

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE

GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA

**Dr^(a): “EU COMI E NÃO MORRI”: POR QUE NÃO POSSO DAR ESSE
ALIMENTO AO BEBÊ? ENSINANDO E APRENDENDO SOBRE
ALIMENTAÇÃO INFANTIL**

VOLTA REDONDA

2024

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE

**Dr^(a): “EU COMI E NÃO MORRI”: POR QUE NÃO POSSO DAR ESSE ALIMENTO
AO BEBÊ? ENSINANDO E APRENDENDO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ensino em
Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do
UniFOA como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre.

Aluna: Giovana Fernandes Pinto Barra

Orientador:

Prof. Dr. Adilson Pereira

VOLTA REDONDA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

B268d Barra, Giovana Fernandes Pinto

Dr^(a): “Eu comi e não morri”: por que não posso dar esse alimento ao bebê? Ensinando e aprendendo sobre alimentação infantil./ Giovana Fernandes Pinto Barra. - Volta Redonda: UniFOA, 2024.

81 p.

Orientador (a): Prof. Adilson Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2024.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Educação em saúde – sequencia didática. 4. Introdução alimentar. I. Pereira, Adilson. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Giovana Fernandes Pinto Barra

**DR^a): EU COMI E NÃO MORRI: POR QUE NÃO POSSO DAR ESSE ALIMENTO
AO BEBÊ? ENSINANDO E APRENDENDO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL**

Orientador:

Prof. Dr. Adilson Pereira

Banca Examinadora

Adilson Pereira

Prof. Dr. Adilson Pereira

Abigail Ribeiro Gomes

Prof.^a Dr.^a Abigail Ribeiro Gomes

André Barbosa Vargas

Prof. Dr. André Barbosa Vargas

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, minha irmã Louizia Lima, minha grande incentivadora desse processo de Mestrado, que esteve comigo do início ao fim, abrilhantando e me orientando nessa caminhada.

Ao meu orientador, Dr. Adilson Pereira, por me guiar com maestria nesse percurso.

A todos do curso MECSMA e à família UniFOA, por me proporcionar excelentes meios de continuar meu ensino, desde a graduação em Medicina.

“Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar as possibilidades para a sua
própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire, 1996.
Patrono da Educação Brasileira.

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional se iniciou com a graduação, na faculdade de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), a qual iniciei em 2011 e conclui em 2016. Ao longo de toda a faculdade tive a oportunidade de conviver próxima da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em Volta Redonda, principalmente, na área da Pediatria, a qual eu já tinha predileção. Fiz especialização através da Residência Médica em Pediatria do Hospital São João Batista, nos anos de 2017 a 2019 e mais uma vez, me vi diante da realidade e das dificuldades do SUS principalmente na faixa etária pediátrica. Quando conclui minha residência fiz o Concurso Público do Município de Volta Redonda para atuar como pediatra da Atenção Primária em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade. Passei em 1º lugar e pude então continuar trabalhando no SUS.

Atualmente, além de atuar no serviço primário, sou plantonista do Pronto Socorro Infantil do Hospital Santa Cecília (hospital particular), e plantonista da sala de parto e da rotina dos alojamentos conjuntos do Hospital São João Batista, que é a maternidade pública de referência para gestação de alto risco da região sul fluminense. Nesse mesmo hospital, sou preceptora dos alunos do 10º período de Medicina do UniFOA. Ademais, também atuo no consultório pediátrico do Plano de Saúde – Liv Saúde.

Após o período de Pandemia do Covid-19, deparei-me diariamente com o aumento do número de crianças atendidas com sobrepeso e obesidade. Percebo uma deficiência muito grande no que tange ao conhecimento dos familiares das crianças acerca da alimentação complementar adequada ao lactente, principalmente dos avós, que apresentam comportamento resistente às orientações sobre esse tema.

Falas como: “Doutora: porque não posso dar tal alimento se eu comi quando criança e não morri?”, fazem parte da minha rotina, demonstrando a resistência dos responsáveis. Diante desse fato, sinto-me desafiada diariamente em pensar alguma estratégia que possa conscientizar os pais e responsáveis, de que não é através desse pensamento que vamos conseguir melhorar a qualidade de vida das crianças, que serão os nossos adultos de amanhã.

Por isso, em meu programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (MECSMA), escolhi fundamentar a experiência que possuo acerca do modo como a alimentação infantil é gerida pelos responsáveis das crianças e a

possibilidade de se intervir neste processo, propiciando uma nova cultura alimentar e, por consequência, o aumento na qualidade da saúde infantil no país.

RESUMO

A curta duração do aleitamento materno e a introdução inadequada da alimentação complementar são consideradas fatores relacionados ao desenvolvimento precoce da obesidade. Segundo o Boletim Epidemiológico 001/2019, emitido pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro, uma em cada três crianças brasileiras está acima do peso. Esse é o escopo que conduziu ao objetivo da presente pesquisa, que foi elaborar uma sequência didática para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Um produto educacional com intuito de educar responsáveis pela saúde integral do lactente por meio da introdução alimentar complementar. Para atender ao objetivo, realizou-se uma revisão integrativa para investigar a obesidade infantil e sua relação com a introdução alimentar complementar do lactente. Diante dos achados, elaborou-se o produto educacional, sob a forma de guia de formação de Agentes Comunitários de Saúde em introdução alimentar do lactente, baseando-se na metodologia de uma Sequência Didática. Essa metodologia, auxilia na aprendizagem tornando-a dinâmica, recurso esse que assim como proposto por Paulo Freire, teórico da aprendizagem que embasou os estudos desse trabalho, utiliza do conhecimento prévio daquele que está aprendendo, para impulsionar a consolidação das informações, além de promover reflexões críticas e mudanças na sociedade. O produto educacional produzido dispõe de dois banners, uma cartilha, placas para o quiz, e questionário de avaliação. Os resultados obtidos com a realização da capacitação demonstraram sua eficácia como recurso capaz de produzir conhecimento, estimular a curiosidade e reflexão crítica sobre o papel do ACS na promoção da saúde infantil, ao transmitir informações embasadas cientificamente aos pais e responsáveis. E dessa forma, incentivar e estimular a criação do paladar infantil, com hábitos alimentares saudáveis e menor risco de obesidade futura.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Sequência Didática; Introdução Alimentar; Atenção Primária.

ABSTRACT

The short duration of breastfeeding and the inadequate introduction of complementary feeding are considered factors related to the early development of obesity. According to the Epidemiological Bulletin 001/2019, issued by the Sub-Secretariat of Health Surveillance of Rio de Janeiro, one in every three Brazilian children is overweight. This is the scope that led to the objective of the present research, which was to develop an educational product in the form of a didactic sequence to train Community Health Agents (CHAs) in order to educate those responsible for the integral health of infants through complementary feeding introduction. To meet the objective, an integrative review was conducted to investigate childhood obesity and its relationship with the complementary feeding introduction of infants. Based on the findings, the educational product was developed in the form of a guide for the training of Community Health Agents in infant feeding introduction, based on the methodology of a Didactic Sequence. This methodology assists in learning by making it dynamic, a resource that, like that proposed by Paulo Freire, a learning theorist who underpinned the studies of this work, uses the prior knowledge of the learner to drive the consolidation of information, as well as to promote critical reflections and changes in society. The educational product produced includes two banners, a booklet, quiz boards, and an evaluation questionnaire. The results obtained from the training demonstrated its effectiveness as a resource capable of producing knowledge, stimulating curiosity, and critical reflection on the role of CHAs in promoting child health, by providing scientifically based information to parents and caregivers. And in this way, encourage and stimulate the creation of infant taste preferences, with healthy eating habits and a lower risk of future obesity.

Keywords: Health Education; Didactic Sequence; Introduction to Feeding; Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos para Revisão Integrativa.....	28
Figura 2: Banner expositivo utilizado para conduzir a capacitação.....	39
Figura 3: Recursos utilizados para conduzir a capacitação.....	40
Figura 4: Registro da etapa de apresentação da situação.....	42
Figura 5: Registro da etapa de exposição do conteúdo (1)	43
Figura 6: Registro da etapa de exposição do conteúdo (2)	43
Figura 7: Placas de SIM ou NÃO utilizadas no momento do Quis	45
Figura 8: Registro do momento de preenchimento do formulário online.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Publicações dos últimos 5 anos sobre obesidade pediátrica e introdução alimentar complementar.....	29
Tabela 2 – Perguntas do Formulário.....	40
Tabela 3 – Perguntas do Quiz.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – Academia Americana de Pediatria

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BLW – Baby-Led Weaning

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

COEPs – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

DCNT – Doença Crônica Não-Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IMC – Índice de Massa Corporal

MECSMA – Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 Atualizações em Introdução Alimentar	18
2.2 Paulo Freire e a interface com a Educação em Saúde	21
2.3 Sequências Didáticas como estratégia de ensino	24
3. PROBLEMATIZANDO A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE.....	27
3.1 Revisão Integrativa.....	27
3.1.1 Resultados e categorização da busca na literatura	29
3.1.2 Discussão dos Resultados	31
3.1.3 Conclusão	34
4. PRODUTO EDUCACIONAL	36
4.1 Situação-problema e público-alvo	36
4.2 O método Paulo Freire	36
4.3 A escolha da sequência didática como metodologia de ensino	37
4.4 Elaboração do produto educacional	38
4.5 Métodos.....	39
4.5.1 Aspectos éticos	41
4.6 Aplicação do produto educacional.....	41
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PILOTO	57
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA/PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	59
APÊNDICE D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	60
APÊNDICE E – GUIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DO LACTENTE	63

1. INTRODUÇÃO

Em virtude de suas proporções epidêmicas, a obesidade vem sendo considerada um problema preocupante de saúde pública. Trata-se de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de origem complexa e multifatorial (SOUZA et al., 2018). Em consequência de excesso de peso ou obesidade, morrem a cada ano no mundo, 4 milhões de pessoas (SWINBURN et al., 2019).

Segundo o Boletim Epidemiológico 001/2019 do Rio de Janeiro, uma em cada três crianças brasileiras está acima do peso. As notificações apontam que 16,33% das crianças brasileiras entre cinco e dez anos estão com sobrepeso; 9,38% com obesidade; e 5,22% com obesidade grave, informou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2019.

A curta duração do aleitamento materno e a introdução inadequada da alimentação complementar, têm sido considerados fatores relacionados ao desenvolvimento precoce da obesidade (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009). Além dos fatores genéticos, outros fatores determinantes para a obesidade infantil se relacionam com os ambientes nos quais as crianças estão inseridas. As crianças estão sendo expostas desde muito cedo aos alimentos não saudáveis, ultra processados, como biscoitos, refrigerantes, salgadinhos, doces e *fast foods*, ao invés de estarem consumindo alimentos saudáveis, *in natura* ou minimamente processados (SARNI; KOCHI; SUANO-SOUZA, 2022).

A má alimentação e o sedentarismo, muitas vezes estão relacionados também ao uso excessivo de telas (smartphones, tablets, videogames) pelas crianças. A subestimação do sobrepeso da criança pelos pais e pela família é outro fato notório, no qual, acredita-se que criança saudável é criança acima do peso (FARIA et al., 2021).

Crianças intensificaram os maus costumes relatados acima no período da pandemia da Covid-19, com o isolamento social. Mais tempo em casa, favoreceu o aumento de tempo diante das telas, a diminuição das atividades físicas e brincadeiras ao ar livre, o aumento da ingestão de alimentos menos saudáveis e, por consequência, o ganho de peso (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020). Diante do exposto, a obesidade configura-se como um problema mundial, e se torna mais preocupante quando atinge a fase infantil, onde as DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, transtornos mentais e alguns tipos de câncer) podem emergir na idade adulta (SARNI;

KOCHI; SUANO-SOUZA, 2022). Há três décadas, as DCNT são responsáveis pela maior quantidade de enfermidades no Brasil. Prevenir e controlar seus fatores de riscos são indispensáveis para evitar um crescimento exponencial e suas consequências graves para o sistema de saúde do país (BRASIL, 2011)

As DCNT são os principais alvos de ações preventivas e correspondem ao investimento com melhor custo-benefício na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS). Dar assistência aos já doentes, fornecer e incentivar práticas de prevenção primária e promoção da saúde, é um dever do SUS. As hospitalizações, a perda de qualidade de vida com elevado nível de limitação nas atividades de lazer e de trabalho, as perdas prematuras de vida, as repercussões econômicas para as famílias, comunidades e a sociedade em geral e o custo econômico que o Brasil tem com as DCNT, são muito elevados para que esse problema seja negligenciado (BRASIL, 2011).

A ferramenta mais eficaz para a promoção de hábitos alimentares saudáveis é a educação em saúde. É preciso criar ações educativas didáticas que levem em consideração as condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos, para que assim, se favoreça a possibilidade de êxito no processo de mudança de hábitos alimentares no comportamento familiar (VASCONCELOS et al., 2018).

Conscientizar os pais para a importância de criar e estabelecer uma alimentação saudável para toda a família o quanto antes é fundamental, pois o paladar infantil é construído desde a vida uterina. A dieta da mãe durante a amamentação também interfere no paladar das crianças (MENNELLA; JAGNOW; BEAUCHAMP, 2001). Além disso, é importante considerar que o exemplo advindo dos pais, podem e devem contribuir positivamente para o desenvolvimento infantil nos mais variados aspectos, sendo um deles, a alimentação. Nesse sentido, como forma de acessar esses pais, e transmitir a eles o conhecimento necessário, verifica-se a importância de capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), presentes ativamente no cotidiano dessas famílias. O aumento expressivo de obesidade na população pediátrica nos últimos anos está relacionado com a construção inadequada do paladar infantil e maus hábitos alimentares. Iniciar a introdução alimentar complementar corretamente, tanto na escolha dos alimentos quanto nas medidas posturais e comportamentais do momento das refeições está diretamente relacionado com o sucesso na alimentação infantil. A capacitação dos agentes comunitários de saúde

possibilitará um caminho eficaz para o ensino sobre a introdução alimentar, de forma acessível aos pais, cuidadores ou responsáveis dos lactentes.

1.1 Objetivos

Objetivo geral:

Elaborar produto educacional sob a forma de sequência didática para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde no intuito de educar responsáveis pela saúde integral do lactente por meio da introdução alimentar complementar.

Objetivos específicos:

- a) Analisar a relação da obesidade infantil com a introdução alimentar complementar fazendo relação da obesidade infantil com a introdução alimentar complementar;
- b) Elaborar uma Sequência Didática (Produto Educacional - PE) (Produto Educacional - PE) para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da introdução alimentar complementar para os lactentes;
- c) Avaliar o produto educacional junto aos Agentes Comunitários de Saúde em conformidade à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - COEPs.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atualizações em Introdução Alimentar

Para uma avaliação e orientação satisfatória sobre a nutrição da criança, é primordial o conhecimento atualizado sobre o tema (alimentação infantil). A nutrição adequada da criança inicia-se com a alimentação materna (antes, durante a gestação e durante a fase de lactação) com a intenção de proporcionar desenvolvimento e crescimento adequados e prevenir doenças de curto e longo prazo nas crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Estudos realizados salientam que fatores metabólicos e nutricionais, no começo do desenvolvimento humano, têm consequências a longo prazo na programação (*programming*) da saúde na vida adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

“O termo *programming* foi introduzido na literatura por Dörner, em 1974. *Programming* = indução, deleção ou prejuízo do desenvolvimento de uma estrutura somática permanente ou ajuste de um sistema fisiológico por um estímulo ou agressão que ocorre num período suscetível (p. ex., fases precoces da vida)” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018, p.13).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), a associação entre hábitos alimentares inadequados no primeiro ano de vida e o desenvolvimento de obesidade no futuro é um exemplo significativo de *programming* em humanos. Os principais fatores ambientais que interferem no genoma humano são os elementos da dieta. O leite materno, por exemplo, apresenta aspecto protetor e dose-dependente na diminuição do risco de obesidade na vida adulta. A maior parte dos alimentos, impactam a expressão proteica e gênica e, por consequência, o metabolismo.

Entre o momento da concepção até os dois primeiros anos de vida do bebê, compreende-se o período que corresponde aos primeiros mil dias de vida de uma criança. Esse espaço de tempo disponibiliza uma janela de chances valiosas na elaboração de um desenvolvimento saudável. São 730 dias dos dois primeiros anos de vida, 365 dias cada, mais 270 dias da gestação. A alimentação incorreta e deficiente nesse período pode afetar seriamente o crescimento e o desenvolvimento neurocognitivo, além de causar prejuízos irreversíveis. O contrário, uma alimentação

adequada e rica em nutrientes, pode diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças ao longo da vida (DA CUNHA; LEITE; DE ALMEIDA, 2015).

Na série sobre desnutrição materna e infantil, publicada na revista *The Lancet*, em 2008, verificou-se a importância de se dedicar ao período ouro do desenvolvimento infantil (os primeiros mil dias de vida). Foi destacado também, neste mesmo artigo, a relevância de estimular os programas de suplementação de vitaminas e minerais como a vitamina A, o zinco, o ferro e o iodo, já que a falta destes podem impossibilitar dessas crianças alcançarem seus potenciais de desenvolvimento e crescimento (BHUTTA et al., 2008).

O aleitamento materno exclusivo é recomendado para o bebê desde o nascimento até os 6 meses de vida. O leite materno é muito mais do que uma soma de nutrientes, é um alimento que possui substâncias com função protetora e imunomoduladora. Ele possibilita a proteção contra alergia e infecções, estimula a maturação dos sistemas neurológicos e digestório, o desenvolvimento do sistema imunológico e o vínculo mãe-filho e assim, alimenta também o psiquismo de ambos. São poucas as contraindicações do aleitamento materno, um exemplo é a infecção por HIV materna e uso de determinados medicamentos pela mãe (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

A partir dos 6 meses completos mais a presença dos sinais de prontidão (interesse pelo se come, sustentar cabeça, segurar objetos com as mãos, diminuir ou eliminar o reflexo de protrusão, fazer movimentos voluntários com a língua e com a boca, simular a mastigação), pode-se iniciar a introdução alimentar complementar, mas o aleitamento materno deve continuar e ser incentivado até os 2 anos de idade. Os alimentos devem ser preparados bem cozidos, com pouca água até ficarem macios, especialmente para a criança, e deverão inicialmente ser totalmente amassados com o garfo, a carne oferecida deve ser moída, desfiada em pequenos pedaços ou levemente triturada (método tradicional) ou alimentos cortados em tiras, pedaços, ou bastões no qual o bebê pega com a mão e come “sozinho” (método *baby-led weaning* ou BLW) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Não existe uma melhor ou pior forma de oferecer os alimentos, entre método tradicional e método BLW, o que a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) recomenda é a junção dos dois métodos: oferecer pedaços maiores nas mãos dos lactentes e ofertar os alimentos amassados na colher, para que se explore e conheça

as várias texturas da comida como parte natural de aprendizado sensorio motor.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), é essencial discutir e elucidar aos responsáveis e cuidadores das crianças os aspectos fundamentais da introdução alimentar. Nesse contexto, é aconselhável evitar o uso do liquidificador e da peneira, optando por métodos que preservem a integridade dos alimentos. A utilização de temperos naturais frescos, como salsa, cebolinha, cebola e alho, é encorajada, enquanto a adição de sal deve ser postergada até os 12 meses de idade, sendo recomendado seu uso com moderação a partir do primeiro ano.

A seleção criteriosa dos alimentos é crucial, não se recomenda a inclusão de itens industrializados, ultraprocessados e alimentos apimentados ou gordurosos, como bacon e embutidos (presunto, salsicha e linguiça). Da mesma forma, é desaconselhável adicionar geleias, farinhas, açúcar e mel às frutas. Produtos como gelatinas, balas, chocolates, biscoitos e refrigerantes devem ser evitados durante a fase inicial da alimentação infantil, promovendo escolhas alimentares mais saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Quanto aos lácteos, a introdução do leite de vaca e seus derivados deve ser postergada até o primeiro ano de vida, enquanto o consumo de mel é estritamente proibido para menores de um ano, devido ao risco de botulismo. O cuidado com a ingestão de açúcar também é enfatizado, sendo desaconselhado antes dos dois anos de idade, visando à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Atualmente, também é recomendado não oferecer suco de frutas antes de um ano de idade, devendo se dar preferência pela fruta *in natura* (papa de fruta ou fruta raspada), devido ao risco de predisposição à obesidade. Para extrair o suco da fruta perdem-se as fibras (que contribuem para diminuir a absorção do açúcar) e aumenta-se a caloria do alimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

É importante incentivar a criança a comer diariamente proteínas, leguminosas, tubérculos e cereais, vegetais, legumes e frutas. Caso ela não aceite, deve-se oferecer esses alimentos novamente em outras refeições. Para a criança conhecer novas texturas, cores e sabores é recomendado separar em porções no prato e não oferecer os alimentos misturados. Para gostar de certos alimentos, algumas crianças, podem precisar experimentá-los pelo menos de oito a dez vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Além disso, a partir da introdução da alimentação complementar, deve-se oferecer água potável para o lactente. Pois, a quantidade de proteínas e sais dos alimentos é maior do que do leite materno. Então, para não sobrecarregar os rins, precisa-se ingerir água filtrada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Nesse sentido, foi possível pensar numa proposta que aproxime os pais do conhecimento correto acerca da introdução alimentar. Dessa maneira, empoderados de conhecimento, eles serão capazes de aplicar o que for aprendido, e replicar hábitos saudáveis que irão promover a saúde em suas famílias. Sendo assim, analisando o contexto de aplicação do projeto, a prática de capacitar outros profissionais foi escolhida para embasá-lo. O agente comunitário de saúde estará capacitado para realizar a construção de conhecimento junto aos pais e/ou responsáveis uma vez que ele é o profissional de saúde mais acessível e próximo das famílias.

2.2 Paulo Freire e a interface com a Educação em Saúde

A Educação em Saúde é um campo multidisciplinar que busca promover o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para que as pessoas possam tomar decisões informadas sobre sua saúde. Essa abordagem vai além da simples transmissão de informações, envolvendo estratégias que visam capacitar indivíduos e comunidades a adotarem comportamentos saudáveis e a gerenciarem melhor as questões relacionadas à saúde. Ao integrar aspectos biopsicossociais, a Educação em Saúde não apenas fornece informações sobre doenças e prevenção, mas também considera fatores contextuais, culturais e sociais que impactam a saúde, promovendo uma compreensão mais holística do bem-estar (FALKENBERG et al., 2014).

No âmbito da educação em saúde, são utilizados diversos métodos, como palestras, workshops, materiais educativos, campanhas de conscientização e abordagens interativas que incentivam a participação ativa. Além disso, a integração de tecnologias e a promoção do diálogo aberto entre profissionais de saúde e a comunidade desempenham papéis essenciais na construção de uma educação eficaz. O objetivo final é capacitar as pessoas a assumirem um papel ativo na promoção de sua própria saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sociedades mais saudáveis e informadas (FALKENBERG et al., 2014).

Essas estratégias refletem os princípios da pedagogia freiriana, defendidos por Paulo Freire, que enfatizava a importância do diálogo, da participação ativa e do empoderamento dos alunos. Da mesma forma, ao capacitar as pessoas a assumirem um papel ativo na promoção de sua própria saúde, a educação em saúde alinha-se à visão de Freire de uma educação libertadora, na qual os indivíduos não são apenas receptores passivos, mas agentes ativos na construção do conhecimento e na transformação de suas realidades. O objetivo final é, assim, contribuir para o desenvolvimento de sociedades mais saudáveis e informadas, alinhando-se aos ideais de Paulo Freire no contexto educacional (FREIRE, 1996).

Paulo Reglus Neves Freire foi um influente educador, filósofo e pedagogo brasileiro, reconhecido mundialmente por suas contribuições à pedagogia crítica. Nascido em Recife, Freire desenvolveu uma abordagem educacional inovadora, especialmente evidenciada em sua obra "Pedagogia do Oprimido" de 1968. Sua visão revolucionária da educação enfatizava a importância da conscientização, do diálogo e da participação ativa dos alunos no processo educacional, visando à emancipação e ao empoderamento. Freire acreditava que a educação não deveria ser imposta de cima para baixo, mas sim um processo colaborativo que reconhece a experiência e a realidade dos educandos, promovendo uma aprendizagem mais significativa e transformadora (FREIRE, 1968).

Ao longo de sua carreira, Paulo Freire desafiou as estruturas tradicionais de ensino, propondo uma abordagem mais democrática e humanista. Seus ideais influenciaram não apenas a educação, mas também diversas áreas, incluindo a Saúde, onde sua ênfase na participação, no diálogo e no empoderamento continua a inspirar práticas que visam promover conhecimento de maneira mais inclusiva e contextualizada. O legado de Paulo Freire transcende fronteiras, impactando teorias educacionais e práticas sociais em todo o mundo (CHIARELLA et al., 2015; DASGUPTA et al., 2006).

A abordagem de Paulo Freire tem sido aplicada em diversas áreas, onde suas ideias sobre diálogo, participação e empoderamento são particularmente relevantes. Na interface entre a pedagogia freiriana e a Educação em Saúde, alguns princípios fundamentais podem ser destacados, dentre eles, o diálogo como instrumento de aprendizado. Freire enfatizava o diálogo como um meio essencial para a construção do conhecimento. Na saúde, isso significa promover a comunicação aberta entre profissionais de saúde e a comunidade, reconhecendo as experiências e saberes

prévios dos indivíduos como pontos de partida para a aprendizagem (CHIARELLA et al., 2015; DASGUPTA et al., 2006).

Freire também defendia a importância de contextualizar o processo educacional, relacionando o conteúdo com a realidade dos alunos. Nesse contexto, isso implica abordar questões de saúde de maneira relevante para as comunidades atendidas, considerando fatores culturais, sociais e econômicos. Assim, a pedagogia freiriana destaca a importância da participação ativa dos alunos no processo educativo. Isso pode ser traduzido em estratégias que envolvam a comunidade na identificação de suas próprias necessidades de saúde, na formulação de soluções e na implementação de práticas saudáveis (FREIRE, 1968).

Segundo o autor, o empoderamento deve ser resultado do processo educativo, pois através da capacitação os indivíduos, os mesmos podem compreender criticamente o mundo ao seu redor e se tornarem agentes de transformação. Na educação em saúde, isso significa capacitar as pessoas para que assumam o controle de sua própria saúde, compreendam os determinantes sociais que as perpassam e adotem comportamentos mais saudáveis (CHIARELLA et al., 2015; DASGUPTA et al., 2006).

Com o objetivo de superar a hierarquia tradicional, a obra ainda critica a tradicional hierarquia entre educador e educando. Tal objetivo implica uma abordagem colaborativa, onde profissionais de saúde e membros da comunidade trabalham juntos, compartilhando conhecimentos e experiências de maneira horizontal, visando a justiça social (DASGUPTA et al., 2006).

Em resumo, a pedagogia de Paulo Freire oferece uma base teórica valiosa para a Educação em Saúde no cenário brasileiro, promovendo uma abordagem participativa, contextualizada e empoderadora. Essa perspectiva pode contribuir para a construção de práticas educativas mais eficazes e centradas nas necessidades das comunidades, resultando em uma promoção da saúde mais efetiva e sustentável.

2.3 Sequências Didáticas como estratégia de ensino

A terminologia "metodologia" denota não apenas um conjunto de métodos, mas também abrange a abordagem para guiar um processo de ensino-aprendizagem, revelando os princípios e suposições que fundamentam a aplicação prática dos métodos, adaptando-se aos contextos específicos e às intenções envolvidas (ALVES et al., 2015).

A abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento de uma Sequência Didática ressalta a importância de explorar um conteúdo por meio de diversas ferramentas, entre elas, o uso de vídeos e simulações. É fundamental que os educandos compreendam sua participação ativa no processo de aprendizagem e reconheçam que têm responsabilidades individuais, não podendo aguardar passivamente que o "professor" detenha todas as respostas e apresente soluções prontas. Através de estratégias de ensino articuladas, os "alunos" colaboram na busca coletiva por essas soluções (FRANCO, 2018).

Se compreende por Sequência Didática, um conjunto meticulosamente organizado de atividades, estratégias e intervenções, planejado de forma progressiva pelo docente. O propósito desse planejamento é assegurar que os discentes alcancem uma compreensão efetiva do conteúdo ou tema proposto (FRANCO, 2018).

As sequências didáticas podem ser concebidas em distintas áreas do conhecimento, e a cada novo conceito, interpretação e formulação de uma sequência, podem emergir novos desafios. Nessa perspectiva, o ato de ensinar e aprender caminham de mãos dadas, pois aquele que ensina está predisposto a ouvir e construir novos conhecimentos. Esse conjunto articulado de saberes, organizado em etapas inter-relacionadas, facilita a compreensão do estudante, promovendo uma dinâmica mais eficaz no processo. Essa abordagem sistêmica, dialógica e centrada no objeto de estudo permite que o conhecimento seja percebido de maneira integral, livre de compartimentalizações (LOPES; AMARAL, 2020).

Conforme destacado por Lopes e Amaral (2020), a construção de um conhecimento interdisciplinar demanda, acima de tudo, uma postura proativa. Entre os elementos identificados nos planejamentos das sequências didáticas, destaca-se a eliminação de barreiras não apenas em relação aos demais componentes, mas também à própria estrutura do planejamento. Os fundamentos que permeiam essa abordagem incluem: a cooperação no trabalho, a necessidade dos pares de aprender

uns com os outros e a aceitação da ideia de incompletude direcionada ao planejamento. Tais fundamentos contribuem significativamente para aprimorar a formação dos envolvidos na educação em questão, tanto educadores quanto estudantes. A interdisciplinaridade, nesse contexto, busca alcançar a totalidade do conhecimento, respeitando a especificidade dos componentes e reconhecendo a natureza não definitiva das escolhas realizadas.

Essa abordagem pedagógica, que é a sequência didática, é composta por diferentes etapas, cada uma desempenhando um papel crucial no processo de ensino-aprendizagem. A primeira etapa consiste na sensibilização, despertando o interesse e criando um contexto significativo para o tema a ser abordado. Isso pode ser feito por meio de questionamentos, apresentação de casos reais ou atividades que estimulem a curiosidade (MIQUELANTE et al., 2017).

Na segunda etapa, ocorre a introdução do conteúdo, onde os conceitos-chave são apresentados de maneira clara e acessível. Essa fase envolve a explicação dos tópicos, uso de recursos audiovisuais, debates e discussões. O objetivo é construir uma base sólida de conhecimento, proporcionando aos alunos os fundamentos necessários para compreenderem a temática em questão. A aplicação prática do conhecimento adquirido ocorre na terceira etapa, por meio de atividades que estimulam a reflexão, análise crítica e aplicação dos conceitos aprendidos em situações do cotidiano. Essa fase visa consolidar o aprendizado, proporcionando aos alunos a oportunidade de utilizar os conhecimentos de forma autônoma e significativa (MIQUELANTE et al., 2017).

Por fim, a avaliação fecha o ciclo da sequência didática, permitindo que tanto os professores quanto os alunos avaliem o processo de aprendizagem. Esse momento é fundamental para identificar o que foi assimilado, as dificuldades enfrentadas e as possíveis adaptações necessárias para futuras abordagens pedagógicas. A sequência didática, quando bem elaborada e aplicada, contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades, promovendo uma aprendizagem mais efetiva e significativa (MIQUELANTE et al., 2017).

O papel do educador transcende a simples transmissão de conhecimento; ele deve assumir a função de criador de situações estimulantes, e as sequências didáticas desempenham um papel crucial nesse processo, tanto para o próprio instrutor quanto para seus alunos. Conclui-se que a Sequência Didática representa uma metodologia que fomenta a pesquisa científica, enaltece a aprendizagem vivenciada pelos alunos

por meio de diversas modalidades de estratégias didáticas apresentadas (LOPES e AMARAL, 2020).

3. PROBLEMATIZANDO A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

A alimentação nos primeiros meses de vida exerce um papel importante na determinação da composição corporal ao longo da vida. Assim, com a prevalência da obesidade infantil aumentando a cada ano, há um interesse crescente em investigar se o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares estão associados ao risco de sobrepeso e obesidade em fases futuras da vida. A introdução inadequada de alimentos complementares e o desmame precoce parecem aumentar o risco de obesidade. Portanto, identificar as práticas alimentares que contribuem para a obesidade na infância é uma tarefa importante para determinar quais fatores podem ser modificados e delinear intervenções. Dessa forma, o que a comunidade científica diz a respeito da obesidade infantil e sua relação com a introdução alimentar complementar do lactente?

3.1 Revisão Integrativa

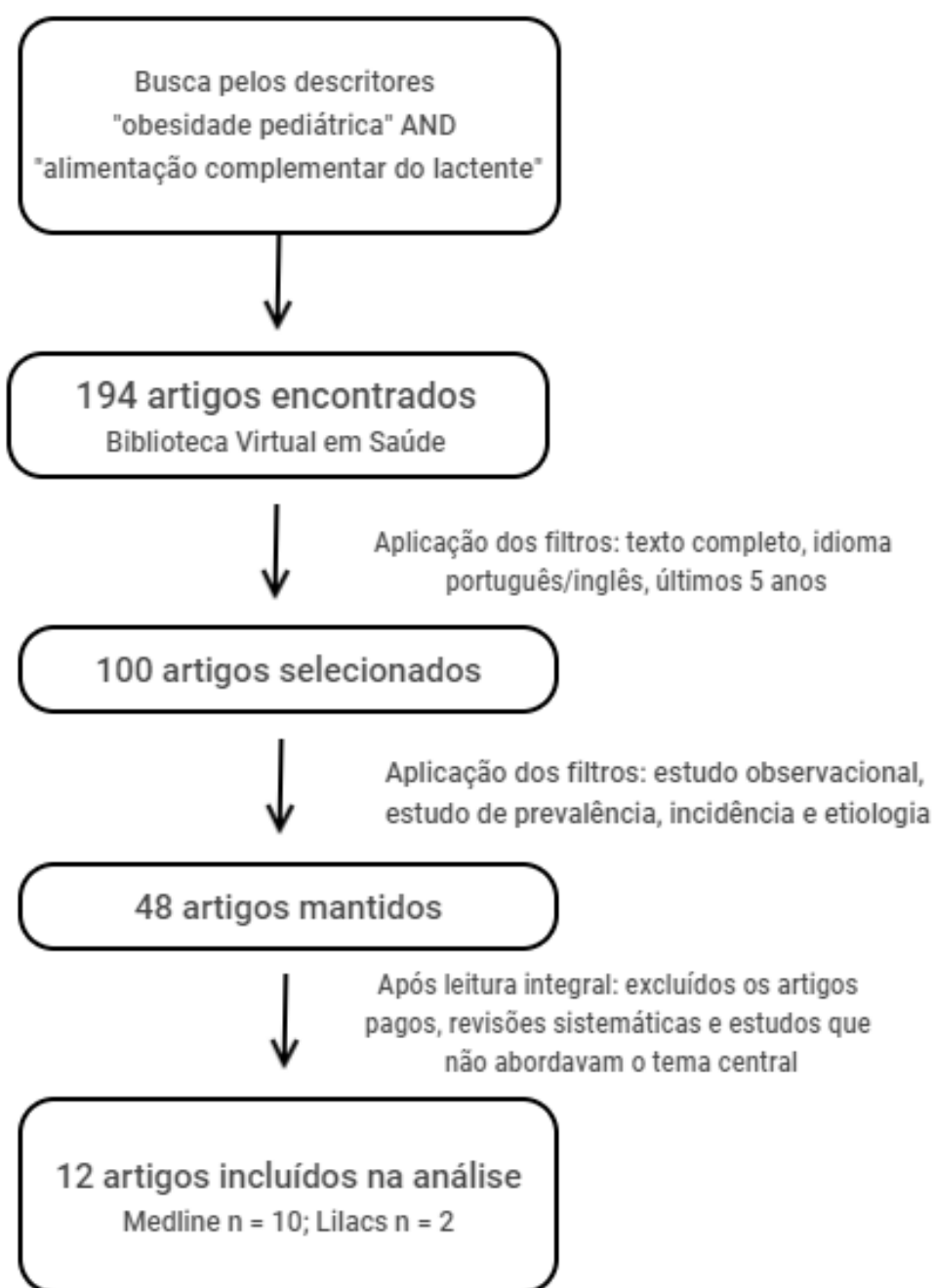
Os artigos baseados em revisões de literatura compreendem pesquisas que utilizam fontes bibliográficas e eletrônicas para se obter resultados e fundamentar objetivos de pesquisa. As revisões de literatura classificadas como revisão integrativa representam uma forma metodológica mais abrangente quando comparada à outras revisões, dessa forma, é possível incluir estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão integral do fenômeno estudado, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para criação da revisão integrativa, algumas etapas precisam ser trilhadas, como: determinar a questão norteadora da pesquisa; buscar na literatura; categorizar os estudos; analisar os estudos incluídos na revisão; interpretar os resultados e por fim, reunir todos os elementos e fundi-los em um só conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a realização da presente revisão integrativa, considerou-se a base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual possibilitou a pesquisa de estudos científicos com relação ao tema da obesidade pediátrica e a introdução alimentar complementar do lactente. Conforme demonstra a Figura 1, a base de dados foi consultada em novembro de 2022, sendo utilizados os descritores “obesidade pediátrica” (and) “alimentação complementar do lactente”. Os estudos foram buscados

individualmente em “todos os índices” (all indexes). Foram selecionados os trabalhos que foram publicados nos últimos 5 anos (em idioma português ou inglês) e que correspondiam ao tema proposto. Ademais, foram excluídos artigos que eram pagos, os que estavam incompletos e os que correspondiam a artigos de revisão. Para a formulação dos resultados, os estudos foram lidos integralmente e analisados criticamente.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos para Revisão Integrativa



Fonte: dos próprios autores. (2024)

3.1.1 Resultados e categorização da busca na literatura

Na base de dados utilizada, 12 artigos foram selecionados ao final da aplicação dos filtros e dos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos estão apresentados na Tabela 1 - “Publicações dos últimos 5 anos sobre obesidade pediátrica e introdução alimentar complementar”, que inclui o título dos estudos, autores, ano de publicação, objetivos e metodologia utilizada. Desses 12 artigos, 11 foram publicados em inglês e 1 em inglês/português. O período das publicações foi de 2017 a 2021. Ademais, em sua maioria, os artigos selecionados caracterizaram estudos observacionais.

Tabela 1 - Publicações dos últimos 5 anos sobre obesidade pediátrica e introdução alimentar complementar

	Autor/Ano	Objetivos	Metodologia
Breastfeeding and feeding practices in the first year of life and its association with overweight and obesity of children in Mexico	Arredondo et al. (2021)	Avaliar práticas alimentares no primeiro ano de vida e sua associação com o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade em crianças no México	Estudo observacional transversal descritivo
The new child food package is associated with reduced obesity risk among formula fed infants participating in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) in Los Angeles County, California, 2003–2016	Chaparro et al. (2020)	Determinar se o novo pacote de alimentos infantis introduzido em 2009 estava associado a trajetórias de crescimento mais saudáveis e risco reduzido de obesidade entre crianças que foram alimentadas exclusivamente com fórmula durante a infância	Estudo prognóstico e de etiologia
Timing of Complementary Feeding Introduction and Adiposity Throughout Childhood	Gingras et al. (2019)	Analisar as associações entre o momento da introdução da alimentação complementar (AC) e a adiposidade ao longo da infância	Estudo observacional
Infant growth during the first year of life following a pregnancy lifestyle intervention in routine care —	Hoffmann et al. (2021)	Avaliar o efeito de uma intervenção pré-natal no estilo de vida realizada como abordagem de saúde pública	Ensaio clínico randomizado e controlado

Findings from the cluster-randomised GeliS trial		sobre o desenvolvimento infantil e as práticas alimentares	
Effects of Early Weight Gain Velocity, Diet Quality, and Snack Food Access on Toddler Weight Status at 1.5 Years: Follow-Up of a Randomized Controlled Infant Formula Trial	Mennella et al. (2021)	Analisar os efeitos da velocidade de ganho de peso precoce, qualidade da dieta e acesso a lanches no peso de crianças de até 1,5 anos	Ensaio clínico duplo-cego randomizado e controlado
Exclusive breastfeeding, complementary feeding and association with body fat excess among schoolchildren in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil	Gonsalez et al. (2017)	Analisar a associação da duração do aleitamento materno exclusivo (AME) e idade de introdução da alimentação complementar (AC) com o excesso de gordura corporal (EGC) em escolares de Florianópolis/SC	Estudo observacional
Breastfeeding and complementary feeding in relation to body mass index and overweight at ages 7 and 11 y: a path analysis within the Danish National Birth Cohort	Morgen et al. (2018)	Examinar se a duração da amamentação (AM), o momento da introdução de alimentos complementares e a ingestão de proteínas aos 18 meses estão associados ao índice de massa corporal e ao excesso de peso nas idades entre 7 e 11 anos	Estudo observacional
Associations of Feeding Practices in Early Life and Dietary Intake at School Age with Obesity in 10- to 12-Year-Old Arab Children	Muhsen et al. (2021)	Avaliar as associações de práticas alimentares no início da vida, exposições ambientais e relacionadas à saúde e consumo alimentar na idade escolar como determinantes da obesidade em crianças de 10 a 12 anos	Estudo observacional
Effect of a Home-Visiting Intervention to Reduce Early Childhood Obesity Among Native American Children A Randomized Clinical Trial	Rosenstock et al. (2021)	Avaliar o impacto de uma breve abordagem de visita domiciliar, no consumo de bebidas adoçadas com açúcar, práticas parentais responsivas e	Ensaio clínico controlado

		alimentação infantil em até 12 meses após o parto	
Childhood Obesity Prevention in the Women, Infants, and Children Program: Outcomes of the MA-CORD Study	Woo Baidal et al. (2017)	Examinar até que ponto uma intervenção do Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC) melhorou os escores de IMC e os comportamentos relacionados à obesidade entre crianças de 2 a 4 anos	Estudo observacional
Consumption of obesogenic foods in non-Hispanic black mother – infant dyads	Kay et al. (2018)	Examinar a associação entre o consumo materno e infantil de grupos-chave de alimentos dos 6 aos 18 meses	Estudo observacional
Timing of solid food introduction and association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study	Papoutsou et al. (2018)	Investigar as associações entre o momento da introdução de alimentos sólidos e a obesidade infantil	Estudo observacional transversal

Fonte: dos próprios autores. (2024)

3.1.2 Discussão dos Resultados

Fatores genéticos, biológicos e sociais combinados com a ausência de aleitamento materno exclusivo, a introdução de alimentos antes dos 6 meses de idade, o consumo excessivo de substitutos do leite materno e a inclusão em padrões alimentares não saudáveis, representam um risco latente para o desenvolvimento de múltiplas comorbidades na infância. Durante os dois primeiros anos de vida, crianças com sobrepeso e obesidade têm maior possibilidade de sofrer de doenças metabólicas, diabetes, hipertensão e doenças cardíacas na idade adulta assim como consequências sérias na saúde física e mental (ARREDONDO et al., 2022).

Dados alarmantes do estudo de Arredondo et al., (2022) demonstraram que a introdução de alimentos com alto teor de açúcar antes dos 6 meses representa um risco de 92% para sobrepeso e obesidade na infância e adolescência. Enquanto isso, estudos em crianças latinas mostraram um risco de aproximadamente 60% para

sobrepeso e obesidade após consumir alimentos com alto teor de açúcar (ARREDONDO et al., 2022).

A influência dos substitutos do leite materno e a introdução de líquidos nos primeiros seis meses de vida também são fatores de risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade precoce, visto que, com o avanço da idade os fatores perinatais adversos e as más práticas alimentares aumentam a probabilidade de ganho de peso. Nesse sentido, constata-se que a introdução de alimentos em idade precoce aumenta o risco de sobrepeso e obesidade em fases posteriores. Além disso, evidencia-se a importância de abordar práticas inadequadas de alimentação e de amamentação no primeiro ano de vida, como medidas de prevenção de sobrepeso e obesidade dentro de programas e políticas voltadas para a saúde na infância (ARREDONDO et al., 2022).

A amamentação materna é padrão-ouro para alimentação infantil. No entanto, ao analisar crianças alimentadas com fórmula infantil, Chaparro et al. (2020) sugerem que o consumo de alimentos saudáveis fornecidos pelo Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (*Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* ou WIC), um programa federal de assistência nutricional nos Estados Unidos, durante a primeira infância (1 a 4 anos), pode ser benéfico para diminuir o risco de obesidade entre as crianças que nunca foram amamentadas com leite materno.

Gingras et al. (2019) focaram sua pesquisa no momento da introdução alimentar complementar e sua relação com adiposidade na infância. O momento da introdução alimentar complementar pode contribuir para a obesidade infantil, ainda que estudos prévios tenham apresentado associações inconsistentes. Notou-se que a introdução alimentar complementar em menores de 4 meses foi relacionada a medidas de adiposidade mais altas na metade da infância e adolescência. A introdução precoce de alimentos complementares foi associada também a um Índice de Massa Corporal (IMC) mais alto e a uma probabilidade 44% maior de sobrepeso aos 11 anos de idade. Já a introdução em bebês ≥ 6 meses de vida, foi associada a maior adiposidade na adolescência de crianças que não foram amamentadas ou pararam de mamar leite materno com menos de 4 meses de vida (GINGRAS et al., 2019; MORGEN et al., 2018).

Em contrapartida, as pesquisas de Papoutsou et al. (2018), revelam que crianças amamentadas exclusivamente por 6 meses e que foram introduzidos aos

sólidos enquanto continuaram o aleitamento materno até a idade de 12 meses ou mais, tiveram menos probabilidade de ter sobrepeso ou obesidade na idade entre 2 e 9 anos. Por outro lado, a introdução tardia da alimentação complementar aos 7 meses de idade ou mais tarde entre crianças exclusivamente amamentadas, foi associada a um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no futuro.

Corroborando com os dados anteriores, a pesquisa de Gonzalez et al. (2017) revela que a prevalência do excesso de gordura corporal foi maior em crianças introduzidas aos cereais antes dos seis meses de idade. Esses achados consolidam a recomendação da Organização Mundial de Saúde, a qual indica a introdução alimentar a partir dos 6 meses de vida (WHO, 2009).

Quanto a recomendação do início da introdução alimentar complementar no lactente, verificou-se informações divergentes entre a Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A AAP recomenda que seja feita entre 4 e 6 meses de idade, já a SBP recomenda que a introdução seja feita a partir dos 6 meses completos, com a presença dos chamados sinais de prontidão (SBP, 2018).

Segundo as pesquisas de Morgen et al. (2018), análises mostraram valores médios de IMC mais altos aos 7 e 11 anos de idade em crianças que foram amamentadas por curtos períodos, crianças que foram introduzidas precocemente na alimentação complementar e crianças que tiveram maior ingestão de proteínas na infância. Corroborando aos dados expostos, Muhsen et al. (2021) ressaltam que a avaliação das exposições infantis que podem afetar o IMC e a obesidade, é necessária para identificar grupos de risco e assim, promover o delineamento de intervenções preventivas mais adequadas para combater o sobrepeso e a obesidade infantil.

A ingestão alimentar elevada de gordura total na idade escolar foi associada ao aumento da probabilidade de obesidade, independente de fatores sociodemográficos. Exposições no início da vida, como a idade gestacional ao nascer e o crescimento físico na infância, podem também afetar persistentemente o risco de obesidade na idade escolar (MUHSEN et al., 2021).

Rosenstock et al. (2021) abordam e confirmam em seu estudo a importância de ensinar os responsáveis das crianças sobre: introdução de alimentos complementares antes dos 6 meses de idade, consumo infantil de bebidas açucaradas e estilos de alimentação não responsivos, que são práticas específicas de alimentação associadas ao aumento do risco de obesidade na primeira infância. O

estudo traz a confirmação, através de seus resultados, da eficácia de uma breve intervenção através de visita domiciliar de baixo custo para prevenir a obesidade e promover saúde na primeira infância (ROSENSTOCK et al., 2021). Para Woo Baidal et al., (2017) os atos de: eliminar a ingestão de bebidas açucaradas, incluir atividades físicas diárias, diminuir exposição a telas (evitando TVs nos quartos) e garantir um sono suficiente, são boas recomendações que estão associadas à diminuição da prevalência de fatores de risco de obesidade.

De forma complementar, os achados de Kay et al., (2018), mostram uma via valiosa e, muitas das vezes esquecida, para a intervenção na alimentação infantil que é a alimentação materna. A alimentação materna pode influenciar os tipos de alimentos complementares disponíveis em casa, os tornando de fácil consumo para a criança. Direcionar a dieta materna pode ser também uma estratégia eficaz para prevenir a obesidade infantil. A pesquisa demonstra que o consumo infantil está fortemente associado ao da mãe, uma vez que os bebês eram significativamente mais propensos a consumir certos grupos de alimentos se suas mães também os consumissem (KAY et al., 2018). O fato de as crianças dependerem de outras pessoas para fornecer os alimentos que comem, reforça a importância de estudar nutrição no contexto das práticas e crenças alimentares dos cuidadores e nos ambientes domésticos e escolares (MENNELLA et al., 2021).

3.1.3 Conclusão

A qualidade da alimentação nos primeiros meses de vida desempenha um papel significativo na formação da composição corporal. Assim, com a prevalência da obesidade infantil aumentando a cada ano, há um interesse crescente em investigar se o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares estão associados ao risco de sobrepeso e obesidade em fases futuras da vida.

A introdução inadequada de alimentos complementares e o desmame precoce parecem aumentar o risco de obesidade. Portanto, identificar as práticas alimentares que contribuem para a obesidade na infância é uma tarefa importante para determinar quais fatores podem ser modificados e delinear intervenções.

Em síntese, como vimos nas discussões, é necessário não apenas averiguar o momento ideal para a introdução alimentar complementar do lactente, mas também a

qualidade e os tipos de alimentos apresentados durante o primeiro ano de vida. Fatos externos como a diversidade cultural, as desigualdades socioeconômicas e contextos domésticos e escolares, também precisam ser explorados, uma vez que esses impactam no contexto da alimentação e devem ser considerados como variáveis investigadas pelos profissionais que lidam diretamente com a alimentação infantil nesse primeiro estágio de vida.

4. PRODUTO EDUCACIONAL

4.1 Situação-problema e público-alvo

Diante da minha rotina profissional como pediatra na Atenção Básica de Saúde pude notar muita resistência e dificuldade em instruir os pais, responsáveis e os cuidadores dos lactentes sobre a introdução da alimentação complementar. Me sentia desafiada a cada consulta de puericultura, principalmente na consulta do 6º mês, a passar toda as informações importantes e necessárias para iniciação dessa etapa tão valiosa no desenvolvimento da criança.

Era um grande desafio: conciliar a consulta do lactente com a explicação sobre a alimentação (o que comer, como preparar, o que não pode oferecer, como oferecer...) além de atender e esclarecer as dúvidas e questionamentos dos pais em uma consulta normal de puericultura, com o tempo curto que me era disponibilizado. Sendo assim, percebi que precisava capacitar minha equipe, principalmente os profissionais que estavam em contato diariamente com essas famílias mediante a ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas.

Percebi que o profissional de saúde que configura o elo mais forte entre a comunidade e os serviços de saúde são os Agentes Comunitários de Saúde. A partir dessa situação-problema e do público-alvo definido, o próximo passo era estudar qual seria o melhor método de ensino para ser utilizado na capacitação almejada.

4.2 O método Paulo Freire

A abordagem de Paulo Freire tem sido amplamente adotada em diversas esferas, encontrando relevância especialmente em contextos que valorizam o diálogo, a participação e o empoderamento. Na interseção entre a pedagogia freiriana e a Educação em Saúde, destacam-se alguns princípios essenciais, entre os quais se destaca o diálogo como uma ferramenta central de aprendizado. Freire enfatizava o diálogo como um elemento vital para a construção do conhecimento. No contexto da saúde, isso se traduz em fomentar uma comunicação aberta entre os profissionais de saúde e a comunidade, reconhecendo as experiências e conhecimentos prévios dos indivíduos como pontos de partida fundamentais para o processo de aprendizagem (CHIARELLA et al., 2015; DASGUPTA et al., 2006).

Freire também advogava pela necessidade de contextualizar o processo educacional, estabelecendo conexões entre o conteúdo abordado e a realidade vivenciada pelos alunos. Dentro dessa perspectiva, é crucial abordar questões de saúde de forma pertinente às comunidades atendidas, levando em consideração seus contextos culturais, sociais e econômicos. Portanto, a pedagogia freiriana ressalta a importância da participação ativa dos alunos no processo educativo. Isso se reflete em estratégias que envolvem a comunidade na identificação de suas próprias necessidades de saúde, na elaboração de soluções e na implementação de práticas saudáveis (FREIRE, 1968).

A perspectiva pedagógica desenvolvida por Paulo Freire apresenta-se como um alicerce teórico de grande relevância para a prática do ensino na área da saúde no contexto brasileiro. Esta abordagem propicia uma metodologia participativa, contextualizada e capacitadora. Sua aplicação pode conduzir ao desenvolvimento de práticas educacionais mais eficazes, que estejam em sintonia com as necessidades das comunidades atendidas, culminando assim em uma promoção da saúde mais efetiva e sustentável.

4.3 A escolha da sequência didática como metodologia de ensino

Sequência Didática é o planejamento pedagógico elaborado por educadores, instituições de ensino e órgãos responsáveis pela gestão educacional, para promover a aprendizagem de forma progressiva e coerente. Nesse planejamento, são delineadas quais etapas ou atividades devem ser conectadas para ensinar uma ou mais disciplinas de maneira abrangente.

A estratégia metodológica adotada para o desenvolvimento de uma Sequência Didática destaca a importância de explorar o conteúdo utilizando uma variedade de recursos, incluindo vídeos e simulações. É essencial que os alunos reconheçam sua participação ativa no processo de aprendizagem e compreendam que possuem responsabilidades individuais, não podendo simplesmente esperar passivamente que o instrutor forneça todas as respostas e soluções prontas. Através de abordagens de ensino colaborativas, os alunos contribuem de forma coletiva na busca por essas soluções (FRANCO, 2018).

4.4 Elaboração do produto educacional

O estudo iniciou-se através de uma revisão integrativa, objetivando a identificação de lacunas no conhecimento relacionadas à prática da introdução alimentar. Posteriormente, procedeu-se à coleta de dados da Sociedade Brasileira de Pediatria, que oferece as mais atualizadas orientações sobre a introdução complementar. Paralelamente, foram examinadas reportagens e artigos científicos pertinentes à problemática da obesidade infantil, com o intuito de enriquecer a compreensão do tema e fundamentar a primeira etapa da Sequência Didática.

Na fase subsequente, realizou-se uma análise criteriosa de vídeos lúdicos e informativos, com o propósito de selecionar um material que contemplasse de forma abrangente e didática os aspectos cruciais da introdução alimentar. O vídeo escolhido “Os primeiros 1000 dias marcam uma vida”, aborda não apenas a importância das intervenções nos primeiros 1.000 dias de vida do bebê, mas também conceitos fundamentais como crescimento físico, desenvolvimento cognitivo, maturação imunitária e programação metabólica, evidenciando a relevância de uma abordagem integrada e cuidadosa nesse período crítico.

Esses elementos compõem uma base sólida para a conscientização e educação dos pais e cuidadores sobre a importância de uma introdução alimentar adequada. Por fim, foi desenvolvida uma cartilha contendo as principais diretrizes e recomendações sobre o tema, destinada especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de que possam repassar informações precisas e atualizadas às famílias, constituindo também um recurso valioso para consulta contínua. Essa abordagem integrada e multifacetada visa promover a saúde e o bem-estar das crianças desde os primeiros estágios de vida.

4.5 Métodos

Em julho de 2023, ocorreu a capacitação em introdução alimentar do lactente com agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do bairro Siderlândia, em Volta Redonda, município do estado do Rio de Janeiro no Brasil. Cinco agentes de saúde da Unidade participaram da atividade (o sexto agente não pôde estar presente). A capacitação teve duração de aproximadamente 1 hora e foi conduzida com o auxílio dos seguintes recursos: banner's expositivos, cartilhas, lista de presença e placas (Figura 2 e Figura 3). A avaliação final dos participantes foi feita através de um formulário na plataforma Google Forms, e auxiliou a produção de dados e sua posterior análise, composto por perguntas que investigavam o grau de conhecimento dos ACS sobre o tema antes e após a capacitação, o que auxiliou na produção de dados e sua posterior análise.

Figura 2 — Banner expositivo utilizado para conduzir a capacitação



Fonte: dos próprios autores. (2024)

Figura 3 — Recursos utilizados para conduzir a capacitação



Fonte: dos próprios autores. (2024)

Tabela 2 – Perguntas do Formulário

1. Você se sentia apto a fornecer orientações aos pais sobre a introdução alimentar complementar, antes da capacitação realizada?
2. Após a capacitação, você se sente seguro em orientar os responsáveis?
3. Você já tinha participado de uma capacitação sobre alimentação infantil?
4. Você já se viu em uma situação na qual não soube orientar corretamente como o responsável deve proceder na introdução alimentar complementar?
5. Antes da capacitação, você considerava “bobeira” as atuais orientações de introdução alimentar complementar do lactente de 6 meses de idade?
6. Após a capacitação, você daria doce, refrigerante, alimentos industrializados antes de 2 anos de idade para seu filho?
7. Através de sua prática profissional, quanto você observou que aumentou a obesidade infantil nos últimos 2 anos?

8. Você considera preocupante esse aumento de casos de obesidade infantil?
9. A partir de hoje, você irá conversar com as famílias a respeito da temática obesidade infantil afim de prevenir e gerar promoção em saúde?
10. Você gostou da capacitação realizada?
11. Por gentileza, nos auxilie com alguma sugestão/impressão que você obteve com a capacitação realizada:

Fonte: dos próprios autores. (2024)

4.5.1 Aspectos éticos

A capacitação foi realizada em concordância com as recomendações éticas referentes às pesquisas com seres humanos inscritas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 5.80.276. A instituição participante realizou o aceite, mediante Carta de Anuência, das atividades realizadas em suas dependências. A participação de cada um dos agentes comunitários, bem como a utilização dos dados fornecidos foi respaldada pela autorização concedida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 Aplicação do produto educacional

Na primeira etapa da capacitação, chamada “apresentação da situação”, foi compartilhada com os integrantes a proposta, bem como a relevância do tema. Com auxílio do banner, contendo uma notícia sobre obesidade infantil, iniciou-se a conversa sobre o assunto, investigando o quanto o grupo sabia sobre a temática (Figura 4).

Figura 4 — Registro da etapa de apresentação da situação



Fonte: dos próprios autores. (2024)

Na etapa do “momento expositivo do conteúdo”, foi apresentado o vídeo “Os primeiros 1000 dias marcam uma vida” produzido pela empresa alimentícia Nestlé. Nesse momento, alguns conceitos iniciais sobre introdução alimentar foram apresentados de forma ilustrativa para melhor compreensão (Figura 5). Ainda na etapa de exposição do conteúdo, foi apresentado um trecho de autores de referência no tema e a cartilha, produzida pela autora, que contém orientações atualizadas da Sociedade Brasileira de Pediatria e que poderiam ser de grande utilidade no trabalho dos agentes comunitários. A cartilha foi lida junto com o grupo, momento esse de novas descobertas e interações importantes para consolidação das novas informações (Figura 6).

Figura 5 e Figura 6 — Registro da etapa de exposição do conteúdo



Fonte: dos próprios autores. (2024)

Na próxima etapa, “atividade de aprofundamento do conteúdo”, foi realizado um quiz sobre os conteúdos da cartilha (Tabela 2). Nessa ocasião, conforme as perguntas eram feitas, os integrantes do grupo podiam usar as placas de SIM e NÃO para sinalizar que sabiam/não sabiam a resposta (Figura 7). Após essa dinâmica, as respostas eram reveladas e discutidas. Foi possível perceber, que após a leitura da cartilha, o grupo conseguiu acertar a maioria das perguntas do quiz, demonstrando a consolidação do aprendizado. As perguntas que receberam respostas incorretas propiciavam um momento de discussão e retomada do conteúdo, além da resolução de dúvidas.

Tabela 3 – Perguntas do Quiz

1. Por que não oferecer açúcar antes de 2 anos?
2. Por que evitar sucos antes de 1 ano?
3. Quais frutas são contraindicadas na introdução alimentar?
4. Por que não colocar sal na comida antes de 1 ano?
5. Com qual idade devo oferecer o ovo? Primeiro tenho que oferecer a clara?

6. Por que os alimentos industrializados não devem ser oferecidos nos 2 primeiros anos?
7. Por que o mel é proibido em menores de 1 ano?
8. Posso dar café com leite para meu filho?
9. O que é o método BLW?
10. Qual método é melhor? Tradicional ou BLW?
11. Por que não replicar a frase “eu comi e não morri”?

Fonte: dos próprios autores. (2024)

Figura 7 — Placas de SIM ou NÃO utilizadas no momento do Quiz



Fonte: dos próprios autores. (2024)

Na última etapa, “atividade de verificação do aprendizado”, os integrantes do grupo responderam a um formulário que continha algumas perguntas sobre como se sentiam em relação a abordagem do tema com as famílias (avaliando o antes e o depois da capacitação). As respostas revelam o bom índice de aproveitamento da capacitação para o aprimoramento do trabalho dos agentes, os quais relataram se sentir mais seguros para conversar sobre o tema com as famílias que acompanham (Figura 8).

Figura 8 — Registro do momento de preenchimento do formulário online



Fonte: dos próprios autores. (2024)

No momento anterior à atividade, 80% dos participantes não se sentiam aptos a fornecer informações básicas sobre introdução alimentar aos pais e responsáveis. Entretanto, após a capacitação, todos os participantes relataram sentir-se mais seguros para realizar essas orientações. Os mesmos, em suas respostas, expõem que nunca participaram de uma capacitação nesse tema antes.

Além disso, 60% dos participantes passaram por situações em sua profissão onde não souberam orientar corretamente um responsável sobre como proceder com a introdução alimentar infantil. Sendo assim, analisando o contexto de aplicação da presente atividade, a prática de capacitar outros profissionais mostrou-se eficaz no propósito inicial e deve ser cada vez mais incentivada.

Diante do exposto, justificou-se a necessidade de pensar numa proposta que aproxime os pais do conhecimento correto acerca da introdução alimentar. Dessa maneira, empoderados de conhecimento, eles serão capazes de aplicar o que for

aprendido, e replicar hábitos saudáveis que irão promover a saúde em suas famílias. Um desses caminhos é capacitar profissionais da Atenção Primária, não somente agente comunitários, como também foi citado pelos participantes.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi a primeira estratégia para reestruturação da Atenção Primária em Saúde no Brasil, criado em 1999 com o objetivo de estabelecer uma conexão entre as Unidades Básicas de Saúde e a comunidade. Após ser incorporado à Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde definiu as responsabilidades específicas dos ACS, que incluem: interpretar para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limitações; identificar parceiros e recursos já existentes na comunidade que possam ser utilizados pelas equipes; além de fomentar a educação e a mobilização da comunidade, visando ações coletivas de saneamento e melhoria do ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os ACS no cenário brasileiro atuaram na diminuição dos alarmantes indicadores de mortalidade materna infantil na região nordeste do país. Assim, os agentes de saúde estabeleceram-se como peças fundamentais na Atenção Primária, atuando em diversos contextos, promovendo a saúde e minimizando agravos (NÓBREGA et al., 2017).

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...) É ser o elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade (BRASIL, 1991, p.5).

Para melhor realização de suas atividades, os agentes de saúde necessitam de contínua capacitação para que tenham conhecimento abrangente dos problemas vivenciados pela comunidade e para fomentar ações educativas com vistas à saúde integral dos cidadãos (ÁVILA, 2011). No presente contexto, o agente comunitário de saúde capacitado para realizar a construção de conhecimento junto aos pais e/ou responsáveis, uma vez que ele é o profissional de saúde mais acessível e próximo das famílias, poderá fazer diferença no cenário brasileiro. Porém, é necessário ser prudente em relação a responsabilidade atribuída a esse profissional, pois mesmo sendo um dos principais elos entre a saúde e o território, o mesmo não deve garantir a resolução dos principais problemas de saúde, os quais são complexos (CARDOSO et al., 2012).

Por outro lado, morar na comunidade onde atua configura-se como um aspecto facilitador à atuação dos ACS, já que os mesmos conhecem a cultura e a linguagem que deve ser utilizada para a comunicação com as pessoas de determinadas regiões. Esse fato vai de encontro a proposta pedagógica de Paulo Freire que constitui um modo de se fazer aprendizagem através do reconhecimento dos saberes prévios daqueles que ali estão para aprender coisas novas (FREIRE, 1996).

Esse ato contribui para a formação de um ambiente agradável e eficaz para se fazer ensino, além de facilitar a compreensão de novas informações uma vez que essas serão passadas fazendo paralelos com aquilo que o indivíduo já traz em suas vivências. Para além disso, a construção e a verdadeira valorização do diálogo entre educando e educador, só tem a maximizar os efeitos da educação, principalmente na área da saúde, onde percebe-se através da prática de capacitação o ato de retirar o profissional (médico/enfermeiro) do seu lugar de suposto saber e incluir o sujeito (ACS) no seu próprio processo de aprender e posteriormente, ensinar (FREIRE, 1996).

Para guiar o processo de educação popular em saúde, principalmente em território nacional, as ideias de Paulo Freire oferecem também um norte no que diz respeito à construção e consolidação real do conhecimento. Segundo Freire, ensinar exige aspectos básicos, os quais ele traz em sua famosa obra *Pedagogia da Autonomia*, de 1996. Um dos mais importantes é o respeito à autonomia do ser do educando, onde: “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”. Com isso, o autor explicita a necessidade de construir relações horizontais para que se dê a aprendizagem, excluindo posições autoritárias daquele que venha a ensinar. É imprescindível que o ambiente de ensino permita que o educando se sinta à vontade para aprender, errar e discutir qualquer tema, levando em conta sua autonomia e suas experiências.

Sendo assim, no campo da educação e promoção em saúde, conceitos da ideologia pedagógica de Paulo Freire se mostram coerentes com a realização de produtos educacionais, como por exemplo a capacitação proposta. Dessa forma, ao elaborar a atividade de capacitação, foi imprescindível incluir o empoderamento através do conhecimento, a autonomia do sujeito, a crítica e a reflexão, a valorização do diálogo e a aproximação com situações do cotidiano dos agentes comunitários.

A escolha pelo uso das sequências didáticas, como mencionado, mostrou-se eficaz em relação ao objetivo da presente pesquisa. Segundo Ugalde e Roweder (2020), a sequência didática enquanto metodologia, auxilia na aprendizagem tornando-a dinâmica. Podendo ser utilizado em diversos contextos e com pessoas de todas as idades, a mesma é um recurso que assim como proposto por Paulo Freire, utiliza do conhecimento prévio daquele que está aprendendo, para impulsionar a consolidação das informações, além de promover reflexões críticas e mudanças na sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a capacitação dos agentes comunitários de saúde em introdução alimentar do lactente revelou-se uma iniciativa fundamental e impactante para a saúde das crianças. Ao adquirir conhecimentos sólidos sobre os princípios da nutrição infantil, esses profissionais se tornaram catalisadores essenciais na promoção de práticas alimentares na comunidade em que atuam. Espera-se observar no futuro, uma mudança significativa nos hábitos alimentares das famílias assistidas, com uma maior conscientização sobre a importância de uma dieta balanceada para o desenvolvimento saudável das crianças.

Portanto, investir na formação contínua dos agentes comunitários de saúde nesse contexto é, não apenas uma estratégia eficaz para melhorar a saúde infantil, mas também um passo crucial em direção a comunidades mais saudáveis e bem-informadas.

Para guiar o processo de educação popular em saúde, principalmente em território brasileiro, as ideias de Paulo Freire ofereceram um norte no que diz respeito à construção e consolidação real do conhecimento. Segundo Freire, ensinar exige aspectos básicos. Com isso, o autor explicita a necessidade de construir relações horizontais para que se dê a aprendizagem, excluindo posições autoritárias daquele que venha a ensinar. É crucial que o contexto educacional propicie um ambiente no qual o aluno se sinta confortável para adquirir conhecimento, cometer equívocos e participar de discussões sobre qualquer assunto, respeitando sua autonomia.

Sendo assim, no campo da educação e promoção em saúde, os conceitos da proposta pedagógica de Paulo Freire se mostraram coerentes com a realização de produtos educacionais, como por exemplo o Guia de Capacitação elaborado. O empoderamento através do conhecimento, a autonomia do sujeito, a crítica e a reflexão, a valorização do diálogo e a aproximação com situações do cotidiano, são caminhos efetivos para a aprendizagem e a mudança de hábitos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Ana Cristina dos Santos et al. A avaliação nas diferentes etapas da Educação Básica. **Caderno Marista de Educação**, Porto Alegre, v. 9, p. 40-55, 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP). **Pediatric nutrition handbook**. 4th. ed. United States of American: AAP; 1998.

ARREDONDO, Armando et al. Breastfeeding and feeding practices in the first year of life and its association with overweight and obesity of children in Mexico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 1109-1118, 2022.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 349–360, jan. 2011.

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417–440, fev. 2008.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde** Brasília, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS**. Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, Fátima Aparecida et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 64, p. 968-973, 2011.

CHAPARRO, M. Pia et al. The new child food package is associated with reduced obesity risk among formula fed infants participating in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) in Los Angeles County, California, 2003–2016. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2020.

CHIARELLA, Tatiana et al. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 418-425, 2015.

DA CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; DE ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 6, p. S44–S51, nov. 2015.

DASGUPTA, Sayantani et al. Medical education for social justice: Paulo Freire revisited. **Journal of Medical Humanities**, v. 27, p. 245-251, 2006.

DE BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78–84, mar. 2010.

FARIA, G. C. C. DE et al. Alimentação e obesidade de crianças na fase pré-escolar: significados atribuí-dos pelos pais. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 274, p. 5389–5400, 1 mar. 2021.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FLORENCIO JÚNIOR, P. G.; PAIANO, R.; COSTA, A. DOS S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–2, 14 set. 2020.

FRANCO, D. L. A importância da sequência didática como metodologia no ensino da disciplina de física moderna no ensino médio. **Revista Triângulo**, v. 11, n. 1, 30 abr. 2018.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1968.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e terra.1996.

GONSALEZ, Priscila Schramm et al. Exclusive breastfeeding, complementary feeding and association with body fat excess among schoolchildren in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. 115-125, 2017.

GINGRAS, Véronique et al. Timing of complementary feeding introduction and adiposity throughout childhood. **Pediatrics**, v. 144, n. 6, 2019.

KAY, Melissa C. et al. Consumption of obesogenic foods in non-Hispanic black mother–infant dyads. **Maternal & child nutrition**, v. 14, n. 1, p. e12482, 2018.

LOPES, M. L. M.; CATALAN DO AMARAL, L. Sequências didáticas e possibilidades de uma prática pedagógica interdisciplinar. **Caderno Marista de Educação**, v. 10, n. 1, p. 200–211, 2020.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MENNELLA, J. A.; JAGNOW, C. P.; BEAUCHAMP, G. K. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. e88, 1 jun. 2001.

MIQUELANTE, Marileuza Ascencio et al. As modalidades da avaliação e as etapas da sequência didática: articulações possíveis. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 56, p. 259-299, 2017.

MORGEN, Camilla Schmidt et al. Breastfeeding and complementary feeding in relation to body mass index and overweight at ages 7 and 11 y: a path analysis within the Danish National Birth Cohort. **The American journal of clinical nutrition**, v. 107, n. 3, p. 313-322, 2018.

MUHSEN, Khitam et al. Associations of feeding practices in early life and dietary intake at school age with obesity in 10-to 12-year-old Arab children. **Nutrients**, v. 13, n. 6, p. 2106, 2021.

NÓBREGA, W. F. S. et al. O agente comunitário de saúde como multiplicador de conhecimentos em saúde bucal: uma revisão sistematizada da literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 6, n. 10, 31 out. 2017.

PAPOUTSOU, Stalo et al. Timing of solid food introduction and association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study. **Maternal & child nutrition**, v. 14, n. 1, p. e12471, 2018.

ROSENSTOCK, Summer et al. Effect of a home-visiting intervention to reduce early childhood obesity among Native American children: a randomized clinical trial. **JAMA pediatrics**, v. 175, n. 2, p. 133-142, 2021.

SARNI, R. O. S.; KOCHI, C.; SUANO-SOUZA, F. I. Childhood obesity: an ecological perspective. **Jornal de Pediatria**, v. 98, p. S38–S46, 1 mar. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL. **Boletim Epidemiológico 001/2019 - O Diagnóstico Alimentar e Nutricional e sua importância para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2019.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. DE; SOUZA, S. B. DE. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 60–69, fev. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar**. 4ª ed. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2018.

SOUZA, S. DE A. et al. Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00161417, 20 ago. 2018.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, 23 fev. 2019.

UGALDE, Maria Cecília Pereira; ROWEDER, Charlys. Sequência didática: uma proposta metodológica de ensino-aprendizagem. **Educitec-Revista de Estudos e Pesquisas sobre Ensino Tecnológico**, v. 6, p. e99220-e99220, 2020.

VASCONCELOS, C. M. R. DE et al. Intervenções educativas na promoção da alimentação saudável em escolares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2803–2815, 7 out. 2018.

WOO BAIDAL, Jennifer A. et al. Childhood obesity prevention in the Women, Infants, and Children Program: outcomes of the MA-CORD study. **Obesity**, v. 25, n. 7, p. 1167-1174, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. World Health Organization, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título do Projeto: “Eu comi e não morri”, por que não posso dar esse alimento ao bebê? – Ensinando e aprendendo sobre alimentação infantil
Coordenador do Projeto: Giovana Fernandes Pinto Barra
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 98112-6290
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – Campos Olezio Galotti – Avenida Erlei Alves Arantes, nº 1325, prédio 3, sala 5, Três Poços, Volta Redonda, RJ. CEP: 27.240-560. Telefone: (24) 3340-8400 – Ramal 8571. E-mail: cep@foa.org.br

2- Informações ao participante:

- (a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o produto educacional aplicado: “Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sobre Introdução Alimentar complementar do lactente através de uma Sequência Didática” a fim de mensurar o aproveitamento desses profissionais na capacitação realizada.
- (b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento: para a realização da pesquisa, você receberá ao final da capacitação, um questionário que contém perguntas de caráter subjetivo, que nos possibilitará mensurar o seu aproveitamento na capacitação.
- (c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a aplicação dos questionários, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que, porventura, lhe causar algum constrangimento.
- (d) A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento.
- (e) A sua participação envolve um risco mínimo de desconforto, de constrangimento, de medo ou de estresse ao responder o questionário. Porém, para minimizar esses riscos iremos garantir o acesso a um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, faremos uma abordagem humanizada optando pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante para obtenção de informações, apenas no que diz respeito à pesquisa. Iremos garantir a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato. Garanto explicações claras e necessárias para responder as questões e me colocarei a disposição para retirar qualquer dúvida que possa surgir durante o processo.
- (f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.
- (g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- (h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, 27 de julho de 2023.

Participante:

Nome completo: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PILOTO

QUESTIONÁRIO

Agradecemos seu aceite em participar de nossa pesquisa, a qual tem por objetivo avaliar o aproveitamento do Agente Comunitário de Saúde na capacitação realizada sobre introdução alimentar complementar do lactente. Gostaríamos que considerasse os seguintes pressupostos para que sua participação possa nos auxiliar da melhor forma possível na realização dessa pesquisa:

1º. Você não será identificado.

2º. Seja sincero em suas respostas e compreenda que as mesmas nos auxiliarão a aprimorar o material objeto da pesquisa;

3º. Responda o questionário após ler com atenção as perguntas.

1- Você se sentia apto a fornecer orientações aos pais sobre a introdução alimentar complementar, antes da capacitação realizada?

Sim Não

2- Após a capacitação, você se sente seguro em orientar os responsáveis?

Sim Não

3- Você já tinha participado de uma capacitação sobre alimentação infantil?

Sim Não

4- Você já se viu em uma situação na qual não soube orientar corretamente como o responsável deve proceder na introdução alimentar complementar?

Sim Não

5- Antes da capacitação, você considerava “bobeira” as atuais orientações de introdução alimentar complementar do lactente de 6 meses de idade?

Sim Não

6- Após a capacitação, você daria doce, refrigerante, alimentos industrializados antes de 2 anos de idade para seu filho?

Sim Não

7- Através de sua prática profissional, quanto você observou que aumentou a obesidade infantil nos últimos 2 anos?

Muito Pouco Moderadamente

8- Você considera preocupante esse aumento de casos de obesidade infantil?

Sim Não

9- A partir de hoje, você irá conversar com as famílias a respeito da temática obesidade infantil afim de prevenir e gerar promoção em saúde?

Sim Não

10-Você gostou da capacitação realizada?

Sim Não

11-Por gentileza, nos auxilie com alguma sugestão/impressão que você obteve com a capacitação realizada:

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA/PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: “Ressignificando a alimentação infantil: “eu comi e não morri”, por que repensar essa prática?”, sob minha responsabilidade, conforme folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, na empresa Fundação Oswaldo Aranha (FOA), inscrita no CNPJ sob o nº 32.504.995/0001-14.

O objetivo será avaliar o aproveitamento do agente comunitário de saúde na capacitação realizada sobre introdução alimentar complementar do lactente.

A coleta de dados será realizada pela estudante Giovana Fernandes Pinto Barra, aluna do MECSMA – Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA e será feita através de um questionário aplicado ao final da capacitação realizada junto aos agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde e Família do bairro Siderlândia em Volta Redonda/Rj.

Atenciosamente,

Giovana F. Fernandes Pinto Barra

Giovana Fernandes Pinto Barra

Pesquisadora Responsável

De acordo em 24/10/2022

Mirian R. Campos
Enfermeira
COREN 340.138

Mirian Rodrigues Campos
Enfermeira/ Gerente da UBSF Siderlândia

APÊNDICE D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESSIGNIFICANDO A ALIMENTAÇÃO INFANTIL: "EU COMI E NÃO MORRI", POR QUE REPENSAR ESSA PRÁTICA?

Pesquisador: GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65326322.5.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.840.276

Apresentação do Projeto:

Projeto do MECSMA para capacitação de ACS sobre a temática da introdução alimentar complementar do lactente.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar um Guia de Capacitação para agentes comunitários de saúde (ACS) da UBSF do bairro Siderlândia da cidade de Volta Redonda, para orientar a introdução alimentar complementar do lactente junto aos seus responsáveis e assim, ressignificar a alimentação infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram feitas as correções sugeridas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Está em conformidade com a proposta e as normas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão pertinentes.

Recomendações:

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.840.276

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2039291.pdf	12/12/2022 11:46:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	_TCLE_.docx	12/12/2022 11:40:08	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_GIOVANA_.pdf	08/11/2022 14:02:15	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito
Outros	CartaDeCienciaOrientador.pdf	25/10/2022 21:10:44	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	24/10/2022 17:17:41	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	24/10/2022 17:12:04	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito
Outros	Questionario.docx	24/10/2022 17:11:35	GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 27 de Dezembro de 2022

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.840.276

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br

APÊNDICE E – GUIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DO LACTENTE

GUIA DE
FORMAÇÃO DE
AGENTES
COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE

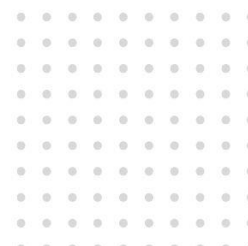


ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DO LACTENTE: ENSINANDO ATRAVÉS DA SEQUÊNCIA DIDÁTICA

GIOVANA FERNANDES PINTO BARRA
ADILSON PEREIRA



MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE



APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional se iniciou com a graduação, na faculdade de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), a qual iniciei em 2011 e conclui em 2016. Ao longo de toda a faculdade tive a oportunidade de conviver próxima da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em Volta Redonda, principalmente, na área da Pediatria, a qual eu já tinha predileção.

Fiz especialização através da Residência Médica em Pediatria do Hospital São João Batista, nos anos de 2017 a 2019 e mais uma vez, me vi diante da realidade e das dificuldades do SUS principalmente na faixa etária pediátrica. Atualmente, além de atuar no serviço primário, sou plantonista em Pronto Socorro Infantil e em sala de parto .

Após o período de Pandemia do Covid-19, deparei-me diariamente com o aumento do número de crianças atendidas com sobrepeso e obesidade. Percebo uma deficiência muito grande no que tange ao conhecimento dos familiares das crianças acerca da alimentação complementar adequada ao lactente.

Falas como: “Doutora: porque não posso dar tal alimento se eu comi quando criança e não morri?”, fazem parte da minha rotina, demonstrando a resistência dos responsáveis. Diante desse fato, sinto-me desafiada diariamente em pensar alguma estratégia que possa conscientizar os pais e responsáveis, de que não é através desse pensamento que vamos conseguir melhorar a qualidade de vida das crianças, que serão os nossos adultos de amanhã.

Por isso, em meu programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (MECSMA), escolhi fundamentar a experiência que possuo acerca do modo como a alimentação infantil é gerida pelos responsáveis das crianças e a possibilidade de se intervir neste processo, propiciando uma nova cultura alimentar e, por consequência, o aumento na qualidade da saúde infantil no país.

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1999 para melhorar a saúde nas comunidades no Brasil. A ideia era conectar os postos de saúde com as pessoas que viviam nas vizinhanças. Desde então, os ACS tiveram um papel importante na redução das mortes de mães e bebês no nordeste do Brasil. Eles se tornaram peças-chave nos cuidados primários em saúde, trabalhando em diferentes situações para promover a saúde e prevenir agravos.

Ser um agente de saúde é mais do que apenas ter um emprego. É viver na comunidade, entender suas necessidades e ajudar as pessoas a se conectarem com os serviços de saúde.

Os agentes são como mensageiros da saúde, sempre trabalhando para melhorar a vida das pessoas ao seu redor!

Para fazer bem seu trabalho, os agentes de saúde precisam de treinamento constante. Isso os ajuda a entender melhor os problemas das comunidades. No entanto, é importante não sobrecarregar esses profissionais, já que resolver tais problemas não é simples! Por isso, visando auxiliar na capacitação dos agentes e promover avanços na temática da introdução alimentar infantil, esse guia foi idealizado.

Nesse guia, você encontrará orientações para realizar uma oficina de capacitação para Agentes Comunitários em Introdução Alimentar do Lactente. Todas as etapas da oficina, baseada na metodologia de uma sequência didática, estão explicadas na página a seguir. Além disso, os demais materiais citados e necessários para a capacitação, encontram-se ao final.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE: ENSINANDO ATRAVÉS DA SEQUÊNCIA DIDÁTICA



1 Apresentação da situação

- Compartilhar a proposta de trabalho com os agentes comunitários de saúde – faça uma roda de conversa e explique o intuito dessa capacitação.
- **Averiguar o conhecimento prévio dos ACS sobre o tema:** pergunte o que eles sabem sobre o tema ou se tem alguma familiaridade com esse assunto.
- Para ajudar, mostre a foto de reportagem presente no banner sobre obesidade infantil.

3 Atividade de aprofundamento do conteúdo

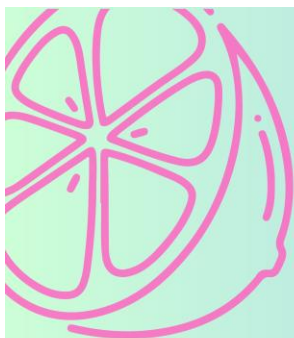
- Utilize o banner com o **QUIZ** e as placas de SIM ou NÃO, para fazer uma dinâmica após a leitura ativa.
- Se necessário, divida os participantes em grupos com mesma quantidade de integrantes, e distribua as plaquinhas. Faça as perguntas na sequência, peça-os para responder levantando as placas e revele a resposta logo em seguida. **Conversam sobre o que eles acharam da resposta.**

2 Momento expositivo do conteúdo

- Utilize do **recurso de vídeo** para aproximá-los do tema (Passe no computador ou envie o link para o grupo).
- Leia o trecho sobre **construção do paladar infantil** presente no banner.
- Entregue a eles a **cartilha** produzida e incentive-os a ler em conjunto e fazer marcações dos pontos mais importantes e/ou interessantes (leitura ativa).

4 Atividade de verificação do aprendizado

- Utilize a ferramenta **Google Forms** e compartilhe o link com os integrantes do grupo. Lembre-se de tornar todas as perguntas obrigatórias e tornar a participação anônima. Para cada participação é necessário criar um novo formulário.
- **Faça perguntas** como: dúvidas e sugestões, se os mesmos sentem-se aptos a conversar e ensinar sobre o tema e perguntas específicas sobre o conteúdo abordado, a fim de avaliar o aproveitamento da capacitação.



MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

Dr.(a) por que não posso dar esse alimento ao bebê?

Ensinando e aprendendo sobre alimentação infantil

1



2



Os primeiros 1000
dias marcam uma vida



Construção do Paladar Infantil: o paladar infantil é construído desde a vida uterina, na qual diversas moléculas provenientes da alimentação materna e presentes no líquido amniótico, iniciam o treinamento sensorial do bebê para as experiências de sabores após o nascimento. A dieta da mãe durante a amamentação também interfere no paladar das crianças, pois também no leite humano há partículas vindas da alimentação materna, que mudam o sabor do leite. Além disso, é importante considerar que o exemplo advindo dos pais, podem e devem contribuir positivamente para o desenvolvimento infantil nos mais variados aspectos, sendo um deles, a alimentação. (MENNELLA; JAGNOW; BEAUCHAMP, 2001)



3

Vamos aprender com a nossa cartilha?



Material produzido pela Médica Pediatra Giovana Fernandes Pinto Barra

Orientador: Dr. Adilson Pereira

(Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - MECSMA/UniFOA)

3

HORA DO QUIZ!



1. Porque não oferecer açúcar antes de 2 anos?

Nos dois primeiros anos de vida é construído o paladar infantil, os principais fatores ambientais que interferem no genoma humano são os elementos da dieta. Estudos realizados salientam que fatores metabólicos e nutricionais, no começo do desenvolvimento humano, têm consequências a longo prazo na programação da saúde na vida adulta.

2. Porque evitar sucos antes de 1 ano?

Para extrair o suco da fruta perdem-se as fibras (que contribuem para diminuir a absorção do açúcar) e o que resta é apenas a frutose, assim aumenta-se a caloria do alimento e eleva-se o risco de predisposição à obesidade e o risco de esteatose hepática no futuro.

3. Quais frutas são contraindicadas na introdução alimentar?

É importante salientar que nenhuma fruta é contraindicada, a não ser a carambola, nos casos de insuficiência renal.

4. Porque não colocar sal na comida antes de 1 ano?

O sal, além de aumentar o risco de hipertensão arterial no futuro, modula a percepção das papilas gustativas, assim, as crianças desenvolvem preferências alimentares por alimentos ricos em sal. Por isso, deve ser evitado no primeiro ano.

5. Com qual idade devo oferecer o ovo? Primeiro tenho que oferecer a clara?

Os ovos, podem ser oferecidos desde a 1ª refeição da introdução alimentar, tanto a clara quanto a gema. Além de excelente fonte proteica e de cofatores de alta eficiência nutricional, têm baixo custo, e seu consumo deve ser incentivado. Para garantir a não contaminação por bactérias enteropatógenicas próprias da casca do ovo, este deve sempre ser consumido cozido.

6. Porque os alimentos industrializados não devem ser oferecidos nos 2 primeiros anos?

Alimentos industrializados pré-prontos (refrigerantes, café, chás e embutidos) contém excesso de sódio, açúcar e gordura. Sendo assim, devem ser evitados.

7. Porque o mel é proibido em menores de 1 ano?

Nessa faixa etária, os esporos do Clostridium botulinum, capazes de produzir toxinas na luz intestinal, podem causar botulismo, uma doença grave e potencialmente fatal.

8. Posso dar café com leite para meu filho?

O café com leite é uma preparação que faz parte da nossa cultura, porém antes dos 2 anos de idade seu consumo não é recomendado. A cafeína e substâncias equivalentes presentes no café, mate, chá preto, guaraná natural e refrigerantes, mesmo em pequenas quantidades, são poderosos estimulantes e podem deixar a criança muito agitada.

9. O que é método BLW?

É o método "baby led-weaning", que traduzida significa "desmame guiado pelo bebê", ele defende que a oferta de alimentos complementares seja feita em pedaços, tiras ou bastões.

10. Qual método é melhor? Tradicional ou BLW?

Não existe uma melhor ou pior forma de oferecer os alimentos, entre método tradicional e método BLW, o que a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) recomenda é a junção dos dois métodos: oferecer pedaços maiores nas mãos dos lactentes e ofertar os alimentos amassados na colher, para eles explorarem e conhecerem as várias texturas da comida como parte natural de seu aprendizado sensorio motor.

11. Porque não replicar a frase "eu comi e não morri"?

Os bebês de hoje em dia são diferentes dos bebês de antigamente, hoje somos pessoas diferentes de nossos pais. O pão que seu pai/avô comiam era diferente do pão que você come hoje. O trigo é mais processado. Os produtos usados são diferentes. Até os agrotóxicos usados nos grãos são mais fortes que os da época de nossos pais. Isso faz com que haja uma alteração em nosso organismo, ou seja nossos genes respondem diferente a algumas exposições. Alteração essa que passando para nossos filhos, os deixamos mais suscetíveis a doenças que nossos pais não tinham. Imagine os tipos de alimentos que comemos!

**Na sua infância, você ouvia alguém dizer que uma criança estava com câncer?
Ou que alguma criança estava com hipertensão arterial? Diabetes? Pense sobre isso!**

4

**Vamos ver se você aprendeu?
Responda ao nosso Formulário!**



Material produzido pela Médica Pediatra Giovana Fernandes Pinto Barra
Orientador: Dr. Adilson Pereira

(Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - MECSMA/UniFOA)

CARTILHA



MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Alimentação complementar do
lactente



2023



Elaborado pela Médica Pediatra Dr^a Giovana Fernandes Pinto Barra
em conjunto com o orientador professor Dr. Adilson Pereira
(Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio
Ambiente - MECSMA/UniFOA)

- **Aleitamento materno exclusivo até 6 meses;**
- A partir dos 6 meses completos e da presença dos sinais de prontidão (interesse pelo que se come; sustentar a cabeça; segurar objetos com as mãos) pode-se **iniciar a introdução alimentar complementar**, mas o aleitamento materno deve continuar e ser incentivado até os 2 anos de idade;
- O **liquidificador e a peneira não devem ser usados** no preparo da comida;
- Usar **temperos naturais frescos** como salsa, cebolinha, cebola, alho e não colocar sal até os 12 meses de idade. A partir de 1 ano, usar sal com moderação;
- **Não devem ser usados alimentos industrializados**, ultraprocessados, apimentados, muito gordurosos e os embutidos (presunto, salsicha e linguiça). Também não devem ser adicionadas geléias, farinhas, açúcar, mel nas frutas, e nem oferecidas gelatinas, balas, chocolates, biscoitos e refrigerantes.





LEITE DE VACA

O LEITE DE VACA E SEUS DERIVADOS SÓ DEVEM SER OFERECIDOS A PARTIR DE 1 ANO!

O LEITE DE VACA (IN NATURA, INTEGRAL, PÓ OU FLUIDO) NÃO É CONSIDERADO ALIMENTO APROPRIADO PARA CRIANÇAS MENORES DE UM ANO.

As inadequações do leite de vaca compreendem:

Baixa qualidade das gorduras: Baixos teores de ácidos graxos, como o ácido linoleico - dez vezes inferior às fórmulas infantis. Sendo assim, é necessário o acréscimo de óleo vegetal para que o leite atenda às necessidades nutricionais do recém-nascido.



Baixa quantidade e qualidade dos carboidratos

Alto teor proteico: O excesso de proteínas aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, além da qualidade da proteína contribuir para adiposidade no futuro e comprometer a digestibilidade e absorção de nutrientes.



Baixo nível de vitaminas D, E e C

Altas taxas de sódio: contribuem para a elevação da carga renal de soluto, nocivo principalmente para os recém-nascidos de baixo peso.

- **É proibido o consumo de mel** por menores de 1 ano de idade, devido ao risco de botulismo;

- **Açúcar não é recomendado antes dos 2 anos de idade;**

- Atualmente, é recomendado **não oferecer suco de frutas antes de 1 ano** de idade, devemos dar preferência pela fruta in natura (papa de fruta ou fruta raspada) devido ao risco de predispor à obesidade. Para extrair o suco da fruta perdem-se as fibras (que contribuem para diminuir a absorção do açúcar) e aumenta-se a caloria do alimento;

- É importante **incentivar a criança a comer diariamente** proteínas, leguminosas, tubérculos e cereais, vegetais, legumes e frutas. Caso ela não aceite, deve-se oferecer esses alimentos novamente em outras refeições.

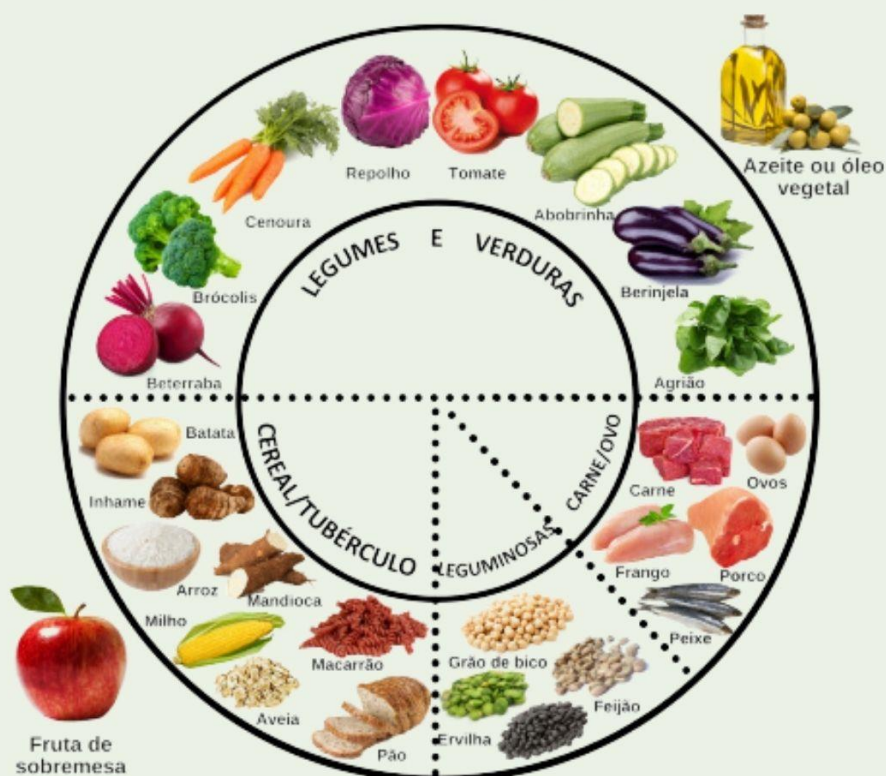


ESQUEMA DO PRATO



- Para a criança conhecer novas texturas, cores e sabores é recomendado **separar em porções no prato** e não oferecer os alimentos misturados. Para gostar de certos alimentos, algumas crianças, podem precisar experimentar pelo menos de **oito a dez vezes**.
- A partir da introdução da alimentação complementar, deve-se oferecer **água potável** para o lactente. Pois, a quantidade de proteínas e sais dos alimentos é maior do que do leite materno. Então, para não sobrecarregar os rins, precisa-se ingerir água.

PODE SER UTILIZADO EM TODAS AS IDADES (VARIANDO O TAMANHO DAS PORÇÕES)



Adaptado: Weffort e Lamounier, 2017

COMO INICIAR?

Preste atenção aos sinais de saciedade da criança! Elas têm capacidade de autorregular a sua ingestão calórica total.

Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos cortados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Fonte: Ministério da Saúde. CAB 23, 2015



NEOFOBIA

é caracterizada pela dificuldade em aceitar alimentos novos ou desconhecidos, isto é, a criança nega-se a experimentar qualquer tipo de alimento desconhecido e que não faça parte de suas preferências alimentares.

- Para a **mudança desse comportamento**, é necessário que a criança prove o novo alimento em torno de **8 a 10 vezes**, mesmo que seja em quantidade mínima.
- A exposição frequente do mesmo alimento, em diferentes apresentações (receitas) contribui na redução da neofobia alimentar. Os pais devem determinar o que, onde e como a criança deve se alimentar. A criança determina a quantidade a ser consumida.



LEMBRE-SE! O apetite é variável, momentâneo e depende de vários fatores, entre eles: idade, condição física e psíquica, atividade física, temperatura ambiente e ingestão na refeição anterior. Uma criança cansada ou super estimulada com brincadeiras pode não aceitar a alimentação de imediato, assim como também, no verão, seu apetite pode ser menor do que no inverno.

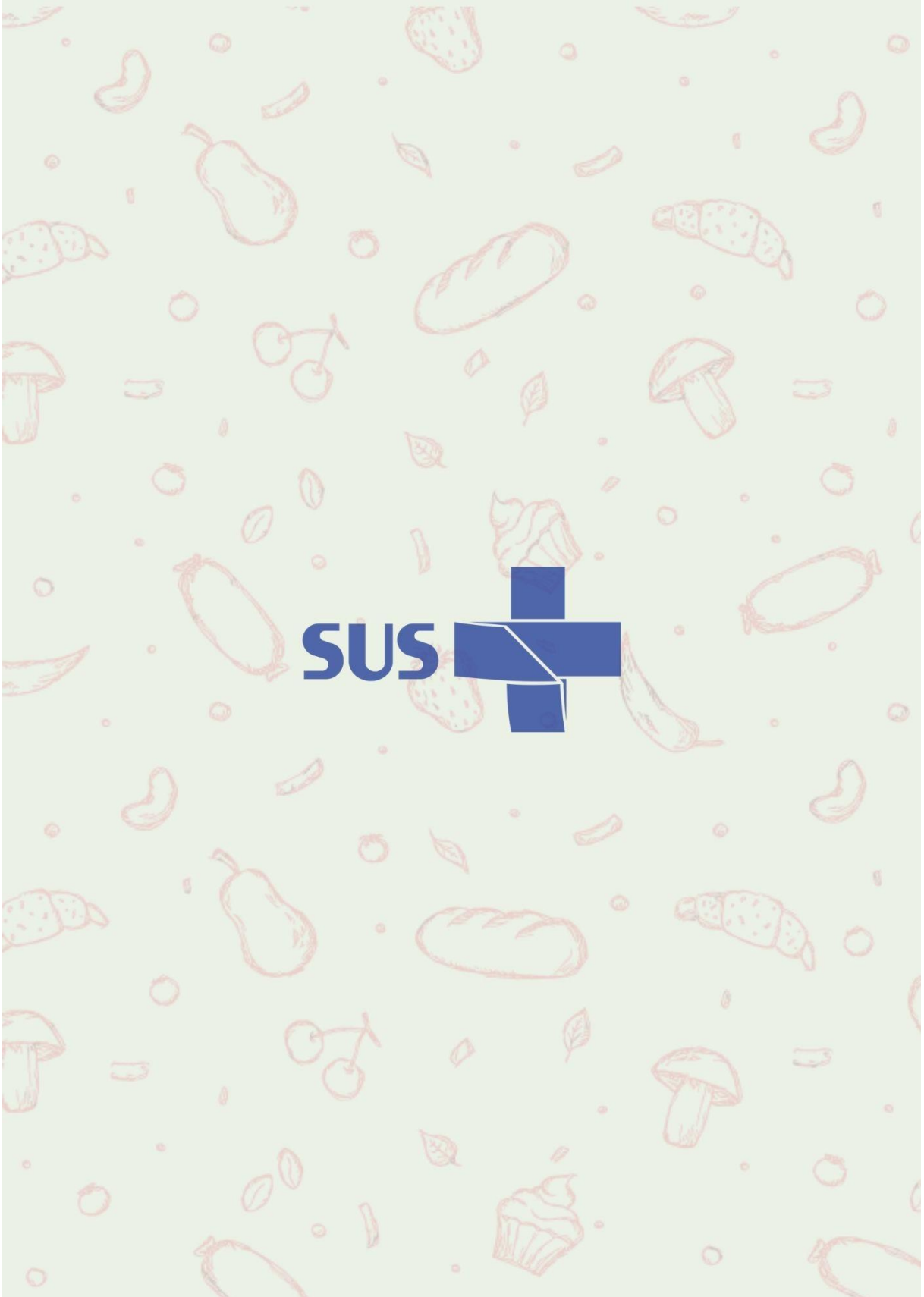


- Quando a criança já for capaz de se servir à mesa e comer sozinha, essa conduta deverá ser incentivada. Devem ser respeitadas as **preferências alimentares individuais** tanto quanto for possível.
- Quando a criança recusa insistentemente um determinado alimento, o ideal é **substituí-lo por outro** que possua os mesmos nutrientes. Se esse alimento for imprescindível, é necessário variar o seu modo de preparo.
- A alimentação deve ser lúdica e divertida. Estimule **refeições em família**, a **participação ativa da criança** no preparo dos alimentos e a **autonomia** para alimentar-se sozinha (sem a coerção do adulto) para a formação de bons hábitos alimentares.
- Comportamentos como **recompensas, chantagens, subornos, punições ou castigos para forçar a criança a comer, não são recomendados**, pois podem reforçar a recusa alimentar da criança! A maneira como os pais atuam na alimentação da criança impacta positiva ou negativamente na qualidade e quantidade da dieta durante toda a sua vida.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4a ed. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2018.
- WEFFORT, Virgínia Resende Silva; LAMOUNIER, Joel Alves. Nutrição Em Pediatria - da. Neonatologia À Adolescência - 2ª Ed. Editora Manole. 2017



SIM

LEVANTE ESSA PLAQUINHA SE VOCÊ
SOUBER A RESPOSTA PARA A
PERGUNTA, OU SE A RESPOSTA
PARA A PERGUNTA FOR "SIM"



MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

NÃO

LEVANTE ESSA PLAQUINHA SE VOCÊ
NÃO SOUBER A RESPOSTA PARA A
PERGUNTA, OU SE A RESPOSTA
PARA A PERGUNTA FOR "NÃO"



MESTRADO
PROFISSIONAL
ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

LISTA DE PRESENÇA

CAPACITADOR(A):	DATA:
-----------------	-------

Nº	Nome	Telefone
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
16		

