Foram usados também como recurso para a análise qualitativa os instrumentos e materiais produzidos nas oficinas com as crianças

⁶ O “My Plate”, programa criado como substituto da Pirâmide Alimentar, é um guia lançado em 2011 nos EUA.

2.4 Análise de Dados

Os dados obtidos foram categorizados e organizados de maneira a permitir a identificação dos comportamentos mediacionais já descritos, bem como suas frequências, mediante a utilização do MISC. Além destes, foram considerados também aqueles dados que compreendem observações e percepções da pesquisadora, durante sua participação nas oficinas e palestras, das audiogravações transcritas, do diário de campo.

Os resultados serão apresentados na seguinte estrutura:

1. Análise do perfil das crianças e das famílias
2. Levantamento dos hábitos alimentares das crianças e de suas famílias;
3. Mediações realizadas;
4. Dados obtidos no grupo com as mães
5. Visitas Domiciliares
6. Perfil da escola, contribuições e mudanças

2.5 Perfil da escola

A instituição pesquisada mostrou-se receptiva, quando procurada para a proposta de realização desta pesquisa em suas instalações. Cuidadosa, se respaldou com todos os trâmites legais e autorizações necessárias. Após os primeiros contatos e acertos, a instituição e todos os funcionários, direta ou indireta colaboradores desta pesquisa, foram solícitos, responsáveis, interessados e afetuosos.

Caracterização da instituição⁷

⁷ Informações retiradas do site da APAE Uberlândia (<http://uberlandia.apaebrazil.org.br/>).

Em 1965, pessoas da comunidade uberländense, preocupadas com a falta de atendimento para a pessoa com deficiência, fundaram a Associação de Pais e Amigos dos Expcionais de Uberlândia, com objetivo de trabalhar em prol dos direitos da pessoa com deficiência. Em março de 1973, foi iniciado o atendimento efetivo da pessoa com deficiência, pela Apae Uberlândia, quando a diretoria tomou conhecimento que a Escola Municipal Helena Antipoff (única escola a prestar atendimento nesta área), estava naeminência de ser fechada pelo prefeito da época. A Diretoria da Apae, recebeu a proposta de passar a gerir a escola e para isso receberia um subsídio e profissionais seriam cedidos para ajudar na manutenção da escola, e, em contrapartida, a Apae assumiria a responsabilidade de dar continuidade ao trabalho, passando agora a denominar-se Escola Helena Antipoff. Hoje, anos depois, a Diretoria da APAE é responsável pela manutenção da Escola Helena Antipoff, que conta com as seguinte Equipe Multidisciplinar: Diretora, Vice-Diretoras, Secretaria, Serviço Social, Fonoaudióloga, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Hidroterapeuta, Psicólogas, Enfermeira, Pedagogas, Psicopedagogas, Psicomotricistas, Professores e Monitores, Contadora, Nutricionista, médicos,(Neuropediatria e Clínico) Arterapeuta, Musicoterapeuta, Especialista em meio ambiente, merendeiras e Serviços gerais.

A APAE de Uberlândia atende a clientela específica de pessoas com Deficiência Intelectual e múltipla nas seguintes modalidades:

- Educação Precoce (0 a 3 anos) atendimentos clínicos especializados através da estimulação global, iniciando o processo de alfabetização.
- Educação Infantil (4 a 5 anos). Ampliação do trabalho de alfabetização, do brincar, do sensorial, coordenação motora e socialização. A partir do ano de 2015 esta modalidade não será mais oferecida.

- Ensino Fundamental (6 a 14) possui ainda a educação de jovens e adultos (EJA) (de 14 a 21anos) de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (L.D.B), com o currículo adaptado para a educação especial.
- Educação Profissional (a partir de 16 anos) qualificação por um período de 2 anos para inclusão no mercado de trabalho, através do currículo funcional e auto defensoria
- Grupos Operativos (à partir de 21 anos) oficinas vivenciais (teatro, dança, música , A.v.D/ casa escola, arte terapia, educação para o movimento, terapêutica e audiovisual que promovem a manutenção e melhoria da qualidade de vida, através do currículo funcional e auto defensoria
- Programa Família - Vivência, oficinas e atividades diversificadas oferecidas as mães dos alunos atendidos: artesanato, bordados, culinária, alongamento, aeróbica, etc.
- Programa Saúde - Integração entre a escolarização e os atendimentos clínicos, visando um maior desenvolvimento e qualidade de vida dos alunos.
- Nutrição e Merenda Escolar - Acompanhamento no preparo do merenda escolar, da alimentação dos alunos e orientação às famílias.

Os recursos para manutenção provêm de convênios municipais, estaduais e federais, bem como contribuição de associados e doações de empresas überlandenses. Atualmente, a Associação possui aproximadamente 300 alunos com deficiência intelectual e/ou múltipla. A APAE possui disponível em sua página na web o estatuto da Instituição.

A EDUCAÇÃO PRECOCE⁸

Objetivo geral: Proporcionar à criança com deficiência mental e múltipla, como também à sua família, um conjunto de ações terapêuticas e pedagógicas que garantirão as experiências

⁸ Informações retiradas do site da APAE Uberlândia (<http://uberlandia.apaebrazil.org.br/>).

básicas e necessárias ao seu desenvolvimento integral, além de prevenir e minimizar os déficits de que tem ou poderão ter, através de atendimentos sistemáticos com uma equipe interdisciplinar.

Faixa etária atendida: 0 a 3 anos

Atividades complementares desenvolvidas:

Fisioterapia motora;

Fisioterapia respiratória;

Hidroterapia;

Fonoaudiologia;

Estimulação global;

Psicomotricidade.

RESULTADOS

3. Análise do perfil das crianças e das famílias

3.1 Perfil das crianças:

Criança 1: A.C de 3a/3m , sexo feminino, realizou cirurgia cardíaca com 11 meses de idade.

Criança 2: M.C de 3a/10m, sexo feminino, Realizou cirurgia cardíaca aos 2 anos de idade.

Criança 3: M.V de 3a/5m, sexo feminino, cardíaca, mas sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Criança 4: P de 3a/10m, sexo masculino, realizou cirurgia cardíaca aos 2 anos de idade.

Criança 5: V. de 3a/11m, sexo feminino, cardíaca, mas sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Tabela 2: Estado Nutricional das crianças participantes deste estudo.

| NOME | DN | ago/14 | | | dez/14 | | | | |
|------|---------------|-----------|-------------|----------------------------------|---|-----------|-------------|----------------------------------|---|
| | | P (kg) | EST (cm) | CURVA DE CRONK ET AL | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL Mês 08/14 | P (kg) | EST (cm) | CURVA DE CRONK ET AL | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL Mês 12/14 |
| A C | 01/05/2011 12 | 86 | | P/I = P(25-50) A/I = P(50) | EUTROFIA | 12,45 | 89 | P/I = P(25-50) A/I = P(50-75) | EUTROFIA |
| M C | 31/10/2010 16 | 96 | | P/I = P(95) A/I = P(95) | SOBREPESO | 16,25 | 99,50 | P/I = P(75-95) A/I = P(>95) | EUTROFIA |
| M V | 05/03/2011 12 | 91 | | P/I = P(25-50) A/I = P(50-75) | EUTROFIA | 13,25 | 96,50 | P/I = P(50-75) A/I = P(95) | EUTROFIA |
| P | 19/10/2010 14 | 90 | | P/I = P(50) A/I = P(75) | EUTROFIA | 14 | 93 | P/I = P(50) A/I = P(75) | EUTROFIA |
| V | 05/09/2011 13 | 88 | | P/I = P(25-50) A/I = P(25-50) | EUTROFIA | 13,95 | 93,15 | P/I = P(25-50) A/I = P(50-75) | EUTROFIA |

FONTE: Dados colhidos na APAE em 2014

Em relação ao estado nutricional, observou-se que, na fase inicial da pesquisa apenas uma das crianças, apresentava sobrepeso (20%), enquanto todas as outras se classificaram como eutróficas (80%). No fim da coleta de dados, todas as crianças (100%) classificaram-se como eutróficas. Os dados da tabela ressaltam que a criança P. apesar de eutrófica, está no limiar entre a eutrofia e sobrepeso.

3.1.1 Perfil dos pais e Perfil de escolaridade das mães.

1^a mãe – A. de 43 anos, ensino superior incompleto

2^a mãe – Jo. de 35 anos, ensino médio completo

3^a mãe – Al. de 47 anos, ensino fundamental incompleto

4^a mãe – C. de 43 anos, ensino fundamental incompleto

5^a mãe – M.F de 30 anos, ensino fundamental incompleto

3.2 Inquérito de Hábitos Alimentares das Crianças e de suas Famílias e entrevistas semi-estruturadas com os pais

Com o intuito de possibilitar uma compreensão acurada do desempenho de cada participante, segue uma síntese, contendo os dados obtidos junto ao inquérito dos hábitos alimentares e a entrevista semi-estruturada, realizada com os pais e/ou responsáveis.

1. **Criança A.C**, menina. Pelo Inquérito de Hábitos Alimentares e pela entrevista semi-estruturada, percebe-se que a criança aprecia alimentos como carnes, frutas e legumes, mas seus alimentos preferidos são bolacha e carne de churrasco. A mãe relata que a criança se alimenta bem, realizando todas as refeições, exceto o jantar, que não tem todo dia. A criança bebe muita água e não tem o hábito de tomar refrigerantes ou bebidas industrializadas durante e fora das refeições e não pratica esportes. Sempre que pode pede biscoitos e aceita a oferta de um alimento que gosta muito, mesmo tendo acabado de se alimentar. Aceita com facilidade alimentos novos e diferentes. Acredita que a filha está como peso ideal. Após as oficinas, a mãe relatou que mudou com relação a regularidade das refeições, ficando mais atenta aos horários e tempo de intervalos entre as refeições, além da qualidade do alimento oferecido nos “lanches” da filha, mas que a alimentação de A.C não mudou muito visto que em sua casa sempre se preocupou em ter uma alimentação saudável.
2. **Criança M.V**: Menina. Pelo Inquérito de Hábitos Alimentares e pela entrevista semi-estruturada realizados com a mãe, percebe-se que a criança aprecia sabores salgados, sendo seus preferidos bolachas, saladas, gelatinas e frutas como banana e uva. M.V se alimenta bem, comendo quase tudo o que lhe é oferecido e não gosta de alimentos muito doces ou muito azedos. Consome suco de fruta, cotidianamente, e refrigerante

de vez em quando. Al. ainda relata que sua filha aceita com facilidade alimentos diferentes e consume muita verdura e legume, mas que precisa melhorar na regularidade das refeições, pois não tem horários fixos e sempre que M.V pede algum alimento ela dá, mesmo que ela já tenha se alimentado. Após as oficinas, a mãe relatou que ocorreram algumas mudanças no comportamento alimentar da criança que passou a ingerir refrigerantes apenas nos finais de semana, além de não estar mais “almoçando” na APAE. Agora, ao sair da escola a mãe, de M.V leva uma fruta para ela comer até chegar em casa e fazer um lanche. Com relação ao peso Al. acredita que filha nunca esteve gorda e que continua apresentando bom peso.

3. **Criança P:** Menino. De acordo com seus pais, a criança aprecia alimentos salgados como arroz, feijão e carne, e não gosta de nenhum tipo de verdura ou legume. A mãe acredita que a criança está no peso ideal. Informa que o participante não tem o hábito de beliscar, e costuma fazer bem as duas principais refeições, almoço e janta e não gosta de experimentar novos alimentos. P. sofre restrições alimentares como frituras e leite por ter o colesterol alto e ser intolerante a lactose. A criança também não consome muito refrigerante, mas consome sucos industrializadas durante e fora das refeições. Pratica esportes regularmente. Após as oficinas, os pais relatam que perceberam algumas mudanças no comportamento alimentar da criança, P. está tomando menos refrigerante, ocasionalmente aceita alguns vegetais como tomate, cenoura e milho.
4. **Criança M.C:** Menina. De acordo com seus pais a criança aceita praticamente todos os alimentos, exceto pães e folhas, mas adora jiló, quiabo, tomate. Sua fruta preferida é banana e se deixar, segundo a mãe, come esta fruta o dia todo. Também gosta muito de bolacha e de feijão. De acordo com o relato da mãe, M.C não tem noção de saciedade, em geral, come rápido para poder comer a refeição dos demais. Pede por comida o tempo todo e quase nunca aceita alimentos novos. Na família, o hábito de

beber refrigerante é frequente e M.C não foge a regra. Os pais acreditam que a criança está acima do peso ideal, inclusive, já tendo sido alertados pelo medico sobre a necessidade de M.C perder peso. Informam que a participante pratica esportes na educação física e na fisioterapia. Após as oficinas, a mãe relatou mudanças significativas na rotina alimentar de M.C, que passou a tomar apenas um café da manhã e realizar apenas um almoço (antes M.C almoçava uma média de três vezes ao dia e tomava café da manhã duas vezes). Diminuiu o consumo de refrigerantes e aumentou a oferta de sucos naturais. A mãe de M.C tem controlado, também, a quantidade de alimento consumido, além do que está sendo consumido. Atualmente, os pais acreditam que M.C esteja com peso normal.

5. **Criança V.:** Menina. De acordo com a mãe V. come pouco, mas em intervalos pequenos entre as refeições e aceita quase todo tipo de alimento como vegetais, verduras e frutas. Seus alimentos preferidos são: pão, iogurte e morango. Em geral aceita alimentos novos e realiza as refeições em família. Não pratica exercícios físicos. Os pais acreditam que a criança está no peso ideal. Após as oficinas, os pais relatam que perceberam poucas mudanças no comportamento alimentar da criança, pois acreditam que ela já se alimentava adequadamente antes deste trabalho.

Tabela 3: Comportamentos alimentares das crianças antes e após a intervenção, segundo o pais/responsáveis:

| <i>Comportamento Alimentar</i> | | | | | |
|--------------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Criança | Gênero | Antes da Intervenção | | Após a Intervenção | |
| | | <i>Gosta</i> | <i>Aversão</i> | <i>Consumo</i> | |
| A.C | F | Bolhacha e carne de churrasco. | Cará | Maior regularidade nas refeições. | |
| M.V | F | Salgados e frutas. | Sabores azedo e muito doce. | Diminuição da ingestão de refrigerantes, além de ter diminuído o hábito de beliscar ou repetir. | |
| P | M | Arroz, feijão e carne. | Folhas, verduras e leite | Menor ingestão de refrigerante e doces, e ocasionalmente solicita alguns vegetais como tomate, cenoura e milho. | |
| M.C | M | Banana, bolacha e feijão | Pão e folhas. | Diminuição da quantidade de refeições realizadas e também da quantidade de alimentos consumidos, além da diminuição da ingestão de refrigerantes. | |
| V | M | Alimentos salgados frutas | Jiló. | Não observou mudança na alimentação. | |

FONTE: Dados coletados na APAE em 2014

3.3 Intervenções mediacionais

As oficinas foram fundamentas nos critérios de mediação, descritos no Programa MISC (Klein, 1996), para que fosse possível seu uso nas intervenções empreendidas. Por isso, em todas as oficinas realizadas é possível identificar os critérios mediacionais utilizados bem como sua frequência. Serão apresentados abaixo os dados de cada oficina, no que diz respeito à frequência dos critérios mediacionais utilizados.

A tabela 4 mostra a frequência dos comportamentos mediacionais do pesquisador, na oficina 1:

Tabela 4: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 1:

| Critérios mediacionais | OFICINA 1 | |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| | N | % |
| Focalização | 10 | 28,57 |
| Mediação do Significado | 8 | 22,85 |
| Expansão | 7 | 20 |
| Recompensa | 7 | 20 |
| Regulação do Comportamento | 3 | 8,58 |
| TOTAL | 35 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 4, o critério mediacional mais utilizado foi a Focalização, com 28,57% de frequência. Observa-se ainda que o critério mediacional menos utilizado foi o de Regulação do comportamento, utilizado apenas três vezes (8,58%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 1:

Focalização:

“Nós vamos ver esse vídeo e depois vamos conversar sobre o que passou no desenho, pode ser? Combinado? Todo mundo?”. Algumas crianças consentiram com a cabeça, três delas levantaram o polegar da mão, em sinal afirmativo e as outras ficaram apenas observando. “Então, vamos lá, todo mundo prestando atenção aqui hein, vai começar!” disse a mediadora/pesquisadora.

Mediação do Significado:

“Ele está jogando lixo no lixo. (mostra a figura para as crianças). E isso é uma coisa boa ou uma coisa ruim? Onde a gente joga lixo?”

Expansão:

. “A Magali, aquela mocinha que tava de vestido amarelo, ela queria ficar com o gato, mas não podia.” disse a pesquisadora, enquanto isso, M. C. continuava a fazer gestos e barulhos. “Na sua casa pode ter gato P.?” perguntou a mediadora à uma das crianças, que vamos chamar de P. Ele então fez um gesto de não com a cabeça.

Recompensa:

“Muito bem!” diz a mediadora. “Você acertou tudo de primeira!”. Dessa vez, quem começa a bater palmas é a própria M. C. A mediadora diz: “A M. C. está espertíssima!”.

Regulação do Comportamento:

A mediadora então pega outra figura e diz: “Quando a gente não faz a atividade, que a professora fala: vamos colorir, e a gente não faz, isso é bom ou é ruim? É ruim não é? A professora fica triste, não fica? Você vai me ajudar a por agora M. C.?” Ela então se levanta com a ajuda da educadora. “Você me ajuda?” diz pesquisadora. “Então vamos lá. Vamos ver em que coração a gente vai colar? No coração feliz ou no coração triste?” M. C. faz gestos e sons dirigidos à psicóloga. A mediadora entrega a figura, e M. C. cola no coração triste

Tabela 5: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 2:

| Critérios mediacionais | OFICINA 2 | |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| | N | % |
| Focalização | 4 | 14,82 |
| Mediação do Significado | 5 | 18,51 |
| Expansão | 4 | 14,82 |
| Recompensa | 8 | 29,63 |
| Regulação do Comportamento | 6 | 22,22 |
| TOTAL | 27 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 5, o critério mediacional mais utilizado foi a Recompensa, com 29,63% de frequência. Observa-se, ainda, que o critério mediacional menos utilizado foi o de Focalização e expansão, utilizado 4 vezes (14,82%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 2:

Focalização:

“As crianças estão sentadas ao redor de uma mesinha e a mediadora inicia “Hoje, então, a gente vai contar a história da lagarta” enquanto diz isso, mostra para as crianças uma lagarta de brinquedo, grande e colorida. “Essa é a lagarta, M.V, fala oi pra lagarta! *Ooooi!*” M.V. aponta o dedinho tentando tocar no brinquedo.”

Mediação do Significado:

“O que acontece é que essa lagarta é muito comilona! Ela gosta muito de comer, igual ao P., não é P.? O P. não é comilão?” P. faz sinal de negativo com a cabeça e a mediadora prossegue “Você não gosta de comer, P.? não?” e a professora intervém “Você não gosta de *papar* não, P.?” ele ri sem graça e faz sinal positivo com a cabeça.”

Expansão:

“A lagarta ficou com dor de barriga!” Nesse momento, M.C fica animada, tentando falar algumas coisas e pegando os desenhos. A mediadora continua “O que a gente faz quando tá com dor na barriga? A mamãe dá pra gente um remedinho? Não dá?” A.C. concorda afirmando que sim, M.V também e P ri colocando a mão na barriga.”

Recompensa:

“M.C. levanta-se primeiro e cola na cartolina o desenho de uma carne, “hummm que delicia M.V, muito boa sua escolha” reforçou a mediadora. A.C é a próxima, levando até a cartolina um peixe e conversando com a mediadora, que falou do quanto é gostoso e saudável comer o peixinho. Nesse momento, as professoras percebem que P. está cochilando sobre a mesa e pedem para que ele não durma e também escolha sua figura. P. escolhe a imagem de arroz e

feijão e é o próximo a colar o alimento na parede. A mediadora bate palmas e diz “ Muito bom P o arroz e o feijão são os alimentos que podemos comer todos os dias!” M.V. é a última, escolhendo um suco, a mediadora diz que também gosta muito de suco, pois é bom e refrescante, “ótima escolha M.V”.

Regulação do Comportamento:

Enquanto a pesquisadora coloca fita adesiva na imagem que M.V. escolheu, P. levanta-se para colar outra figura, de uma bolacha. M.V. cola sua figura e a mediadora pede que ela sente-se novamente para escolher outro alimento. A.C. escolhe uma salada e M.C. uma gelatina, ambas colam suas imagens também.

Tabela 6: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 3:

| Critérios mediacionais | OFICINA 3 | |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| | N | % |
| Focalização | 5 | 27,78 |
| Mediação do Significado | 5 | 27,78 |
| Expansão | 3 | 16,66 |
| Recompensa | 2 | 11,12 |
| Regulação do Comportamento | 3 | 16,66 |
| TOTAL | 18 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 6, o critério mediacional mais utilizado foi a Focalização e a mediação do Significado, com 27,78% de frequência. Observa-se, ainda, que o critério mediacional menos utilizado foi o de Recompensa, utilizado duas vezes (11,12%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 3:

Focalização:

“A pesquisadora começa contando “Hoje tem uma pessoa que vai vir aqui conversar com a gente, é uma vovó!” as crianças se animam e a mediadora pergunta “Você tem vovó P.? Como chama sua vovó?” P. afirma e diz que o nome é “mamãe”, então a professora o corrige, dizendo que a vovó é mãe da mamãe dele e P. concorda.”

Mediação do Significado:

“A pesquisadora segue tirando da bolsa algumas laranjas, tomates, couve-flor, cenoura, milho, banana, repolho, maçã, uva, pera, abóbora, limão, morango, pepino e brócolis, sempre pronunciando o nome de cada um com muito cuidado e questionando as crianças sobre as experiências que elas tinham com cada um, se já tinham comido, se gostavam.”

Expansão:

“As crianças a observam com muita atenção e A.C. sorri o tempo todo, comunicando-se com a professora vez ou outra. Quando perguntadas se já foram à feira, todas balbuciam muitas palavras e P. faz gestos, contando os dedinhos. A mediadora continua “O que a gente compra na feira?” nesse momento P. diz “papai”. “O papai compra frutas na feira?” P. concorda. a pesquisadora prossegue “Compra laranja, compra alface, banana” nesse momento M.V aponta para a personagem e balbucia algumas palavras e P. faz sinal que sim, concordando.”

Recompensa:

“No fim do processo a salada de frutas e a sopa de legumes estão prontas, cada uma em sua panela. A vovó agradece as crianças pela tão valiosa ajuda que elas deram, pois ela já está velhinha e cansa muito rápido”.

Regulação do Comportamento:

“Então a mediadora pergunta a cada um qual daqueles eles achavam mais bonito. P. escolheu o limão, A.C. escolhe um morango e dá um beijinho na fruta e M.V. escolhe o milho.”

Tabela 7: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 4:

| Critérios mediacionais | OFICINA 4 | |
|----------------------------|-----------|-------|
| | N | % |
| Focalização | 3 | 21,43 |
| Mediação do Significado | 4 | 28,57 |
| Expansão | 3 | 21,43 |
| Recompensa | 1 | 7,14 |
| Regulação do Comportamento | 3 | 21,43 |
| TOTAL | 14 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 7, o critério mediacional mais utilizado foi a Mediação do Significado, com 28,57% de frequência. Observa-se ainda que o critério mediacional menos utilizado foi o de Recompensa, utilizado uma vez (7,14%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 4:

Focalização:

“Você já viu uma galinha, P.? Você já viu? Não? Então vamos ver agora! Eu vou apresentar pra vocês a galinha Maricota!” Nesse momento, a pesquisadora mostra para as crianças uma galinha feita de pano e imita sua voz dizendo “Oi! Eu sou a galinha Maricota! E hoje vim aqui pra brincar com vocês!” As crianças observam atentamente a galinha e duas delas esticam os braços, tentando pegá-la”.

Mediação do Significado:

“A galinha prossegue “Eu passei até perfume, me cheira M.V.! Tô cheirosa? Me cheira P., me cheira V.!” Todas cheiram e fazem sinal afirmativo com a cabeça, esboçando um sorriso e ela prossegue “Sabem por que eu estou cheirosa? É porque eu sabia que viria aqui conhecer a M.V., o P. e a V.! ”.

Expansão:

“Agora a gente vai tentar fazer esse sanduíche lá em casa! Você vai tentar, M.C.? vai M.V?”.

Recompensa:

“Vamos ver se a galinha vai ficar satisfeita?” e a galinha diz “*Hummm*, que delícia de sanduíche é esse? Tem tudo que eu gosto! Você acertaram direitinho, colocaram alface, queijo, tomate, ovo e carne e eu gosto muito de todos essas comidinhas, agora sim com a ajuda de vocês o meu sanduíche fico gostoso de verdade!!!! Agora eu vou comer esse sanduíche lá na minha casa, se não pode ser que...”

Regulação do Comportamento:

“A mediadora sugere, então, que eles montem um novo sanduíche para a galinha, escolhendo os ingredientes. Ela recolhe os objetos usados anteriormente e dispõe sobre a mesa figuras feitas em E.V.A. (milho, peixe, alface, carne, frango, ovo, tomate, queijo e pão) perguntando para as crianças se elas comem e gostam de cada um daqueles alimentos. A pesquisadora entrega algumas fatias de pão para as crianças, a fim de que elas montem alguns sanduíches, escolhendo o recheio. “Vamos por ovo nesse sanduíche? O que mais a gente pode colocar aqui pra ele ficar bem gostoso? Vamos colocar a carinha. De queijo ela gosta? Então vamos colocar”. Assim, eles montam um sanduíche de acordo com o que as crianças vão escolhendo”.

Tabela 8: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 5::

| Critérios mediacionais | OFICINA 5 | |
|----------------------------|-----------|-------|
| | N | % |
| Focalização | 5 | 29,42 |
| Mediação do Significado | 4 | 23,52 |
| Expansão | 3 | 17,65 |
| Recompensa | 1 | 5,88 |
| Regulação do Comportamento | 4 | 23,53 |
| TOTAL | 17 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 8, o critério mediacional mais utilizado foi a Focalização, com 29,42% de frequência. Observa-se, ainda, que o critério mediacional menos utilizado foi o de Recompensa, utilizado apenas 1 vez (5,88%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 5:

Focalização:

“A história que eu vou contar é de uma menina danadinha!” Nesse momento M.V. se levanta e vai até a mediadora, que continua a história. “Sabe o que ela fez? Ela não gosta de comer, ela falou assim que não gosta de comer banana, ela não gosta de comer arroz. Quem gosta de comer arroz aqui?”

Mediação do Significado:

“A mediadora prossegue “Minha casa poderia ser amarela, como o sol! Gosto de imaginar a minha casa na cor laranja. Ah, é bom de vez em quando mudar o gostinho da nossa casa (fala mostrando a figura de uma laranja) *hmm*, quem gosta de laranja aqui? Eu gosto! *Hmm*, e ela fica linda também quando está verde. Maçãs verdes são uma casa muito gostosa!” Nesse

momento, ela entrega a maçã às crianças, para que elas façam o bichinho de cada uma comer a maçã também.”

Expansão:

“Ela coloca, também, um prato no chão. “Um prato, a minha história tem um prato? Quem gosta de comer? Quem encheu o barrigão na hora do almoço?”

Recompensa:

“Quem quer provar o que são esguichos da lua?” M.C. pega o tomate, mas não come. Recusando outro depois. Mas após ver seus coleguinhas comendo os tomates, ela come também. Nossa vocês viram como a M.C é inteligente, ela pensou se todo mundo gosta eu também vou gostar!”.

Regulação do Comportamento:

Quem aqui quer viver em um arco-íris?” Ela entrega, então, a última imagem, para que os alunos coloquem seus bichinhos nela. E depois pede para que todos os presentes na oficina escolham uma maçã da cor que mais gostou e entrega a cor escolhida para cada um. M.C. conversa muito durante a oficina, excitada pelos bichinhos e as maçãs.

Tabela 9: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 6.

| Critérios mediacionais | OFICINA 6 | |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| | N | % |
| Focalização | 7 | 25,93 |
| Mediação do Significado | 6 | 22,22 |
| Expansão | 4 | 14,81 |
| Recompensa | 1 | 03,71 |
| Regulação do Comportamento | 9 | 33,33 |
| TOTAL | 27 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 9, o critério mediacional mais utilizado foi, mais uma vez, o de Focalização, com 25,93% de frequência. O critério mediacional menos utilizado é o de Recompensa com freqüência de 03,71%.

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 6:

Focalização:

..., a mediadora pede para elas ajudarem a chamar a chuva “vamos lá me ajudem, vem chuva”. A mediadora faz um gesto de chamamento com a mãe no que todas as crianças repetem.

Mediação do Significado:

Ela então continua “Nossa, esse feijão ficou gostoso, não ficou A. C.?” A criança então responde fazendo um gesto de “sim” com a cabeça, e coloca a língua para fora.

Expansão:

Enquanto esperavam, a professora interagia com as crianças, contando-as que a bruxa tem um nariz grande, e perguntando a cada uma onde estavam seus narizes. Ao serem questionadas, algumas das crianças apontavam seu próprio nariz. Quando a mediadora voltou, perguntou às

crianças: “Olha aqui meu nariz que grande. Quem tem nariz grande assim? Quem tem um narigão desse tamanho?” A professora responde: “Só a bruxa!”

Recompensa:

Muito bem, olha só vocês já sabem plantar um feijão, hein, que beleza!!!!

Regulação do Comportamento:

Agora que a gente pôs o algodãozinho molhado, a gente vai pôr o feijãozinho. Aí a gente vai pegar então dois feijõezinhos, três feijõezinhos e vai deixar eles bem aqui no algodãozinho.” diz Natália, que coloca os feijõezinhos no copinho e oferece os feijões para que cada criança coloque no seu copinho.

Tabela 10: **Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 7:**

| OFICINA 7 | | |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Critérios mediacionais | N | % |
| Focalização | 10 | 28,57 |
| Mediação do Significado | 8 | 22,85 |
| Expansão | 7 | 20 |
| Recompensa | 7 | 20 |
| Regulação do Comportamento | 3 | 8,58 |
| TOTAL | 35 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 10, o critério mediacional mais utilizado foi a Focalização, com 28,57% de frequência. Observa-se ainda que o critério mediacional menos utilizado foi o de Regulação do Comportamento, utilizado apenas três vezes (8,58%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 7:

Focalização:

“Hoje vai ter festa, vocês gostam de festa? Vocês sabem quem é que tá organizando uma festa? Sabem? Vou contar!”. A mediadora retira de uma sacola dois fantoches e os coloca nas mãos. “Olha só, vou apresentar pra vocês os nossos novos amiguinhos!” M.C. estica os braços, querendo tocar nos fantoches. “Olá pessoal, eu sou o sapo!” o sapinho cumprimenta cada uma das crianças, todas pegam na mãozinha dele e M.C. manda um beijo”.

Mediação do Significado:

A pesquisadora sugere que as crianças se levantem para brincar, elas se levantam e brincam com os balões. Ficam jogando pro alto e umas para as outras. Todas riem muito.

Expansão:

“Eu sou o sapo e eu vim contar hoje pra vocês uma história muito legal, sabe por quê? Eu tenho uma amiga! Todo mundo aqui tem amigo? O P. é seu amigo, A.C?” A.C. responde, afirmativamente, e a mediadora prossegue “Eu tenho uma amiga que é muito legal, eu gosto muito dela! É a senhora tartaruga!” M.C. solta uma risada.

Recompensa:

“Muito bem!” diz a mediadora. “Você acertou tudo de primeira!”. Dessa vez, quem começa a bater palmas é a própria M. C. A pesquisadora diz: “A M. C. está espertíssima!”.

Regulação do Comportamento:

A mediadora retoma com a Dona tartaruga, que diz: “Nossa, foi a melhor festa que já fui na minha vida, muito obrigada crianças, vocês fizeram tudo direitinho e o mais importante se divertiram bastante, não foi? Foi bom P?” P. faz sinal de sim. “Então, agora eu vou ter que ir porque o meu horário de ficar com vocês já passou, mas eu vou sentir muitas saudades!”.

Tabela 11: Frequência dos critérios mediacionais utilizados na Oficina 8:

| Critérios mediacionais | OFICINA 8 | |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| | N | % |
| Focalização | 2 | 12,5 |
| Mediação do Significado | 5 | 31,25 |
| Expansão | 1 | 6,25 |
| Recompensa | 4 | 25 |
| Regulação do Comportamento | 4 | 25 |
| TOTAL | 16 | 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Conforme se pode observar na Tab. 11, o critério mediacional mais utilizado foi a mediação do significado, com 31,25% de frequência. Observa-se ainda que o critério mediacional menos utilizado foi o de expansão, utilizado apenas 1 vez (6,25%).

Abaixo se encontram alguns exemplos de mediação identificados na oficina 8:

Focalização:

“A mediadora começa perguntando para cada criança se elas já foram à feira, P começa respondendo que sim, com o papai, a M.V falou que sim e que comeu pastel na feira, a M.C nunca foi à feira, a V. foi na feira, comeu pastel e tomou garapa e a A.C só foi no sacolão e tomou suco de laranja”.

Mediação do Significado:

“Agora eu quero que vocês e seus filhos venham aqui até essa mesa linda e escolham algo pra vocês levarem pra casa.” As crianças vão com as mães até a mesa e escolhem seus objetos.”

Expansão:

“A gente viu que esses alimentos são energéticos, eles quebram e viram energia, que é pra gente gastar durante o dia, no nosso trabalho. À noite a gente vai dormir, não precisa de energia, então a gente não pode consumir alimento chamado energético, né?

Recompensa:

“A pesquisadora prossegue “O almoço tem cenoura, o azeite pra temperar a cenoura né (risos), macarrão, berinjela, frango, tomate e alface. Tá perfeito seu almoço, tá vendo que não é problema o macarrão? Ele é calórico, mas para o almoço você ainda tem o dia inteiro pra gastar, é uma opção. Pra um dia né, a gente não pode repetir o cardápio todos os dias, tem que variar. Mas pra esse dia que a gente tá montando, seu almoço ficou perfeito, tem o carboidrato, tem a proteína e tem as vitaminas dos vegetais e dos legumes. Perfeito seu almoço.”

Regulação do Comportamento:

“Nesse momento todas as crianças e suas mães ficam junto à mesa, observando os alimentos ali colocados e já escolhendo os que serão colocados em cada refeição. Enquanto as mães escolhem, as crianças também escolhem algumas figuras. Quando terminam de escolher, todos voltam para os seus lugares.”

FREQUÊNCIA DO USO DOS CRITÉRIOS MEDIACIONAIS PELA PESQUISADORA

| CRITÉRIOS | OFICINA1 | OFICINA2 | OFICINA3 | OFICINA4 | OFICINA5 | OFICINA6 | OFICINA7 | OFICINA 8 | TOTAL |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|
| | N % | N % | N % | N % | N % | N % | N % | N % | N % |
| Focalização | 10 28,6 | 4 14,8 | 5 27,8 | 3 21,4 | 5 29,4 | 7 25,9 | 10 28,6 | 2 12,5 | 46 24,3 |
| Mediação do Significado | 8 22,9 | 5 18,5 | 5 27,8 | 4 28,6 | 4 23,5 | 6 22,2 | 8 22,9 | 5 31,3 | 45 23,8 |
| Expansão | 7 20 | 4 14,8 | 3 16,7 | 3 21,4 | 3 17,7 | 4 14,8 | 7 20 | 1 6,25 | 32 16,9 |
| Recompensa | 7 20 | 8 29,6 | 2 11,1 | 1 7,14 | 1 5,88 | 1 3,71 | 7 20 | 4 25 | 31 16,4 |
| Regulação do Comportamento | 3 8,58 | 6 22,2 | 3 16,7 | 3 21,4 | 4 23,5 | 9 33,3 | 3 8,58 | 4 25 | 35 18,5 |
| TOTAL | 35 100% | 27 100% | 18 100% | 14 100% | 17 100% | 27 100% | 35 100% | 16 100% | 189 100% |

FONTE: Dados coletados pela pesquisadora

Ao final das oito oficinas realizadas, foram identificados 189 comportamentos mediacionais, o critério mediacional mais utilizado referiu-se à *Focalização*, com 46 (24,34%) de ocorrências, sendo seguido pela *Mediação do Significado* (23,81%), pela *Regulação do Comportamento* (18,52%) e pela *Expansão* (16,93%) das ocorrências. A *Recompensa* foi o critério menos utilizado (16,40%).

3.4 Comportamentos mediacionais das crianças nas oficinas

O cérebro infantil funciona como uma esponja, capaz de absorver experiências, perceber e fazer sinapses. Por isso que toda experiência vivida será parte integrante e importante da formação da personalidade do adulto que virá a ser.

Neste estudo com crianças com S.D foi possível perceber alguns atrasos no desenvolvimento que ficam claros em comparação com crianças sem necessidades especiais. A faixa etária deste estudo variou de 3 anos a 3 anos e 11 meses, no início da pesquisa. Segundo Piaget criança nesta idade estaria no período pré-operatório. O que marca a

passagem do período sensório-motor para o pré-operatório é o aparecimento da função simbólica ou semiótica, ou seja, é a emergência da linguagem.(Piaget, 1972)

Outros aspectos importantes também são levantados por Piaget (1972) nesse estágio como o egocentrismo; brincadeiras individualizadas; limitação em se colocar no lugar dos outros; possibilidade da moral da obediência, isto é, que o certo e o errado é aquilo que dizem os adultos; Coordenação motora fina.referência

No entanto, foi fácil perceber que as crianças que participaram deste estudo não apresentavam fala e não apresentavam coordenação motora fina, características do estágio sensório-motor, que, segundo Piaget vai de 0 a 2 anos de idade. Além dessas características, Piaget também elenca outras desse mesmo estágio como a aprendizagem da coordenação motora elementar; aquisição da linguagem até a construção de frases simples; desenvolvimento da percepção; noção de permanência do objeto; preferências afetivas e Início da compreensão de regras.

Diante da fala quase ausente em todas as crianças, a coordenação motora fina pouco desenvolvida e da dificuldade com noção de regras, quase não tivemos ocorrência de comportamentos mediacionais realizados pelas crianças.

1. Criança A.C : menina.

Oficina 1: Conhecer os participantes e combinar o funcionamento dos encontros.

“Quanto o vídeo acabou, a mediadora disse: “Essa foi a estória da turma da Mônica. Quem gostou do gato?” A. C. se expressou fazendo barulho e apontado para si. “Você gostou do gato? Foi bonito não foi?” disse a mediadora para A. C, que fez um singelo gesto afirmativo com a cabeça.”

Oficina 2: Investigar as preferências alimentares das crianças.

“A mediadora continua “O que a gente faz quando tá com dor na barriga? A mamãe dá pra gente um remedinho? Não dá?” A.C. concorda, afirmando que sim...”

Oficina 3: Investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares de legumes e frutas.

“Nesse momento as crianças escutam um barulho e são avisadas de que era a vovó que estava voltando. A.C. sorri, animada. A professora sugere que as crianças chamem a vovó, mas apenas A.C. o faz”.

Oficina 4: Retomar as regras, investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares e ampliar as possibilidades de alimentos. (não participou desta oficina).

Oficina 5: trabalhar o lúdico na apresentação dos alimentos e experimentar os alimentos das histórias. (não participou desta oficina)

Oficina 6: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água.

“Quem aqui gosta de macarrão?” A.C aponta para sua boca...”

Oficina 7: Apresentar comidas de festas saudáveis e falar sobre despedidas.

“Eu tenho uma amiga! Todo mundo aqui tem amigo? O P. é seu amigo, A.C?” A.C. responde afirmativamente”.

Oficina 8: Aprender a organizar um cardápio saudável.

“Durante todo o processo as crianças ficam agitadas, conversando, batendo palmas e levantando das cadeiras. A.C. se levanta e pede um papel e um lápis e deita no chão para desenhar.”

2. Criança M.V: Menina.

Oficina 1: Conhecer os participantes e combinar o funcionamento dos encontros.

“Ah... Tem alguém que tem gato em casa? Alguém tem gatinho em casa?” perguntou a mediadora. A outra criança, que chamaremos de M. V., fez barulhos e gestos dirigidos à Psicóloga que acompanhava as atividades, que disse: “É, na sua casa tem gato? Tem?”, e a criança continuou a se expressar”.

Oficina 2: Investigar as preferências alimentares das crianças.

“M.V. é a última, escolhendo um suco, a mediadora diz que também gosta muito de suco pois é bom e refrescante, “ótima escolha M.V”.

Oficina 3: Investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares de legumes e frutas.

“Então a mediadora pergunta a cada um qual daqueles eles achavam mais bonito. P. escolheu o limão, A.C. escolhe um morango e dá um beijinho na fruta e M.V. escolhe o milho.”

Oficina 4: Retomar as regras, investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares e ampliar as possibilidades de alimentos. (não participou desta oficina).

Oficina 5: trabalhar o lúdico na apresentação dos alimentos e experimentar os alimentos das histórias

“Dá um abraço na tia, ela tá indo embora!” M.V. não quis dar o abraço, quis sentar-se no banquinho onde a mediadora estava sentada anteriormente, pega algumas figuras e finge estar contando alguma história”.

Oficina 6: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água.

“A mediadora pergunta a ela: “Você quer mais M. V.? Esta responde com um gesto singelo de “sim” com a cabeça, e então a mediadora oferece à ela um pouco do feijão.”

Oficina 7: Apresentar comidas de festas saudáveis e falar sobre despedidas.

“A Dona Tartaruga!” a mediadora apresenta para as crianças a tartaruga de pelúcia, cumprimentando cada uma “Olá pessoal, eu sou a Dona Tartaruga! Eu vou embora, vocês estão sabendo que eu vou embora?” Nesse momento M.V. diz “Tchau”, fazendo gesto com a mãozinha.”

Oficina 8: Aprender a organizar um cardápio saudável.

“A mediadora começa perguntando para cada criança se elas já foram à feira, P começa respondendo que sim, com o papai, a M.V falou que sim e que comeu pastel na feira”.

3. Criança P: Menino.

Oficina 1: Conhecer os participantes e combinar o funcionamento dos encontros.

“Quem vai me ajudar? P., vamos lá?” P. responde fazendo um gesto de “sim” com a cabeça. Ele então se levanta e pega a figura. A mediadora o leva até a cartolina que está na parede e pergunta: “Onde a gente deve colar, P.? No coração feliz ou no coração triste? Você acha que a gente tem que colar aqui (aponta para o coração feliz), porque ele está fazendo uma coisa certa, legal, ou a gente deve colar aqui (aponta para o coração triste)?” P. pensa um pouco e aponta para o coração feliz. “Então vamos colar aqui, porque ele está fazendo uma coisa legal.”

Oficina 2: Investigar as preferências alimentares das crianças.

“A mediadora continua “O que a gente faz quando tá com dor na barriga? A mamãe dá pra gente um remedinho? Não dá?” A.C. concorda, afirmando que sim, M.V também e P ri coloca a mão na barriga”.

Oficina 3: Investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares de legumes e frutas.

“A mediadora continua “O que a gente compra na feira?” nesse momento P. diz “papai”.

“O papai compra frutas na feira?” P. concorda”

Oficina 4: Retomar as regras, investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares e ampliar as possibilidades de alimentos.

“Em seguida, chega uma criança do sexo masculino, que chamaremos de P. e a mediadora pede que ele a ajude, chamando a galinha, no que ele faz o gesto de chamar com a mão e sorri.”

Oficina 5: trabalhar o lúdico na apresentação dos alimentos e experimentar os alimentos das histórias

“...ela chama um dos alunos, P., para que a ajude a abrir a mala. Ele se levanta, vai até ela, e de dentro da mala eles retiram algumas figuras feitas em E.V.A e alguns bonecos de dedo, que são entregues por P., a pedido da mediadora, para cada criança e as professoras.”

Oficina 6: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água. (não participou desta oficina).

Oficina 7: Apresentar comidas de festas saudáveis e falar sobre despedidas.

“P e M.V apenas experimentam o bolo, as outras crianças comem tudo”

Oficina 8: Aprender a organizar um cardápio saudável.

“A mediadora começa perguntando para cada criança se elas já foram à feira, P começa respondendo que sim, com o papai.”

4. Criança M.C: Menina.

Oficina 1: Conhecer os participantes e combinar o funcionamento dos encontros.

“A pesquisadora então continuou: “Então hoje, só pra gente fixar, aqui eu tenho um coração. Quem gosta de coração? Todo mundo gosta de coração?” M. C. nesse momento fez um coração com as mãos.”

Oficina 2: Investigar as preferências alimentares das crianças.

“A pesquisadora propõe que as crianças escolham alguns alimentos para serem colados na cartolina e cola a cartolina na parede. M.C. é a primeira a escolher uma imagem e pedir para que fosse colada...”.

Oficina 3: Investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares de legumes e frutas. (não participou desta oficina)

Oficina 4: Retomar as regras, investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares e ampliar as possibilidades de alimentos.

“Enquanto fala, a mediadora vai desmontando o sanduíche, mostrando cada ingrediente para as crianças. Nesse momento M.C solta um gritinho e começa a balbuciar várias palavras.”

Oficina 5: trabalhar o lúdico na apresentação dos alimentos e experimentar os alimentos das histórias.

“A pesquisadora se levanta e vai até a mesa, trazendo alguns pedaços de tomate e entregando para as crianças. “Quem quer provar o que são esguichos da lua?” M.C. pega o tomate, mas não come. Recusando outro depois. Mas após ver seus coleguinhas comendo os tomates, ela come também.”

Oficina 6: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água.

“Olha aqui meu nariz que grande. Quem tem nariz grande assim? Quem tem um narigão desse tamanho?” A professora responde: “Só a bruxa!” A mediadora pergunta novamente: “Só a bruxa que tem um narigão desse tamanho?” M. C. responde fazendo gestos, sons, e mandando beijinhos para a mediadora fantasiada.”

Oficina 7: Apresentar comidas de festas saudáveis e falar sobre despedidas

“M.C. estoura uma bexiga e não quis brincar mais com elas, jogando para longe sempre que alguma bexiga fica perto dela.”

Oficina 8: Aprender a organizar um cardápio saudável.

“Quando a mediadora pergunta qual alimento M.C. está segurando nas mãos, ela levanta e vai até a frente mostrá-lo e abraça Natália. A mãe vai até ela entregar os alimentos, que são berinjela, frango, tomate, alface, cenoura e macarrão, M.C. bate palmas quando termina de mostrar as figuras”.

5. Criança V.: Menina.

Oficina 1: Conhecer os participantes e combinar o funcionamento dos encontros.

“A mediadora pega a próxima figura, mostra às crianças e pergunta se V. quer colar. A criança se levanta e ajuda a mediadora a colar a figura no coração bom.”

Oficina 2: Investigar as preferências alimentares das crianças. (não participou desta oficina).

Oficina 3: Investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares de legumes e frutas. (não participou desta oficina).

Oficina 4: Retomar as regras, investigar hábitos alimentares das crianças, introduzir os grupos alimentares e ampliar as possibilidades de alimentos.

“Então a mediadora percebe que V. havia montado seu sanduíche também, e V. cutuca P. que está ao seu lado, para que ele veja o sanduíche que ela fez.”

Oficina 5: trabalhar o lúdico na apresentação dos alimentos e experimentar os alimentos das histórias.

“Em seguida a mediadora se levanta, vai até a mesa no fundo da sala e volta novamente com a mala colorida e pede para que V. a ajude a ver o que está dentro da mala. V. vai até lá, olha dentro da mala e volta sorrindo”.

Oficina 6: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água.

“Nesse momento, A. C. e V. fizeram cara de espanto. V. se levantou e deu um abraço na mediadora”.

Oficina 7: Apresentar comidas de festas saudáveis e falar sobre despedidas.

“Quem será que eles convidaram? Vamos ver?” Então ela tira da sacola um urso de pelúcia, mostra para as crianças e diz “Oi, eu sou o sr. Urso e vim para a festa de despedida da tartaruga!” V. estica os braços para o ursinho e a mediadora o entrega para ela, que logo o abraça.”

Oficina 8: Aprender a organizar um cardápio saudável.

“V. e sua mãe são as próximas a mostrar suas escolhas, responsáveis pelo lanche da tarde. Elas escolheram café, pão de forma, queijo, suco, banana e maçã. Enquanto a mãe falava V. mostrava as figuras.”

3.5 Dados obtidos no grupo com as mães

A preparação dos pais para receberem a notícia que terão um filho com S.D é importante para o aspecto emocional desses pais e para a busca de orientação sobre como lidar com as necessidades desse filho. Durante a gravidez, os desejos nutridos pelo bebê, são cheios de ideais e sonhos, os quais não englobam a realidade da S.D que terão que enfrentar ao nascimento do bebê. Essa realidade pode afetar o equilíbrio da família. O momento do diagnóstico é um momento em que os familiares precisam de apoio e orientações claras sobre a deficiência, incluindo as opções de possibilidades de ajuda (Cunningham, 2008). Isso também fica claro em algumas falas das mães:

M.F – Eu não estava tentando engravidar, foi sem querer. Já tenho duas filhas. Mas aconteceu e minha gravidez transcorreu normalmente. Quando a V. nasceu ninguém veio me falar nada, eu achava que estava tudo bem. Não via a hora de ir embora do hospital. Quando o médico entrou no meu quarto dizendo que ia me dar alta foi um alívio. Aí ele perguntou se o pediatra tinha ido lá conversar comigo e eu respondi que não. O médico falou que estava esperando o pediatra ir lá conversar comigo, mas como ele não foi... e aí muito secamente falou que minha filha tinha síndrome de Down e que ia ser muito difícil, pois não tinha médico ou pediatra especialista em Uberlândia e que minha filha não iria viver muito tempo. Eu não sabia o que era S.D, e ninguém me explicou. Fiquei muito assustada, chorei. Não sabia o que fazer, saí do hospital achando que estava levando minha filha para morrer.

Jo. – Eu fiquei sabendo que a M.C era uma criança com S.D apenas quando ela nasceu. Foi um choque, não sabia nem o que era S.D direito e o que isso representava. Achava que minha

filha não iria andar, nem falar, nem ir a escola, os médicos não me explicaram nada, apenas me falaram para procurar um pediatra que atendesse “esse tipo de criança”.

Dificuldades com a escolarização das crianças que participaram deste estudo, também foi um fator que apareceu nas discussões do grupo. Nesta fase do desenvolvimento, as mães já transparecem a preocupação em relação à escola e à inclusão do filho com síndrome de Down. - Será que a escola está preparada para atender o meu filho? Será que os professores vão conseguir fazer meu filho aprender? Será que ele vai ser bem recebido pelos outros alunos e pais? – foram alguns dos questionamentos das mães.

Jo - Achava que minha filha não iria andar, nem falar, nem ir a escola... E hoje vejo que não é nada disso, M.C é bem inteligente e esperta e faz de um tudo, inclusive ir a escola.

A – Fico me perguntando se essa EMEI nova, vai conseguir estimular minha filha como ela precisa. O pai de A.C que estava na sala ao lado a pouco tempo, perguntou a A. se essa escola sabia lidar com crianças “assim”.

Jo - É igual eu falei, uma dificuldade que eu tive com a escola é que eles passam muito a mão na cabeça. Não é pra achar bonitinho, se não depois ela vai crescer obesa, vai crescer sem educação.

A – Estou muito apreensiva com relação a escola que vou matricular A.C. A APAE vai deixar de oferecer a modalidade de educação infantil em 2015 e A.C nunca freqüentou uma escola regular. Estou muito insegura dela freqüentar uma escola regular e pública, não sei se essa escola poderá atender as necessidades de minha filha ou estimulá-la conforme suas necessidades, além de preconceito.

Ainda considerando algumas inquietações das mães suscitadas durante os encontros do grupo. Essas inquietações surgiram a partir das vivências que essas mulheres/mães têm com

seus filhos com S.D. Como é para essas mulheres ter um filho com S.D? Como desempenham o papel de mulheres e mães de outros filhos e trabalhadoras? Como conseguem conciliar a maternidade com vida pessoal e profissional?

A – O mais difícil pra mim foi ficar sem trabalhar. Eu sempre trabalhei muito. Como nós temos a empresa que funciona em casa, eu sempre trabalhei muito, manhã, tarde e noite e de repente para com tudo...Hoje eu participo de alguns grupos da igreja e do bairro que me ajudam bastante, cuido da casa e da A.C, mas sinto muita falta de trabalhar, especialmente porquê junto com o nascimento da A.C nós tivemos também uma grande queda financeira e passamos por dificuldades na empresa.

Jo - ... a M.C. eu falo pra ela “não vem dar uma de Down doido pra cima de mim não, que não funciona!” e ela ri, você acredita?

Al – Sabe que nem to achando tão ruim ela não continuar com a educação infantil na APAE. Talvez sobre um pouco mais de tempo para mim. Quando a M.V nasceu eu parei de trabalhar, e o trabalho lá na “roça” era bem puxado, cuidando das plantações e dos animais, e eu sinto muita falta de fazer algo. Minha vontade mesmo era voltar pra “roça”, mas sei que isso é muito difícil com a M.V que vai sempre precisar de médico, de escola e de outras coisas como os atendimentos complementares da APAE. Agora que M.V está ficando “maiorzinha” posso começar a voltar a pensar em mim, pois deixei isso de lado nesses últimos quase 4 anos em que me dedicou exclusivamente a M.V.

Jo - ... Pra mim a pior parte da M.C. ser Down foi eu parar de trabalhar e assim, ficar dependendo de tudo, sabe? Mas eu gosto demais de ser mãe, de cuidar, ensinar, tirar a fralda. Não tenho tempo para nada, vivo na rua cuidando de tudo, leva as filhas na escola, cuido da casa, cuido das contas, leva no inglês, na fisioterapia, na natação, e a noite fico muito cansada. Sinto muita falta e tenho vontade de voltar a trabalhar, não nasci para cuidar de casa, não sou boa nisso. Só vou esperar M.C crescer mais um pouco, conseguir falar, ela consegue se

expressar, agente entende o que ela quer, mas os outros às vezes não entendem ainda. Quando ela conseguir falar eu fico mais tranqüila, porque ela vai conseguir dizer do que precisa e poderá me contar as coisas que acontecerem na escola.

3.6 Dados obtidos nas visitas domiciliares

Estudos apontam, conforme afirmamos alhures, que os pais desempenham papel fundamental na formação dos hábitos alimentares de seus filhos. Proporcionam-lhes os primeiros ensaios alimentares, já que são eles que controlam o tipo de alimentos oferecidos, a proporção desses alimentos, os horários das refeições, o contexto afetivo dos momentos alimentares, a difusão dos conhecimentos sobre alimentação, religião e cultura e as táticas utilizadas no período da alimentação das crianças. (THOMPSON, 2010)

Criança A.C e mãe A

Na casa de A.C a maioria das refeições é feitas a mesa com a família, sem a televisão. Apenas pequenos lanches podem ser feitos assistindo televisão. Em geral, a família toda almoça juntos e A. sempre cuidou da alimentação da família, já se preocupava com uma alimentação saudável para toda a família. A. relatou que sempre usou pouco açúcar, não faz fritura de jeito nenhum e faz muito suco da fruta e não suco pré-pronto e quase não consome refrigerante em sua casa.

Criança V e mãe M.F

M.F não se preocupa muito onde as refeições são feitas, em geral, são realizadas na mesa, mas sem obrigatoriedade. A TV ligada nas refeições também é livre, já que suas duas outras filhas

já são adolescentes e os horários não coincidem com os da V. M.F faz almoço para V., que almoça sozinha a maioria das vezes. Desde os encontros M.F diminuiu a quantidade de refeições e de comida que V. ingeria além de oferecer mais sucos da fruta para ela.

Criança M.V e mãe Al.

Para Al. as regras de alimentação também são difíceis de manter. Como almoça só ela e a M.V, ela não importa de comer no sofá e com TV, mas se esforça para que pelo menos o almoço M.V faça na mesa. Depois dos encontros Al. não deixa M.V comer mais tudo que quer e está tentando parar de amamentar, quando amamentava era mais de noite para M.V dormir. No entanto como o alimento de sua casa vem da roça de seus pais, M.V come bem. Aceita bem frutas e os sucos são sempre naturais. Sempre tem bastante opção de verduras e legumes nas refeições, mas esses M.V ainda não come muito não. O leite e o queijo fresco consumido na casa vêm da roça também e por isso são sem conservantes.

Criança M.C mãe Jo.

Na família de Jo. as refeições principais, almoço e jantar são realizadas à mesa e sem televisão. Já os lanches e refeições intermediárias podiam ou não serem feitas no sofá e com a TV ligada. As refeições eram feitas, em sua maioria, com toda a família, as vezes sem o pai de M.C que eventualmente não podia estar presente. Na casa de Jo. existe um alto consumo de refrigerantes e sucos industrializados durante as refeições e também fora delas. Nas refeições há sempre opções de verduras e legumes, mas M.C ainda não come esses alimentos. M.C havia emagrecido muito mesmo e sem sacrifícios, Jo. tinha apenas cortado algumas refeições “duplas”, já que M.C tomava café da manhã em casa e na escola, almoçava na escola e em casa, tinha um segundo almoço na escola e em casa... Então Jo. passou não oferecer leite de manhã em casa, pediu para diminuir a quantidade de alimento que M.C

ingeria na escola, na hora do almoço em sua casa Jo. servia muito pouco para M.C e uma fruta e na escola da tarde, escola e mães concordaram e não realizar o “segundo almoço” do dia. Além de ter diminuído amamentação, ficando apenas a noite quando M.C pedia, o que, segundo Jo. já não acontecia todos os dias, e M.C nem reclamou dessas mudanças ou de fome. O consumo de refrigerantes diminuiu e aumentou o consumo de sucos naturais, pelo menos no dia-a-dia da família.

Mãe C. criança P.

Na casa de C. as refeições principais também são feitas a mesa e sem televisão. Os lanches em geral são feitos a mesa, mas sem obrigatoriedade. Eventualmente pode ser feito no sofá com a T.V ligada. O consumo de refrigerante e sucos artificiais também é alto na casa de C. Apesar do peso equilibrado de P., como consequência de seu problema cardíaco, ele apresenta colesterol alto e por isso precisa de uma alimentação balanceada. C. relatou que P gosta de legumes e frutas. E que P não come grandes quantidades, e por isso não precisa ficar regulando sua alimentação. P. é a única criança do grupo que pratica atividade física regular.

3.7 Dados sócio-econômicos das famílias

| |
|---|
| Nome adulto responsável: A. |
| Nome criança: A.C |
| Sexo: Masculino [] Feminino [x] idade: 43a |
| Estado civil: casado |
| Na casa moram: 5 pessoas |
| Responsável pela renda da casa: apenas o pai |

| |
|---|
| Nome adulto responsável: Al. |
| Nome criança: M.V |
| Sexo: Masculino [] Feminino [X] idade: 47a |
| Estado civil: casado |
| Na casa moram: 3 pessoas |
| Responsável pela renda da casa: apenas o pai |

| |
|---|
| Nome adulto responsável: Jo. |
| Nome criança: M.C |
| Sexo: Masculino [] Feminino [X] idade: 35a |
| Estado civil: casado |
| Na casa moram: 4 pessoas |
| Responsável pela renda da casa: apenas o pai |

| |
|---|
| Nome adulto responsável: M.F |
| Nome criança: V |
| Sexo: Masculino [] Feminino [X] idade: 30a |
| Estado civil: casado |
| Na casa moram: 5 pessoas |
| Responsável pela renda da casa: apenas o pai |

| |
|---|
| Nome adulto responsável: C. |
| Nome criança: P. |
| Sexo: Masculino [] Feminino [X] idade: 43a |
| Estado civil: casado |
| Na casa moram: 4 pessoas |
| Responsável pela renda da casa: o pai e a mãe |

3.8 Escola, contribuições e mudanças

Um ponto que vale a pena ser levantado e que inicialmente não havia sido considerado para esta pesquisa foi a participação da equipe escolar da Educação Precoce, a coordenadora, a professora e a educadora. Nos horários em que as oficinas aconteciam, elas ficavam em sala de aula para ajudar as crianças caso fosse necessário. Apesar de sempre muito discretas e atentas, suas participações foram importantes. Durante as oficinas, a professora procurava saber sobre os recursos utilizados, onde foram feitos, como utilizá-los no dia-a-dia. O apoio da professora na fixação do conteúdo também era notável, já que entre suas atividades, sempre lembrava com as crianças dos conteúdos trabalhados nas oficinas. A coordenadora da educação precoce provocou modificações. Reuniu-se com as mães das crianças participantes e propôs uma mudança na refeição da tarde. Foi proposto para as mães que as crianças fossem almoçadas para a escola e que não almoçassem lá às 14:30h como ocorria até então. Em substituição, as mães levariam um lanche de fruta com iogurte para as crianças na saída da escola, como o aprendido nas oficinas e reuniões realizadas. Todas as mães concordaram. A professora, também, achou a proposta uma excelente mudança, pois o tempo “perdido” com a alimentação, ela pôde continuar com as atividades planejadas. Segundo a coordenadora, a direção da escola concordou com essa atitude e também se reuniu com a equipe de nutrição e cozinha para reorganizar, dentro de suas possibilidades, a alimentação dos outros alunos. Ao final da pesquisa, depois de três meses do encerramento das oficinas, a professora foi procurada falar sobre essas mudanças. Segundo ela, as crianças aceitaram muito bem a mudança na rotina, e nunca pediram a refeição antes oferecida. As atividades estavam sendo

mais produtivas, pois não precisavam ser interrompidas pelo horário do lanche. As crianças estavam aceitando maior variedade de alimentos, as mães estavam preparando lanches mais saudáveis (pois antes das oficinas o que elas levavam para as crianças era pipoca industrializada, bolacha, salgadinho...), com fruta, leite, iogurte, e bolacha sem recheio.

A coordenação da educação Infantil e ensino fundamental, ao acompanhar a execução das oficinas e as mudanças ocorridas, solicitou a pesquisadora que fizesse uma palestra com o mesmo tema, contando um pouco dessa experiência para os pais das crianças da educação infantil e do ensino fundamental. Marcou-se uma data e todos os pais da educação infantil e do ensino fundamental foram convidados, além das mães das crianças participantes dessa pesquisa. Neste encontro estiveram presentes em torno de 35 pais e/ou responsáveis. Esses pais tiveram oportunidade de conhecer o trabalho que foi realizado tanto com as crianças quanto com as mães e também de fazerem perguntas. (Apêndice 1).

Capítulo 4

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, os avanços da medicina no acompanhamento e no tratamento dos indivíduos com síndrome de Down possibilitaram aumento significativo na expectativa de vida e melhora na saúde global desses pacientes, devido principalmente à prevenção das complicações relacionadas à Síndrome de Down, como atraso mental, doença cardíaca congênita, hipotonia muscular e alterações da tireóide. Devido a tais complicações alguns estudos evidenciam maior prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes que apresentam a síndrome de Down. Com isso, justifica-se a importância da avaliação e da orientação nutricional desses indivíduos, em busca de um diagnóstico preciso e adaptado e de um crescimento e desenvolvimento adequados.

Este estudo teve como objetivo relacionar essas comorbidades da síndrome de Down com a educação alimentar, propondo uma intervenção planejada nos pressupostos do programa MISC para a transformação de hábitos alimentares mais saudáveis, no intuito de entender e prevenir essa porcentagem de sobrepeso e obesidade em indivíduos com Síndrome de Down.

Sobre incidência de cardiopatias congênitas, estudos demonstraram que 51% as crianças com síndrome de Down são afetados por algum tipo de cardiopatia (Granzotti, Paneto, Amaral, & Nunes, 1995). Neste estudo foi possível perceber que 100% das crianças

participantes apresentam cardiopatias, corrigidas ou não. Apesar de não haver relação direta entre a presença de cardiopatias e obesidade neste estudo, percebe-se que, indiretamente, essa comorbidade da S.D afeta no desenvolvimento e na formação dos hábitos alimentares dessas crianças.

Devido às condições e comorbidades que a síndrome de Down apresenta, faz-se fundamental o cuidado com a nutrição dessas crianças, que devem ter uma dieta saudável, e adaptada às suas especificidades clínicas. A infância parece ser uma fase do ciclo vital em que se encontram condições ideais para mudanças de hábitos alimentares e estilos de vida, por isso é importante que a oferta de alimentos seja precocemente inserida a uma dieta saudável, com alimentos variados e apropriados para a idade e desenvolvimento das crianças e adolescente, os quais, por sua vez, poderão repercutir no futuro em escolhas mais saudáveis. (Theodoro, 2007).

A oferta de alimento em excesso para a criança e de alimentos que serão mais facilmente aceitos, caracterizam as atitudes desses pais que, preocupados com a dificuldade de ganho de peso de seus filhos, adotam esse comportamento. E mesmo depois da cardiopatia controlada ou corrigida por cirurgia, esse hábito continua sem que os pais e familiares percebam. A culpa, o medo de que seu filho adoeça, não saber como agir e, especialmente, a falta de conhecimento sobre a Síndrome de Down, faz com que pais e familiares compensem seus sentimentos agradando seus filhos. O sobrepeso em indivíduos com de síndrome de Down não está diretamente relacionado à trissomia do cromossomo 21, e sim ao estilo de vida que eles levam. Normalmente são indivíduos sedentários, que têm uma alimentação inadequada, com ingestão de poucos nutrientes podendo estar ligado aos hábitos familiares, que, por algum tipo de desvelo, tentam suprir as carências afetivas oferecendo-lhes uma quantidade significativa de guloseimas. Dar o que a criança quer a hora que ela pede é um mecanismo que abranda as angústias maternas/paternas com relação ao filho com síndrome de

Down, com o intuito de protegê-los, poupá-los dos não que vão receber da vida, como se fossem ter mais não do que seus filhos ditos normais.

Esses sentimentos são em geral resultados da falta de informação. Nos relatos das mães para este estudo percebe-se, claramente, a dificuldade que 100% delas tiveram ao descobrirem que seus filhos seriam S.D. Segundo as mães, os médicos não souberam anunciar corretamente o diagnóstico, aumentando o medo e as fantasias acerca da síndrome de Down, e ainda achavam que não possuíam conhecimento suficiente sobre a SD que as capacitasse a lidar com a criança de uma maneira mais adequada. Após o diagnóstico, as famílias procuraram ajuda, por iniciativa própria, recorrendo, principalmente, ao Programa de Estimulação Precoce da APAE de Uberlândia. É preciso reverter o quadro de falta de informação sobre o assunto em todos os segmentos da sociedade, especialmente do meio médico que, em geral, é a primeira forma dos pais descobrirem essa trissomia, ou na hora do exame morfológico, ou no nascimento.

O Ministério da Saúde (1994, p. 11), sugere as seguintes orientações:

1. Promover a superação de problemas por meio de exercícios adequados;
2. Orientar os pais quanto à necessidade de criar um ambiente favorável e estimulador, que não anule a pessoa com Down enquanto sujeito crítico;
3. Fornecer apoio e informações aos pais;
4. Promover o desenvolvimento global (motor, cognitivo, social e emocional);
5. Fazer atendimentos personalizados às pessoas com necessidades especiais.

Outro fator interessante que se encontra na bibliografia sobre S.D e que também aparece no grupo dessa pesquisa é a idade materna. O aumento da idade materna e sua relação com os casos de síndrome de Down, já era questionada antes mesmo que fosse determinado que a síndrome de Down era causada por trissomia do 21. Entre as mulheres abaixo da idade de 25 anos, aproximadamente 2% de toda gravidez clinicamente reconhecida é trissomica,

mas entre mulheres acima de 40 anos este valor aproxima-se de 35%. Apesar de muitas pesquisas identificarem esta correlação, sabe-se muito pouco sobre a base do efeito da idade materna. (Hassold & Hunt, 2001). Nesta pesquisa, 60% das mães participantes tiveram seus filhos com síndrome de Down com 40 anos ou mais, 20% acima de 30 anos e 20% baixo de 30 anos de idade, corroborando com os dados encontrados na literatura existente sobre o assunto.

Com relação às variáveis associadas à qualidade da alimentação das crianças estudadas, pode-se inferir que as condições socioeconômicas das famílias determinam em grande parte a alimentação consumida pela criança, conforme observado em outros estudos (Kranz, Findeis, & Shrestha, 2008). No presente trabalho, foi observado que uma baixa escolaridade materna pode influenciar no acesso à informação, bem como na escolha de uma alimentação pobre em qualidade nutricional. Ainda, mães com mais anos de estudo têm maior possibilidade de discernir entre o que é considerado de fato alimento saudável ou não. Neste estudo, apesar de não haver grandes discrepâncias econômicas entre os participantes, é possível identificar uma diferença de informações entre as mães de nível de escolaridade mais alta das mães cujos níveis de escolaridade são mais baixos. A mãe A., com nível superior incompleto apresentou durante toda a pesquisa ter mais informações sobre alimentação saudável, sendo possível identificar o uso destes conhecimentos nos hábitos alimentares de sua filha e família.

Faz-se necessário que, além de informações adequadas sobre alimentação, seja mostrado a importância do momento da refeição, onde e como esse momento se dá. Como se alimentar em frente da televisão pode ser prejudicial à saúde, tanto pelo excesso de propaganda, como pela perda do momento de estar em contato com outras pessoas e trocar afetividade, aprendendo sua cultura e desenvolvendo hábitos sociais. Comportamento esse que também foi identificado entre os participantes desta pesquisa, todos as crianças faziam alguma refeição em frente a televisão, mesmo que não fosse as refeições principais como almoço e jantar.

Comportamento esse que, conforme relato das mães participantes, diminuiu com o decorrer da pesquisa.

No campo cognitivo, as pessoas com Down também apresentam maiores dificuldades, mas não há impossibilidades de desenvolvimento. O rótulo “deficiente mental” limitava as pessoas a não buscarem alternativas de ensino e aprendizagem para os Down, mas hoje já se sabe que eles podem aprender suficientemente mesmo em escolas regulares, conquanto sejam-lhes dadas oportunidades e não haja comparações com outras pessoas. Todo sujeito, em seu desenvolvimento, deve ser comparado consigo mesmo, em seus estágios de desenvolvimento. Segundo o Ministério da Saúde (1994, p. 10), é preciso:

[...]—respeitar a variação intelectual de cada um, oferecendo iguais possibilidades de desenvolvimento, independente do ritmo individual;—valorizar a criança ou jovem, incentivando-o em seu processo educacional;—realizar planejamentos e avaliações periódicas [...]

As mães desta pesquisa relataram preocupação em relação à aprendizagem, à escola e à inclusão do filho com síndrome de Down. Essa preocupação se refere especialmente a capacidade das escolas regulares em oferecer os estímulos necessários a seus filhos. Apesar da insegurança que o processo de inclusão ainda gera nos pais, é inegável que a inclusão possibilita um maior e melhor desenvolvimento da fala e da sociabilidade. Um estudo foi realizado no reino Unido com dois grupos de adolescentes com S.D. Um grupo era de escola regular inclusiva e o outro de uma escola especial. Neste estudo constatou-se que com relação à capacidade de independência, contato social, atividades de lazer e inclusão na comunidade, não houve muita diferença entre os estudantes. No entanto, com relação a linguagem, comportamento e aspectos acadêmicos, os adolescentes da escola inclusiva demonstraram maior desenvoltura (Bortoli, Floria-Santos, & Nascimento, 2008).

Neste estudo, as intervenções com as mães e famílias tiveram papel de destaque, já que as crianças participantes não podem preparar seu próprio alimento e precisam da ajuda

dos pais. Também pelas próprias condições de desenvolvimento das crianças, que ainda não apresentam respostas claras com relação ao conteúdo, impossibilitando uma avaliação das oficinas. Diante disso, a busca de cooperação entre escola e família é enfatizada como eixo fundamental para que a iniciativa seja bem sucedida.

Com relação a mudança dos hábitos alimentares das crianças e suas famílias após as intervenções realizadas, foi possível perceber através dos relatos da mães e da escola, algumas mudanças significativas. Das cinco crianças participantes, 100% dos pais conseguiram provocar modificações, em maior ou menor grau, no comportamento alimentar de seus filhos. Essas modificações compreendem uma diminuição no consumo de refrigerantes, na apresentação de novos alimentos por parte dos pais e na aceitação desses alimentos pelas crianças, no aumento do consumo de suco de fruta natural, na regulação da quantidade de alimento ingerido, bem como na escolha dos alimentos que compõem a refeição. Além disso, as duas crianças em que os pais não perceberam alterações importantes após a intervenção, foram consideradas por eles como já tendo uma alimentação adequada nutricionalmente.

Talvez a grande propiciadora dessas modificações foi a forma como as oficinas foram apresentadas para as crianças, utilizando recursos lúdicos, histórias, brinquedos, apropriadas para a fase de desenvolvimento dos participantes da pesquisa. A infância é a idade das brincadeiras. É por meio delas, que as crianças satisfazem suas fantasias e desejos particulares, sendo um importante meio de interação com a realidade, já que é o modo como a criança se apresenta, organiza-se e constrói o seu mundo. Ferland (2006) considera o brincar como a atividade própria da criança, cheia de sentido para ela, através da qual consegue desenvolver suas capacidades de adaptação e de interação, conquistando, assim, sua autonomia. Dando ainda papel de destaque, a mediação realizada com os recursos lúdicos e as crianças, conforme os critérios estabelecidos pelo programa MISC (Klein, 1996).

Alterando o foco da aprendizagem sobre alimentação saudável, para as histórias, fantasias e brincadeiras nas oficinas, oferece a esta experiência significado, intensificando o conteúdo trabalhado. Segundo estudo realizado por França, Biaginni, Mudesto e Alves (2012), sentimentos negativos são responsáveis por uma fraca adesão à dieta e à prática de hábitos saudáveis. Ao contrário, sentimentos positivos de motivação e alegria, podem fortalecer a mudança de hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercícios. Por isso, a importância de utilizar jogos, brincadeiras e outros recursos lúdicos na aprendizagem de hábitos alimentares mais saudáveis.

No presente estudo, foi possível constatar que, embora a maioria dos pais/responsáveis participantes tenha ciência dos malefícios do consumo refrigerantes e fast-foods, esse hábito está presente, mesmo que esporadicamente na alimentação das crianças, o que sugere que apesar de terem o conteúdo, a aprendizagem que tiveram até agora, não foi significativa e não obteve ressonância em suas vidas. Por isso a importância de um trabalho de formação com as famílias a respeito dos aspectos nutricionais dos alimentos e seu impacto na saúde humana, utilizando a mediação e os critérios mediacionais para que agora essa aprendizagem possa ser efetiva, como também esclarece Delormier et cols., (2009) que uma intervenção precisa fazer relações com as rotinas do dia-a-dia do participante.

Neste estudo, realizou-se uma avaliação nutricional superficial, apenas fazendo a relação entre peso/idade e peso/estatura e utilizando a curva específica para crianças com Síndrome de Down. Utilizou-se, também, um questionário para conhecer os hábitos alimentares das crianças e suas famílias, bem como queixas e comentários das mães. No entanto, isso não é suficiente para uma avaliação nutricional melhor fundamentada, tendo sido os pais orientados a procurar um nutricionista, ou o próprio geneticista com os quais todas as crianças realizam acompanhamento periódico.

Segundo Marques (2009), as intervenções que intentam promover mudanças nos hábitos alimentares das crianças, devem ter alguns fatores como:

- *Educação nutricional*: São as informações de conteúdo. Neste estudo, contou-se com a colaboração de uma profissional da nutrição para a orientação e adequação dos conteúdos trabalhados tanto com as crianças, quanto com os pais.
- *Duração da intervenção*: a educação continuada, ou seja intervenção de longo prazo, é sempre mais efetiva. Neste estudo, as intervenções duraram cerca de três meses e apesar de obter resultados tanto na escola como nos lares, o tempo foi curto para mudanças profundas e definitivas.
- *Pertinência das atividades*: o planejamento das intervenções deve ser realizado sempre considerando as adequações necessárias para seu público alvo. No caso deste estudo, os recursos lúdicos foram pensados levando em consideração que são crianças de 3 anos de idade com Síndrome de Down. Tendo sido o recurso bem específico para o público.
- *Coordenação entre a proposta e o ambiente*: Os alimentos consumidos pelas crianças tanto na escola como em seus lares deve estar coerentes com o que é trabalhado nas intervenções. Por isso, neste estudo, além de trabalhar com as crianças, também se realizou intervenções com as mães e as famílias.
- *Formação de professores e outros agentes*: É muito importante que todos os responsáveis pela educação da criança estejam envolvidos no projeto em realização. Neste estudo, não foi possível incluir as intervenções com a equipe escolar, mesmo assim como resultado colateral, a escola também modificou a rotina alimentar dos participantes desta pesquisa.
- *Envolvimento da família*: É fundamental que a família participe e atue conforme as intervenções realizadas com suas crianças, já que são eles os responsáveis pela seleção dos alimentos oferecidos as crianças. Neste estudo, o trabalho com as mães e as famílias foi

fundamental, já que o público destas intervenções são totalmente dependente deles para sua alimentação.

Conforme alguns estudos sugerem, o controle que os pais podem realizar, ajuda na regulação da alimentação da criança. Esses pais, se bem orientados sobre nutrição, podem ter resultado positivo com essa atitude. No entanto, quando esse controle é exagerado por parte dos pais durante as refeições das crianças, o resultado pode ser negativo, mesmo com as informações adequadas (Hurley, Cross, & Hughes, 2011).

Por isso, elaborar as intervenções, de forma que, também, com os pais, os critérios de mediação estivessem presentes, fazendo com que os conteúdos e aprendizagem fossem efetivas e significativas, foi preocupação primordial desta pesquisa, que pôde identificar a falta de conhecimentos e informações dos pais com relação às possibilidades nutricionais saudáveis. Diante desta percepção, foi trabalhado com os pais todas as questões que envolvem a alimentação, como informações nutricionais, organização dos momentos de se alimentar, afetividade na alimentação, regras sociais, controle e influências do grupo familiar e social.

Neste estudo foi perceptível a reclamação dos pais com relação a quantidade de alimentos consumidos, e a falta de disciplina para se alimentar de seus filhos. No entanto, ainda se tratando das crianças dessa pesquisa, são eles que fornecem esse alimento e que orientam e organizam os momentos de alimentação. Portanto, especialmente nesta pesquisa, que trabalhou com crianças totalmente dependente dos pais, não basta intervir apenas com as crianças, é necessário intervir também em tantos outros fatores, como família, escola, sociedade, que influenciam e, por vezes, determinam a escolha alimentar (Birch & Fischer, 1998; Delormier et cols, 2009; O'Dea, 2004; Viana, 2002; Viana et cols., 2008).

O ambiente mais potencializador para o desenvolvimento do autocontrole do consumo de alimentos pelas crianças é aquele em que é oferecido pelos pais opções de alimentos

saudáveis, e que permitem que as crianças assumam o controle do quanto comem (Wolfenden et all, 2010; (Wolff, Rhodes, & Ludwig, 2010).

Este estudo teve como foco a elaboração e intervenção de oficinas baseada nos pressupostos do Programa MISC. Levando em consideração que o uso dos critérios mediacionais propostos por esse programa promova intervenções mediacionais, conforme acreditam Klein e Hundeide (1989), Klein (1996) eficazes e moldáveis aos diferentes ambientes e situações, a avaliação desses resultados também teve como base o mesmo programa. A amostra desta pesquisa é pequena não permitindo generalizações. Os relatos dos pais e as mudanças ocorridas na escola, ao final desta pesquisa, confirmam eficácia desse programa, pois mesmo, no curto período de tempo de realização das intervenções, obtivemos mudanças importantes nos hábitos alimentares das crianças, da escola e das famílias. Do total da amostra pode-se considerar que 100% tiveram alguma mudança em seus hábitos alimentares, uns mais do que outros, mas todos apresentaram alguma mudança, especialmente no que se refere ao consumo de comidas mais nutritivas e menos refrigerantes. No Brasil, o consumo de refrigerantes tem aumentado nos últimos anos, segundo pesquisa do Orçamento Familiar (POF) de 2002-2003, que confirma que, entre os anos de 1975 e 2003, a aquisição *per capita* de refrigerantes aumentou o equivalente a 490% de crescimento. O consumo de refrigerantes por crianças e adolescentes é influenciado, principalmente, pelo sabor do produto pela força das propagandas, além do consumo pelos pais, que se torna modelo para os jovens (Estima et al., 2011).

Dentre os critérios mediacionais utilizados nesta pesquisa, podemos considerar que dos 189 comportamentos mediacionais 46 (24,34%) referiu-se à *Focalização*, sendo esse o critério de mediação mais utilizado, seguido da *Mediação do Significado* com 45 (23,81%), *Regulação do Comportamento* com 35 (18,52%), a *Expansão* com 32 (16,93%) e a *Recompensa* com 31 (16,40%) das ocorrências. Os dados obtidos, nas intervenções realizadas

com as crianças, possibilitam perceber a importância do uso do programa MISC, nas propostas de intervenções educativas.

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de Down é uma condição crônica que impõe múltiplos desafios não só à criança acometida, mas também a toda sua família. O diagnóstico da S.D, está intimamente relacionada com o suporte, o apoio, a confiança e os esclarecimentos necessários, que são relevantes para a família e para o desenvolvimento dessas crianças. Os médicos, em geral, não sabem informar corretamente os familiares das possibilidades da criança com S.D, e se fazem isso, o fazem apressadamente sem o acolhimento emocional necessário a esta família. Além de informações sobre a própria S.D, os profissionais precisam perceber quais são as reais necessidades da família no momento em que informa o diagnóstico. Informações como lugares e profissionais que podem acolher tanto os pais quantos as crianças seriam ótimas possibilidades para que esta família não saia do consultório ou hospital sem uma diretriz.

Com a necessária e pertinente orientação com os pais das crianças com Síndrome de Down, será possível que os apontamentos sobre sobrepeso, especialmente de crianças e adolescentes com S.D, possam ser revertido. Aliando-se informação, conhecimento em relação à alimentação adequada e exercícios físicos regulares, ter-se-iam, seguramente, uma diminuição do ganho de peso dos mesmos.

Em favor das ações educativas, atuando para favorecer o desenvolvimento, o direito à cidadania e à felicidade das pessoas com síndrome de Down é que se apóia esta pesquisa.

Ante essas considerações, pode-se afirmar que os fatores geradores da obesidade para pessoas com ou sem a SD são análogos, embora, deve-se levar em consideração que os indivíduos com SD têm mais propensão ao ganho de peso pela maior incidência de alterações metabólicas, o que aumenta os fatores de risco nessa população.

O comportamento alimentar desenvolve-se e modifica-se, profundamente, durante os primeiros anos de vida. São as influências alimentares paternas e as práticas que adotam, que geram contexto para o comportamento alimentar das crianças, inclusive suas preferências e capacidade de regular sua própria ingestão de alimentos.

A pertinente relação entre a escola e a família também é fundamental para o desenvolvimento da criança com S.D. A escola inclusiva deve ter condições de acolher essas crianças e também seus pais. Essa relação da escola com os pais são de fundamental importância para que estes pais possam participar e contribuir para o sucesso desse processo de inclusão e adaptação de seus filhos.

O contexto familiar é capaz de estimular formas de alimentação que contribuem para o desenvolvimento da obesidade e dos transtornos alimentares. Essas características familiares englobam o tipo e a quantidade de alimento disponível, as atitudes e comportamentos dos pais e a atenção e afetividade vinculada à alimentação.

Assim, conclui-se que as intervenções realizadas são importantes para a alusão destes resultados, nos esforços de prevenção. As intervenções preventivas para a obesidade infantil neste estudo incluíram mediações com foco no comportamento dos pais e, em especial no que se refere às atitudes, crenças e práticas das mães em relação à alimentação de seus filhos e ao estado nutricional dos mesmos.

Neste panorama, faz-se mister para a educação nutricional a participação de uma equipe multidisciplinar, incluindo nutricionista, psicólogo, educador físico, medico, professor e outros profissionais que podem potencializar e contribuir com essa educação. Os profissionais de saúde têm um papel relevante na melhoria da nutrição das crianças. Para isso, é necessário que os responsáveis pelas crianças sejam aconselhados adequadamente e conscientizados quanto à importância da alimentação saudável no presente e para o futuro.

Tornando essa pesquisa ainda mais efetiva, a contribuição da teoria da Aprendizagem Mediada e do programa MISC foram fundamentais para o embasamento dessa proposta educativa acerca do ato da alimentação. A utilização de elementos lúdicos, como as histórias, desenhos, brinquedos e fantasias, também, foram essenciais para o envolvimento das crianças e a aceitação e participação nos momentos de degustação de alimentos. Essas práticas, aliadas ao uso dos critérios mediacionais, foram capazes de provocar alterações na alimentação das crianças, no entanto, é possível refletir em melhores recursos para se utilizar nas oficinas, já que, crianças com S.D, não respondem aos estímulos da mesma forma que crianças da mesma idade, sem deficiências. A quase ausência da fala e da coordenação motora fina são fatores importantes que devem ser levados em conta, em próxima oportunidade, para elaborar melhor os recursos utilizados e a proposta de avaliação dos resultados destas oficinas. Objetos pequenos e que podem facilmente ser ingeridos não são ideais para essas crianças, que ainda utilizam principalmente do tato e do paladar para “experimentar” o mundo. Por isso a promoção de mudanças nas mães e famílias, na forma de pensarem a alimentação de seus filhos passou a ser o foco desta pesquisa. Consequentes resultados ficaram evidentes nos relatos das mães e nas visitas domiciliares, demonstrando uma diminuição na ingestão de refrigerantes e um melhor controle da quantidade e da forma que a alimentação ocorria.

Diante desses resultados, é possível inferir que não se deve apenas fornecer informações, mas possibilitar que essas orientações sejam mediadas e alcancem significado e ressonância para serem seguidas. O programa MISC pode contribuir, significativamente, nessa mediação, possibilitando que não só se alcance os objetivos da intervenção, mas também, e principalmente, com a formação dos cuidadores, um dos principais objetivos desta pesquisa ao envolver as mães e as famílias, para que venham a ser bons mediadores em todas as situações.

Em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, percebe-se que as condições socioeconômicas podem influenciar nos hábitos alimentares das crianças, já que o acesso a informações e aos próprios alimentos são mais restritos, interferindo no seu hábito alimentar.

É importante ressaltar a importância do relacionamento entre os conhecimentos da nutrição e da psicologia, que, juntos, possibilitaram que as intervenções fossem melhor aproveitadas e construídas. Além disso, aliar essas duas áreas de conhecimento possibilita uma ação mais completa e efetiva na ação educativa proposta.

Embora a presença do governo seja pálida, não podemos olvidar que sua participação é fundamental no desenvolvimento e aplicação de políticas consistentes de prevenção da obesidade infantil através de projetos de educação nutricional para as escolas e para as famílias.

REFERÊNCIAS

- Birch, L., O'Donnell, A., Bengoa, J., Torún, B., Caballero, B., Lara Pantín, E., & Peña, M. (1997). Conducta alimentaria en los niños: perspectivas de su desarrollo. *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. OPS*, 34-48.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual review of nutrition*, 19(1), 41-62.
- Birch, L. L., & Fisher, J. A. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America*, 42(4), 931-953.
- Birch, L. L., Marlin, D. W., & Rotter, J. (1984). Eating as the "means" activity in a contingency: Effects on young children's food preference. *Child development*, 431-439.
- Boog, M. C. F. (1999). Nutritional education in public health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, S139-S147.
- Braga, V. (2004). Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em revista*, 4(13), 37-44.
- Brasil/MEC (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n. 9.394. Brasília/DF.
- Brasil/MEC/SEESP (2001). Resolução CNE/CEB n.2. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Brasília/DF
- Brown, A., & Lee, M. (2011). A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & child nutrition*, 7(1), 34-47.
- Brunner, J. (1986). Realidad mental y mundos posibles. *Barcelona*. Gedisa.
- Burns, G., & Bottino, P. (1991). Genética. 6^a. Edição. *Ed Guanabara Koogan*, Rio de Janeiro.
- Chumlea, W., & Cronk, C. E. (1981). Overweight among children with trisomy 21. *Journal of Intellectual Disability Research*, 25(4), 275-280.
- Cooley, W. C., & Graham, J. M. (1991). Common syndromes and management issues for primary care physicians: Down syndrome: An update and review for the primary pediatrician. *Clinical pediatrics*.
- Davison, K., & Birch, L. (2001). Child and parent characteristics as predictors of change in girls' body mass index. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(12), 1834.

- de Azevedo Barros, M. B., César, C. L. G., Carandina, L., & Dalla Torre, G. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 911-926.
- De Coriat, L., Theslenco, L., & Waksman, J. (1967). *The effects of psychomotor stimulation on the IQ of young children with trisomy-21*. Paper presented at the Proceedings of the 1st Congress of the International Association for Scientific Study of Mental Deficiency. Surrey, England, Michael Johnson.
- Delormier, T., Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice—understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 215-228.
- DUTRA, C. P., & SANTOS, M. C. (2010). Os rumos da Educação Especial no Brasil frente ao paradigma da Educação Inclusiva. *Inclusão: R. Educ. Esp.*, 5(2), 19-24.
- Estima, C. C. P., Philippi, S. T., Araki, E. L., Leal, G. V. S., Martinez, M. F., & Alvarenga, M. d. S. (2011). Consumo de bebidas e refrigerantes por adolescentes de uma escola pública. *Rev Paul Pediatr*, 29(1), 41-45.
- Ferland, F., & Sant'Anna, M. M. M. (2006). *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*: Editora Roca.
- Ferreira, C. A. M., Heinsius, A. M., & Barros, D. R. (2011). Psicomotricidade escolar. *Rio de Janeiro: Wak*.
- Ferreira, C. A. M., & Ramos, M. I. B. (2007). Psicomotricidade: educação especial e inclusão social. *Rio de Janeiro: Wak Ed.*
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*: Univ Park Pr.
- Fonseca, V. (maio-junho, 1994). Aprender a pensar: a modificabilidade cognitiva no contexto da formação profissional. *Formar*, v.11.
- França, C. L., Biaginni, M., Mudesto, A. P. L., & Alves, E. D. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 337-345.
- Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) coordenação-geral da política de alimentação em Nutrição. In: II Fórum de Educação Alimentar e Nutricional. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS); 2006. [acessado 2014 abr 27]. [Documento da Internet]. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/ii_forum_edu_an.php.
- Galloway, A. T., Lee, Y., & Birch, L. L. (2003). Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(6), 692-698.
- Ghiorzi, A. R. (2004). Entre o dito e o não-dito: da percepção à expressão comunicacional. *Florianópolis:[sn]*.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L., & Olinto, M. T. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública*, 31(3), 236-246.

- Gomes, A., & Amorim, S. (2000). *Consumo alimentar e avaliação nutricional das crianças com Síndrome de Down em idade pré-escolar*. Paper presented at the III Congresso Brasileiro sobre Síndrome de Down. Inclusão como Cumprir este Dever.
- Gomes, M. (2009). Construindo as trilhas para a inclusão. *Petrópolis: Vozes*.
- Granzotti, J. A., Paneto, I. L. d. C., Amaral, F. T., & Nunes, M. Á. (1995). Incidência de cardiopatias congênitas na Síndrome de Down. *J Pediatr (Rio J)*, 71(1), 28-30.
- Hassold, T., & Hunt, P. (2001). To err (meiotically) is human: the genesis of human aneuploidy. *Nature Reviews Genetics*, 2(4), 280-291.
- Hurley, K. M., Cross, M. B., & Hughes, S. O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition*, jn. 110.130047.
- Kaminker, P., & Armando, R. (2008). Síndrome de Down: Primera parte: enfoque clínico-genético. *Archivos argentinos de pediatría*, 106(3), 249-259.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (1997). *Fundamentos da neurociência e do comportamento*: Guanabara Koogan.
- Kaufman, R., & Burden, R. (2004). Peer tutoring between young adults with severe and complex learning difficulties: the effects if mediation training whif Feuerstein's Instrumental Enrichment programe. *European Journal of Psychology of Education*, 19(1), p.107-117.
- Klein, P., & Hundeide, K. (1989). Training manual for the MISC (More Intelligent and Sensitive Child) program. *Sri Lanka: UNICEF*.
- Klein, P. S. (2003). Early intervention: Mediational intervention for sensitizing caregivers. *Mediated learning experience with children: Applications across countries*. Singapore: McGraw-Hill Education.
- Klein, P. S., & Hundeide, K. (1996). *Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach* (Vol. 887): Taylor & Francis.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2002). *Neurociência do comportamento*: Manole.
- Kranz, S., Findeis, J. L., & Shrestha, S. S. (2008). Uso do Índice de Qualidade da Dieta Infantil Revisado para avaliar a dieta alimentar de pré-escolares, seus preditores sociodemográficos e sua associação com peso corporal. *J Pediatr (Rio J)*, 84(1), 26-34.
- Leathwood, P., & Maier, A. (2005). *Early influences on taste preferences*. Paper presented at the Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.
- Lima, C. P. d. (1984). Genética humana *Genética humana*: Harbra Ltda.
- LIMA, R. (2000). de CP; FERRAZ, VEF Saúde-doença, normalidade-desvio, inclusão-exclusão: representações sociais da Síndrome de Down em um centro de Educação Especial e Ensino Fundamental. *Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto*.

- Loewen, R., & Pliner, P. (2000). The Food Situations Questionnaire: a measure of children's willingness to try novel foods in stimulating and non-stimulating situations. *Appetite*, 35(3), 239-250.
- Lopes, T. d. S., Ferreira, D. M., Pereira, R. A., Veiga, G. V. d., & de Marins, V. M. (2008). Assessment of anthropometric indexes of children and adolescents with Down syndrome. *Jornal de Pediatria*, 84(4), 350-356.
- Ludlow, J. R., & Allen, L. (1979). The effect of early intervention and pre-school stimulus on the development of the Down's Syndrome child. *Journal of Intellectual Disability Research*, 23(1), 29-44.
- Luft, V., & Mello, E. (2006). Síndrome de Down: supervisão em saúde, aspectos e manejo nutricional. *Nutrição Pauta*, 16(78), 19-23.
- Luiz, F. M. R., Bortoli, P. S. D., Floria-Santos, M., & Nascimento, L. C. (2008). The inclusion of children with Down Syndrome in mainstream education: challenges and possibilities. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 14(3), 497-508.
- Maffesoli, M. (2001). O eterno instante. *O retorno do trágico nas sociedades pós-modernas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Mantoan, M. T. E. (1997). *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memmon.
- Marques, A., Luzio, F. d. C. M., Martins, J. C. A., & Vaquinhas, M. (2011). Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. *Esc Anna Nery (impr.)*, 15(2), 402-409.
- Marques, Â. M. C. d. (2009). Programas de intervenção alimentar/nutricional em meio escolar metodologias de desenvolvimento e implementação: Monografia: School-based food & nutrition intervention programs development and implementation methodologies.
- Mennella, J. A., Johnson, A., & Beauchamp, G. K. (1995). Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. *Chemical senses*, 20(2), 207-209.
- Mingroni, M. A. (2007). Resolving the IQ paradox: Heterosis as a cause of the Flynn effect and other trends. *Psychological Review*, 114, 806-829.
- Moore, K., & Persaud, T. (1994). Embriologia clínica, Quinta edição: Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan SA.
- Moreira, L. M., El-Hani, C. N., & Gusmao, F. A. (2000). A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 96-99.
- Moura, A. B. d., Mendes, A., Perin, A., & Passoni, C. R. (2009). Aspectos nutricionais em portadores da Síndrome de Down. *Cadernos das Escolas de Saúde*(02).
- Mustacchi, Z. (2009). Guia do bebê com Síndrome de Down. Companhia Editora Nacional: Associação mais, 1.

- Mustacchi, Z. (2002). *Curvas padrão pôndero-estatural de portadores de Síndrome de Down procedentes da região urbana da cidade de São Paulo*. Universidade de São Paulo.
- Mustacchi, Z., & Rozone, G. (1990). Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos *Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos*: CID.
- Myrelid, Å., Gustafsson, J., Ollars, B., & Annerén, G. (2002). Growth charts for Down's syndrome from birth to 18 years of age. *Archives of disease in childhood*, 87(2), 97-103.
- O'Dea, J. A. (2004). Children and Adolescent's eating habits and attitudes: Preliminary findings from the National Nutrition and Physical Activity Study. *Nutridate*, 15(1), p.1-4.
- Otto, P. G., Frota-pessoa, O., & Otto, P. A. (2004). *Genética humana e clínica*: Editora Roca.
- PIAGET, J. (1972). Os estágios do desenvolvimento intelectual da criança e do adolescente. *LEITE, DM O desenvolvimento da criança. Atualidades Pedagógicas*, col, 109..
- Ramalho, R. A., & Saunders, C. (2000). O PAPEL DA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS TE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS. *Rev. Nutr*, 13(1), 11-16.
- MUITO, A. D. P. (2011). Direção: Estela Renner. *São Paulo: Maria Farinha Filmes*.
- RPC, P. (1997). Inovações Tecnológicas na Produção de Alimentação Coletiva. *Florianópolis: Insular*.
- Saenz, R. B. (1999). Primary care of infants and young children with Down syndrome. *American Family Physician*, 59, 381-400.
- Santos, J. A., Franceschini, S. d. C. C., & Priore, S. E. (2006). Curvas de crescimento para crianças com Síndrome de Down. *Rev Bras Nutr Clin*, 21(2), 144-148.
- Schwartzman, J. S. (1999). *Síndrome de down*: Mackenzie.
- Silva, M. F. M. C., & Bolsanello, M. A. (2000). *A criança com a Síndrome de Down e o período sensório motor*. Associação Brasileira da Síndrome de Down, Brasília 2, p.168-169.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2003). Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3), 503-514.
- Souza, & Lima (2009). O professor como mediador da brincadeira no processo de desenvolvimento do pré-escolar. *Anais do XXI Congresso de Iniciação Científica da UNESP*, São José do Rio Preto, SP.
- Sullivan, S. A., & Birch, L. L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, 93(2), 271-277.

- Taveras, E. M., Scanlon, K. S., Birch, L., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W., & Gillman, M. W. (2004). Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics*, 114(5), e577-e583.
- Theodoro, L. (2007). Sobrepeso e obesidade na síndrome de Down: estudo de fatores relacionados ao ganho de peso em adolescentes [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Thompson, J., & Thompson, M. (1988). Aspectos genéticos do desenvolvimento. *Genética Médica. 4ª ed.*, Rio de Janeiro: Guanabara.
- Thompson, M. W., McInnes, R. R., & Willard, H. F. (1993). *Thompson e Thompson genética médica*: Guanabara Koogan.
- Vectore, C. (2003). O brincar e a intervenção mediacional na formação continuada de professores de educação infantil. *Psicologia USP*, 14(3), 105-131.
- Vectore, C., Alvarenga, V. C., & Júnior, S. G. (2006). Construção e validação de uma escala de comportamentos mediacionais de educadores infantis. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(1), 53-68.
- Vectore, C.; Dechichi, C.; & Ferreira, J. M. (2010). *Unidade III – Mediação Pedagógica como estratégia de atuação junto aos alunos do AEE* [Apostila do Curso básico: Educação Especial e Atendimento Educacional Especializado]. Uberlândia: UFU, Universidade Aberta do Brasil e Instituto de Psicologia.
- Velarde Consoli, M. E. (2014). La teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein. *Investigación Educativa*, 12(22), 203-221.
- Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 26(1), p. 111-120.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C.I.I., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão bibliográfica *Alimentação Humana*, 15(1), 9-16.
- Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. (2013). VIGITEL 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
- Vygotski, L. S. (1989). A formação social da mente. *Psicologia*, 153, V631.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), 963-970.
- Wolff, M. S., Rhodes, E. T., & Ludwig, D. S. (2010). Training in childhood obesity management in the United States: a survey of pediatric, internal medicine-pediatrics and family medicine residency program directors. *BMC medical education*, 10(1), 18.
- Wolfenden et all, 2010. How use systematic reviews of child obesity interventions? *Obesity Reviews*, v.11, p. 159-165.

World Health Organization. (1968). *Organization of services of the mentally retarded.* Geneva: WHO. [Technical Report Series; 392]

ANEXO 1

Questionário Quantitativo de Freqüência Alimentar (QQFA)

Dados da Criança

Idade: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Local de _____ Nascimento:

Instituição _____ em _____ que _____ está _____ matriculada:

Dados do Respondente [genitor(a) ou responsável]

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Responda as perguntas seguintes de acordo com a sua alimentação habitual.

Seu filho (a) tem alguma necessidade especial? Sim () Não ()

Seu filho (a) tem algum problema de saúde? Sim () Não ()

Se sim, qual/quais?

Seu filho (a) tem alguma restrição alimentar? Sim () Não ()

Se sim, qual/quais?

Qual(is) o(s) alimento(s) favorito(s) de seu filho (a)?

Qual(is) o(s) alimento(s) que seu filho (a) não gosta?

Qual o sabor preferido de seu filho (a)?

() doce () azedo () amargo () salgado () picante

Qual o horário em que seu filho (a) tem mais apetite?

() manhã () inicio da tarde () final da tarde () noite

Seu filho (a) gosta de *fast foods*?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) tem o hábito de beliscar?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Se
sim,
o
que?

Seu filho (a) está acima do peso?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) está abaixo do peso?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) está com o peso adequado?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) come poucos tipos de alimentos?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) come a maioria dos alimentos que são servidos nas refeições familiares?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) ‘dá trabalho’ para comer?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) é enjoada para comer?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) come pouco?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Seu filho (a) tem um apetite voraz?

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **gosta de provar comidas novas e diferentes?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **está sempre pedindo por comida?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

Se sim, qual? _____

- Seu filho (a), **mesmo estando alimentada, aceita sua comida favorita?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **sente prazer em comer?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **toma refrigerantes durante as refeições?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **toma refrigerantes fora das refeições?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **come menos quando está feliz?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **come menos quando está entediado?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **come menos quando está irritado?**

() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim

- Seu filho (a) **come menos quando está cansado?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **come mais, quando está feliz?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **come mais quando está ansioso?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **come mais quando está entediado?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **come mais quando está preocupado?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **tem intolerância alimentar?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
Se sim, a qual alimento?

 - Seu filho (a) **tem alergia alimentar?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
Se sim, de qual alimento?

 - Seu filho (a) **come enquanto assiste à televisão?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **faz as refeições junto com a família?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - **Nossa família costuma fazer as refeições junta, ao redor da mesa?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - **Há discussões familiares no momento das refeições?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - **No momento das refeições, o “clima” é de tranquilidade familiar?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **pratica esportes?**
() seguramente não () creio que não () creio que sim () seguramente sim
 - Seu filho (a) **ingere...**

- c) Arroz e feijão juntos:
 1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes por dia 5 ou mais vezes por dia.
- d) Carne vermelha:
 1 vez por dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 5 ou mais vezes ao dia.
- e) Carne branca:
 1 vez por dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 5 ou mais vezes ao dia.
- f) Frituras:
 1 vez por dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 5 ou mais vezes ao dia.
- g) Refrigerantes ou bebidas industrializadas:
 1 vez por dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 5 ou mais vezes ao dia.

- **Você** ingere...
 a) Vegetais:
 1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes por dia 5 ou mais vezes por dia.
- b) Frutas (sem contar sucos):
 1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes por dia 5 ou mais vezes por dia.

- **Dos alimentos abaixo, marque com um X o que havia em sua casa na última semana, independente se você os consumiu ou não:**

- Banana
- Maça
- Melancia/Melão
- Mamão
- Mexerica
- Abacate
- Laranja
- Uva
- Limão
- Suco de Laranja
- Suco de Limão
- Suco de Caju
- Salada de frutas
- Batata
- Milho
- Ervilha
- Feijão
- Arroz
- Macarrão
- Alface
- Tomate
- Brócolis
- Couve

() Cenoura

Outras frutas: _____

Outros Vegetais: _____

Outras Folhas: _____

Outros Alimentos: _____

Obrigado pela contribuição!

ANEXO 2

Roteiro de entrevista com os pais/ responsáveis

Antes da Intervenção:

Como é o comportamento geral da criança?

Como são os momentos de alimentação da criança?

O que ela gosta de comer?

E o que ela não gosta de comer?

Ela aceita alimentos novos, que ainda não conhece?

Como acha que seria a alimentação ideal para sua criança?

Você acha que deveria mudar algo na alimentação da criança?

Você a incentiva a comer alimentos que ela não gosta? Como isto ocorre?

Você acredita por ter Síndrome de Down a criança precisa de uma alimentação diferenciada?

Como seria essa alimentação?

Após a intervenção:

Após a realização das oficinas, houve alguma alteração no conjunto alimentar? Se sim, quais?

Você acha que a alimentação da criança melhorou?

A sua criança experimentou novos alimentos? Há algum alimento que ela não comia e passou a comer? Se sim, quais?

Você acha que poderá dar sequência a essa reeducação alimentar?

Do que você aprendeu, você acha que pode te ajudar a melhorar a sua alimentação e a da criança?

Algo mais que gostaria de relatar?

ANEXO 3

Dados socioeconômico das famílias

| DADOS PESSOAIS | | |
|---|--|--|
| Nome adulto responsável: | | |
| Nome criança: | | |
| Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | idade: | |
| Cor/etnia: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> amarelo(a) <input type="checkbox"/> Indígena | | |
| Qual seu estado civil? | | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado/desquitado/divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> União estável | | |
| DADOS SOCIOECONÔMICOS | | |
| Onde e como você mora atualmente? | | |
| <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento, com sua família. | | |
| <input type="checkbox"/> Em casa ou apartamento, sozinho(a). | | |
| <input type="checkbox"/> Em quarto ou cômodo alugado, sozinho(a). | | |
| <input type="checkbox"/> Em casa de outros familiares | | |
| <input type="checkbox"/> Outra situação, qual? | | |
| A casa em que sua família reside é: | | |
| <input type="checkbox"/> Emprestada ou cedida <input type="checkbox"/> Própria financiada <input type="checkbox"/> Própria quitada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alugada | | |
| Com quem mora com você? | | |
| <input type="checkbox"/> Moro sozinho(a) | | |
| <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe | | |
| <input type="checkbox"/> Esposa / marido / companheiro(a) | | |
| <input type="checkbox"/> Filhos | | |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | | |
| <input type="checkbox"/> Outros Parentes | | |
| Quantas pessoas moram em sua casa? (incluindo você) | | |
| <input type="checkbox"/> Duas pessoas. | <input type="checkbox"/> Três pessoas. | <input type="checkbox"/> Quatro pessoas |
| <input type="checkbox"/> Cinco pessoas | <input type="checkbox"/> Seis pessoas. | <input type="checkbox"/> Mais de 6 pessoas |

| | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|---|
| Qual o principal meio de transporte que você utiliza? | | | | |
| <input type="checkbox"/> A pé/carona/bicicleta. | <input type="checkbox"/> Transporte coletivo. | | | |
| <input type="checkbox"/> Transporte escolar. | <input type="checkbox"/> Transporte próprio(carro/moto). | | | |
| Qual é a sua participação na vida econômica de sua família? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Você trabalha e é independente financeiramente. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Você trabalha, mas não é independente financeiramente. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Você trabalha e é responsável pelo sustento da família | | | | |
| <input type="checkbox"/> Você não trabalha | | | | |
| INFORMAÇÕES FAMILIARES | | | | |
| Você tem filhos? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? | | | | |
| Você RECEBE algum benefício? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. | | | | |
| Quem é a pessoa que mais contribui na renda familiar? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Você mesmo. | <input type="checkbox"/> Cônjuge /Companheiro(a). | <input type="checkbox"/> Pai. | <input type="checkbox"/> Mãe. | |
| <input type="checkbox"/> Outra pessoa. Qual? _____ | | | | |
| Qual a renda mensal de sua família? (considere a renda de todos os integrantes da família, inclusive você) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Até 02 salários mínimos. | <input type="checkbox"/> de 02 até 04 salários mínimos. | <input type="checkbox"/> Superior a 05 salários mínimos. | | |
| Quantidade de pessoas que vivem da renda mensal familiar (incluindo você) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Uma. | <input type="checkbox"/> Duas. | <input type="checkbox"/> Três. | <input type="checkbox"/> Quatro. | <input type="checkbox"/> Cinco ou mais. |
| Existe em seu grupo familiar membro portador de doença física ou mental que necessite acompanhamento terapêutico sistemático (comprovada por atestado médico)? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim. Parentesco: Qual doença? | | | | |

ANEXO 4

Recursos mediacionais produzidos para as oficinas



Figura 1: Pirâmide alimentar feita de feltro



Figura 2: Cartaz de combinados feito de EVA



Figura 3: Varal de receitas feito de EVA



Figura 4: Cardápio do dia feito de EVA



Figura 5: Réplica de alimentos de PVC utilizados nas oficinas



Figura 6: Réplica dos alimentos de PVC utilizados nas oficinas

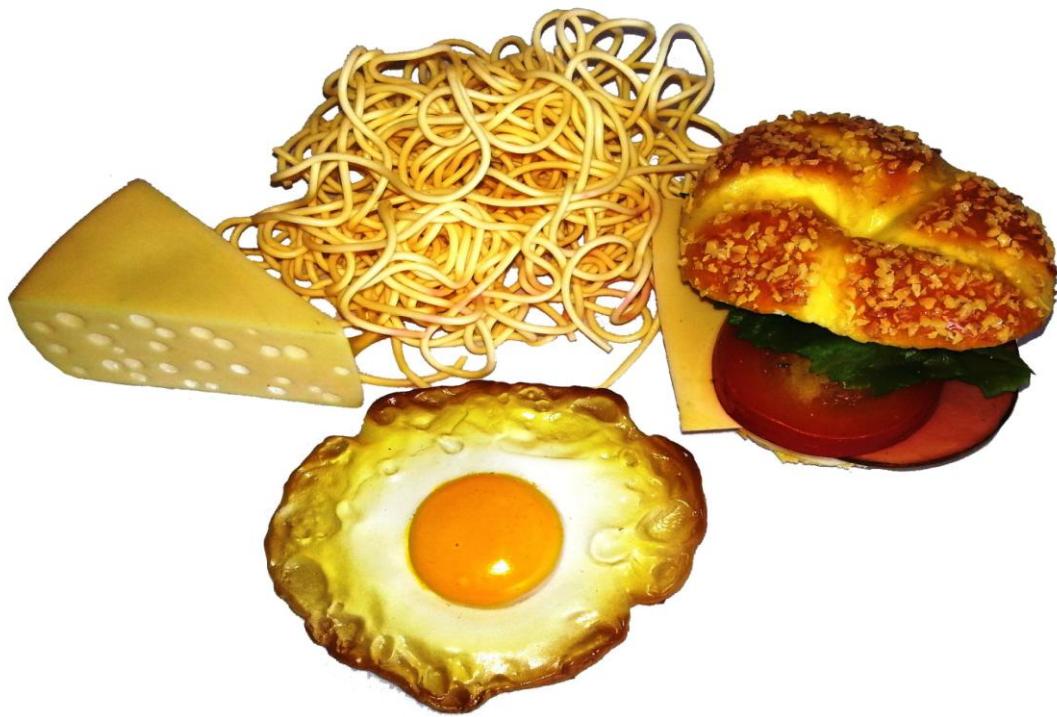


Figura 7: Réplica dos alimentos de PVC utilizados nas oficinas



Figura 8: Réplica dos alimentos de PVC utilizados nas oficinas

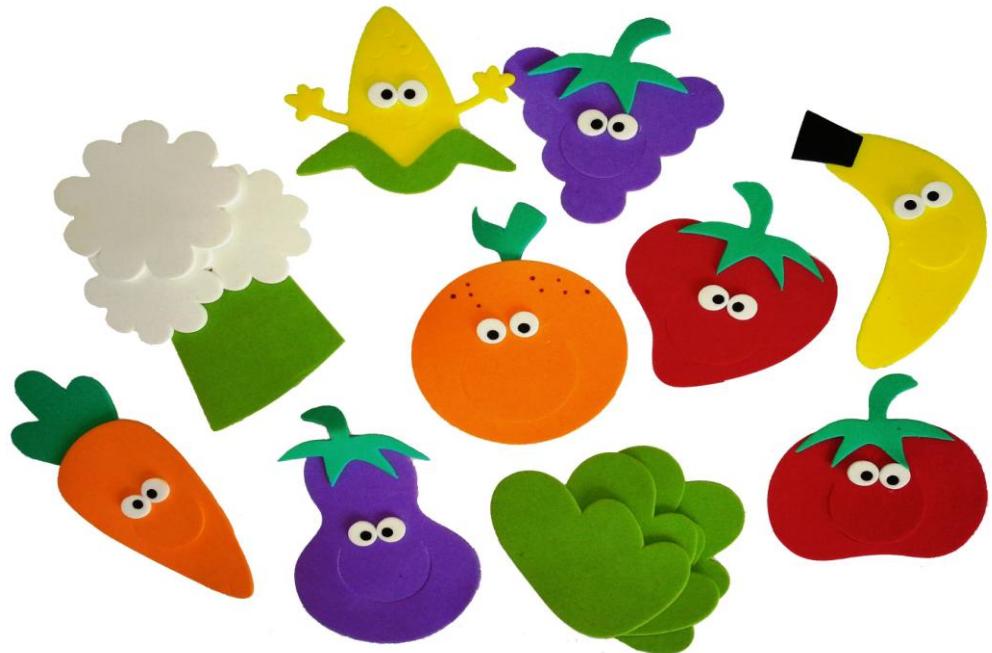


Figura 9: Réplica de alimentos feitos de EVA para as oficinas



Figura 10: Réplica de alimentos feitos de EVA para as oficinas



Figura 11: Réplica de alimentos feitos de EVA para as oficinas



Figura 12: Réplica de alimentos feitos de EVA para as oficinas



Figura 13: Réplica de alimentos feitos de EVA para as oficinas

APENDICE 1

OFICINA COM AS CRIANÇAS

Oficina 6:

Duração prevista: Aproximadamente 60min.

Objetivos: Mostrar que os alimentos são plantados e cultivados, falar sobre a importância da água.

Materiais

- Fantasias;
- Copos de plástico, algodão e feijão
- Alimentos do grupo dos carboidratos: macarrão, arroz, vários tipos de grãos;

Apresentação:

Contação das histórias: “Uma sopa 100% bruxesca” – de Magali LeHuche e “João Feijão” – de Sylvia Orthof.

Desenvolvimento:

Experimentar os alimentos que aparecem durante a contação das histórias.

Encerramento:

As crianças vão plantar um feijão no copinho com algodão. Será solicitado a professora que ajude as crianças a colocarem água nos feijões e acompanhar sua germinação. A atividade será mediada através dos critérios estabelecidos pelo programa MISC.

Transcrição – Oficina 6

Nesse dia a mediadora/pesquisadora propôs contar uma estória de uma bruxa que gostava de cozinhar. Para isso, ela se vestiu de bruxa e levou alimentos fictícios para mostrar às crianças. Estavam presentes além da mediadora/pesquisadora e sua auxiliar, a professora das crianças, a educadora e a psicóloga da APAE. Além disso, apenas 4 crianças compareceram, todas do sexo feminino.

A mediadora pediu para que todas as crianças ficassem sentadas em um tapete que estava no chão, e estas se mostraram curiosas e atentas à pesquisadora enquanto essa iniciava a atividade, dizendo: “Hoje eu vou contar uma estória de uma bruxa que sabe cozinhar... nossa, eu adoro cozinhar! Quem aqui gosta de fazer comida?”. A professora que também estava presente nesse dia, perguntou à uma das crianças: “Você gosta de fazer comida M. C.?”. A criança respondeu fazendo um gesto de “não” com a cabeça. A. C. e V. se empolgaram fazendo gestos e barulhos. Enquanto a mediadora foi se vestir de bruxa, as crianças ficavam observando atentas a porta do banheiro, onde ela entrou.

Enquanto esperavam, a professora interagia com as crianças, contando-as que a bruxa tem um nariz grande, e perguntando a cada uma onde estavam seus narizes. Ao serem questionadas, algumas das crianças apontavam seu próprio nariz. Quando a mediadora voltou, perguntou às crianças: “Olha aqui meu nariz que grande. Quem tem nariz grande assim? Quem tem um narigão desse tamanho?”. A professora responde: “Só a bruxa!” A mediadora pergunta novamente: “Só a bruxa que tem um narigão desse tamanho?”. M. C. responde fazendo gestos, sons, e mandando beijinhos para a mediadora fantasiada.

A mediadora inicia a estória: “Olá pessoal, tudo bem com vocês? Quem é aqui que já viu uma bruxa de verdade? Você já viu?” pergunta para M. V., que responde singelamente com um gesto de “sim” feito com a cabeça. “Você já viu? Então pega aqui no meu nariz” diz a mediadora. M. V. rejeita, mas ao convidar M. C., ela aceita tocar o nariz grande (cenográfico). A. C. também rejeita, e V. além de tocar, puxa o nariz. A mediadora então continua a estória “Eu sou uma bruxa que gosta muito de fazer comida. Eu adoro cozinhar, mexer bastante, especialmente nos dias assim muito quentes, que tá muito calor! Hoje tá muito calor, não tá? Quem aqui tá com calor?” A. C. e M. C. respondem com gestos. “Quando está muito calor eu fico com muita vontade de cozinhar” exclama a mediadora. As crianças se animam fazendo barulhos.

“Eu gosto de cozinhar bastante, mas sabe o que acontece?” continua a mediadora, abrindo o livro da historinha e mostrando as ilustrações às crianças. “Aqui é a minha casa, é aqui que eu cozinho, faço muita comida aqui, só que de repente eu fui ver e não tinha nada na minha dispensa. Vocês querem ver como estava vazia? Olha só, cadê? Não tem comida aqui. Está vazia!” diz a mediadora, mostrando à elas uma panela vazia (real). Ela continua: “Olhem só, está vazia, e agora, como eu faço? Ahhhh, eu já sei o que eu vou fazer, sabe o que? Aqui pertinho sabe o que tem? Eu vou dar um pulinho lá na casa sabe de quem? Eu vou dar um pulinho lá na casa da vovó, sabe por que? A vovó tem uma grande plantação de cenoura!” exclama a mediadora, mostrando novamente a figura do livro para as crianças. “Ela tem uma plantação muito grande de cenoura, e aí como eu não tenho nada, eu vou lá na plantação da vovó buscar cenoura. Esperem um pouquinho” diz a mediadora, que vai até a mesa e pega algumas cenouras cenográficas, e mostram para as crianças dizendo: “pronto, olha aqui, eu trouxe agora muitas cenouras pra gente poder fazer a nossa comida. Olha que delícia! Quem aqui gosta de cenoura?”. As crianças continuam observando atentamente. A mediadora então pega uma caixinha de isopor com algumas cenouras cruas e picadas que havia levado, e dá um pedacinho para cada criança. Ao entregar para a primeira criança, essa pega, mas continua observando a mediadora. Esta então diz: “é pra comer!”. A professora incentiva: “Come M. V., é gostoso!”. A mediadora pega um pedaço de cenoura e come. Pega outro pedaço e oferece para M. C., que rejeita. Oferece então para A. C. e para V., que pegam e já colocam logo na boca. A mediadora volta e insiste com M. C., que continua rejeitando a cenoura. Natália então continua: “Que cenoura gostosa! Então, eu fui lá na casa da vovó e peguei na horta dela cenoura, mas só cenoura?” Nesse momento, M. V. pega a caixinha com cenouras e

derruba todas no chão. Natália pega tudo e coloca novamente na caixinha, e continua: “Agora eu já tenho cenouras pra fazer o que? A minha comida. Mas eu vou fazer comida só com cenoura? Ah não, só cenoura não, precisa de mais coisa não precisa?”

M. C. faz gestos de “tchau” com a mão para a mediadora. Esta retribui o gesto e continua: “O que mais será que eu posso por aqui na minha comida? Ahh, já sei, sabe onde eu vou agora? Eu vou lá na casa do lobo, esse moço aqui” e mostra mais uma vez a ilustração do livro de estórias. “Eu vou na casa desse moço grande aqui sabe por que? Lá na casa dele tem sabe o que? Macarrão. Tem macarrão nessa casa, quem gosta de macarrão?” pergunta a mediadora. As crianças permanecem atentas, mas não respondem. Ela então continua: “Então esperem aí que eu vou lá na casa dele buscar macarrão.” A mediadora vai até a mesa e pega a outra caixinha que havia levado com macarrão cozido, e fala: “Hmmm, quanto macarrão eu consegui! Olha só, que legal! Então agora eu vou por aqui na minha panela o macarrão (coloca o macarrão artificial). Agora então eu já tenho pra fazer a minha comida o macarrão e a cenoura. Quem aqui gosta de macarrão?” A. C. aponta para sua boca, mas as outras crianças não respondem. A mediadora pega o macarrão e dá para M. V., perguntando: “Você gosta de macarrão?” A criança pega o macarrão e coloca na boca. Natália tenta dar macarrão para M. C., porém mais uma vez ela rejeita. Ela então oferece macarrão para A. C. e V., que pegam e colocam na boca. A mediadora diz: “Hmmm, que delícia de macarrão!” e tenta mais uma vez oferecer o macarrão à M. C. Dessa vez a criança pega e experimenta.

A mediadora então continua a estória: “Agora isso aqui está ficando bom, porque já tem macarrão e já tem cenoura pra minha comida, hmmmm, mas eu acho que ainda tá faltando alguma coisa. O que será que tá faltando? Eu vou procurar mais um pouquinho e vou lá na casa do lenhador.” M. C. se levanta, mas a professora a coloca sentada novamente. A mediadora mostra mais uma vez o livro para as crianças e diz: “Olha só o lenhador indo trabalhar, tá vendo? E lá na casa do lenhador tinha uma outra comida. Sabe o que que tinha na casa dele?” A. C. responde fazendo um gesto de “sim” com a cabeça. Natália continua: “Tinha uma comida muito gostosa”, se levanta e pega a próxima caixinha que havia levado, dizendo: “Tinha o milho verde. Hm... muito gostoso esse milho. Aí eu que sou bruxa falei assim: Ai meu Deus, finalmente uma comida de bruxa, toda descabelada!” diz a mediadora, mostrando um milho fictício para as crianças. “Não parece uma comida de bruxa?” continua Natália: “Aí eu fui lá na casa do lenhador e peguei o milho verde pra colocar na minha comida. Hmmm, essa comida tá parecendo que tá ficando muito gostosa hein. Tem cenoura, macarrão, milho verde... Que delícia! Quem vai querer comer esse milho verde que tinha na casa do lenhador?”. A mediadora pega a outra caixinha que havia levado com milho verde cozido e oferece às crianças. Dessa vez, V. é a única que aceita experimentar.

Natália continua a estória: “Aí eu disse: bom, acho que agora está bom de ingrediente. Agora eu vou fazer aqui a minha comida... hmm... de repente, com esse meu narizão grandão eu senti um cheiro muito gostoso, hmm, que delícia essa comida! Ela ficou muito gostosa! Quando eu vou comer a minha comida, quem é que chega na minha porta? Sabe quem era? A chapeuzinho vermelho, porque ela foi procurar a cenoura da casa da vovó. Ela bateu na minha porta e disse: bruxa, onde estão as cenouras da minha vovozinha? E eu disse assim: ah, eu já fiz a sopa, agora não tem mais jeito! Então, o que eu posso fazer pra você? Dar um pouquinho pra você comer dessa sopa. Aí a chapeuzinho vermelho comeu um pouco da sopa dessa bruxa.” Nesse momento as crianças permanecem quietas prestando atenção na estória. A mediadora continua: “Hm... nossa, bruxa, que delícia essa sopa sua, está muito gostosa! E aí a chapeuzinho saiu correndo muito forte porque o lobo estava atrás dela e ela precisava fugir. Então ela correu, correu, correu tanto que a bruxa falou: nossa, essa sopa

está cheia de vitaminas, por isso que ela ficou assim, rápida e forte. De repente, quando a bruxa ia de novo tentar comer a sua comida... (toc toc toc) quem está batendo na minha porta? Ah, agora sim, era o gigante, um homem grande que tinha ido lá procurar pelo macarrão da sua casa. Aí a bruxa falou: ah não, o macarrão eu já pus na sopa, não tem mais jeito. Olha aqui, esse é o moço” diz a mediadora, mostrando as ilustrações do livro para as crianças. “Ele foi ver a bruxa todo cheio de criancinhas no bolso porque ele tava com fome. Mas a bruxa deu pra ele a sopa e ele comeu comeu comeu até que ele desistiu de comer as criancinhas e foi embora. De repente, (toc toc toc), quem de novo está batendo na minha porta? Ahh, agora é o lenhador, porque eu fui pegar na casa dele o milho verde... mas não era o lenhador, era um menino, o filho dele, olha só (a mediadora mostra o livro às crianças) ele foi lá na casa da bruxa perguntar se ele tinha visto as pedrinhas do caminho. A bruxa falou: pedrinha não vi, mas eu tenho aqui na minha casa uma sopa gostosa, você quer? E o menino falou: ai não, não não, sopa eu não como. A bruxa muito brava disse: ahnn? Como assim sopa você não come?” A mediadora então pergunta à todas as crianças se elas já comeram sopa. A. C. responde fazendo um gesto de “sim” com a cabeça, e M. C. responde com um gesto de “não”. V. e M. V. não responderam com nenhum gesto.

A mediadora continua a estória: “O menino nunca tinha comido sopa. A bruxa então falou: você não pode falar que você não gosta, se você nunca comeu, você tem que experimentar, e depois é que você pode falar se você gosta ou não. A bruxa então deu pra ele um potão de sopa. Ai meu Deus, eu vou ter que comer essa sopa se não essa bruxa vai me transformar num sapo. De repente, ele ficou tão grande mas tão grande, cresceu tanto mas tanto, que ele conseguiu enxergar lá do alto o caminho de volta para a sua casa. Nossa, essa sopa é realmente nutritiva hein, fez o menino ficar muito grande.” As crianças continuaram atentas e prestando atenção, apenas M. C. fez alguns sons.

A mediadora continuou: “De repente, acabaram-se as visitas. Agora eu vou comer a minha sopa. Será que eu consigo? Vou tentar... nham nham nham... nossa, essa sopa é mesmo milagrosa! Ela fez com que eu deixasse de ser bruxa e virasse princesa! (A mediadora tira o chapéu e o nariz de bruxa e guarda.) Nossa, que sopa milagrosa!” Nesse momento, A. C. e V. fizeram cara de espanto. V. se levantou e deu um abraço na mediadora. M. V. também se levantou e foi até à mediadora, para verificar o que tinha na panela. A mediadora continuou “Foi essa sopa que eu comi que fez tudo ficar tão gostoso!”. V. pegou o chapéu da bruxa e o nariz que estava dentro. A mediadora diz: “Vocês gostaram da estória? Hmm, porque agora a gente vai outros personagens. A mediadora pega um copo com terra e um saco de feijão. Você sabe o que é isso A.C.?” diz Natália, mostrando um saco de feijão para as crianças. Nesse momento elas se levantam, mas voltam a sentar e continuam prestando atenção. “Então vou mostrar pra vocês, isso aqui é um feijão. Vocês já plantaram feijão? Então vocês sabem que quando a gente coloca o feijãozinho aqui (mostra um pote com terra) o que que acontece? Nasce um pé de feijão. Quem vai plantar? Vem plantar A. C.” A. C. se levanta, pega o feijão que é oferecido pela mediadora e coloca no pote. “Vem M.C.” diz a mediadora. A criança se levanta, pega o feijão e coloca no pote. M. V. e V. fazem a mesma coisa. Muito bem, olha só vocês já sabem plantar um feijão, hein, que beleza!!!! Natália diz: “Agora sabe o que vai acontecer? Vai nascer um montão de feijão aqui. Mas sabem o que precisa para o feijão nascer? De água. Sem água o feijão não nasce. Só que olha esse feijão aqui (e começa a apresentar o livrinho com a historieta do João, o pé de feijão), ai meu Deus do céu eu to sem água! E agora, como eu vou fazer? Eu preciso muito de água para que eu possa crescer. Então o que que eu faço quando eu preciso de água? Eu chamo a chuva! Ô chuva, vem aqui, chove em cima do meu feijão! Olha aqui M. C., é a chuva que a gente chama não é?” A criança responde fazendo um gesto de “não” com a cabeça. A. C. nesse momento fica um pouco

agitada, se mexendo, enquanto V. e M. V. continuam atentas, a mediadora pede para elas ajudarem a chamar a chuva “vamos lá me ajudem, vem chuva”. A mediadora faz um gesto de chamamento com a mãe no que todas as crianças repetem.

Natália continua: “Tem que chover aqui no meu feijão para o meu feijão crescer forte. Mas a chuva não veio, e o feijão quase morreu. Ai meu Deus do céu, eu vou morrer de sede, a água não vem, o que eu posso fazer? Já sei, eu vou pedir pro passarinho ir avisar que precisa chover! Será que o passarinho foi avisar? Você já viu um passarinho M. V.?” A criança não responde. “Olha aqui o passarinho, que bonito! Passarinho, vai lá no sino da igreja e toca o sino pra avisar que a chuva precisa chegar!” A mediadora então pega um passarinho de borracha e mostra para todas as crianças. V., A. C. e M. V. tentam pegar o bichinho. M. C. fica só olhando. A mediadora segue com a estória: “Se a chuva não chegar, não tem jeito de eu crescer. Nossa, então quer dizer que precisamos de água, muita água, para que a gente possa crescer. Sem água o feijão não cresce. E o passarinho foi lá, voou, voou, bem longe, e bateu no sino, pro sino chamar a nuvem. Nuvem do céu, toda branca e bonita, carregada de água, chove chuva, chove chuva. De repente, (xuá, xuá) veio um monte de água e veio aqui dentro. Olha só que legal! Agora sim o feijão cresceu. Bem-vinda água, muito bem-vinda.” A mediadora então solta o passarinho no chão, e M. C. o pega para mostrar para as outras crianças.

A mediadora pega uma garrafinha com água e começa a jogar no feijão que as crianças colocaram no copo com terra. “Agora sim, choveu. Então agora esse feijão vai crescer, vai crescer muito e vai ficar grande, e quanto mais água ele tiver, maior ele vai ficar. E aí o que a gente vai fazer com esse feijão que vai crescer? A gente vai comer!” A mediadora faz um sinal de comer com a mão, e então A. C. a imita e diz bem baixinho: “papar”. A mediadora segue: “Papar, muito bem! A gente vai papar esse feijão. Quem aqui já comeu feijão?” As crianças não respondem. “Esse feijão aqui” segue Natália, “é aquele que tava plantado lá naquele potinho, e porque choveu muito ele ficou grande e gostoso!” A mediadora então pega mais uma caixinha que havia levado com feijão cozido e se ajoelha perto das crianças. A. C. se levanta para ver o feijão, e logo senta novamente. “Hmm, quem vai experimentar o feijão que cresceu?” diz Natália, oferecendo o feijão para A. C., que abre a boca e experimenta. Em seguida, a mediadora oferece para as outras crianças, que também experimentam. Ela então continua “Nossa, esse feijão ficou gostoso, não ficou A. C.?” A criança então responde fazendo um gesto de “sim” com a cabeça, e coloca a língua para fora. “Você quer mais?” pergunta Natália. A criança faz então um gesto de não com a cabeça e uma singela careta, e aponta seu dedinho para M. V. A mediadora pergunta a ela: “Você quer mais M. V.? Esta responde com um gesto singelo de “sim” com a cabeça, e então Natália oferece à ela um pouco do feijão. “Você quer mais M. C.?” continua Natália. M. C. não responde, mas quando a mediadora a oferece, ela abre a boca para comer. Logo depois de servir M. C., A. C. aponta para V. e faz um barulho. A mediadora então pergunta: “E a V., será que ela quer mais?” A criança também abre a boca para experimentar mais um pouco.

“E a A. C., quer mais?” Pergunta a mediadora. Ao oferecer o feijão, a criança prova outra vez. “Que delícia de feijão!” exclama a mediadora. “Quando eu estiver lá na minha casa, a A. C. na casa dela, a M. C. na dela, a V. na dela e a M. V. na dela, a gente vai comer o quê? Muito macarrão, muito milho, muita salada, sopa e feijão. Não é?” A. C. responde com um singelo gesto de “sim” com a cabeça, e M. C. coloca a língua para fora e aponta para ela, a fim de comer mais um pouco do feijão que ainda estava na mão da mediadora. “Você quer mais?” Pergunta Natália. “Hmm, muito gostoso esse feijão!”. A mediadora oferece mais um pouco de feijão para M. C., e logo após ela aponta para A. C. “Quem mais quer? Você quer mais?”

pergunta Natália para A. C., que responde com um gesto de “sim” feito com a cabeça. A mediadora então oferece mais um pouco de feijão para a criança. M. V. também mostra a língua e aponta para ela, pedindo mais. A mediadora oferece mais uma vez para V. e M. V. “Esse feijão faz a gente ficar muito forte, grande, e quando eu vou correr, quando eu vou nadar, eu sei nadar muito bem e eu corro muito rápido, só porque eu como feijão, sabia?” diz a mediadora.

“A gente vai agora fazer um feijãozinho pra crescer aqui na sala de vocês, com ajuda da tia D. e da M. (educadora). A gente vai fazer um feijão pra crescer aqui, pra vocês verem como é que cresce um pé de feijão.” diz a mediadora. Nesse momento, as crianças ficam atentas, e M. C. faz gestos e barulhos para a educadora, se mostrando empolgada. Natália continua: “então a gente vai pegar um copinho, olha só, será que a gente vai conseguir fazer um pé de feijão? A gente vai pegar um copinho, um algodãozinho e vamos colocar dentro do copinho, vocês estão vendo?! (depois ter mostrado como faz a mediadora entrega um copinho e depois um pedacinho de algodão para cada crianças). Agora vou colocar água. Será que molhou? Põe o dedinho para você ver” diz a mediadora para A. C., que coloca o dedinho no algodão molhado. A mediadora então pede para que cada uma das crianças coloquem o dedo no copinho com o algodão molhado, afim de que as crianças percebam se realmente estava molhado. “Agora que a gente tem o algodãozinho molhado, a gente vai por o feijãozinho. Aí a gente vai pegar então dois feijões, três feijões e vai deixar eles bem aqui no algodãozinho.” diz Natália, que coloca os feijões no copinho e oferece os feijões para que cada criança coloque no seu copinho. A mediadora continua: “Aí a gente vai ver se esse feijão vai crescer, só que tem que colocar água nele todo dia. Combinado? Você vai colocar água nele M. C.?” que aponta para o copinho na mão da mediadora. Esta faz a mesma pergunta para as outras crianças.

V. se levanta outra vez para colocar o dedo no copinho outra vez. A mediadora permite, e diz: “Eu vou colocar o feijãozinho aqui, porque aqui (na janela da sala) ele toma sol, aí ele cresce bonito, tá bom? Combinado pra cuidar do feijão? Combinado! Êêê, beijo!” M. C. bate palmas, V. a acompanha e as outras crianças ficam apenas observando. Fim da sessão.

APENDICE 2

Encontro com os pais

Oficina 6.

Duração da oficina: Aproximadamente 60min.

Objetivos:

Aprender sobre os critérios mediacionais.

Descobrir como as atividades lúdicas podem contribuir para um hábito saudável.

Será apresentado para os pais jogos lúdicos, que, seja possível brincar com as crianças e ensiná-las ao mesmo tempo sobre a alimentação saudável.

Conversaremos sobre métodos para que seja estimulante e gratificante o comer bem (ex. levar as crianças a feira, conhecer hortas, levar ao supermercado, deixar elas ajudarem na preparação da comida, fazer comidas divertidas, pedir a opinião delas para o lanche, aprender receitas como bolo de abóbora ou de cenoura, torta de espinafre, entre outras.).

Lembrar a importância dos exercícios físicos.

Rever conteúdos apresentados anteriormente como a Pirâmide alimentar e o My Plate

A atividade será mediada através dos critérios estabelecidos pelo programa MISC.

Transcrição – Encontro Pais 6

Participantes:

N: Natália

M: Mãe não identificada

Jo.: Mãe da M.C.

A.: Mãe da A.C.

M.F.: mãe da V.

Esse encontro foi diferente. A diretora da Instituição pediu para realizar uma palestra sobre alimentação com os pais da educação infantil e fundamental, pois eles estão com muitos casos de obesidade ou de crianças que só comem arroz, os lanches que os pais mandam é praticamente só bolacha recheada e sucos ou achocolatados de caixinha. Então convideis as mães que já participam do grupo e a escola mandou convite para os pais das crianças da educação infantil e ensino fundamental.

N: Acho que a maioria aqui me conhece, mas pra quem não me conhece, meu nome é Natália, eu sou psicóloga, estou fazendo mestrado e o assunto do meu mestrado é sobre como aprender a nos alimentar, e como essa alimentação pode interferir no desenvolvimento, no caso da minha pesquisa, das crianças com síndrome de Down. Mas o que tenho aprendido vale para todos nós, com ou sem síndrome de Down. Então, desenvolvimento a gente pode pensar tanto em termos de desenvolvimento físico, e a gente pode pensar em desenvolvimento cognitivo, o raciocínio, né? A alimentação interfere nesse desenvolvimento, a gente acha que não, que só interfere no peso, na estética, mas não, a alimentação interfere especialmente na idade dos filhos de vocês, de zero a sete, especialmente de zero a sete que é a fase de desenvolvimento, a fase em que especialmente as conexões sinápticas, que é as conexões entre nossos neurônios, estão a todo vapor. Quanto mais conexão entre os neurônios a gente tem, melhor é nosso raciocínio. E a alimentação interfere nisso também, porque existem tipos de alimentos que ajudam, que estimulam as conexões e tem alimentos que não estimulam essas conexões, elas vão acontecer, mas pode ser de forma mais devagar ou mais rápida, interferindo no desenvolvimento da nossa inteligência também. Antes de continuar, eu vou querer que vocês se apresentem e falem quem é filho, neto, tio, se é vó, se é mãe e quem é a criança que está aqui na instituição pela qual vocês são responsáveis. Pode ser?

Tinha em torno de 30 pessoas, entre mães, tias, irmãs, avós, e apenas um pai. As mãe do grupo de pesquisa estavam todas presentes.

N.: primeiramente então vamos conversar um pouco sobre o aprender, porque disso agente pode aprender sobre alimentação, que é o assunto de hoje, mas também pode aprender sobre qualquer outro assunto. As vezes agente acha que para aprender basta a gente ter contato com o conhecimento. Através da visão, da audição, do tato, do olfato e do paladar. Os nossos sentidos de fato nos colocam em contato com o mundo, mas não basta isso para aprendermos. Precisamos que o que entramos em contato com nossos sentidos faça sentido para nós, faça parte de nossas necessidades e do nosso dia-a-dia. Cultura por exemplo, não se aprende só pelos sentidos, tem significado. Por isso não basta expormos as nossas crianças em contato com as coisas do mundo precisamos mediar esse conhecimento. E o que mediação? A mediação é uma interação de qualidade, em que o mediador esteja totalmente envolvido com o processo de aprendizagem e com o seu mediado. Mas essa mediação de qualquer jeito, conforme cada professor acha mais correto. Ela tem critérios para que essa aprendizagem seja de fato uma aprendizagem efetiva e de qualidade. Esses critérios nós chamamos de critérios mediacionais. E vocês devem estar se perguntando, mas porque ela está falando isso pra gente? Não sou professor, ou educador? Mas sou pai, mãe, tia, avó, irmã, prima, vizinha... todos nós temos o papel de educar as crianças que fazem parte de nossa família ou que convivemos. E é bem fácil, aprendermos quais são esses critérios porque eles tem uma lógica, não precisa decorar, apenas entender.

Nós vamos conhecer aqui 5 dos critérios de mediação:

- 1- Intencionalidade e reciprocidade: este é o primeiro dos critérios pois a criança para entender o que está sendo ensinado precisa entender o que é, para que ele está aprendendo. É preciso deixar claro qual é a nossa intenção em ensinar aquele conteúdo.
- 2- Mediação do significado: o conteúdo apresentado precisa fazer sentido para a criança, se relacionar com sua realidade, ter ressonância em seus interesses, para isso é importante que este conteúdo também tenha afetividade.
- 3- Mediação do sentimento de competência: a criança precisa acreditar que é capaz de aprender e para isso precisamos mostrar o quanto ela já aprendeu, como tem tido sucesso nesse processo. Ela precisa perceber o quanto já desenvolveu e que pode desenvolver ainda mais.
- 4- Mediação da autorregulação e do controle do comportamento: não basta apenas a criança ouvir, ela tem que fazer, ela deve ser capaz de sozinha colocar em prática o conteúdo daquela mediação.
- 5- Transcendência: talvez um dos conceitos mais importante e que mais falte nas escolas. É preciso que a criança consiga associar e utilizar o conhecimento adquirido em várias situações de sua vida, e não só na sala de aula. Por exemplo, se a criança aprende a somar, não é apenas para fazer contar e tirar nota em matemática. Ela precisa disso para ir ao supermercado, para contar, para aprender a trabalhar com dinheiro, para pagar conta, receber troco e uma infinidade de utilidade que esse conhecimento possa ter.

Esses são os critérios que devemos sempre utilizar quando quisermos ensinar algo realmente efetivo para nossas crianças. O que vocês acharam:

A.: No começo parece difícil né, mas depois que vocês explicou ficou bem óbvio mesmo, e se formos pensar são coisas do dia-a-dia, só precisamos ficar mais atentos.

Jo.: Acho difícil, quando vi, já não lembro disso e perco a paciência com a M.C.

N.: Mas é um exercício, que de tanto agente praticar vira um hábito. E eu vou entregar para vocês uma folha com esses critérios, o que significam e um exemplo para facilitar nossa compreensão, ok? (a pesquisadora entrega essa folha para os participantes).

N.: Agora como agente pode utilizar essa mediação para aprender hábitos saudáveis de alimentação? Utilizando esses critérios nos momentos que formos oferecer o alimento as crianças, no momento de alimentação em família, no momentos de ir ao supermercado, feiras... até no momento de brincadeiras. “Brincar é a melhor forma de aprender, sabiam? Eu trouxe aqui alguns jogos comuns, um jogo de tabuleiro, um dominó, um jogo de memória... Olhem só.

M.: nossa olha só domino com desenhos de frutas.

N.: Então trouxe alguns exemplos de jogos tradicionais adaptados para trabalhar a alimentação. Vou passar pra você manusearem, ok?

N.: nas oficinas que fiz com as crianças da estimulação precoce, foi muito interessante porque a gente trouxe para os filhos de vocês uma coisa muito importante que é o lúdico e a alimentação, a gente fez oficinas de historinhas, a gente pegava alimentos de plástico, desenhos de E.V.A., se era história de bruxa a gente vinha de bruxa, se era de vovó a gente vinha de vovó, e a gente contava essa história mostrando os alimentos, então quando era uma história de sopa de legumes eu trazia todos os ingredientes de uma sopa de legumes pra eles

experimentarem, então chuchu, tomate. E na oficina quase todos experimentaram, não foram todos porque alguns tiveram dificuldade. A M.C. experimentou tudo, o P. também, experimentou tomate, experimentou quase tudo, teve uma coisa só que não.

N.: Aqui no slide também vou mostrar algumas atividades super fáceis de adaptar.

M1: Meu filho não come nem fruta, nem verdura, ele gosta só gosta do que faz mal. Arroz, feijão e fritura, banana frita, *tequitos*, salsicha, bolacha, pão de queijo.

N: Então ele vai precisar de socorro! Eu vou falar um pouquinho hoje e alguma coisa a gente vai pensar, e depois que a gente terminar se você quiser me esperar pra gente conversar um pouquinho.

N: Mas precisamos falar da alimentação propriamente dita também, para relacionarmos com tudo isso que conversamos até agora. Alguém aqui tem TV a cabo? (poucos pais levantaram a mão), então para quem tem TV a cabo no GNT, canal 41, passa um programa que chama “Socorro, meu filho come mal”, alguém já ouviu falar?

M.: na Sky acho que 40 o GNT.

N.: É o programa de uma nutricionista que tem o suporte de uma equipe por trás, inclusive também uma psicóloga, e essa nutricionista vai na casa de alguma família que pediu socorro porque o filho não está se alimentando, e isso pode ser de várias formas: come muito, mas come só arroz ou coma muito pouco, ou não coma nada de verdura ou não se senta à mesa, não tem refeição tranquila, são várias coisas, aí essa nutricionista vai atender essa família e faz um plano de socorro pra ela. É bem interessante, quem puder assistir é muito legal. Mas aí eu acho que vocês devem estar se perguntando né, uma coisa que eu me perguntei quando eu comecei a pensar nesse tema: por que uma psicóloga vai trabalhar alimentação saudável? É muito mais fácil uma nutricionista, uma médica pediatra ou endocrinologista trabalhar com a criança que ela atende né. Por que uma psicóloga, que cuida da mente, vem aqui falar pra vocês cuidarem do corpo? E aí que a gente entra, a nossa mente ela é nosso corpo, as duas são uma interface, o que a gente sente e o que a gente pensa interfere no nosso corpo, e o que a gente oferece pro nosso corpo também interfere nas nossas atitudes, nosso comportamento e nos nossos sentimentos. Tanto é que a gente sabe quantos distúrbios, não vou entrar nisso porque não é nosso caso aqui hoje, mas quantos distúrbios de alimentação a gente não tem? Anorexia, bulimia, obesidade mórbida. Tá acontecendo muito das pessoas fazerem redução de estômago, porque não tem controle da alimentação. Porque a pessoa precisa chegar ao ponto de precisar de um procedimento cirúrgico pra tirar um pedaço do estômago? Se a gente for pensar, é muito mais uma dificuldade mental, emocional, do que uma dificuldade física. Porque eu acho que se todo mundo aqui, a maioria, com muita dificuldade resolver fazer um regime, perder 2 ou 3kg, vai ser muito difícil, muito esforço, vai ter dia que a gente não vai conseguir. Mas quem chega a esse procedimento é porque não consegue, não tem essa vontade firme o suficiente pra conseguir reduzir a alimentação. Tô excluindo aqui gente, problemas realmente genéticos, como a tireoide, existem algumas coisas que interferem muito. Tô falando de uma pessoa saudável, que não tenha nenhum problema grave de saúde. Então, a nossa alimentação é resultado de três coisas muito importantes: o social, a nossa alimentação aqui no Brasil é completamente diferente da alimentação do pessoal nos Estados Unidos, que é completamente diferente da alimentação do pessoal da Europa, então a cultura interfere na nossa alimentação, tanto é que a gente tá começando a ter muitos problemas de obesidade, e é por isso que a gente veio conversar aqui, porque a gente tá trazendo da comida americana os *FastFoods*, só que com a diferença enorme de que nos Estados Unidos eles não

têm a possibilidade enorme de plantação que a gente tem. E outra, a gente tá copiando uma coisa que não é boa, porque os Estados Unidos é o país com maior número de população obesa do mundo. Então toda vez que a gente for comer uma comida que a gente vê que é por influência de lá, a gente para pra pensar. Os enlatados, os sucos de caixinha tudo veio de lá. Uma cultura rápida, de pessoas que trabalham muito e que precisam dessa comida rápida, sem pensar muito nos nutrientes que essa comida tá trazendo pra gente, de bom ou de ruim. Então é importante a gente pensar nisso. E com a mudança das nossas relações, vamos pensar, mais ou menos uns cinquenta ou sessenta anos atrás, as mulheres não trabalhavam, a gente começou a ser inserida no mercado de trabalho, muito lentamente, no pós-guerra, 1942, 1945, foi quando as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho. Hoje, a maioria de nós, trabalha. Algumas até falaram aqui “deixei de trabalhar, mas sempre trabalhei. Depois que nasceu meu filho, optei por não trabalhar”, mas a maioria aqui acabou indo pro mercado de trabalho uma hora ou outra e isso faz com que a gente tenha menos tempo em casa, não consiga fazer almoço e a opte alimentação pronta e rápida. Essa saída da mulher de casa para o mercado de trabalho está posto, ninguém pensa em sair do emprego, porque a renda que as mulheres contribuem em casa é fundamental. A maioria dos nossos maridos não conseguem sustentar uma casa sozinha e se conseguem é com muita dificuldade. Então, a gente tem que pensar no que a gente tá comprando pra levar pra casa, porque muitas vezes não vai dar tempo de eu fazer, mas será que tem jeito de eu pensar nisso de uma forma mais saudável? Porque é o que eu falei, o desenvolvimento tem três etapas: o desenvolvimento físico, o social e cultural, cognitivo. E a alimentação interfere nos três. Se eu tiver uma alimentação muito pobre em vitaminas, vegetais e muito ricas em carboidratos, prejudica tanto meu desenvolvimento físico, como mental. Aí a gente pensa por que existem pessoas mais inteligentes e menos inteligentes? São muitos os fatores, não dá nem pra eu falar aqui, dos mais variados, mas um dos fatores que a gente nunca leva em consideração é a alimentação. Ela interfere sim no meu desenvolvimento, na minha aprendizagem. Se eu vou pra escola ou com fome ou comi só macarrão, as duas coisas vão interferir na minha aprendizagem.. Então são coisas que a gente não pensa que interferem, e é por isso que eu resolvi trabalhar isso.

M.F.: Uma coisa que eu queria falar, que eu tava conversando com a coordenadora da estimulação precoce ontem sobre alimentação. Depois que você e Alba vieram a alimentação lá em casa mudou, eu tô prestando mais atenção no que a gente tá comendo, ontem já fui no cardiologista também, quero começar a fazer caminhada. Então assim, eu acho que foi de uma validade tão grande, agora eu tô me policiando mais no tipo de alimentação que a gente tá tendo. Eu nunca parei pra pensar em alimentação, se isso tá bom ou não tá. Ontem eu assei um frango com batata, aí eu pensei “tem batata e tem arroz né”, coisa que eu não parava pra pensar, agora já tô pensando e tô mudando. Eu acho que foi muito bom vocês terem vindo.

N: E é isso, gente, é uma mudança e toda mudança é gradativa e difícil. É trabalhoso, mas é possível. Aí a gente tem que ver prós e contras. Será que vale a pena o esforço ou não? Aí cada um vai pesar na sua balança. Eu vou falar um pouquinho aqui com vocês de coisas que a gente conversou com as crianças nas oficinas e de coisas que a gente não conversou com as crianças porque elas ainda não comprehendem e aí a gente trouxe pra vocês poderem trabalhar isso em casa. A alimentação pouco saudável aliada ao sedentarismo são os principais responsáveis pelo surgimento do crescente número de casos de obesidade. E a obesidade é considerada doença, geralmente a gente pensa que é só uma pessoa desleixada que tá gorda e não é. Obesidade é uma doença, porque além da dificuldade no controle da alimentação, que aí gente pode relacionar com muitas coisas, tanto aspectos emocionais quanto genéticos, a gente pode pensar que essa obesidade traz outras doenças, geralmente o obeso ele é hipertenso, geralmente a obesidade acaba levando à diabetes, geralmente a obesidade acaba

levando a problemas nas pernas, tem gente que estoura varizes e tem que fazer até cirurgia. Se você machuca, por exemplo, torce o pé, em uma pessoa mais leve, de peso normal, a recuperação é uma. Em uma pessoa obesa a recuperação é outra. Porque depende do nosso peso, quanto mais peso mais difícil é. E tudo isso é consequência da obesidade, por isso ela é considerada uma doença. Ter uma alimentação saudável significa comer de forma equilibrada e variada. A gente vai ver por que esse equilíbrio e essa variedade, eu vou ensinar vocês. E aí o peso, que é uma preocupação das mulheres, acaba sendo uma coisa consequente. Antes de preocupar com peso a gente deveria se preocupar com a nossa saúde. O problema é que a gente pensa “sou louca com bolo de chocolate, vou devorar o bolo inteirinho e depois na segunda-feira eu não como nada.” Isso não é saudável e como consequência não faz o nosso corpo ficar bonito, se é isso que a gente quer. Então quanto mais equilibrado, mais variado a gente comer, melhor a gente vai estar tanto de saúde quanto de físico. Mas estética é consequência. Eu conheço uma família grande, os filhos desses pais são meus amigos, são seis pessoas, pai, mãe e quatro filhos e eles são vegetarianos, não comem carne e eles tem uma alimentação super equilibrada, toda vez que eu vou a casa deles é torta de espinafre, salada de gergelim, tomate seco, eles inventam moda, porque como não comem carne, eles precisam de outras formas de alimentação. E eles não são magrinhos, tem até uma barriguinha, se você for pensar, mas são extremamente saudáveis. Eles têm um corpo bom, porque entre ter um corpo bom e um corpo de modelo existe uma diferença grande, né gente? Nos mulheres, a gente vê muita revista, vê as mulheres magrinhos, sem nada, é diferente da gente, né? O trabalho delas é esse, o nosso trabalho é outro. Então a gente tem que estar se sentindo bem com o nosso corpo, a gente tem que estar saudável, isso é estar bem. Às vezes a gente fala “eu não sei como fazer uma alimentação, como posso ter uma alimentação saudável. Eu aprendi que arroz, feijão e carne é o que precisa ter no prato.” Por isso eu trouxe a pirâmide alimentar, pra gente aprender um pouco mais sobre os alimentos que consumimos. Ela é a forma como a maioria dos nutricionistas, médicos, pediatras, tentam ensinar pra gente comer. Essa pirâmide alimentar foi inventada lá nos Estados Unidos, e a Anvisa, que é o órgão que regula essas coisas no Brasil, adotou. A pirâmide funciona de baixo pra cima e na base dela é o que a gente mais pode e no topo é o que a gente menos pode. Então na base da pirâmide, a primeira coisa que a gente pode muito e todos os dias sem restrição é exercício físico e água. E isso gente, é difícil, a gente não tem hábito de fazer exercício físico, nosso tempo é curto, mas a gente tem que encaixar. Meia hora, com o tempo quando entrar na rotina a gente vai ver o quanto faz bem, o quanto dá disposição, bem-estar, e claro, se esse exercício puder ser com as crianças, melhor ainda. No começo dá uma volta no quarteirão. Só que não pode ser hoje e daí só daqui 15 dias de novo, depois um mês. Tem que ser no mínimo três vezes por semana. E muita água! No mínimo dois litros por dia. E a gente tem que achar formas de regular como a gente vai beber dois litros. Tem gente que enche uma garrafa pet e deixa na geladeira, tem gente que enche garrafinhas de 500ml e aí faz as contas de tomar quatro por dia e o copo americano, tem mais ou menos 250ml em um copo normal, são oito copos por dia. Então pra gente ter esse controle é legal a gente contar, pelo menos no começo, depois fica automático. E aqui na pirâmide, eu não preciso nem falar que tudo isso é pensando em vocês, mas principalmente nas crianças. O exercício físico é fundamental pro desenvolvimento físico e cognitivo da criança. A criança sedentária não vai se desenvolver como uma criança que pratica exercícios. O exercício aumenta a circulação sanguínea e dá força pros músculos. A gente tava ate conversando, quem aqui tem filho que tem cardiopatia congênita, problema no coração, aqui? (alguns pais levantaram a mão). Então o coração é um músculo, que se fortalece também na prática de exercícios físicos. Mas lembrando sempre, antes de iniciar um exercício físico mais puxado procure o médico, pergunte se pode e siga as recomendações dele, especialmente para as crianças com problemas cardíacos, o que fortalece

o coração, que é um músculo. Então o exercício físico é fundamental pra fortalecer o coração, pra fortalecer a circulação sanguínea e o pulmão, porque quando eu faço exercício físico eu respiro mais, tenho mais fôlego, a circulação sanguínea aumenta. Natação, corrida, é controle da respiração, fortalece o pulmão. Então tudo isso são coisas muito importantes para o desenvolvimento físico e também cognitivo favorecendo as sinapses.

M: Se a criança estiver jogando bola, ou correndo com o cachorro, já é considerado exercício físico?

N: Um futebol com o pai, às vezes o pai leva o filho pra jogar futebol todo final de semana. É uma brincadeira? Depende. O que eu exijo do meu filho? Deixo ele à vontade ou fico “vai lá, corre”? Qual o esforço que meu filho faz? Mas pode ser sim, desde que seja pelo menos três vezes por semana, que tenha ritmo. O que é bom pro meu filho? Eles podem ter, por exemplo, alguma limitação no braço, então é bom algo que ajude a movimentar os braços. Sei que tem fisioterapia e tudo, mas quanto mais a gente fizer, melhor. A gente tem que aliar qual a necessidade da criança com o exercício, por isso a importância de conversar com o médico ou o fisioterapeuta.

N.: Então aqui, na base da pirâmide, a gente tem os alimentos que a gente chama de Energéticos, aqui tem pães, macarrão, arroz integral, massas. Aqui a gente tem o óleo de canola, o azeite, óleo de girassol. Então isso a gente pode consumir em quase todas as refeições, lembrando que se a gente consome em quase todas as refeições eu tenho que diminuir a porção. Por exemplo, eu vou comer isso daqui, eu posso comer em media cinco porções dos alimentos aqui, que são os ricos em energias, por isso são chamados de energéticos. São os carboidratos, o arroz, a massa, a batata. A batata apesar de ser legume tem alto teor de carboidrato. Os alimentos com alto teor de carboidrato a gente vai comer mais, só que a gente não vai colocar porção grande. Igual ela falou “eu tenho arroz e batata”, então vou lembrar que se eu posso comer cinco porções desse daqui, só sobrou três pro resto do dia. Não é que eu posso comer cinco porções em cada refeição, é ao longo do dia. E lembrando as porções, bolacha não quer dizer um pacote de bolacha, né? E além disso a gente tem que fazer uma refeição equilibrada, café da manhã é uma fruta, um carboidrato, um leite, um café ou um suco.

M: Mas a fruta já não é um carboidrato?

N: Não, a fruta não é carboidrato.

M: E o açúcar que tem nela?

N: A fruta tem frutose, que é um açúcar, mas que não é quebrado em carboidrato. O carboidrato ele é quebrado em gordura. O açúcar da fruta é quebrado em energia. Por isso também que as frutas estão no segundo. Não é porque são frutas e legumes que eu vou comer à vontade. Elas têm frutose, então eu não vou comer à vontade, são em média três porções por dia. Então eu vou equilibrar isso, um tomate, um alface na minha refeição, no lanche da tarde uma maçã, no café da manhã um pedaço de melancia. Eu vou equilibrando essas coisas no meu dia a dia, não vou comer três bananas no café da manhã, duas laranjas depois do almoço. O terceiro aqui são as leguminosas. O que são leguminosas? Feijão, milho, soja, trigo. E aí as leguminosas a gente também pode comer menos, de uma a três vezes ao dia, no máximo. O arroz e feijão é de fato uma mistura muito completa, então se a gente quiser todos os dias ter arroz e feijão, é ótimo. Mas é equilibrar esse prato. O terceiro são as proteínas. Aqui são as proteínas que são todas as carnes, ovos. Aqui a gente pode comer de zero a duas vezes por

dia. Então eu não vou colocar tudo em uma refeição só. Aqui é o grupo dos laticínios, que são leite e queijos. O leite é muito bom pra crianças, pra formação dos ossos e pro idoso também. Mas não é muito, o leite é de difícil ingestão. Ele faz com que nossa digestão trabalhe mais lentamente, então se a gente toma muito leite o nosso organismo vai ficar mais lento. A gente recomenda um leite ou um iogurte.

M: Iogurte substitui o leite?

N: Substitui o leite.

M: Meu menino hoje em dia não toma leite, mas ele toma quatro *Danoninhos* só de manhã.

N: Nossa, mas é muito! Isso é compensar. “Ah, já que ele não toma leite vou compensar com *Danoninho*!” Não tem que compensar, cada coisa é uma coisa. Se ele não toma leite, não tem problema, existem formas de substituir.

M: Mas e se ele tomar só esse de manhã e pronto?

N: É muito. Quatro *Danoninhos* em uma refeição é muito. Ele é muito calórico e não tem só coisa boa, tem conservantes também e propriedade que auxiliam o funcionamento do intestino, que em excesso pode fazer mal.. Então são dois *Danoninhos* por refeição, no máximo.

M: *Ihhh...*(risos)

N: Então a gente tem que equilibrar, não é todo dia. Porque o que a gente tem que começar a perceber é do que esse alimento é fonte. Leite é fonte de cálcio, então eu preciso substituir o leite por alguma fonte de cálcio. *Danone* é uma, mas existem outras. Então eu não posso ficar é sem a fonte de cálcio. E o último lá, que eu não preciso nem falar: açúcares, doces, bolos, tortas, sonhos, bolo de chocolate, tudo que a gente adora. Esses não falam nem a quantidade por dia não, fala “raramente”, quer dizer que nem é todo dia que pode. E de preferência, isso eu fiz aqui pras crianças e eles adoraram, todos comeram: bolo de abóbora, brigadeiro de cenoura e brigadeiro de beterraba.

M: Meu filho só come biscoito, se me falar que ele comeu bolo eu quero ver. Eu faço bolo e ele não come.

N: Por que, gente? Porque os filhos sabem que eles podem fazer o que querem com pai, mãe e vó. Filho sabe, se eu falar “não” ele vai me oferecer um alimento que eu gosto mais. A gente precisa fazer uma mesa variada, mesmo que ele vá colocar no prato só o arroz e feijão, ou o macarrão. Tem que ter à mesa, eu tenho que oferecer a essa criança um verde, um vermelho, laranja, amarelo, roxo. Eu tenho que oferecer isso. No começo a criança vai rejeitar, não vai comer. Tem uma pesquisa que fala que um alimento novo, que a criança não conhece, ela vai rejeitar em média dez vezes. Ele precisa ser oferecido pelo menos dez vezes pra ter certeza que a criança não vai comer. Provavelmente depois disso, se ele continuar sendo oferecida a criança vai aceitar esse alimento. E aí a gente tem várias formas, “ah, ele não gosta de cenoura ralada”. E se eu fizer purê de cenoura, fizer a cenoura cozida, cenoura picadinha? Existem várias formas de oferecer o mesmo alimento e a gente precisa oferecer, não pode oferecer só uma vez. A gente coloca no prato, mesmo que a criança vá demorar muito a aceitar aquele alimento. Primeiro tem que estar na mesa, aos poucos vai colocando no prato, se tiver no prato e a criança comer, ótimo, mas se não comer não pode tirar, se tá no prato fica. Por que eu quis trazer vocês aqui e fazer as oficinas que já foram realizadas com as crianças? Porque a

criança come o que os pais comem. Depois de adulto é que a gente escolhe o que quer comer, só que aí a gente escolhe o que a gente gosta. E onde a gente aprendeu o que gosta? Quando era criança. Posso até mudar meu hábito, experimentar uma coisa ou outra, às vezes por uma necessidade de saúde. Meu pai teve colesterol alto e tomava todo dia uma jarra de chá de berinjela. Ele gostava? Provavelmente não, né? (risos) Mas ele tomava. Então, fora isso que às vezes obriga a gente, a gente vai continuar tendo os hábitos que aprendeu quando era criança. Tem algumas coisas gente, que eu vou falar pra vocês, é melhor nem comer. Não tem nada de bom. Sanduíche do *Mc Donalds* não tem nada de bom. Refrigerante não tem nada de bom, nada. Vamos fazer sanduíche em casa, a gente evita certos tipos de conservante, pega a carne moída, tempera e faz o hambúrguer. Faz com as crianças, eu tenho certeza que seus filhos vão adorar. Faz assado, não faz frito. É o mesmo gosto! Tenho uma cunhada que tem um neném de dois anos, ela é professora e dá aula o dia inteiro e tem dia que ela chega em casa e come miojo. Miojo é outra coisa que não tem nada de bom. Se vocês pegarem o rótulo do miojo vocês vão ver o alto teor de sódio e ele é frito. Eu tenho uma prima que não mora aqui, mas ela veio passar o final de semana com a filha de sete meses. Ela trouxe sopinhas da Nestlé, aquelas enlatadinhas. É o ideal? Não é, o ideal é a gente fazer a sopinha, a papinha. Mas em uma viagem de urgência... Não é que a gente proíbe essas coisas, mas eu tenho que saber onde e como. Não vou comer essas coisas no cotidiano. Então essa é a pirâmide, gente. Mais fácil que a pirâmide é o prato. O prato é ótimo, porque dá pra ver exatamente o que fazer. A gente divide o prato em quatro. Só que não vai ser dividido igualmente, tem uma parte maior e uma parte menor. A parte maior são os vegetais, tanto verdura quanto legumes, alface, rúcula, abobrinha, brócolis, tomate, pepino, o que vocês gostarem. A outra parte é, pra quem gosta, fruta. Ou se você não gosta, mas gosta como sobremesa, conta também. Essa parte aqui são grãos e integrais, que é o arroz, feijão, milho, grão de bico. E essa parte aqui são as proteínas, que são as carnes, lembrando que bacon não é carne. Bacon é gordura. Nem vou falar de fritura, porque fritura é uma coisa também que tem que ser abolida, uma vez ou outra. Prefira sempre o assado, a fritura é a ultima opção. Aí aqui você coloca o azeite, a manteiga pra refogar algum legume. E o ideal é sempre água. A gente que complica a nossa vida oferecendo pra criança suco, essas coisas. O ideal é a água, é o melhor líquido. Mas se não dá pra ser água, vamos fazer um suco natural. Suco de saquinho e de caixinha não presta. Suco de caixinha, nem chama suco, é néctar. Eles colocam uma laranja pra 500ml de água, não é nada. Ali tem açúcar, tem conservante. Vamos fazer o suco natural, não é difícil. Aproveitem as frutas da estação, que são baratas. Se não der pra congelar, então vamos comprar a polpa. Aquela polpa congelada de saquinho, é a mesma coisa da polpa, com a diferença que eu acho caro e rende pouco. Mas se for mais prático, comprem também.

N.: Agora eu vou dar pra vocês dicas de uma alimentação saudável, que está tudo nesta apostila que eu vou entregar para vocês. Prefira legumes e frutas, lave sempre na água corrente, evite deixar de molho porque o molho tira um pouco a vitamina. Não frite, use sempre cozimento ou assado. A gente pode congelar alimento, gente. Existia um mito de que alimento congelado perdia todas as vitaminas. Não perde. Se você comprar um legume fresquinho e congelar, é a mesma coisa. Eu congelo a carne pronta, o legume, até arroz de vez em quando eu congelo. É fácil, é rápido e continua com os mesmos nutrientes. Agora, tem algumas coisas que não funcionam congelados, fritura, não funciona, verdura também não congele e alguns legumes não ficam legais congelados, fruta congelada tem que ser fruta "carnuda", fruta muito aguada não fica bom. Eu congelei abacaxi uma vez, quando tirei não dava pra comer, mas dá pra fazer suco. O congelamento é uma ótima opção. Prefira culinária simples. Prefira alimentos crus e cozidos. Então o legume se der pra comer cru, ótimo. Se não

der, dá uma leve ferventadinha, só pra tirar às vezes o duro, porque quanto menos a gente ferventar, melhor. Pratique exercício físico.

N.: Ah e ainda sobre o “My Plate” esqueci de falar, mas esse prato aqui é bom porque a gente tem que por no prato, tá vendo quatro cores? A gente tem que ter em uma refeição completa cinco cores, se contarem cinco cores diferentes, o prato de vocês tá legal. Tem que ser cores que chamam atenção. E aí pra gente terminar eu vou entregar pra vocês um caderninho que é só um estilo pra vocês. E aí eu vou só passar o olho nele e falar algumas coisas pra vocês. Vou começar de trás pra frente, no fim desse caderninho tem algumas receitas gostosas e mais saudáveis, são poucas receitas porque é um estilo gente, pra vocês saberem de formas da gente fazer comidas gostosas, legais e mais balanceadas. Então tem o bolo de abóbora, tem o brigadeiro de cenoura, tem o brigadeiro de beterraba, tem várias receitas aí pra gente se estimular a procurar mais. Internet gente, vocês acham tudo quanto é coisa de comida saudável. Depois vocês vão ter algumas dicas, essas dicas de congelamento que eu falei estão aqui. Aqui a gente tem como aprender a aproveitar cascas e talos que a gente joga fora. Os talos e as cascas são o que mais tem vitamina no alimento e a gente joga fora, não precisa jogar fora. Suco faz com casca, legume cozinha com casca. Pode fazer isso gente, tem como aproveitar. Purê de talo de brócolis é perfeito! Abacaxi eu corto as cascas e faço chá de abacaxi com gengibre, fica uma delícia. E a gente, na maioria das vezes, joga essa casca fora. Aqui é uma tabela de caloria dos alimentos, alguns alimentos mais comuns. E do lado uma tabela de pesos e medidas, às vezes a gente vai cozinhar e não sabe, fala 250ml, 250g, acho que pra receitas isso aqui é bem legal. Depois tem pra vocês aqui 10 dicas de alimentação saudável, são dicas bem simples, super legal de ler. E tem o desenho desse prato que eu mostrei pra vocês, que é uma forma de a gente sempre se lembrar desse prato. Aqui eu coloquei a pirâmide alimentar pra vocês tentarem se lembrar dela sempre, ensinem pros filhos, pra família. Do lado, a importância do exercício físico, não vamos nos esquecer de inserir esse exercício físico na rotina. E aqui uma cartinha que eu vou ler pra vocês (a pesquisadora faz a leitura carta).

N.: Esse é nosso intuito, garantir pros filhos, irmãos, netos... de vocês uma vida saudável. Então vamos nos lembrar de que nós, quanto adultos, somos responsáveis por essa educação alimentar. De que jeito eu estou comendo, de que jeito a minha família come, quais são os meus hábitos? Acho que isso é o mais importante, que eu, enquanto psicóloga queria falar pra vocês. Como você está oferecendo esse alimento pro seu filho? Qual a emoção que você passa quando oferece esse alimento pro seu filho? O que é isso que a gente tá passando pra eles? A gente tá passando todo um conjunto de comportamento, educação, oferecer regras, cuidar da saúde. Então o momento da alimentação é um momento muito importante. Então vamos cuidar desse momento. Eu agradeço pela disponibilidade de vocês em estarem aqui e refletirem comigo um pouco em torno de nossos hábitos e nossa vida. Esses momentos de aprendizado e reflexão são muito importantes para que nossas ações não seja apenas reações, ou seja, atos automatizados do dia-a-dia. Vamos refletir no que estamos fazendo e se é isso que queremos para nós e para os nossos. Mais uma vez obrigada, e além disso, se alguém quiser ficar pra conversar alguma coisa, tirar alguma dúvida, eu posso ficar aqui. Quem quiser, estou à disposição. Obrigada! (Palmas)

APENDICE 3

Caderno de atividades para as crianças



Escola _____

Nome _____

Pedagógicos Data / /



19/12/2014

Imprimir



www.smartkids.com.br



© SMARTKIDS

PRATO COLORIDO

19/12/2014

... Só Pedagogia - Portal de Pedagogia...



www.pedagogia.com.br

**Ligue as frutas**

Ligue as frutas com as quantidades.



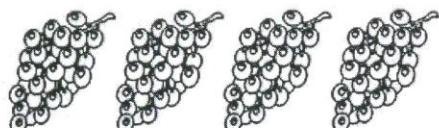
5



3



1



2



4

6.

ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

ALUNO (A): _____ Ano: _____

ATIVIDADE 6.

O QUE É, O QUE É DAS FRUTAS

VESTIDA DE AMARELO
NO CACHO ME CRIEI
SOU A SABOROSA
QUE AO MACACO ENCANTEI.
EU SOU A:

BETERRABA BALA BANANA

POR DENTRO SOU VERMELHA
POR FORA SOU VERDINHA.
COM SEMENTES BEM
PRETINHAS, TODOS ME
SABOREIAM.
EU SOU A:

MELÃO MELADO MELANCIA

TENHO COROA, MAS NÃO SOU
REI. MINHA CASCA E COROA
SÃO ESPINHENTAS.
EU SOU O:

ABACATE AMORA ABACAXI

SOU VERDE POR FORA E POR
DENTRO. QUANDO ME PARTEM
ENCONTRAM MINHA ÚNICA E
GRANDE SEMENTE. DOU UMA
ÓTIMA VITAMINA.
EU SOU O:

AMEIXA ABÓBORA ABACATE

PINTE AS LETRAS QUE FORMAM O NOME DAS FRUTAS, ORGANIZE-AS E ESCREVA:



T A B L A C O D R W A M G U

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



J O T A B I M A N L R T E Q

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|



J O C A B U M A N L R T E Q

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|



J O C A B U M A N L R T E Q

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

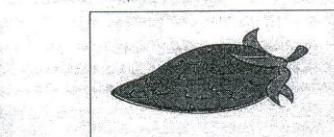
ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

ALUNO (A): _____ Ano: _____

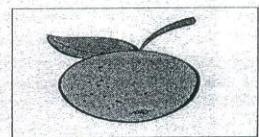
ATIVIDADE 4.

OBSERVE AS PALAVRAS



M O R A N G O

1 2 3 4 5 6 7

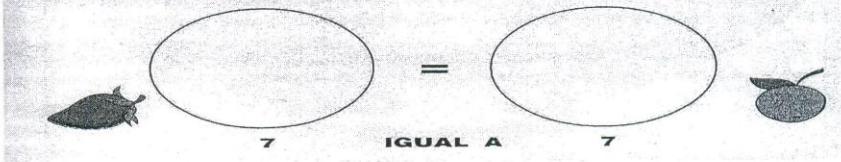


L A R A N J A

1 2 3 4 5 6 7

ESSAS PALAVRAS TÊM A MESMA QUANTIDADE DE LETRAS.
PODEMOS REPRESENTAR ESSA IGUALDADE ASSIM:

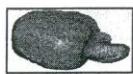
$$\begin{array}{c} 7 = 7 \\ 7 \text{ IGUAL A } 7 \end{array}$$

COPIE DENTRO DOS CÍRCULOS TODAS AS LETRAS DE
CADA PALAVRAESCREVA O NOME DE COLEGAS QUE A LETRA INICIAL SEJA IGUAL A DAS
FRUTAS:QUANTAS
I FTRASQUANTOS
PEDACINHOS

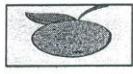














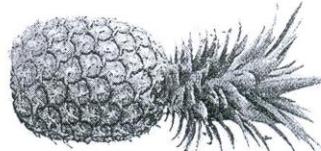
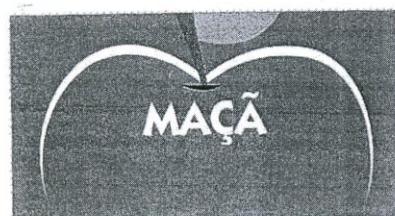




15.

ATIVIDADE 5. PARA CASA: RECORTAR AS FICHAS DO JOGO DA MEMÓRIA E TRAZER PARA A ESCOLA.

JOGO DA MEMÓRIA: FRUTAS



ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

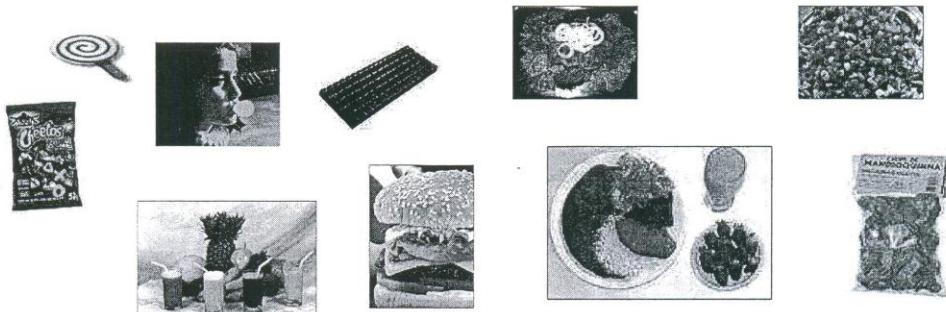
ALUNO (A): _____ Ano: _____

ATIVIDADE 4

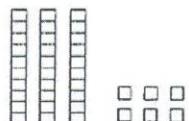
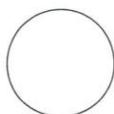
PENSAMENTO MATEMÁTICO

= ALIMENTOS SAUDÁVEIS

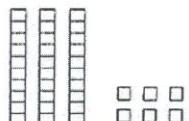
= ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS



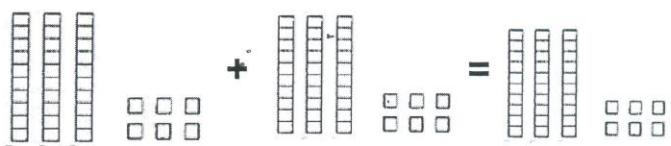
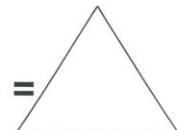
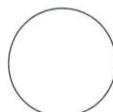
QUANTOS ALIMENTOS SAUDÁVEIS?



QUANTOS ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS?



QUANTOS ALIMENTOS AO TODO?



ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

ALUNO (A): _____ Ano: _____

ATIVIDADE 5.

COMPLETE O NOME DAS FRUTAS COM AS LETRAS QUE FALTAM



C ____ J ____



____ AN ____ N ____



AB ____ C ____ X ____



____ ARAM ____ O ____ A

DESCUBRA O SEGREDO:

PRIMEIRA LETRA DE



PRIMEIRA LETRA DE



ÚLTIMA LETRA DE



PRIMEIRA LETRA DE



ÚLTIMA LETRA DE



PRIMEIRA LETRA DE



ÚLTIMA LETRA DE



SOU UMA FRUTA VERDE POR FORA E POR DENTRO. QUANDO ME PARTEM
PODEM VER A GRANDE E ÚNICA SEMENTE QUE TENHO.

MEU NOME É:

EU SOU ASSIM

ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

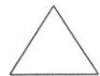
ALUNO (A): _____ Ano: _____

ATIVIDADE 4.

DESAFIO: PINTE E JUNTE COM CORES DIFERENTES AS FORMAS GEOMÉTRICAS IGUAIS E DESCOBRIRÁ O NOME DE ALGUMAS FRUTAS.



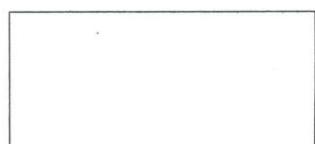
ESCRITA DO NOME DA FRUTA







DESENHO



CADA PEDACINHO QUE VOCÊ JUNTOU PARA FORMAR OS NOMES DAS FRUTAS É CHAMADO DE SÍLABA.



QUANTAS LETRAS? _____ QUANTOS PEDACINHOS? _____



QUANTAS LETRAS? _____ QUANTOS PEDACINHOS? _____



QUANTAS LETRAS? _____ QUANTOS PEDACINHOS? _____



QUANTAS LETRAS? _____ QUANTOS PEDACINHOS? _____



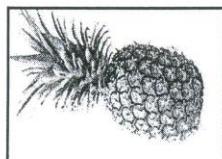
ESCOLA MUNICIPAL _____

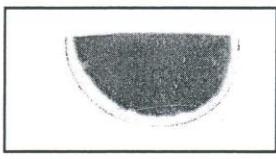
PROFESSORA: _____

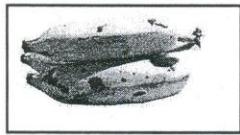
ALUNO (A): _____ ANO: _____

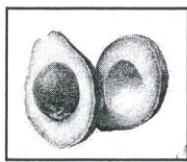
ATIVIDADE 3.

QUE FRUTAS SÃO ESTAS? ESCREVA O NOME DE CADA UMA!

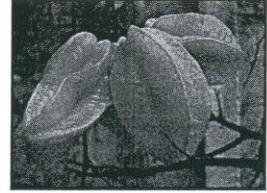












BANCO DE PALAVRAS

CAJU
ABACAXI
ABACATE
CARAMBOLA
MELANCIA
BANANA

Para os alfabéticos e silábico-alfabéticos sem o banco de palavras

BANANA

NUMERAL

QUANTAS LETRAS?



QUANTIDADE

QUANTOS PEDACINHOS?



LETRA INICIAL

LETRA FINAL

ESCOLA MUNICIPAL _____

PROFESSORA: _____

ALUNO (A) _____ ANO: _____

ATIVIDADE 2.

VAMOS TRABALHAR COM LISTA!!!!

| LISTA 1 | |
|-----------------|-----------|
| LISTA DE FRUTAS | |
| | LARANJA |
| | ABACAXI |
| | BANANA |
| | MELANCIA |
| | CAJU |
| | GOIABA |
| | ABACATE |
| | MORANGO |
| | TOMATE |
| | CARAMBOLA |

| LISTA 2 | |
|-----------------|--|
| LISTA DE FRUTAS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

1- NA LISTA 1 - SIGA A LEGENDA: Título da lista

Verde



Vermelho



Azul



Amarelo



Laranja



NUMERAR A LISTA 1 EM ORDEM CRESCENTE

2- NA LISTA 2 - VAMOS ORGANIZAR A LISTA! COLOQUE OS NOMES DAS FRUTAS EM ORDEM ALFABÉTICA E NUMERE A LISTA EM ORDEM CRESCENTE.

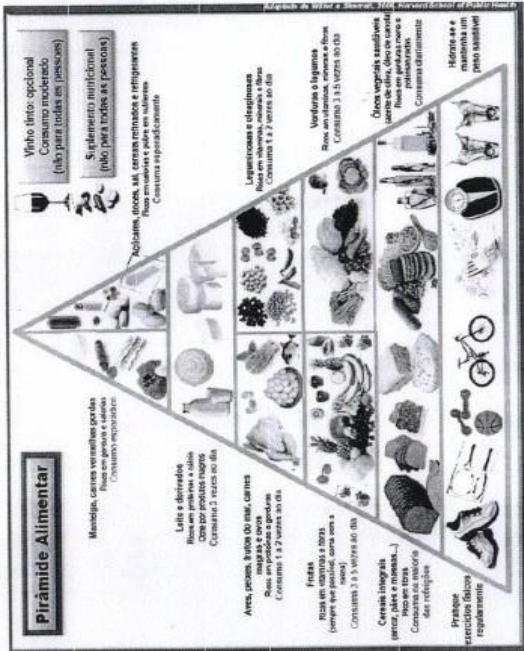
APENDICE 4

Caderno de receitas e orientações para os pais

Pai, Mãe e Família

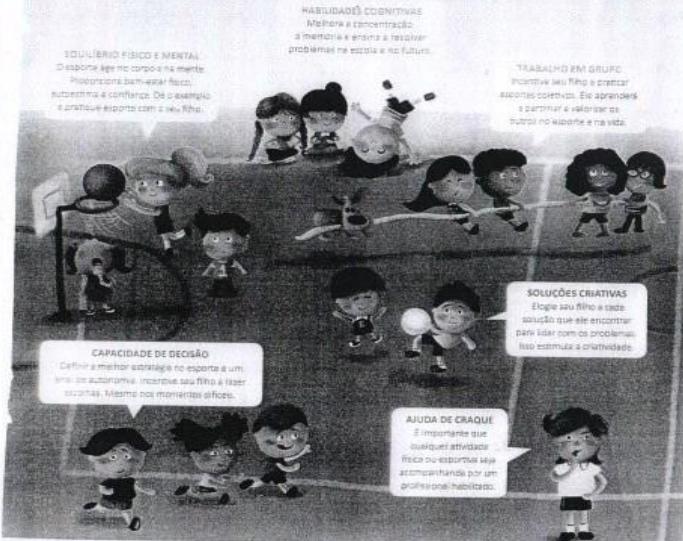
Vocês estão recebendo um caderno com informações e receitas de alimentação que orienta e sugere modos saudáveis de comer. A Alimentação exerce um papel fundamental no desenvolvimento das crianças. Por isso a importância de se criar hábitos saudáveis no decorrer da infância e da adolescência, pois provavelmente serão mantidos durante a vida adulta e a velhice. Nossas preferências e desejos por alimentos, nosso tempero, a forma como cozinhamos, a comida preferida, tudo isto se refere aos hábitos que adquirimos quando éramos crianças, certo? É por isso que fica fácil entender a importância dos hábitos alimentares da família na formação dos hábitos que adotamos no decorrer da nossa vida. Nos tempos atuais, a facilidade a alimentos prontos ou semi-prontos que encontramos nas prateleiras dos supermercados, com alto teor de sódio, açúcar, gordura, vem alterando a saúde das pessoas, aumentando o índice de doenças como obesidade, diabetes, hipertensão, atingindo inclusive as crianças. E acreditando que a educação é capaz de reverter esse quadro e renovar para uma alimentação saudável, que estamos apresentando este caderno, com o intuito de orientar os pais, responsáveis e cuidadores a realizarem escolhas alimentares mais saudáveis, garantindo as crianças crescimento e desenvolvimento adequados e saúde para toda a vida.

Natália L. Marson Martins
Psicóloga



Por que praticar Educação Física?

Em casa ou na escola, estimule seu filho a praticar uma atividade física. Isso o fará desenvolver habilidades e competências que ele utilizará na escola e na vida.



10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- 1) Para manter, perder ou ganhar peso procure a orientação de um profissional da saúde;
- 2) É legal comer 5 ou 6 vezes ao dia: café da manhã, no almoço e jantar, além de fazer lanches saudáveis nos intervalos das refeições;
- 3) Tente comer menos salgadinhos de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches industrializados, alimentos de preparo instantâneo, doces, sorvetes e frituras;
- 4) Procure comer sempre que puder, frutas, verduras e legumes;
- 5) Faz bem comer feijão, arroz, massas, tomar leite e outros derivados todos os dias;
- 6) Escolha sempre alimentos saudáveis para o lanche da escola e nos momentos de lazer;
- 7) Beba bastante água no decorrer do dia;
- 8) Diminua o consumo de sal nas refeições;
- 9) Retire a gordura e a pele de aves quando estiver comendo;
- 10) Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física (jogar bola, andar de bicicleta, caminhar).

Tabela de Calorias dos Alimentos

| Alimento | Medida | Medida Cozinha | Calorias | Alimento | Medida | Medida Cozinha | Calorias |
|------------------------|--------|-------------------|----------|----------------------|--------|--------------------|----------|
| Bacalhau | 100 g | 1 pedaço médio | 215,5 | Chuchu | 100 g | 4 colheres | 31 |
| Peixe magro | 100 g | 1 pedaço médio | 150 | Escarola | 50 g | 4 colheres | 11 |
| Ovo (pintinho) | 50 g | 1 unidade | 151 | Milho verde | 100 g | 4 colheres | 325 |
| Leite integral | 200 g | 1 copo americano | 126 | Palmito | 100 g | 4 colheres | 29 |
| Bacon defumado | 50 g | 1 pedaço pequeno | 283 | Pepino | 100 g | 4 colheres | 15 |
| Presunto | 30 g | 1 fatia | 109 | Ervilha em lata | 100 g | 4 colheres | 90,2 |
| Leite condensado | 25 g | 1 colher separada | 84 | Tomate | 100 g | 2 unidades | 20 |
| Queijo fresco | 60 g | 1 fatia grossa | 146 | Gelatina (pronta) | 100 g | 1 taça | 67 |
| Queijo parmesão | 30 g | 1 fatia grossa | 105,6 | Macarronada | 100 g | 4 colheres | 243 |
| Fajão | 60 g | 3 colheres sepa | 195 | Pizza | 100 g | 1 pedaço pequeno | 243 |
| Arroz | 60 g | 3 colheres sepa | 65 | Caixa de galinha | 268 g | 1 colher | 134 |
| Bolsachinha água e sal | 20 g | 4 unidades | 70,9 | Bolo simples | 200 g | 1 grande | 257 |
| Macarrão | 60 g | 3 colheres | 155 | Batata frita | 150 g | 1 pote cheio | 120 |
| Pão francês | 50 g | 1 unidade | 135 | Bolinho de chocolate | 60 g | 1 pedaço médio | 212 |
| Tomates | 20 g | 5 unidades | 63 | Omelete simples | 100 g | 1 pedaço médio | 104 |
| Abacate | 100 g | 1/2 unidade | 161 | Salada de frutas | 100 g | 1 taça | 115 |
| Abacaxi | 100 g | 2 fatias | 52 | Mousse | 100 g | 1 taça | 120 |
| Banana (média) | 100 g | 2 unidades | 120 | Nhoque | 75 g | 3 colheres sopa | 88,5 |
| Cereja | 50 g | 2 unidades | 48 | Sorvete | 100 g | 1 taça | 208 |
| Figo | 100 g | 2 unidades | 68 | Whisky | 100 ml | 1 dose | 29 |
| Laranja (médio) | 100 g | 1 unidade | 45,5 | Vinho | 100 ml | 1/2 copo (pequeno) | 85 |
| Maçã (média) | 100 g | 1 unidade | 65 | Coca-Cola | 200 ml | 1 copo | 78 |
| Manga | 100 g | 1 unidade pequena | 65 | Café com açúcar | 50 ml | 1 xícara (café) | 51 |
| Meleango | 100 g | 5 unidades | 39 | Batidas (média) | 100 ml | 1 taça | 252 |
| Pêssego | 100 g | 2 unidades | 51 | Pingo | 100 ml | 1/2 copo | 23 |
| Granola vermelha | 100 g | 1 unidade | 42,5 | Guarana (refrig.) | 200 ml | 1 copo duplo | 64 |
| Uva sálvia | 100 g | 1 cacheque | 79 | Açúcar | 20 g | 1 colher (sopa) | 40 |
| Acelga | 50 g | 4 colheres | 15 | Óleo | 20 ml | 1 colher (sopa) | 180 |
| Agride | 50 g | 1 prato cheio | 12 | Chocolate (médio) | 100 g | 1 pedaço | 417 |
| Alface | 50 g | 1 prato cheio | 8 | Creme de leite | 40 g | 2 colheres | 100 |
| Azeitona (média) | 50 g | 3 unidades | 100 | Biscoito doce | 30 g | 5 unidades | 113,7 |
| Butatí inglesa | 50 g | 1 unidade | 4,3 | Dose de leite | 15 g | 1 colher sobremesa | 16 |
| Cenoura | 100 g | 4 colheres | 50 | Manteiga com sal | 5 g | 1 colher de chá | 38,32 |

Tabelas de Equivalências, Pesos e Medidas

Quantas vezes você já se deparou com uma receita apetitosa e, na hora de "colocar a mão na massa", viu que não tinha como medir 150 gramas de polvilho ou 15 gramas de açúcar? Para que isso não aconteça, colocamos abaixo as tabelas de equivalência de ingredientes e de pesos e medidas. Oriente-se.

Pesos e medidas

| | | |
|-----------------|----------------------|----------|
| 1 litro | 4 copos (americanos) | 1.000 ml |
| 1 xícara | 16 colheres (sopa) | 240 ml |
| 1 colher (sopa) | 3 colheres (chá) | 15 ml |
| 1 colher (chá) | 1/3 colher (sopa) | 5 ml |

Ingredientes (1 xícara de chá)

| Ingrediente | Peso |
|----------------------------|-------|
| Açúcar | 160 g |
| Araruta | 150 g |
| Arroz cru | 210 g |
| Amêndoas, nozes, castanhas | 140 g |
| Aveia | 80 g |
| Banha | 230 g |
| Chocolate em pó | 90 g |
| Coco seco ralado | 80 g |
| Farinha de mandioca | 150 g |
| Farinha de rosca | 80 g |
| Farinha de trigo | 120 g |
| Fubá | 120 g |
| Maisena | 150 g |
| Manteiga | 230 g |
| Mel | 300 g |
| Polvilho | 150 g |
| Queijo ralado | 80 g |
| Uva Passa | 140 g |

Como Aproveitar Talos, Cascas e Folhas

- * As folhas de couve-flor, de beterraba e de cenoura são muito ricas em nutrientes e ficam deliciosas se refogadas ou em recheios de tortas.

- * Os talos do agrião e do espinafre contêm muitas vitaminas. Experimente picá-los e refogá-los.

- * As folhas externas (verde-escuras) das verduras são ricas em ferro. Procure aproveitá-las.

- As folhas de nabô e rabanete têm maior concentração de carboidratos, cálcio, fosforo e vitaminas A e C do que a raiz, a parte que habitualmente comemos. Use sua imaginação e aproveite aquelas partes em saladas, sopas e refogados.

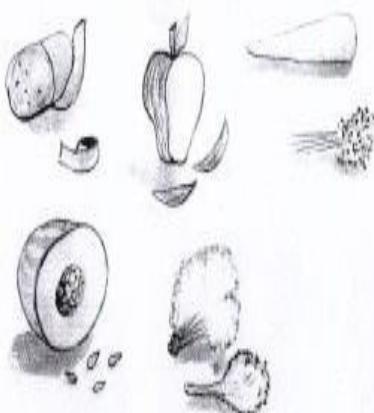
- * As folhas de cenoura são riquíssimas em vitamina A. Faça um delicioso refogado com elas.

- * Antes de descascar a batata, lave a casca com uma escovinha e depois descasque e frite as cascas. Ficam crocantes, além de nutritivas. É um ótimo aperitivo.

- Utilize as cascas de maca para preparar sucos ou chás.

- * As sementes de abóbora são um ótimo aperitivo. Depois de lavá-las e secá-las, salgue-as e leve ao forno para torrar.

- * As cascas de abacaxi, quando bem lavadas e fervidas, proporcionam um suco delicioso. É só deixar esfriar, adocar, bater com gelo no liquidificador e meter no congelador.



A Importância das Frutas na Alimentação

Na correria do dia-a-dia, as frutas são ótimas para aqueles momentos em que você não tem tempo nem para comer. Prefira comer uma fruta a um salgado (coxinha, empadinha, etc.). As frutas são fontes naturais de sais minerais, vitaminas e fibras, além de serem altamente nutritivas e de fácil digestão.

Tabela de frutas

Durante o período de safra, os produtos são de melhor qualidade e custam mais barato.

Congelamento

O congelamento é uma maneira eficaz de conservação. Retira o calor dos alimentos até que a temperatura adequada atinja seu interior. Preserva suas características como cor, sabor e propriedades nutritivas, retardando o processo de deterioração.

Algumas vantagens

- Dentre todos os processos de conservação de alimentos, é o que mais retém os valores nutritivos.
- Preparar um cardápio para vários dias, diminuindo-se a frequência de cozinhar, possibilitando uma variação maior de pratos e uma alimentação mais balanceada.
- O desperdício praticamente acaba, já que os alimentos congelados em porções são utilizados de acordo com a necessidade de cada ocasião.
- Possibilidade de consumo de legumes, frutas e outros alimentos fora da safra, mas com propriedades nutritivas e sabor inalterados.

Toques e dicas

- Congele apenas alimentos frescos, de boa qualidade. O congelamento apenas conserva a qualidade, não a melhora.
- O congelamento tende a realçar os temperos e amaciar os alimentos. Portanto, tempere os pratos suavemente.
- Para manter a propriedade dos alimentos, é indispensável resfriá-los rapidamente após o cozimento ou fervura.
- Procure retirar os alimentos do freezer apenas na hora de sua utilização e utilize-os preferencialmente até 24 horas após o descongelamento.
- Uma vez descongelado, o alimento não pode voltar ao freezer, exceto se tiver sido transformado em prato pronto.
- Evite deixar o alimento em contato direto com o ar frio e seco do freezer. Embale-o sempre.
- Para que recipientes tipo pirex não fiquem grudados no freezer, revista-os com plástico, evitando que trinquem e só coloque-os no forno depois de frios.
- Para evitar que o freezer fique aberto por muito tempo, coloque etiqueta nos recipientes, com o tipo de alimento, data do preparo e validade para consumo.

• Só coloque no freezer alimentos já resfriados.

• Alimentos líquidos se expandem durante o congelamento. Deixe-os aproximadamente 2 cm abaixo da borda dos potes e recipientes.

• Não encoste alimentos frescos aos já congelados.

• Temperos verdes, como a salsinha, podem ser congelados sem preparação prévia. Apenas lave-os, seque-os bem e guarde-os em recipientes de plástico com tampa.

• Para diminuir a cristalização que normalmente ocorre entre o alimento e a tampa, preencha o espaço vazio com papel ou plástico. Para alimentos que contenham molho ou calda, preencha o espaço depois que o alimento estiver congelado.

• Para congelar frutas é preciso que sejam frescas, maduras e de boa qualidade e para que não percam a textura, é preciso consumi-las ainda geladas.

Alimentos que não congelam satisfatoriamente

| | |
|---------------------------|-----------------|
| maionese | ovos cozidos |
| saladas cruas | mangaires |
| gelatinas | pudins cremosos |
| claras em neve ou cozidas | creme de leite |
| batatas cozidas | curau |

Tempo de conservação de alguns alimentos

| | |
|-----------------------|-------------|
| Carne bovina fresca | 12 meses |
| Carne moída | 3 meses |
| Frango | 9 meses |
| Miudos de frango | 2 a 3 meses |
| Peixe magro | 6 meses |
| Peixe gordo | 3 meses |
| Crustáceos e moluscos | 6 meses |
| Leite | 4 meses |
| Queijo | 8 meses |
| Pães | 4 meses |
| Bolo decorado | 4 meses |
| Pizza pronta | 1 mês |
| Salgadinhos | 3 meses |
| Manteiga | 6 meses |

BRIGADEIRO DE BETERRABA*Ingredientes*

Massa:

1 beterraba ralada e batida no liquidificador
1 lata de leite condensado

1 colher de sopa de margarina

Para cobrir:

granulado

Para untar:

Margarina

Modo de preparo:

1. Bata no liquidificador a beterraba (dê preferência para beterraba com pouca água)
2. Transfira para uma panela média, junte a margarina e o leite condensado e leve ao fogo baixo, mexendo até aparecer o fundo da panela.
3. Despeje em um prato levemente untado
4. Deixe esfriar
5. Com as mãos untadas, faça bolinhas e passe no coco ralado
6. *Variações:* o brigadeiro pode ser de outro legume de sua escolha desde que não seja um legume com muita água.

BOLO DE BANANA*Ingredientes*

Massa:

3 ovos
2 xícaras de açúcar
1 xícara de leite
1/2 xícara de óleo
2 xícaras de farinha
1 colher (sopa) de fermento químico
7 bananas

Para a cobertura:

3/4 xícara de açúcar
1/2 xícara de água quente

Modo de preparo:

1. Bata no liquidificador os ovos com o açúcar e o óleo, depois acrescente o leite, bata
2. Acrescente a farinha aos poucos com o liquidificador ligado e por último o fermento, batendo só levemente
3. Reserve
4. Unte uma forma média(tipo assadeira, sem furo central) com margarina e farinha
5. Despeje o caramelo e por cima dele as bananas (uso bananas prata) cortadas no comprimento
6. Por último a massa de bolo e leve para assar
7. Asse em forno médio, preaquecido, por cerca de 40 minutos, ou até dourar
- Para a cobertura:
1. Coloque 3/4 xícara de açúcar para derreter, após, despeje 1/2 xícara de água quente, espere dissolver o açúcar, deixe engrossar um pouco e despeje na forma untada.

RECEITAS**BOLO DE ABÓBORA SEM LEITE***Ingredientes*

4 ovos (claras e gemas separadas)

4 colheres (sopa) de manteiga

2 xícaras (chá) de açúcar

2 xícaras (chá) de abóbora cozida e (1/2kg)

2 xícaras (chá) de farinha de trigo

1 xícara (chá) de amido de milho (maisena)

1 xícara (chá) de coco ralado

1 pitada de sal

1 colher (sobremesa) de fermento químico em pó

Modo de preparo:

1. Cozinhar a abóbora (500 g) no vapor
2. Após o cozimento, espremê-la no espremedor
3. Reserve
4. Bater as claras com uma pitada de sal na tigela menor da batedeira, até obter o ponto de neve
5. Reserve
6. Na tigela maior, bater as gemas com o açúcar e a manteiga (eu utilizei manteiga de garrafa, mas pode ser manteiga comum)
7. Em seguida, acrescente a abóbora espremida, o coco, o trigo e o amido de milho, sempre batendo
8. Desligue a batedeira e acrescente as claras em neve, mexendo à mão, delicadamente
9. Por último, junte o fermento, assando em forma untada com óleo e farinha de pão (ou trigo, ou fubá, ou açúcar e canela) em forno brando por meia hora

BRIGADEIRO DE CENOURA*Ingredientes*

Massa:

1 cenoura ralada e batida no liquidificador
1 lata de leite condensado

1 colher de sopa de margarina

Para cobrir:

Coco ralado

Para untar:

Margarina

Modo de preparo:

1. Bata no liquidificador a cenoura (dê preferência para cenoura com pouca água)
2. Transfira para uma panela média, junte a margarina e o leite condensado e leve ao fogo baixo, mexendo até aparecer o fundo da panela
3. Despeje em um prato levemente untado
4. Deixe esfriar
5. Com as mãos untadas, faça bolinhas e passe no coco ralado
6. *Variações:* Você pode substituir o coco ralado por chocolate granulado ou açúcar cristal

GELATINA DE MELANCIA COM CREME DE BANANA*Ingredientes da gelatina de melancia:*

- 6 copos de suco de melancia (1/4 de melancia)
- 2 colheres de chá de gelatina incolor
- 1 pau de canela

Modo de preparo da gelatina de melancia:

Bater a melancia no liquidificador sem água. Colocar na panela e adicionar a gelatina incolor. Acender o fogo alto e mexer bem até que todo a gelatina incolor esteja dissolvida e o suco comece a ferver. Abaixe o fogo e cozinhe por 2 minutos. Coloque em forminhas e deixe esfriar para colocar na geladeira.

Ingredientes do creme de banana:

- 3 bananas
- 1 colher de chá de canela
- 1 colher de chá de cravo em pó
- 1/3 copo de castanha crua (deixada de molho por 4 horas)
- suco de meio limão

Modo de preparo do creme de banana:

Deixe as castanhas de molho por 4 horas. Pré-aqueça o forno a 180°C. Corte as bananas em rodelas e coloque num tabuleiro untado com óleo de coco. Polvilhe as bananas com canela, e cubra com papel alumínio. Asse as bananas no forno por 10 minutos, tire o papel alumínio e asse por mais 10 minutos. Leve a banana e a castanha ao liquidificador com o suco de limão e bata até ficar cremoso. Se precisar, adicione um pouco de água.

MACARRÃO INTEGRAL COM MOLHO DE BETERRABA*Ingredientes para o macarrão:*

- 500g de macarrão integral
- 2 colheres de sopa de azeite de oliva
- 3 cenouras, descascadas e cortadas em pedaços médios
- ½ beterraba grande, descascada e cortada em pedaços médios
- ½ cebola picada
- 2 dentes de alho picado
- 1 colher de chá de vinagre de maçã ou de arroz
- 2 colheres de sopa shoyu
- 3 copos de água
- 1 colher de sobremesa de orégano seco
- 1 folha de louro
- 1 pitada de noz-moscada
- 2-3 colheres de chá sal marinho
- ½ xícara manjericão fresco picado + 1/4 de xícara para o final
- Queijo parmesão para servir

Modo de preparo:

Aqueça o azeite em uma panela de fundo grosso em fogo médio. Adicione a cebola e o alho e cozinhe, mexendo de vez em quando, por 5 minutos, até que as cebolas fiquem translúcidas. Adicione a cenoura, a beterraba, a água, o orégano, a folha de louro, sal, manjericão e tampe a panela. Deixe ferver. Em seguida, abaixe o fogo e cozinhe por cerca de 30 minutos, até que os vegetais estejam bem macios. Bata a mistura com um misturador vertical ou um misturador habitual e ajuste o tempero se necessário. Adicione a outra metade do manjericão picado e leve o fogo por mais 5 minutos. Cozinhe o macarrão integral até o ponto de seu gosto e sirva.

SORVETE DE INHAME*Ingredientes:*

- 500gr de inhame cozido e descascado
- 1 lata de leite condensado
- 1 lata de creme de leite fresco
- 1 colher de chá de baunilha

Modo de preparo

- Bater tudo no liquidificador, a base do sorvete está pronta.

Colocando o sabor:

Baunilha: acrescente no liquidificador 1 colher de café de baunilha

Chocolate: acrescente no liquidificador 2 colheres de sopa de cacau em pó. Se quiser fazer o gênero chocolate chique, coloque amêndoas picadinhas, nozes, pedacinhos de chocolate amargo, ou o que preferir.

Frutas: acrescente à mistura do liquidificador 1 copo do suco da fruta de sua preferência.

COZIDO VERDE*Ingredientes:*

- 1 colher de sopa de óleo
- 2 abobrinhas
- 4 jitós
- Meia bandeja de quiabos
- Tempero a gosto.

Modo de fazer:

Refogue o tempero (alho, cebola), refogue a abobrinha, jitô e quiabo. Depois de refogado cubra com água e deixe cozinhar. Depois de cozido acrescente pimenta e cheiro verde

SALADA VERDE COM MOLHO DE ABACATE*Ingredientes:*

- 2 maços de alface
- 1 abacate hass (uma variedade do abacate) ou ½ abacate
- 4 colheres de sopa de azeite extra virgem
- 2 colher de sobremesa de mostarda Dijon
- suco de 1 limão
- 1 dente de alho
- 1 colher de chá de sal marinho
- ½ copo de nozes picadas ou amêndoas torradas para servir.

Modo de preparo:

Lave e corte a alface em fatias largas e coloque em uma tigela grande. Junte o abacate e o azeite no processador de alimentos e misture até ficar homogêneo. Adicione os ingredientes restantes e processe novamente. Misture o molho com a alface. Em uma frigideira, toste as nozes picadas por 3 minutos em fogo baixo ou até ficarem bem marronzinhas. Sirva as nozes em cima da salada.