UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE - RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS.

.

FORTALEZA – CEARÁ
2023

RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof.ª Drª. Maria Irismar de Almeida

FORTALEZA - CEARÁ
2023

RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO

CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-PPGSF/Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovado em: 29/03/2022

BANCA EXAMINADORA

Maria Irismar de Almeida
Prof. Dra. Maria Irismar de Almeida
(Orientador – UECE/RENASF)

Márcia Andréia Barros Moura Fé
Profª. Drª. Márcia Andréia Barros Moura Fé
(1° membro – UECE)

Paulo Carvalho de Paula
Prof. Dr. Paulo Carvalho de Paula
(2° Membro - UNINASSAU)

À Deus, Senhor de tudo
À minha mãe, pelo amor dedicado
Ao meu pai (In Memoriam)
À minha esposa, companheira inspiradora
Ao meu filho, razão de viver

AGRADECIMENTOS

À Deus por estar presente na minha vida, me protegendo, dando a saúde necessária para prosseguir e superar as dificuldades postas em meu caminho. Dedico toda minha gratidão.

Ao meu amado pai, Mozart (In Memoriam), pois mesmo não estando mais entre nós, sei que estar sempre me abençoando e me guiando pelos caminhos certos.

À minha mãe, Antônia por seu amor incondicional e por suas orações diárias pedindo proteção e saúde aos seus filhos.

Às minhas irmãs, Ticiana e Patrícia por sempre me apoiarem e a disponibilidade de ajuda quando precisei, profunda gratidão.

À minha esposa Karla, minha inspiração, meu eterno agradecimento pela força, pela ajuda, pelo companheirismo, pela compreensão e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos desta longa jornada.

Ao meu filho Davi, minha razão de viver, que mesmo em sua inocência dos 5 anos de idade soube compreender a ausência em algumas brincadeiras e momentos em família.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida, por sua compreensão, solicitude e tranquilidade diante dos meus momentos difíceis e, confiança em desenvolver este trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Ao meu amigo Auricélio pelo apoio disponibilizado e pela ajuda na realização deste trabalho, sempre acreditando em minhas idéias, muito obrigado.

À coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF – UECE), como também ao corpo docente e as funcionárias da Secretaria, em especial a Arlene, pela paciência e solicitude.

Às minhas ilustres amigas e companheiras Ester Maia e Gisele Grangeiro do município de Horizonte que sempre apoiaram o meu projeto, me deram força e incentivo para dar continuidade nesta árdua e longa jornada, os meus sinceros agradecimentos.

Aos ilustres professores Paulo Carvalho, Márcia Moura Fé e Paulo César que compuseram a minha banca de defesa, muito obrigado pelas ricas contribuições ao estudo.

A todos os colegas que formam a 4ª turma do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/ nucleadora UECE pelas brincadeiras, afeto e experiências compartilhadas.

Aos juízes que participaram do estudo e contribuíram com sua experiência para a validação de um material educativo que poderá ser utilizado na promoção da saúde através da introdução alimentar adequada.

Agradeço às mães pelo aceite em participar da pesquisa e espero que seja de grande utilidade para o auxílio na alimentação das crianças.

À Secretaria de Saúde do município de Horizonte pelo apoio incessante.

Enfim, agradeço todas as outras pessoas que direta ou indiretamente foram importantes para realização desta pesquisa.

RESUMO

A alimentação está ligada a saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantil, tornando os primeiros anos de vida um momento essencial para o desenvolvimento de práticas alimentares adequadas, contribuindo assim para prevenir o aparecimento de possíveis doenças. O objetivo deste estudo foi construir uma cartilha para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade. Trata-se de um estudo metodológico. Os sujeitos da pesquisa foram 30 mães ou responsáveis pela alimentação da criança, distribuídas em seis equipes de saúde da família do município de Horizonte-Ce e 8 juízes especialistas para avaliação e validação da cartilha. A coleta de dados e validação ocorreram entre os meses de agosto a dezembro de 2022. Para construção da cartilha adotou-se o referencial de Reberte (2012) como base, no qual foram seguidas cinco fases: sendo a fase 1 (sistematização do conteúdo); fase 2 (escolha das ilustrações); fase 3 (composição do conteúdo); fase 4 (Validação da cartilha por juízes) e fase 5 (Validação da cartilha pelas mães ou responsáveis). Para validação do conteúdo foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. A cartilha educativa foi validada pelos oito juízes quanto ao conteúdo e aparência com um IVC igual a 1 para todos os itens avaliados, indicando ótimo grau de concordância entre os juízes e comprovando a excelência do conteúdo e da aparência do material produzido. Na qualificação da cartilha pelas mães ou responsáveis também se consolidou, uma vez que a validação semântica da cartilha teve um ótimo grau de concordância e aceitação pelo público alvo. As sugestões que os especialistas realizaram acerca da cartilha, foram analisadas e apesar de não ter nenhum dos itens considerados irrelevantes, decidimos alterar, pois seria de grande valia para a formatação final da cartilha. Conclui-se que a cartilha representa uma ferramenta válida e confiável, com linguagem simples e aparência atraente, a qual pode servir não só para as mães ou responsáveis como também para os profissionais de saúde, que compõem a estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: Alimentação complementar, alimentação na infância, tecnologias educativas.

ABSTRACT

Food is linked to child health, nutrition, growth and development, making the first years of life an essential time for the development of appropriate eating practices, thus helping to prevent the emergence of possible diseases. The objective of this study was to create a booklet to guide the introduction of complementary foods in children aged 4 to 12 months. This is a methodological study. The research subjects were 30 mothers or those responsible for feeding the child, distributed among six family health teams in the city of Horizonte-Ce and 8 expert judges for evaluation and validation of the booklet. Data collection and validation took place between the months of August and December 2022. To construct the booklet, Reberte's (2012) framework was adopted as a basis, in which five phases were followed: phase 1 (systematization of content) ; phase 2 (choice of illustrations); phase 3 (content composition); phase 4 (Validation of the booklet by judges) and phase 5 (Validation of the booklet by mothers or guardians). To validate the content, the Content Validity Index (CVI) was used, which measures the proportion or percentage of judges who are in agreement on certain aspects of the instrument and its items. The results showed that the booklet was validated by the eight judges regarding content and appearance with a CVI equal to 1 for all items evaluated, indicating an excellent degree of agreement between the judges and proving the excellence of the content and appearance of the material produced. The qualification of the booklet by mothers or guardians was also consolidated, since the semantic validation of the booklet had an excellent degree of agreement and acceptance by the target audience. The suggestions that the experts made regarding the booklet were analyzed and despite none of the items being considered irrelevant, we decided to change them, as it would be of great value for the final formatting of the booklet. It is concluded that the booklet represents a valid and reliable tool, with simple language and attractive appearance, which can be useful not only for mothers or guardians but also for health professionals, who make up the family health strategy.

Keywords: Complementary feeding, childhood nutrition, educational technology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação gráfica do processo de construção da cartilha 36
Figura 2 Ilustração representativa, modificações realizadas na capa 57
Figura 3 Ilustração representativa, modificações realizadas no slide 9..... 58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Classificação quanto ao gênero.....	44
Gráfico 2	Classificação quanto ao grau de escolaridade.....	44
Gráfico 3	Classificação quanto a faixa etária.....	45
Gráfico 4	Classificação quanto a renda familiar.....	47
Gráfico 5	Recebimento de Benefício pelo governo.....	48
Gráfico 6	Classificação quanto ao início da Alimentação Complementar.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Validação semântica da cartilha pelas mães ou responsáveis..... 51

Tabela 2- Distribuição da caracterização dos juízes de conteúdo e validação técnica..... 52

Tabela 3- Avaliação dos juízes quanto ao conteúdo e aparência..... 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAISAN	Câmaras de Gestão Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional
CSAN	Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional
DAB	Departamento da Atenção Básica
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
EURRECA	European Micronutrients Recommendations Aligned
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IC	Índice de Concordância
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MEI	Materiais Educativos Impressos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
IOM	Institute of Medicine
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana para Saúde
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PlanSAN	Planos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

POF	Programa de Orçamento Familiar
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....18
2. OBJETIVOS.....22
2.1 Geral.....22
2.2 Específicos.....22
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....23
3.1. Alimentação saudável na primeira infância.....23
3.2. Políticas Públicas em Alimentação e Nutrição.....27
3.3. Tecnologias em saúde: uso dos materiais educativos impressos.....31
4. METODOLOGIA.....33
4.1 Tipo de pesquisa.....33
4.2 Local e período da pesquisa.....33
4.3 População do estudo.....34
4.4 Critérios de Inclusão.....35
4.5 Critérios de exclusão.....35
4.6 Processo de construção da cartilha.....35
4.6.1 Levantamento bibliográfico.....37
4.6.2 Construção da cartilha.....38
4.6.3 Qualificação da cartilha pelas mães ou reponsáveis.....39
4.6.4 Validação do material por especialista no assunto.....39
4.7 Seleção de Juízes.....40
4.8 Instrumento de coleta de dados.....41
4.9 Análise dos dados.....42
4.10 Aspectos éticos.....43
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....44
5.1 Apresentação dos dados do questionário sócio-demográfico com as mães ou responsáveis.....44
5.2 Validação Semântica da Cartilha pelas mães ou responsáveis.....51
5.3. Apresentação dos Resultados dos Juízes Especialistas.....52
5.3.1. Considerações dos peritos quanto ao teor educativo da cartilha.....56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....60
REFERÊNCIAS.....62

APÊNDICES.....68
APÊNDICE A - Instrumento de entrevista semiestruturada com as mães ou responsáveis.....69
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) mães ou responsáveis.....73
APÊNDICE C - Carta de convite aos juízes.....75
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juízes de conteúdo e aparência.....76
APÊNDICE E – Declaração de Anuência.....77
APÊNDICE F – Versão final da cartilha.....78
ANEXOS.....87
ANEXO A - Instrumento para avaliação de conteúdo e aparência da cartilha pelos juízes.....88
ANEXO B - Instrumento de validação semântica com as mães ou responsáveis..92
ANEXO C – Parecer do Comitê de ética da UECE.....94

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2015) a alimentação está ligada a saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantil, tornando os primeiros anos de vida um momento essencial para a formulação e desenvolvimento de práticas alimentares que sejam adequadas, contribuindo assim para prevenir o aparecimento de possíveis doenças, bem como auxiliar no aspecto psicológico e cognitivo da criança (MARINHO, *et al.,* 2016).

A introdução da alimentação complementar é definida como a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno, ou qualquer alimento oferecido durante o período de alimentação complementar, e que não seja o leite materno. A partir do sexto mês de vida da criança, a quantidade e a composição do leite materno não são suficientes para atender as necessidades nutricionais da criança, e tem início o período da introdução alimentar (WHO, 2017).

O tipo de alimentação introduzida na infância não influencia apenas o estado nutricional atual da criança, mas também, nas suas preferências alimentares na fase adulta. (MARINHO, *et al*., 2016). Diante disso, percebemos a importância de uma introdução alimentar adequada e bem estruturada, e tal manejo, perpassa por toda a rede de atenção à saúde, sendo que a ESF, juntamente com as equipes de apoio devem ser os protagonistas no que se refere às orientações e condutas para o início da alimentação complementar da criança que se deve iniciar no sexto mês (WHO, 2017).

A introdução alimentar adequada e oportuna é essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança, sendo a Atenção Primária à Saúde, em especial os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), o lócus-ideal para o desenvolvimento de ações pertinentes a esta prática (MAIS, *et al*., 2014).

Nesse contexto, o recomendável é que a introdução dos alimentos complementares seja gradual, respeitando os intervalos da criança e seu apetite. Diversos fatores interferem no consumo adequado de frutas e verduras, como os fatores socioculturais, culturais, ambientais e econômicos (BALDISSERA, *et al.,* 2015).

Observa-se que outros fatores também contribuem para um baixo consumo de frutas e verduras como dificuldades para obtenção dos alimentos, impossibilitando o consumo diário, ausência de variedades, safras e o sabor, inclusive na infância pela

falta de estímulos do paladar desde quando se inicia a introdução alimentar (SCHINCAGLIA, *et al.,* 2015).

É consenso, junto a órgãos oficiais internacionais, como *Institute of Medicine* (IOM), Organização Pan-Americana para Saúde (OPAS) e *European Micronutrients Recommendations Aligned* (EURRECA), a importância da promoção da saúde para comportamentos e estilos de vida saudáveis, entre eles, a alimentação adequada e equilibrada em diferentes fases da vida, a fim de prover condições de saúde que possam ter efeitos duradouros (IOM, 2002; OPAS, 2006; EURRECA, 2012).

O guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos de idade reforça que nos primeiros anos de vida, a variedade e a forma com que os alimentos são oferecidos influenciam a formação do paladar e a relação da criança com a alimentação. Nos últimos anos, têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas infelizmente, a promoção da introdução alimentar adequada tem tido menos progresso (BRASIL, 2019).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança, deve-se ter um olhar ampliado para as práticas alimentares saudáveis, sendo a introdução alimentar fundamental para o processo de construção de hábitos alimentares saudáveis, favorecendo o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (GIESTA, *et al.,* 2019). Deve-se, ainda, garantir ao máximo a ausência de alimentos ultraprocessados e aditivos alimentares, assim como a inocuidade das preparações para controle e prevenção de transmissão de microrganismos (DALLAZEN *et al.,* 2018).

A qualidade e a quantidade de alimentos consumidos pela criança são aspectos críticos e têm repercussões ao longo de toda a vida, associando-se ao perfil de saúde e nutrição, já que a infância é um dos estágios da vida biologicamente mais vulnerável às deficiências e aos distúrbios nutricionais (LOPES, *et al.,* 2018).

Há consenso entre estudiosos que os primeiros meses de vida são críticos para o desenvolvimento da obesidade ao longo da vida, uma vez que crianças que apresentam maiores Índice de Massa Corporal (IMC), ou ganho acelerado de peso neste período, possuem maiores chances de se tornarem obesas ao longo da infância, da adolescência e da vida adulta (MARINHO, *et al.,* 2016). Há uma preocupação por parte de pesquisadores e profissionais da área de saúde de que a obesidade é um importante determinante para o surgimento de várias complicações e agravos à saúde, ainda na infância (CAMARGOS, 2019).

O grande desafio do profissional de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, e estar atento às necessidades da criança, da mãe e da família, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios, e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico, para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável (MS, 2014).

É sabido que, após os seis meses de idade, há necessidade da introdução de alimentos de forma gradativa para atender às necessidades nutricionais da criança complementando as numerosas qualidades e funções do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais (WHO, 2017). Além disso, aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares da família, e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes (BRASIL, 2014).

Contrapondo-se a tal recomendação há diversas situações, condições e escolhas que ocorrem no período da amamentação e podem fazer com que a criança menor de 6 meses não receba somente o leite materno ou simplesmente não o receba. Nesse sentido, em virtude de tais situações específicas a introdução da alimentar complementar poderá ser iniciada a partir de 4 meses de idade (BRASIL, 2019).

Visando a uma melhora da alimentação complementar, a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) foi inserida em uma política nacional de atenção básica, promoção da saúde, alimentação e nutrição, pois o tipo de alimentação complementar introduzida no início da vida repercute no estado nutricional durante toda a sua existência (SANTOS, *et al.,* 2020).

Nesse contexto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) recomenda aos profissionais da Atenção Básica estratégias de educação alimentar e nutricional e de promoção da alimentação saudável. (BRASIL, MS, DAB, 2013). Destacando e reforçando a importância de como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estão realizando as ações de promoção à saúde.

É sabido, por exemplo, que um adequado hábito alimentar durante os primeiros anos da infância pode prevenir desnutrição, deficiência de certos micronutrientes e também sobrepeso e obesidade, sendo o déficit causado por hábitos alimentares inadequados dificilmente revertido após os dois anos de idade da criança (GURMINI, *et al.,* 2017).

Durante minha prática profissional pude perceber que a introdução alimentar ocorre muito precocemente evidenciando casos com início aos dois meses de idade e com alimentos inadequados, ricos em açúcares, sódio e com aditivos químicos.

Diante de tal situação, a introdução da alimentação complementar de forma precoce, tardia ou de maneira incorreta também pode causar danos, uma vez que a criança estará suscetível a deficiências de alguns micronutrientes (deficiências de ferro, vitaminas A e D, vitaminas do complexo B e zinco, por exemplo) e, como consequência, pode haver prejuízo no crescimento e desenvolvimento da criança (AGOSTINI, *et al.,* 2008).

Percebo, ainda, que durante meus atendimentos individuais na ESF, as mães ou responsáveis tem dúvidas no que oferecer à criança no momento da introdução da alimentação complementar; que as orientações realizadas por outros profissionais, ocorre de forma incipiente; e que a quantidade de nutricionistas é insuficiente para atender a grande demanda de crianças com necessidade de alimentação complementar.

No intuito de melhorar o acesso as informações sobre alimentação complementar, surge a necessidade de orientação das mães ou responsáveis sobre introdução da alimentação complementar por meio da construção de uma cartilha educativa, oportunizando o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o cuidador e, consequentemente melhorando a qualidade nutricional, favorecendo o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

A escolha de uma cartilha como material educativo foi feita no intuito de construir um material de fácil circulação, com linguagem e recurso acessível a qualquer tipo de população, onde o entendimento sobre a introdução da alimentação complementar saudável fosse facilmente compreendido.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade.

2.2 Específicos

- Identificar o conhecimento e a necessidades das mães ou responsáveis sobre a introdução da alimentação complementar.
- Descrever o processo de elaboração da cartilha para orientação das mães ou responsáveis para introdução da alimentação complementar.
- Validar a aparência e conteúdo da cartilha junto aos juízes e sua semântica junto às mães ou responsáveis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Foi realizada uma revisão de literatura no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e na Scielo com os seguintes descritores utilizados isoladamente e cruzados: Introdução alimentar, alimentação na infância e tecnologias educativas. Após esta busca foram abordados os seguintes tópicos: Alimentação saudável na primeira infância, políticas públicas em alimentação e nutrição e tecnologias em saúde: uso dos materiais educativos impressos.

3.1. Alimentação saudável na primeira infância

Sabe-se que no mundo há uma transição nutricional, em que através da modernização e urbanização houve modificação dos hábitos alimentares da população, com aumento no consumo de alimentos industrializados e embutidos, que na maioria das vezes são mais calóricos e menos nutritivos, e diminuição de alimentos saudáveis. Desta forma há ampliação das doenças crônicas, sendo hoje consideradas como epidemia e um sério problema a saúde do País (WEFFORT, *et al.,* 2012).

O perfil alimentar da população brasileira também demonstrou mudanças significativas e desfavoráveis. De acordo com o Programa de Orçamento Familiar (POF), organizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), houve uma diminuição no consumo de hortaliças frescas e alimentos in natura e um aumento na quantia de alimentos ultra processados. Houve também um aumento no consumo de alimentos fora de casa e tal hábito está diretamente relacionado com a piora na qualidade alimentar dos indivíduos, uma vez que existe uma preferência por alimentos com alto valor energético, alto teor de gordura saturada, gordura *trans,* sódio e açúcar simples e pobres em fibras, vitaminas, minerais e compostos bioativos; como bebidas alcóolicas, salgadinhos fritos e assados, refrigerantes, pizza e sanduíches quando o consumo se dá fora do âmbito residencial (LOUZADA, *et al.,* 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis possuem relevância em termos epidemiológicos nas nações em desenvolvimento ao alcançar boa parte da população mundial e estas poderiam ter sua expressividade diminuída com a prática de uma alimentação mais balanceada e estilos de vida saudáveis. A aplicação de medidas de

promoção de hábitos de vidas saudáveis, tanto o incentivo à ingestão de alimentos *in natura* ou inseridos na categoria de “saudáveis”, como o combate ao alcoolismo, ao tabagismo, o incentivo à atividade física, entre outros, poderia ser denominada como uma “compreensão das morbidades crônicas” e compreendida como uma vertente singular da transição epidemiológica (SOUZA, 2010).

Nas últimas três décadas, o Brasil passou por sucessivas mudanças socioeconômicas, de urbanização, de atenção médica e na saúde da população o que se refletiu de forma significativa na saúde infantil. Reconhecendo o impacto da alimentação na morbimortalidade infantil, organizações internacionais enfatizam há mais de uma década a necessidade de políticas de promoção da alimentação saudável para lactentes e crianças de primeira infância, baseadas principalmente na proteção e apoio à amamentação exclusiva e à alimentação complementar adequada e oportuna (EINLOFT; COTTA; ARAÚJO; 2018).

Especificamente na faixa etária pediátrica, as famílias têm um grande impacto na saúde global das suas crianças, dado que constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem. Também em termos alimentares, os pais constituem modelos e influenciam de diferentes formas o comportamento alimentar das crianças. No entanto, a escassez de tempo, associada à vida urbana, condiciona muitas vezes as escolhas alimentares dos pais e, inevitavelmente, a das crianças. Estas escolhas são em muitas ocasiões direcionadas para alimentos hipercalóricos, com grande densidade energética, de fácil preparação e de consumo rápido, fornecendo sobretudo um elevado suprimento em proteínas e gorduras, o que origina um desequilíbrio entre as necessidades (quantidade/qualidade) e o gasto necessário, determinando um incremento da massa gorda corporal total (SILVEIRA, *et al.,* 2019).

A importância da alimentação da criança, principalmente nos seus primeiros anos de vida, está fartamente documentada e seu impacto inserido em vários relatórios internacionais de políticas de saúde (WHO, 2010; USAID, 2011; UNICEF, 2020), com destaque para os guias alimentares voltados à população infantil (Brasil, 2019). Se adequada nos primeiros mil dias de vida da criança, influenciará o pleno desenvolvimento deste indivíduo em todas as fases da vida (USAID, 2011), fará parte da prevenção de agravos e de doenças na fase adulta e poderá contribuir para uma vida ativa (VICTORA *et al*., 2016; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017).

Apesar das evidências sobre sua importância, estudos nacionais e internacionais observaram que a alimentação complementar, é de baixa qualidade (Jaime et al., 2016; UNICEF, 2019) e sua implementação depende do conhecimento daqueles que se ocupam dos cuidados infantis (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ, 2017).

A alimentação desempenha papel fundamental em todos os ciclos da vida, especialmente nos primeiros mil dias, que são decisivos para a formação dos hábitos alimentares, para o crescimento e desenvolvimento da criança e manutenção da saúde em ciclos imediatos e posteriores da vida (CAMPOY *et al.,* 2018).

É na infância que muitos dos hábitos de vida se formam e quando há condições favoráveis para promover mudanças que repercutam em escolhas saudáveis na fase adulta. A criança nasce em um contexto alimentar consolidado, sendo socializada pelos hábitos familiares, conforme os recursos socioeconômicos, ambientais, crenças e valores culturais de sua comunidade, logo, os hábitos alimentares da família e os primeiros aprendizados alimentares influirão, em longo prazo, o comportamento alimentar (SCAGLIONI *et al*., 2018).

A nutrição é base para o desenvolvimento humano e, por ser fundamental, merece atenção desde os primeiros estágios da vida intrauterina, prolongando-se por toda a infância e pelas diferentes fases do ciclo da vida. A inadequada prática alimentar infantil aparece como uma das mais importantes razões para se iniciar o círculo vicioso da infecção, das deficiências nutricionais e desnutrição (LIMA, *et al,* 2012).

A importância dos hábitos alimentares desenvolvidos na infância é notória, visto que é nessa primeira fase que ocorre a introdução alimentar que pode determinar os padrões alimentares em anos subsequentes. A formação do paladar das crianças possui componente genético e ambiental/social, que pode influenciar precocemente o padrão de alimentação que a criança irá reproduzir no transcorrer dos anos (ARAÚJO; FREITAS; LOBO, 2021).

Na pesquisa de Lopes *et al.* (2017) é ressaltada a importância dos profissionais da saúde no acompanhamento de famílias e aconselhamento para a boa alimentação nos primeiros estágios de vida dos seus filhos de forma que destaque a influência positiva do aleitamento materno e desencorajamento da introdução de outros tipos de leite, bem como a forma correta de incluir a alimentação complementar.

A ajuda dos pais nessa fase da infância é de suma importância, os pais devem incentivar os filhos a manterem hábitos saudáveis como fazerem atividade física e comerem alimentos naturais, principalmente legumes, frutas e verduras logo nos primeiros anos de vida. Deve-se evitar alimentos ricos em sódio, gorduras e açúcares, apesar de serem nutrientes essenciais para o desenvolvimento saudável da criança, quando consumidos em excesso tornam-se inimigos mortais da saúde (BASTOS; MORENO; SOUSA, 2019).

A escolha dos alimentos que irão compor a dieta da criança também se relaciona com o poder de compra da família. Dessa maneira, a alimentação da criança deve ser entendida como um fenômeno de ordem sociocultural e econômica, visto que, para escolher os alimentos e o momento em que eles serão oferecidos, os pais ou responsáveis consideram as experiências já vividas, o valor comercial dos alimentos disponíveis no mercado e outros fatores de ordem social e cultural (MELO, *et al.,* 2021).

Assim, tem-se a educação alimentar e nutricional como estratégia fundamental de promoção da saúde, com foco na alimentação saudável e adequada. Haja vista, a educação alimentar e nutricional dever ser desenvolvida com o intuito de estimular a autonomia do indivíduo, valorizar e respeitar as especificidades culturais e constituir a cidadania dos sujeitos, de modo, a emponderá-lo no cuidado com a própria saúde (SANTOS, 2012).

O conhecimento materno (CM) pode influenciar positivamente tanto as práticas de amamentação, quanto as práticas relacionadas à introdução da alimentação complementar (AC). Na Etiópia, mães com menos conhecimento sobre alimentação infantil ofertavam mais líquidos que não o leite materno (LM) nos três primeiros dias de vida em relação às demais mães. Alguns autores mostraram que o conhecimento adquirido pelas mães advém principalmente de profissionais de saúde, mas atualmente a mídia é uma poderosa fonte de informação que exerce grande influência nas decisões e, portanto, deve ser cautelosamente utilizada. Sites com informações incorretas e a abusiva publicidade voltada ao público infantil prejudicam o esclarecimento de mães e acarretam práticas inadequadas (PIZZATTO, *et al.,* 2020).

A decisão da mãe, seja para amamentar ou realizar a AC adequadamente, depende do contexto social em que ela e a criança estão inseridas. Contexto este que envolve crenças, costumes locais, experiências com outros filhos, estilo de vida, influência de familiares e participação em grupos de apoio. Importante considerar que

o preparo de uma alimentação de qualidade exige tempo, disponibilidade e recursos das famílias. Além disso, em comunidades carentes, o acesso a alimentos ultraprocessados é maior do que a alimentos *in natura* (GAMA, *et al.,* 2015).

A prática da introdução alimentar precoce é complexa e envolta por inúmeros fatores de ordem social, econômica, familiar, emocional, bem como condições de vida e assistência à saúde, que se estende também às limitadas estratégias voltadas à promoção do aleitamento materno exclusivo. Além disso, existem particularidades individuais, culturais e sociais de cada região que se expressam de forma diferente no trato da questão, conduzindo a pesquisas que investiguem os possíveis fatores que estão associados a introdução alimentar anterior ao período recomendado para lactentes (MERCÊS, *et al.,* 2022).

3.2. Políticas Públicas em Alimentação e Nutrição

As políticas públicas voltadas para a saúde têm sido de grande importância para a população do país, mesmo com as dificuldades de sua plena implementação. Historicamente, as políticas públicas no Brasil vêm sendo realizadas por meio de práticas assistencialistas, refletindo-se em relações que não incorporam o reconhecimento do direito à saúde. A função social das políticas tem sido alterada no que diz respeito à qualidade, quantidade e variedade. Sua tarefa específica consiste em organizar as funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade

O Brasil tem longa experiência na implementação de programas sociais voltados para a questão alimentar e nutricional, como por exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), formalizado em 1983, porém, cuja origem data do ano de 1954; o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), criado em 1976 e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), de 1973, entre outros. Todavia a descontinuidade e desarticulação entre os diversos programas descaracterizam esta experiência como uma política pública coerente e sistemática.

As primeiras ações de Alimentação e Nutrição no Brasil foram iniciadas no ano de 1954, com a criação do Programa da Merenda Escolar. Em 1970, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde, que lançou o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I

PRONAN), no período de 1973-74. Os primeiros programas abrangiam “grupos biologicamente vulneráveis”, como gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de idade. Em 1976, foi instituído o II PRONAN e, em 1980, o III PRONAN (FREITAS, *et al*., 2014).

No cenário brasileiro, a história das políticas de alimentação e nutrição se inicia na década de 1940 e ganha mais visibilidade em 1970 com a aprovação do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), cuja ênfase foi dada às ações voltadas para o combate à desnutrição por meio de suplementação alimentar e distribuição de alimentos (MOURA FÉ; OLIVEIRA; ÁVILA, 2021).

Os Programas foram diversificando seus públicos de abrangência, com a criação e incorporação de programas que atuavam em diferentes setores: saúde (Programa de Nutrição e Saúde – PNS), assistência social (Programa de Complementação Alimentar – PCA), educação (Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE), trabalho (Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT) e abastecimento (Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos).

O Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE se apresenta como estratégia de promoção da alimentação saudável. A alimentação escolar começou a adquirir um caráter mais efetivamente relacionado ao contexto do processo ensino-aprendizagem e assumir a dimensão de prática pedagógica, de ação educativa, visando à promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional. O Programa passou a efetivamente se denominar Programa Nacional de Alimentação Escolar em 1979, e propôs programas de suplementação alimentar dirigidos aos trabalhadores, ao grupo materno-infantil e aos escolares, privilegiando as regiões mais pobres (LIBERMANN; BERTOLINI, 2015).

Suas Diretrizes sugerem o emprego da alimentação saudável e adequada; a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem; a descentralização das ações e a articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo; e o apoio ao desenvolvimento sustentável (SILVA, *et al*., 2013).

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) foi instituído no Brasil em 2006 por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). É considerado um marco institucional no campo das políticas de alimentação e nutrição por propor a alimentação adequada como direito de todos e prioridade política de governo. A análise dos programas de combate à fome no Brasil

no período de 1930 a 2003 aponta importantes mudanças, sobretudo depois da metade dos anos 1980 e da criação do programa Fome Zero, em 2003 (BRASIL, 2006).

No âmbito das políticas públicas brasileiras para alimentação e nutrição e para segurança alimentar e nutricional, a partir da virada do século XXI, observa-se que a alimentação deixou de ser adjetivada somente como “saudável” e passou também a ser referida como “adequada”. Assim, nas diversas publicações científicas e institucionais a expressão “alimentação saudável” foi gradativamente substituída por “alimentação adequada e saudável” (PAIVA, *et al.,* 2019).

O Brasil embasou a sua agenda de segurança alimentar e nutricional no princípio da realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA), estabelecido na Constituição brasileira desde 2010, e firmou a governança da segurança alimentar e nutricional como uma agenda de Estado, com leis, decretos, orçamento e sistema de monitoramento definidos. Essa governança é operacionalizada por meio do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que tem por objetivo assegurar que todas as pessoas que vivem em território nacional estejam livres da fome e, ao mesmo tempo, tenham acesso a uma alimentação de qualidade.

O conceito de Segurança Alimentar teve sua origem na Europa do início do século XX e refletia a capacidade de cada país de produzir sua própria alimentação, evitando assim vulnerabilidades, e adquiriu uma perspectiva internacional com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), bem como de outros organismos financeiros internacionais (VALENTE, 2002).

Entretanto, somente a partir de 2010, a alimentação passou a ser garantida como direito básico na Constituição Federal. Ainda nesse ano, o Decreto no 7.272/2010 instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), estabelecendo quatro elementos fundamentais para estruturação do SISAN: os Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Câmaras de Gestão Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), as Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (CSAN) e os Planos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional (PlanSAN), em um modelo que deve ser replicado nas três esferas de governo por meio da adesão dos níveis estadual e municipal (MACHADO, *et al.,* 2018)**.**

Importante conquista da sociedade civil após a redemocratização do Brasil e exemplo para diversos países, o CONSEA foi um espaço de diálogo, de articulação, de aprendizado mútuo e de concertação entre governo e sociedade. Além de atuar junto ao Executivo na esfera federal, também estabeleceu diálogo com os poderes Legislativo e o Judiciário e, ainda, com as Unidades da Federação, por meio dos CONSEAs estaduais e municipais (CASTRO, 2019).

O CONSEA atuou em agendas estratégicas como: inclusão do direito à alimentação na Constituição Federal; defesa dos direitos constitucionais dos povos indígenas e comunidades quilombolas; fortalecimento das culturas alimentares em consonância com os biomas e ecossistemas brasileiros; fortalecimento da agricultura familiar e agroecológica; redução do uso de agrotóxicos; avanço da agenda regulatória, por exemplo, no âmbito da rotulagem de alimentos (transgênicos, ultraprocessados) e da tributação de alimentos e insumos; avanço do código sanitário de forma a torná-lo mais includente e adequado à produção em pequena escala e à comercialização em circuitos curtos, entre tantas outras (LEÃO; MALUF, 2019).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) constituiu-se como um compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, assim como o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta. A PNAN previa sua atuação a partir do engajamento de pessoas, instituições governamentais e não-governamentais que atuassem no campo da alimentação e nutrição, servindo como marco conceitual de ação governamental (CUSTÓDIO, *et al.,* 2011).

Respaldado por pesquisas de âmbito nacional que apontam para a necessidade de se promover nutrição adequada às crianças nos primeiros anos de vida, o Ministério da Saúde lançou em 2010 a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), com o objetivo de incentivar a orientação da alimentação complementar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras (BRASIL, 2010).

3.3. Tecnologias em saúde: uso dos materiais educativos impressos

As tecnologias em saúde podem ser classificadas como: leve; que são as das relações, leve-dura; que são as teorias e dura; os recursos materiais. Elas abrangem a tecnologia de forma ampla, desde a análise do processo produtivo até o produto final (MERHY, 2005).

Considerando isso, os Materiais Educativos Impressos (MEI) são considerados tecnologias leve-duras, e surgem da necessidade de manter os pacientes informados com o propósito de adaptar comportamentos, orientar, fazer a promoção da saúde, prevenir doenças e promover estilos saudáveis de vida. Portanto, os materiais educativos impressos têm como finalidade propagar conteúdos importantes no tocante à prevenção ou tratamento de enfermidades (FREITAS; REZENDE, 2011), tendo a função de informar sobre os processos que identificam ou favorecem estados ideais de saúde, atuam como ferramentas para reforçar as orientações dadas em consultas ou visitas e contribuem para que o indivíduo aprenda sobre os cuidados necessários ao tratamento ou prevenção de doenças. Esses materiais podem ser encontrados na forma de cartilhas, cartazes, folders, panfletos e livretos, fazendo parte da mediação entre profissionais e usuários (MONTEIRO; VARGAS, 2006; FREITAS; REZENDE, 2011).

A tecnologia pode ser considerada a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos de seu próprio processo de existência. Por sua vez, a criação de tecnologias advindas do ato de cuidar baseia-se no conhecimento técnico e científico, na observação do cotidiano e na preocupação com o bem-estar, tanto do cuidador, como do sujeito do cuidado (AQUINO, *et al*., 2010).

Quando fazemos referência a trabalho em saúde e tecnologia, corroboramos com a análise que Merhy (2013) apresenta sobre os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, em que mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, do nutricionista, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que aparelhos e ferramentas de trabalho e está presente nas atividades de saúde, que

denominamos de leve-dura. Leve por ser um saber que as pessoas adquiriram, inscrita na forma de pensar e de organizar uma atuação, mas dura, na medida que é um saber-fazer estruturado, normalizado.

A inovação tecnológica, quando usada em favor da saúde contribui, diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, ou seja, quando utilizada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver saudável entre os indivíduos que na sociedade são produtos e produtores (SALVADOR, *et al.,* 2012).

Diversos materiais educativos impressos, como manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas têm sido utilizados como uma estratégia de educação em saúde comum do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que podem contribuir positivamente para os indivíduos das atividades educativas. Entretanto, a eficácia da utilização desses instrumentos, depende dos princípios e a forma de comunicação envolvida durante o desenvolvimento do material (LIMA, *et al.,* 2012).

Segundo Silva e Cardoso (2009), as cartilhas educativas são consideradas um meio de comunicação com a finalidade de promoção da saúde, visto que, além de propagar simples informações durante a prática educativa, também corrobora para o compartilhamento de conhecimentos.

O uso dos MEI pode ter um impacto importante na educação de pacientes e cuidadores, podendo ajudá-los a responder as questões que possam ocorrer quando estes não estiverem na presença dos profissionais (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

O levantamento bibliográfico para a delimitação do conteúdo, escolha de uma linguagem acessível, assim como a participação dos indivíduos na etapa de avaliação do material educativo são fatores de suma importância para garantir a elaboração de um instrumento de boa qualidade, e que seja compreensível, legível e atrativo para o paciente e sua família (RIBEIRO; PEREIRA; OZELA, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico. Este tipo de pesquisa envolve investigação de métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. A maior parte dos estudos metodológicos é não experimental e frequentemente focado no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

Como produto desse estudo, foi construída uma cartilha contendo as orientações para início da introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade, sendo que a cartilha será dispensada para as mães durante as consultas de puericultura com os médicos e enfermeiras nas unidades de saúde, proporcionando às mães ou responsáveis uma introdução alimentar saudável e segura para as crianças.

Materiais educativos constituem uma tecnologia de cuidado que potencializa as intervenções de saúde e o trabalho da equipe, pois, além de mediar de maneira lúdica o processo de empoderamento dos sujeitos para promoção de sua saúde, são ferramentas permanentes de cuidado, uma vez que podem ser consultadas sempre que necessário (LEMOS; VERÍSSIMO, 2020).

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Horizonte que está localizado na região metropolitana de Fortaleza, distante 42 km da capital cearense, possui uma população estimada de 65.000 habitantes, no período de março a setembro de 2022.

O município apresenta um pólo industrial, com mais de 50 empresas, no qual predominam os setores de calçados, têxteis, de automotivos e de granito, possui mais de mil estabelecimentos comerciais, gerando juntos cerca de 20 mil empregos diretos.

O setor de saúde possui uma extensa rede, a Atenção Primária é composta por: 26 equipes de saúde da família, todas completas, e divididas em áreas urbanas (18 equipes) e rurais (8 equipes), duas equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da

Família (NASF), composta por assistente social, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, uma equipe de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composta de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e técnico de enfermagem. Já na rede especializada, o município conta com um Hospital Maternidade, onde tem os serviços de clínica geral, obstetrícia, aleitamento materno, traumatologia, ortopedia e fisioterapia. Ainda possui uma policlínica, onde estão inseridas as seguintes especialidades médicas: pediatria, cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, neurologia e neuropediatria, um centro de especialidades odontológicas (CEO), um centro de reabilitação terciária, com: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia. Dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compostos por médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos, sendo um geral e um de álcool e outras drogas (AD) e, finalmente, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

4.3 População do estudo

O estudo foi realizado em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em um total de 6 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com os participantes do estudo que foram os responsáveis pela introdução da alimentação complementar das crianças de 4 a 12 meses de idade, sendo todas localizadas na área urbana do município. Tais UBS’s foram escolhidas por serem as áreas que o pesquisador atua como nutricionista.

Para cálculo amostral, utilizaremos amostra intencional já que investigaremos o máximo de mães de crianças na faixa etária preconizada. As amostras intencionais ou de seleção racional são amostragens não probabilísticas que selecionam subgrupos de populações já conhecidas onde o pesquisador faz a abordagem de forma intencional para saber a opinião dos escolhidos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.4 Critérios de Inclusão

Foram selecionadas as mães ou responsáveis de crianças de 4 a 12 meses de idade que estavam sendo acompanhadas na consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde (UBS).

4.5 Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa as mães ou responsáveis que tivessem crianças fora da faixa etária (4 a 12 meses de idade) ou não compareceram a consulta de puericultura no período estabelecido e que não sabiam ler e/ou escrever.

4.6 Processo de construção da cartilha

A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração (REBERTE, 2012).

A construção da cartilha foi baseada em (REBERTE, 2012) com adaptações e desenvolvida em cinco fases:

Fase 1 (Sistematização de Conteúdo): Esta fase foi baseada em materiais educativos já existentes, revisão de literatura nas bases de dados e nas consultas das mães ou responsáveis com o nutricionista do NASF.

Fase 2 (Escolha das ilustrações): Foram desenvolvidos desenhos pelo autor juntamente com um desenhista e imagens didáticas que foram utilizadas como base para elaboração das ilustrações da cartilha.

Fase 3 (Composição do conteúdo): O conteúdo foi desenvolvido com atenção dada à informação considerada essencial com facilidade de leitura e clareza do conteúdo. Foi submetido ao trabalho de edição e diagramação. A versão inicial da cartilha foi avaliada por peritos que aprovarão sua validação.

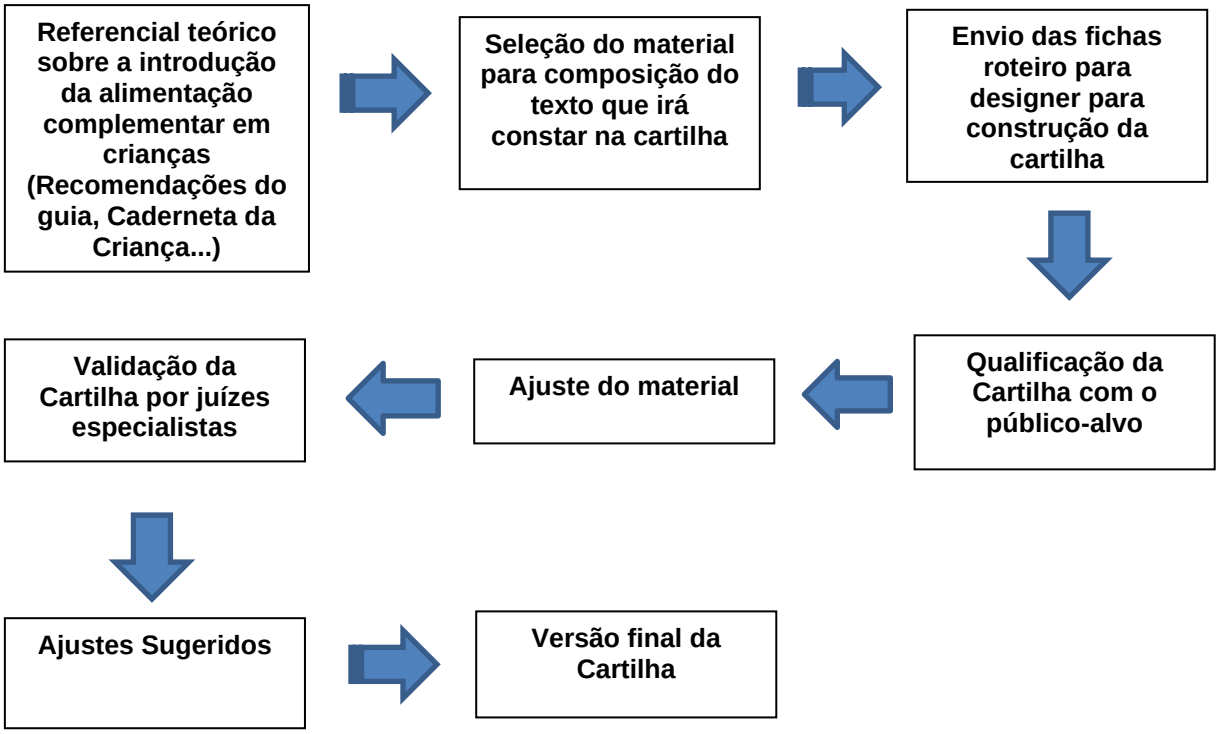
Fase 4 (Validação da cartilha especialistas): Para validação da cartilha educativa foi utilizado um questionário adaptado baseado na Reberte (2012) que permitirá que os juízes façam observações quanto à estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações contidas na cartilha.

O instrumento de avaliação dos juízes foi dividido em duas partes. A primeira relacionada às características quanto aos dados de identificação, como: idade, sexo, ocupação atual, área de atuação, titulação e tempo de formação. Já a segunda parte do instrumento contém as instruções para validação da cartilha. Foi utilizado um questionário adaptado de REBERTE (2012) no qual permitiu que os especialistas fizessem observações quanto ao conteúdo e aparência da cartilha. O questionário tem também um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos da cartilha, distribuídos em dois aspectos avaliativos: conteúdo e aparência (linguagem, ilustrações e layout) (ANEXO A).

Fase 5 (Validação da cartilha pelas mães ou responsáveis): As mães ou responsáveis foram convidadas a participar do estudo durante as consultas de puericultura programadas na Unidade Básica de Saúde com a participação do nutricionista onde foi realizada uma demonstração da cartilha e posteriormente responderam um instrumento de validação semântica da cartilha educativa (ANEXO B) como também responderam um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas (APÊNDICE A), onde puderam também fazer algumas considerações gerais sobre a cartilha e o que poderia ser feito para melhorar a cartilha.

O processo de construção ficou representado de forma sintética conforme ilustra a Figura 1.

FIGURA 1: Representação gráfica do processo de construção da cartilha



Fonte: Adaptado de Echer, 2005

4.6.1. Levantamento bibliográfico

Na primeira fase do estudo, foi realizada uma revisão da literatura, na qual foram analisadas as principais publicações disponíveis sobre a introdução da alimentação complementar em crianças, para servir como base para a construção da cartilha.

Os referenciais teóricos definidos como norteadores da cartilha foram: Guia Prático de Alimentação da Criança de 0 a 5 anos (SBP, 2021); guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (MS, 2019); Caderneta da criança (BRASIL, 2020) bem como a leitura de artigos científicos sobre o referido tema nas bases de dados (MEDLINE/PUBMED, LILACS e Scielo).

Nesse momento, foi necessário selecionar as informações importantes que deveriam constar no material, pois ele precisava ser objetivo, de linguagem clara e acessível, com uma sequência lógica de informações sobre os marcos do desenvolvimento infantil nas faixas etárias propostas.

4.6.2 Construção da cartilha

A construção da cartilha surgiu da necessidade de elaborar uma tecnologia educacional que pudesse facilitar a introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses, uma vez que que na prática de atendimento individual das mães, estas tinham dúvidas no que administrar para criança e muitas vezes forneciam alimentos industrializados de péssima qualidade nutricional.

Na etapa de composição da cartilha propriamente dita, foi escolhido para fazer o trabalho de layout (edição, diagramação, escolha de ilustrações, e design do material) um profissional Bacharel em Ciências biológicas pela Universidade Federal do Ceará, com curso técnico em designer gráfico pela *Gracom School of Visual Effects.* O conteúdo a ser incluído no material educativo foi entregue a esse profissional baseada no levantamento teórico e na seleção das figuras que mais se adequavam às informações encontradas no que se refere a introdução da alimentação complementar.

Os critérios adotados pela profissional que confeccionou a cartilha foram a facilitação da leitura e a simplificação visual de seu conteúdo. Foram realizadas várias e sucessivas tentativas para estabelecer o que viria a ser o padrão adotado: texto em linguagem compreensível para a maior parte dos cuidadores, independente do grau de formação, e uma diagramação arejada, com visual suave e limpo.

A diagramação foi feita no programa *Affinity Publisher*, as ilustrações, no *Fire Alpaca*, e o título da cartilha foi composto por duas fontes: Pacifico 30 pt e Fredoka One 50 pt, com o subtítulo em Indie Flower 24 pt. O texto geral é DM Sans 12 pt, nos títulos das páginas textuais foi usado o Fredoka One 30 pt e nas descrições das imagens o Indie Flower 16 pt.

A cartilha foi organizada nas seguintes partes: 1. Capa; 2. Ficha técnica; 3. Sumário; 4. O que é Introdução alimentar? 5. Conhecendo os grupos de alimentos; 6. Evolução da alimentação; 7. Orientações complementares; 8. Referências, 9. Sobre o autor, totalizando 17 páginas que se configura em sua versão final para impressão.

4.6.3 Qualificação da cartilha pelas mães ou responsáveis

Esse processo, pode ser qualificado por diferentes profissionais, pacientes e familiares. Nesse momento, a cartilha elaborada foi impressa e analisada pelos 30 componentes participantes da pesquisa, onde foi utilizado o instrumento adaptado de (PEIXOTO, 2016) (ANEXO B) para validação semântica da cartilha. Foi um momento importante de ambientação das mães com a cartilha, onde puderam manuseá-la, identificando as ilustrações, figuras e conteúdo, e por fim, algumas fizeram considerações a respeito da cartilha. Foi imprescindível mostrar o material construído, realizando uma leitura conjunta com o público-alvo, tornando esse momento uma educação permanente sobre a introdução da alimentação complementar em crianças.

Foi entregue, de forma presencial o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), orientando sobre o objetivo do estudo em questão, bem como sobre a não obrigatoriedade da participação. Mediante o aceite de participação do estudo, foi entregue um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) para conhecimento de dados sócio-demográficos e de avaliação da cartilha quanto ao Conteúdo e Aparência (ANEXO B).

4.6.4 Validação do material por especialista no assunto

Após a confecção da cartilha, esta foi submetida à validação de conteúdo e aparência pelos juízes. A validação de conteúdo é a verificação da relevância dos itens proposto pelo material em estudo e a sua representatividade em relação aos objetos propostos (POLIT; BECK, 2011).

Nesse processo, o material foi submetido a um grupo de especialistas, sendo que nesse sentido, faz-se necessário que os especialistas sejam referência na área de interesse do construto, pois somente assim serão capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para realizar a validação de tecnologias educacionais, os principais tipos aplicados são a validação de conteúdo e de aparência. São utilizados instrumentos de medidas para auxílio à validação, constituindo ferramentas que medem indicadores e atribuem valores numéricos a conceitos abstratos, os quais podem ser observáveis

e mensuráveis, contribuindo para aprimorar a práxis em saúde (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Para validação da cartilha foi utilizado um questionário adaptado baseado em REBERTE (2012), que permitiu que os especialistas fizessem observações quanto ao conteúdo e a aparência da cartilha. O questionário tinha também um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais (ANEXO A).

O instrumento de avaliação dos juízes foi dividido em duas partes. A primeira relacionada às características quanto aos dados de identificação, como: idade, sexo, ocupação atual, área de atuação, titulação e tempo de formação. Já a segunda parte do instrumento contém as instruções de preenchimento do instrumento e os itens avaliativos da cartilha, distribuídos em dois aspectos avaliativos: conteúdo e aparência (linguagem, ilustrações e *layout*) (ANEXO A).

4.7 Seleção de Juízes

Foram selecionados juízes utilizando a amostragem do tipo bola de neve, ou por conveniência, na qual, ao se encontrar um sujeito que se adeque aos critérios de elegibilidade para participar do estudo, é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011).

Os juízes foram selecionados em dois grupos: juízes da validade de conteúdo que foram formados por profissionais da área da saúde que trabalhem na Estratégia de Saúde da Família devido à proximidade com o público alvo da pesquisa e também por conhecerem as necessidades e dificuldades das mães ou responsáveis para a introdução da alimentação complementar; e juízes da validade técnica, constituídos por profissionais com experiência na produção de materiais educativos.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011) o número de juízes para validação do conteúdo pode variar de cinco a vinte especialistas na área, considerando a experiência e qualificação destes membros. Nessa decisão, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação e a disponibilidade dos profissionais necessários.

Entre os critérios de seleção dos juízes, levou-se em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo, tais como: mestrado ou

doutorado na área da saúde, participação em grupos/projetos de pesquisa na área de interesse do estudo (nutrição na infância, introdução da alimentação complementar, tecnologia educacional em saúde, validação de instrumento), trabalhos científicos publicados nas áreas de interesse do estudo e ter experiência na Validação de Instrumento ou Material Educativo em Saúde.

Foram selecionados 15 especialistas seguindo os critérios, convidados a participar do estudo através de Carta Convite (APÊNDICE C), via e-mail e através de mensagens por WhatsApp. Retornaram com afirmativa positiva somente 8 pessoas, que receberam os *links* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e do formulário para Validação de Conteúdo e Aparência da cartilha (ANEXO A) para serem preenchidos na plataforma *on-line Google Forms*, para facilitar o envio e coleta das informações. A cartilha foi anexada aos *e-mails* dos respectivos juízes, onde tiveram um prazo de 20 dias para a devolutiva.

4.8 Instrumento de Coleta de Dados

Nessa etapa do estudo, os instrumentos utilizados foram o questionário semi-estruturado (APÊNDICE A) para as mães ou responsáveis e o instrumento de validação semântica (ANEXO B) para as mães ou responsáveis e, como também para os juízes especialistas, como já descrito anteriormente. A coleta de dados aconteceu entre os meses de Agosto a Dezembro de 2022.

Para facilitar o processo de construção da cartilha, foi aplicado um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido pelo autor, para caracterizar o perfil sócio-econômico e demográfico das mães ou responsáveis pelas crianças (APÊNDICE A) e também uma entrevista com o objetivo de investigar as principais dúvidas destas acerca da introdução da alimentação complementar. Para qualificação com público alvo aplicou-se um instrumento baseado no instrumento QAA-A (Questionário de Avaliação da Adequabilidade de Material Educativo para Adolescentes) de Peixoto (2016), composto por 7 itens, com perguntas avaliativas sobre a cartilha quanto à importância das informações, se houve a aquisição de conhecimentos, a facilidade de entendimento do instrumento, se as cores e desenhos elegidos foram adequados e se a cartilha era atrativa (ANEXO B). As respostas das

questões serão apresentadas sob a forma de escala tipo Likert. (1 = não, 2 = pouco, 3 = grande parte, 4=sim).

4.9 Análise dos dados

Na primeira etapa do estudo, foi identificado o perfil das mães ou responsáveis pelas crianças, juntamente com o levantamento de dados para qualificação da cartilha. Os dados coletados foram organizados por meio de tabelas de frequência simples.

Para validação do conteúdo foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1= não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4= item relevante ou representativo. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberão pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A fórmula utilizada para avaliar cada item individualmente foi:

$$\text{IVC} = \frac{\textit{número total de respostas} \text{ "3" ou "4"}}{\textit{número total de rspostas}}$$

Para que a escala seja julgada como tendo validade de conteúdo excelente, deve atingir IVC entre os itens de 0,75 ou superior e média de IVC da escala de 0,90 ou superior (POLIT; BACK; OWEN, 2011).

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012) que rege os princípios bioéticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com compromisso de esclarecimento dos objetivos da investigação, assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE B) informado ao sujeito da pesquisa e respeito ao anonimato de todos os pacientes e responsáveis.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, seguindo as normatizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde respeitando suas diretrizes, com o número de inscrição 5.416.324 no parecer consubstanciado e foi liberado pelo colegiado em 18/05/2022 (ANEXO C).

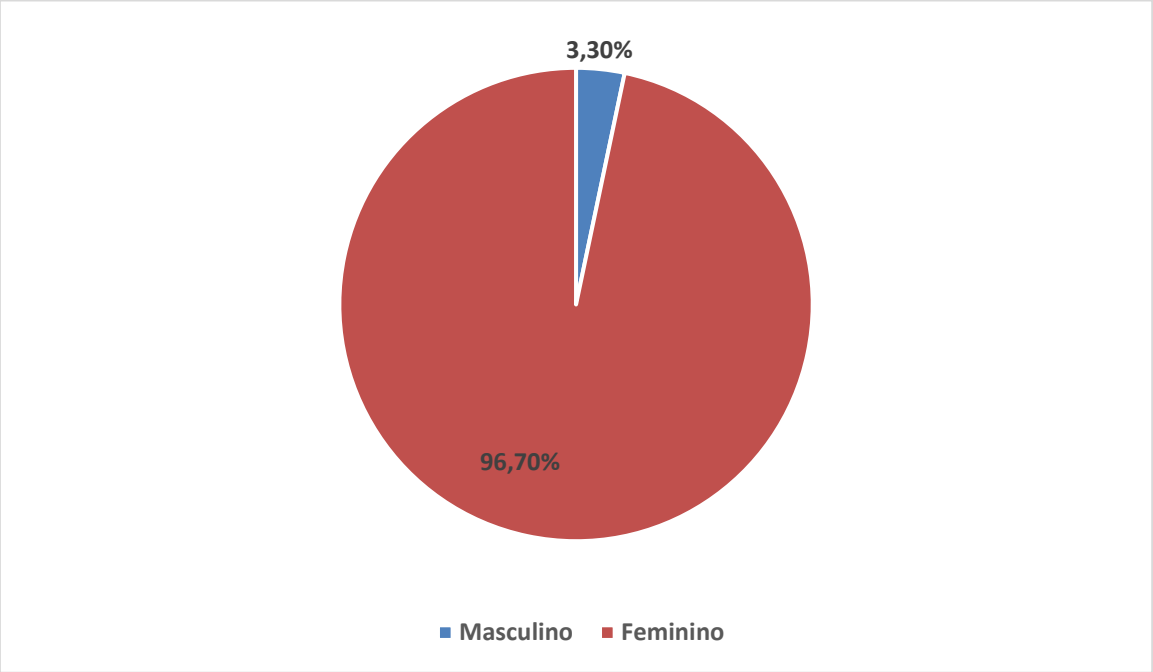
A coleta de dados foi realizada mediante a ciência da Secretária de Saúde, de posse da declaração de anuência (APÊNDICE E) emitida pela Secretaria de Saúde, referindo que o estudo em questão poderia ser realizado nas dependências das unidades de saúde do município com o devido sigilo das informações. Esse estudo apresentou risco mínimo, relacionado às dimensões físicas, psíquico-emocional e moral, e tudo foi planejado para adoção de medidas sanitárias de prevenção à COVID-19.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Apresentação dos dados do questionário sócio-demográfico com as mães ou responsáveis.

Primeiramente, foram avaliadas e consolidadas as respostas do questionário sócio-demográfico aplicado com as mães ou responsáveis pela introdução da alimentação complementar nas crianças. Das 30 pessoas que fizeram parte do estudo todos eram os pais das crianças, sendo 1 (3,3%) do sexo masculino e 29 (96,7%) do sexo feminino, conforme ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Classificação dos responsáveis quanto ao gênero. Horizonte/CE

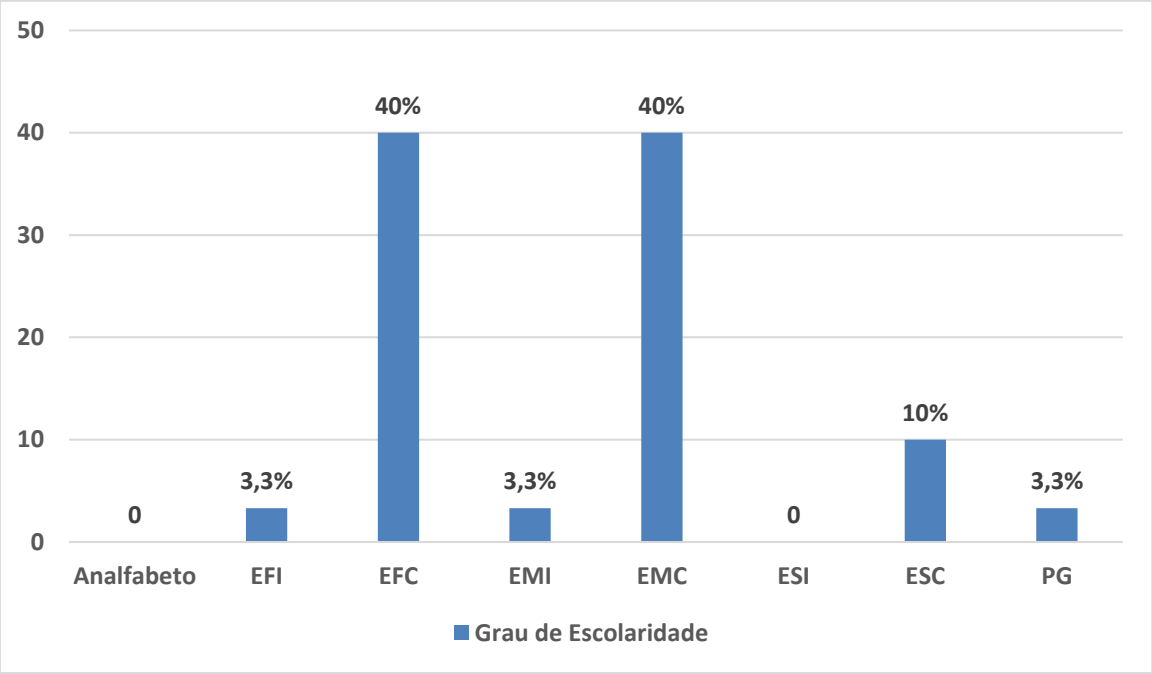


Fonte: Elaborado pelo autor

Os resultados das análises mostraram um predomínio significativo do sexo feminino entre os cuidadores das crianças que são responsáveis pelo preparo e administração da alimentação complementar. Isso caracteriza, que mesmo com inserção feminina no mercado de trabalho, sendo um dos exemplos que pode contribuir para a alteração nos hábitos alimentares da mulher e de sua família, percebe-se que as mulheres ainda são as responsáveis por 80% das atividades alimentares domésticas (LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012).

No gráfico 2, temos o perfil de escolaridade das mães ou responsáveis, onde 1 (3,3%) ensino fundamental incompleto, 12 (40%) ensino fundamental completo, 1 (3,3%) ensino médio incompleto, 12 (40%) ensino médio completo, 3 (10%) ensino superior completo e 1 (3,3%) pós-graduação, o que nos faz refletir que quanto menor a escolaridade há uma associação positiva no que se refere a hábitos alimentares inadequados, estimulando o consumo de alimentos hipercalóricos e de baixo custo (LINS, *et al.,* 2013).

Gráfico 2: Classificação quanto ao Grau de Escolaridade. Horizonte/CE



Fonte: Elaborado pelo autor

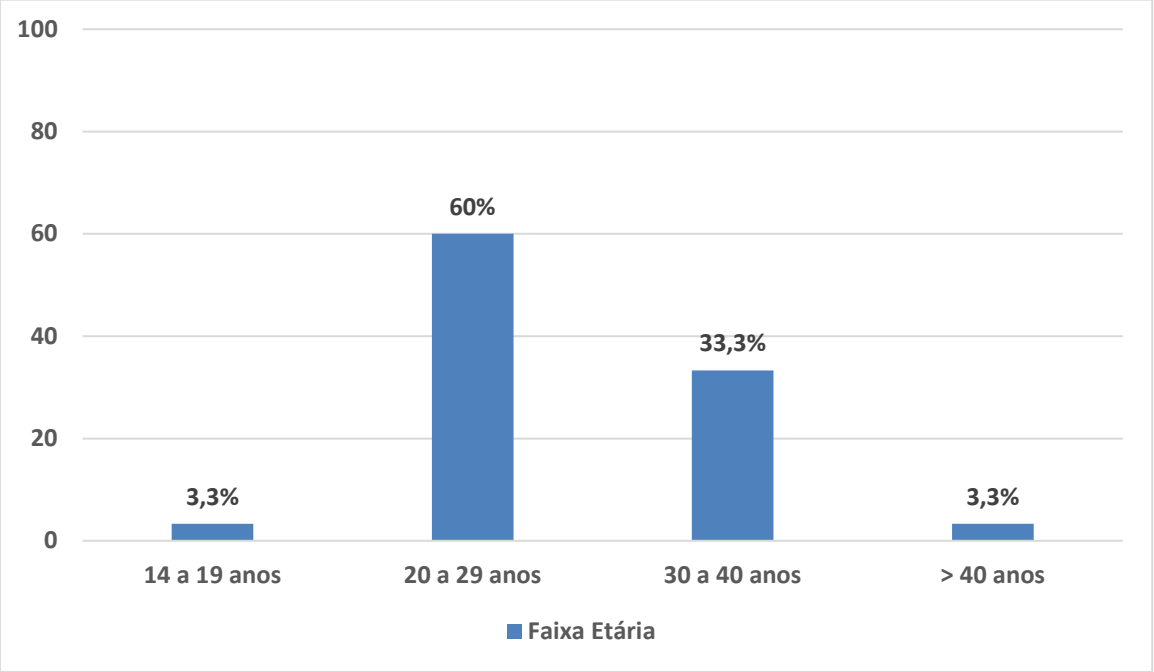
Ao analisar a idade dos entrevistados constatamos que 1 (3,3%) se encontram na faixa etária de 14 a 19 anos; 18 (60%) se encontram na faixa etária de 20 a 29 anos; 10 (33,3%) na faixa etária de 30 a 40 anos e 1 (3,3%) na faixa etária maior que 40 anos. Segundo ilustra o gráfico 3.

Nesse sentido observamos que há uma tendência no Brasil e no mundo de que a porcentagem de primíparas acima de 35 anos vem aumentando. No Brasil espera-se uma concentração dos nascimentos em torno de um pequeno intervalo etário (cada vez mais velho), embora ainda permaneçam altas taxas de fecundidade entre as adolescentes. Esse quadro reflete um problema de saúde pública, de aspecto complexo e multifatorial, já que as desigualdades socioeconômicas e culturais podem

influenciar distintos padrões de fecundidade na população brasileira (FERNANDES; SANTOS; BARBOSA; 2019).

Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) revelam que no ano de 2000, do total de nascidos vivos, 8,6% eram de provenientes de gestações tardias, já no ano de 2014, esse número se eleva para 12,2%. Ressalta a atenção para as complicações obstétricas com maior risco de morbimortalidade materna.

Gráfico 3. Classificação quanto a faixa etária. Horizonte-CE.



Fonte: Elaborado pelo autor

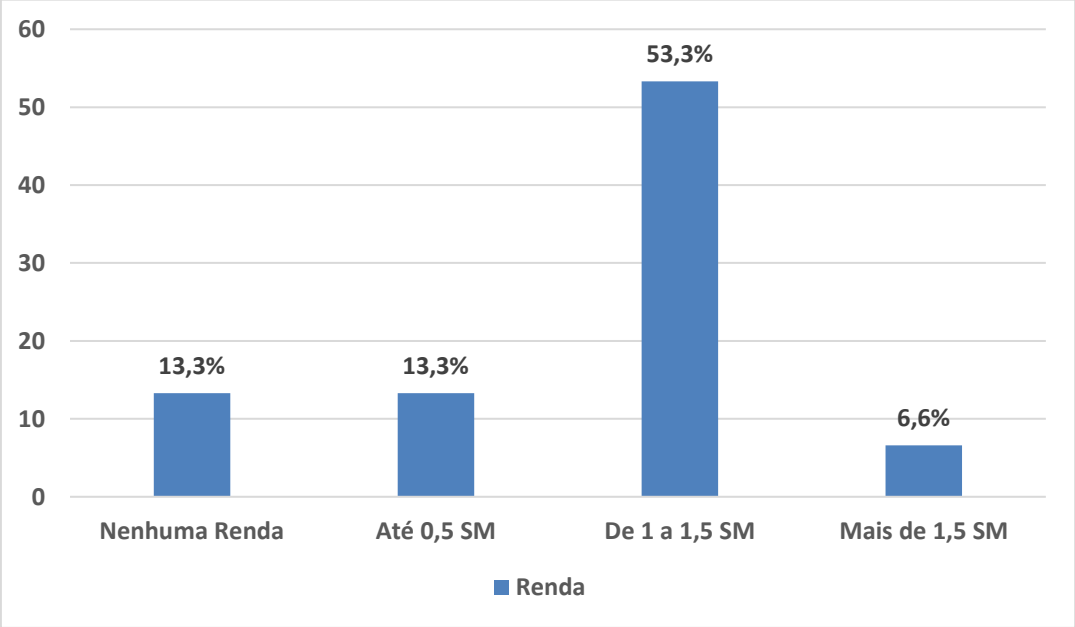
No que se refere a renda familiar dos entrevistados observamos que dos 30 entrevistados, 4 (13,3%) não possuem nenhuma renda; 4 (13,3%) ganham menos de 0,5 salário; 16 (53,3%) ganham de 0,5 a 1 salário e 2 (6,6%) mais de 1,5 salários. Conforme mostra o gráfico 4.

Estudos recentes mostram que famílias com baixa renda tem experimentado um aumento no consumo de alimentos de alta densidade calórica, ricos em gorduras, açúcares simples, sódio e com baixos teores de vitaminas e minerais, por serem mais acessíveis ao seu poder aquisitivo, com concomitante consumo satisfatório de frutas, vegetais, arroz e feijão. Por outro lado, observa-se que famílias com maior nível de renda, bem como daquelas que experimentaram melhorias nas condições de vida nos

últimos anos, a frequência de consumo de alimentos considerados não saudáveis é ainda mais elevada.

Diante do exposto, estudos referentes à qualidade da alimentação devem avaliar, além dos fatores individuais relacionados, questões sociais e influências familiares e culturais, tendo em vista que o que se come também é determinado pelas condições de vida do indivíduo (PEREIRA, *et al*., 2014).

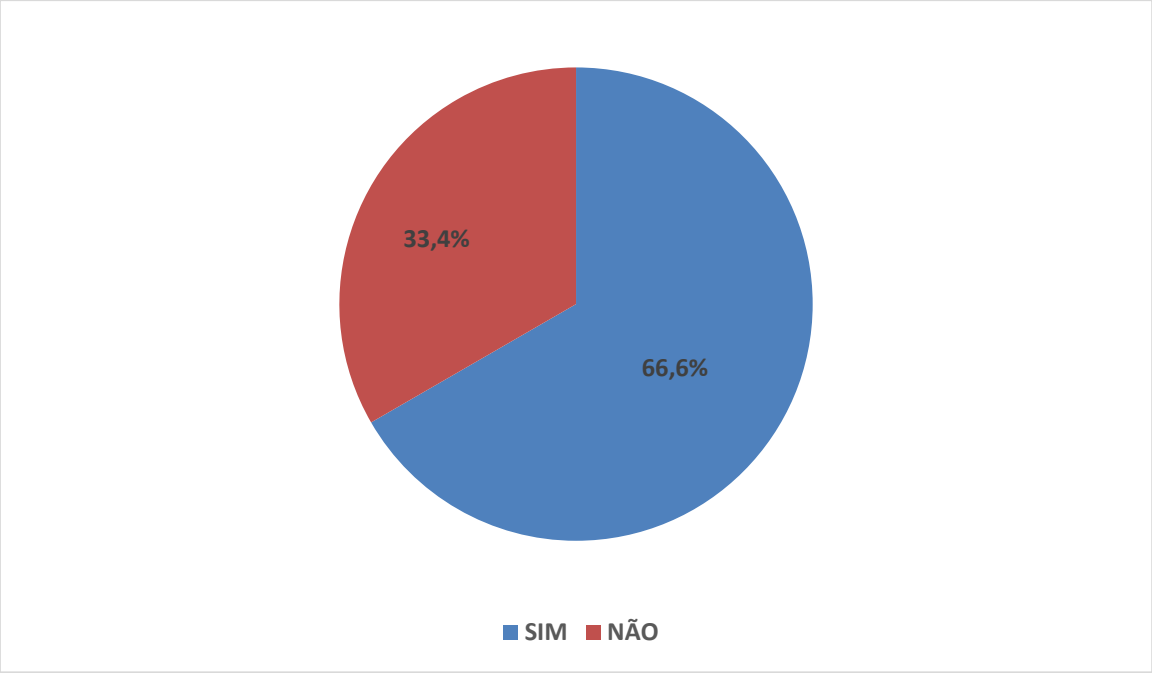
Gráfico 4. Classificação quanto a renda familiar. Horizonte/CE



Fonte: Elaborado pelo autor

No que se refere ao recebimento de algum benefício fornecido pelo governo federal, constatamos que 20 (66,6%) recebiam e 10 (33,3%) não recebiam. Conforme ilustra o Gráfico 5. Percebe-se que dos benefícios recebidos todos correspondiam ao Programa Auxílio Brasil, corroborando que muitas famílias possuem uma renda familiar per-capita baixa e se adequam às condicionalidades do Programa.

Gráfico 5. Recebimento de Benefício pelo Governo Federal. Horizonte/CE



Fonte: Elaborado pelo autor

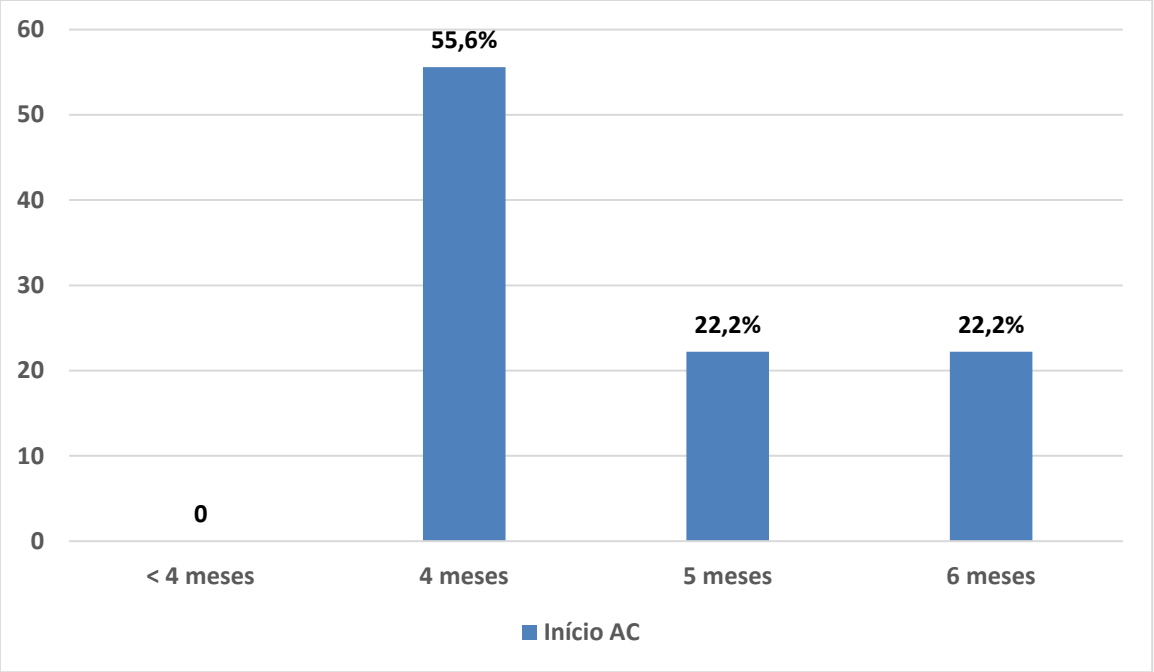
Quando se foi perguntado aos entrevistados se já haviam iniciado a introdução da alimentação complementar constatamos que 12 (40%) não haviam iniciado a alimentação complementar e 18 (60%) já haviam iniciado a alimentação complementar. Sendo que dos dezoitos que haviam iniciado a alimentação complementar 10 (55,6%) iniciaram com 4 meses; 4 (22,2%) iniciaram com 5 meses e 4 (22,2%) iniciaram com 6 meses (Gráfico 6).

Os fatores que são mais comumente observados como influenciadores da introdução alimentar precoce são a idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, atuação no mercado de trabalho, mães fumantes/etilistas, baixo peso ao nascer e uso de bicos (mamadeiras e chupetas) que podem gerar confusão. As crenças e conhecimentos maternos ainda se apresentam como um importante fator de risco para a introdução alimentar precoce. No Brasil, é comum a prática de oferecer à criança água para saciar a sede, chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar diferentes doenças (SILVA; MELO; 2021).

Para tanto, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos que investiguem outras vertentes relacionadas a interrupção do aleitamento materno exclusivo e introdução alimentar precoce, a exemplo das crenças e mitos em torno dessa prática, influência da rede de apoio familiar, cultural e governamental, bem

como das questões psicossociais maternas que perduram no período da gestação, parto e puerpério.

GRÁFICO 6: Classificação quanto ao início da Alimentação Complementar. Horizonte-CE



Fonte: Elaborado pelo autor

Quando perguntadas sobre o número de vezes que se deve dar alimentação complementar se a criança estiver em aleitamento materno, 18 (60%) responderam que sim e 12 (40%) responderam que não.

Ao serem indagadas sobre quantas vezes deve-se dar a alimentação complementar se a criança não estiver em aleitamento materno, 10 (33,33%) responderam que sim e 20 (66,66%), responderam que não.

Quando questionadas sobre a consistência do alimento no momento da introdução alimentar, 22 (73,33%) responderam que sabiam sobre a consistência do alimento e 8 (26,66%), responderam que não sabiam sobre tal consistência.

Ao perguntar sobre a higienização das mãos e utensílios, 30 (100%), responderam que faziam a higienização das mãos e utensílios no momento do preparo da alimentação da criança.

Ao serem questionadas sobre a higienização de frutas, legumes e verduras no momento do preparo da alimentação da criança 28 (93,33%), responderam que sim e, 2 (6,66%) responderam que não.

Com relação as dificuldades encontradas pelas mães na introdução da alimentação complementar podemos destacar algumas falas:

> "... A maior dificuldade foi com relação a aceitação da alimentação pela criança... ela colocava na boca e em seguida botava fora." M.1.

> "A minha dificuldade foi em saber o que eu poderia dar para criança, pois tinha medo de dar qualquer coisa que não pudesse e fosse fazer mal..." M.5

> "...Eu tive dificuldade, mas minha dificuldade era em poder comprar aquilo que fosse bom para saúde... M.7

> "Minha maior dúvida era saber as quantidades que eu poderia dar em cada horário... Pois sempre pensava que estava dando pouca comida..." M10

> "... Não tive muita dificuldade, pois meu filho era bom de boca... o que oferecesse ele comia. Mas, ficava com medo de dar alguns alimentos pra ele"

Quando questionadas se gostariam de receber orientações para possibilitar uma introdução alimentar adequada e saudável, foi unânime a resposta sim, fortalecendo a idéia de que o instrumento seria bem aceito pelo público alvo e seria oportuno para que a introdução da alimentação complementar fosse realizada de forma correta, saudável e segura.

5.2. Validação Semântica da Cartilha pelas mães ou responsáveis

Com relação a qualificação da cartilha pelas mães ou responsáveis, vimos que a aceitação por parte do público-alvo é muito boa, uma vez que o IVC por item do instrumento se caracterizou conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Validação Semântica da Cartilha pelas mães ou responsáveis. Horizonte, 2022.

ITENS	NÃO	POUCO	GRANDE PARTE	SIM	IVC
P1	-	-	1	29	1
P2	-	-	3	27	1
P3	-	-	4	26	1
P4	-	-	-	30	1
P5	-	-	-	30	1
P6	-	-	-	30	1
P7	-	-	-	30	1
TOTAL					1

Fonte: Elaborado pelo autor

Nesse sentido, vê-se a importância de qualificar a cartilha com o público alvo, uma vez que as tecnologias educativas em saúde são um importante instrumento de transmissão de conhecimento e, para que isto se torne efetivo o público alvo tem que entender a mensagem que está sendo proposta.

Nesse contexto, a correspondência entre os interesses e as necessidades dos leitores de cartilhas é fundamental no processo de construção desse tipo de recurso educativo, onde a qualidade da cartilha, bem como a adequação da linguagem e das ilustrações são aspectos considerados relevantes, pois um material educativo de alta qualidade requer informações confiáveis e o uso de vocabulário claro, para permitir entendimento fácil de seu conteúdo (REBERTE, 2012).

5.3. Apresentação dos Resultados dos Juízes Especialistas

Para a validação de conteúdo e aparência foram selecionados 8 juízes para a avaliação de conteúdo e aparência da cartilha educativa, de acordo com os critérios anteriormente pré-estabelecidos (Tabela 2).

Tabela 2 — Distribuição da caracterização dos juízes de conteúdo e validação técnica

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	1	12,5
Feminino	7	87,5
Faixa Etária		
21 a 29 anos	-	-
30 a 39 anos	4	50
+ 40 anos	4	50
Profissão		
Nutricionista	3	37,5
Enfermeiro	2	25
Assistente Social	1	12,5
Fisioterapeuta	2	25
Títulos		
Mestre	7	87,5
Doutor	-	-
PhD	1	12,5
Experiência na Área		
0 a 5 anos	2	25
6 a 10 anos	4	50
+ 10 anos	2	25

Experiência na área da educação		
0 a 5 anos	4	50
6 a 10 anos	2	25
+ 10 anos	2	25
Experiência em elaboração de MEI		
Sim	8	100
Não	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor

A composição dos juízes registrou 1 (12,5%) do sexo masculino e 7 (87,5%) do sexo feminino. Quanto à formação dos juízes 100% (8), eram formados na área da saúde, distribuídos nas seguintes categorias profissionais (Nutricão, Fisioterapia, Enfermagem e Serviço Social) e todos os profissionais tinham experiência na área de educação. Segundo Navarro, Guimarães e Garanhani (2013), o trabalho em equipe é essencial para a integralidade das ações em saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade às necessidades dos usuários. O quadro de juízes foi formado por 7 (87,5%) mestres e 1 (12,5%) com pós-doutorado. Vale ressaltar que todos os juízes técnicos tinham experiência com materiais educativos impressos.

Isso demonstra que os juízes escolhidos são profissionais qualificados com relação ao tema em discussão, potencializando a exatidão dos conteúdos abordados na cartilha educativa.

Em relação ao processo de validação da cartilha quanto ao conteúdo e aparência pelos juízes, estes responderam aos 12 itens do instrumento de avaliação do material educativo, divididos em 4 aspectos avaliativos (1. Conteúdo, 2. Linguagem, 3. Ilustrações, 4. Layout), assinalando 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. Para avaliar a relevância/representatividade dos itens, foi utilizado o IVC (índice de validade de conteúdo), cuja a fórmula utilizada para avaliar cada item individualmente é:

IVC = número total de resposta 3 ou 4/número total de respostas

Segue a avaliação dos juízes com relação ao conteúdo e aparência, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Avaliação dos juízes quanto ao conteúdo e aparência

Conteúdo	**Item Não Representativo**	**Item Necessita de grande revisão para ser representativo**	**Item Necessita de pequena revisão para ser representativo**	**Item relevante**	**IVC**
1.As informações estão corretas?				8 (100%)	1
2.As informações são apropriadas ao público-alvo?			1 (12,5%)	7 (87,5%)	1
3.As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?			2 (25%)	6 (75%)	1
Linguagem					
4.É compreensível e conveniente ao público-alvo?			3 (37,5%)	5 (62,5%)	1
5.Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?			1 (12,5%)	7 (87,5%)	1
6.Você observou algum erro ou ideia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?			1 (12,5%)	7 (87,5%)	1
Ilustrações					
7.A composição visual é atrativa e bem organizada?				8 (100%)	1

8.A quantidade de ilustrações é adequada?		8 (100%)	1
9.As ilustrações são pertinentes?		8 (100%)	1
Layout			1
10.O tamanho (dimensões) do material está adequado?	2 (25%)	6 (75%)	1
111.O tamanho do texto é adequado (número de páginas)?	2 (25%)	6 (75%)	1
12.A apresentação do material está adequada (capa, cores utilizadas)?		8 (100%)	1
IVCt			**1**

Fonte: Elaborado pelo autor

Na avaliação do conteúdo da cartilha, a mesma obteve 100% de seu conteúdo validado, com apenas considerações a serem revistas. Os juízes 2, 3 e 6 observaram a necessidade de modificações ou pequenas revisões a serem feitas em alguns itens, como foi observado em seus relatos abaixo:

> Na primeira página acho que poderia enxugar mais um pouco o texto. Por exemplo: o que é introdução alimentar? Já começar com “é a fase em que a alimentação do bebê… J.2

> Deixar mais claro que os alimentos industrializados, processados e ultraprocessados NÃO são indicados na introdução alimentar. Realçar mais porque como sua cartilha é colorida acho que essas informações merecem um destaque maior... J.2

> Sugiro na capa dá maior ênfase ao título da cartilha do que a nuvem contendo olha o aviãozinho e colocar

> também na capa a faixa etária que se propõe a cartilha e o público alvo. Na página 05 substituir a palavra designar por definir. J.3

> Não sei se é relevante, colocar que a partir dos 06 meses pode ser oferecido água e que antes disso o leite materno possui a quantidade ideal de água, portanto não precisando oferecer. J.6

Com relação à avaliação da linguagem, todos os itens foram validados. Como ocorrido com os itens de conteúdo, os de linguagem também receberam considerações a serem realizadas.

> Sugiro mudar algumas palavras também que possam ser de difícil compreensão pelo público alvo: obtido; elaborado (pode colocar feito); produzidos … J.2

Na avaliação das ilustrações da cartilha, nenhum item foi julgado e não teve considerações dos juízes e todos os itens foram considerados relevantes ou representativos, conferindo um IVC de 1,0 para os objetivos propostos.

5.3.1. Considerações dos peritos quanto ao teor educativo da cartilha

Todos os juízes fizeram uma avaliação positiva do material educativo analisado, considerando a importância de se construir um recurso didático, cujo processo foi caracterizado pela participação ativa das mães ou responsáveis pela introdução da alimentação complementar das crianças, e que essa cartilha tem muito a contribuir para a melhora da qualidade da alimentação e hábitos alimentares saudáveis, a fim de promover saúde e qualidade de vida.

A apresentação do material educativo foi avaliada como boa e a arte final, excelente. A linguagem foi considerada de fácil compreensão, aspecto este considerado vital para despertar o interesse das mães ou responsáveis para a utilização do instrumento.

Segue alguns comentários dos juízes com relação ao material desenvolvido:

> Excelente Cartilha...bem objetiva e ilustrada. De fácil compreensão... J.8
>
> Pequenas considerações, material maravilhoso!!! Parabéns... J.2
>
> A cartilha está muito bem escrita e adequada ao público... J.1
>
> Excelente material pra ser apresentado aos cuidadores da criança (mães, avós, babás) J.7.

É perceptível que foram realizadas algumas sugestões de mudanças na cartilha pelos juízes, como: melhoria da capa, dando mais ênfase ao título da cartilha e colocando a faixa etária e público-alvo, como também na parte onde fala de alimentos ultraprocessados dar mais ênfase no que se refere a evitar o consumo de tais alimentos. Algumas sugestões foram acatadas por serem bem oportunas e relevantes. Mas, outras por achar irrelevante dentro do contexto abordado conforme ilustra às figuras 2 e 3 respectivamente.

Figura 2. Ilustração representativa, modificações realizadas na capa

Versão Inicial

Fonte: Freitas, 2023

Versão Final

Fonte: Freitas, 2023

Figura 3. Ilustração representativa, modificações realizadas no slide 9

Versão Inicial

Fonte: Freitas, 2023

Versão Final

Fonte: Freitas, 2023

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha “Introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade”, construída com o objetivo de orientar a alimentação complementar em crianças na referida faixa etária, foi validada em seu conteúdo e aparência por juízes. Os juízes de conteúdo foram compostos por uma equipe multiprofissional, com experiência em saúde da família e os juízes técnicos por profissionais especialistas em publicação de material educativo. A cartilha também foi validada pelo público alvo pelo processo de validação semântica.

Vale ressaltar, a importância da multidisciplinaridade dos juízes especialistas para a validação, mostrando vários olhares de categorias distintas, por isso que apesar de haver concordância vista pelos bons índices de avaliação do produto, algumas sugestões foram consideradas, para que a cartilha pudesse realmente ser acessível.

Portanto, o estudo contemplou seu objetivo de construir e validar uma cartilha sobre a “Introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade” do município de Horizonte/CE.

Foi imprescindível que o público-alvo participasse da etapa de qualificação, por entender que o olhar do público alvo validasse a aplicabilidade da cartilha, se realmente seu conteúdo era claro para o entendimento, didático e com ilustrações que orientassem sobre os grupos de alimentos e o seu consumo pelas crianças, ofertando quantidades adequadas e qualidade nutricional para um crescimento e desenvolvimento saudável.

Alguns fatores contribuíram para a limitação do estudo, o primeiro foi a dificuldade em encontrar na literatura, trabalhos acadêmicos que contemplassem a junção das palavras-chaves (alimentação complementar, alimentação na infância e tecnologias educativas).

Outro fator, foi o acesso e convite aos juízes especialistas que trabalhassem com a temática do estudo, através do contato feito pela Plataforma Lattes. Sendo que o retorno da avaliação do instrumento de validação da cartilha demorou mais que o proposto pelo estudo em questão.

A impossibilidade de abordar mais detalhadamente alguns temas sobre a alimentação saudável da criança na faixa etária do estudo, visto que o material ficaria muito extenso.

Perante a importância da cartilha para a introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade, recomendamos que a Secretaria de Saúde do município de Horizonte, possibilite a confecção do material para que seja distribuída para as mães ou responsáveis durante as consultas de puericultura com os médicos e/ou enfermeiros da estratégia de saúde da família.

Espera-se que este material educativo seja de utilidade não só para as mães, como também no auxílio para as equipes de saúde que fazem a Atenção Básica. Se faz importante a divulgação das informações contidas nessa cartilha e que este instrumento possibilite a promoção da saúde e favoreça o empoderamento das mães quantos aos cuidados com uma alimentação adequada e saudável para as crianças, em especial nesse processo de introdução alimentar.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, C. *et al.* Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J. Pediatr Gastroenterol Nutr**. 46(1): 99–110, 2008;

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 16, v. 7, 3061-3068, 2011.

AQUINO, P. S. et al. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta Paul Enferm** 2010;23(5):690-6.

ARAÚJO, N. R.; FREITAS, F. M. N. O; LOBO, R. H. Formação de hábitos alimentares na primeira infância: benefícios da alimentação saudável. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 15, 2021.

BALDISSERA, R. ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R. J. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil**. Cad Saúde Pública** 32(9), 2016.

BASTOS, J. M.; MORENO, A. D.; SOUSA, A. F. C. Alimentação saudável no ensino infantil: perspectiva da enfermagem. **Rev Inic Cient Ext**. 2019; 2(3):125-30.

BOCCHI, C. P. et al. A década da nutrição, a política de segurança alimentar e nutricional e as compras públicas da agricultura familiar no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública,** 2019.

BRASIL. Lei n o 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN – com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466*,* de 12 de dezembro de 2012 a. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. **Caderno de atenção básica**. v.23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde; Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. ENPACS: **Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável.** Brasília, 2010.

CAMARGOS, A. C. R. *et al*. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. ***Cad. Saúde Colet****.*, v.27, n.1, 32-38, 2019.

CAMPOY, C. *et al.* Complementary feeding in developed countries: the 3 Ws (When, What, and Why?). **Ann Nutr Metab., Basel,** v. 73, p. 27-36, 2018.

CASTRO, I. R. R. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, 2019.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015.

CUSTÓDIO, M. B. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional,** Campinas, 18(1): 1-10, 2011.

DALLAZEN, C. et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**. v.34, 2018.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

EINLOFT, A. B. N.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** 23(1):61-72, 2018.

EUROPEAN MICRONUTRIENT RECOMMENDATIONS ALIGNED. **Critical micronutrients in pregnancy, lactation and infancy**. [S. l.], 2011. Disponível em: <http://www.eurreca.org/everyone/8443/9/0/32>. Acesso em: 25 de nov. 2019.

FERNANDES, F. C. G. M.; SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R. A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde. **J Hum Growth Dev**. 2019; 29(3):304-312.

FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 15, n. 36, p. 243-55, jan./mar. 2011.

FREITAS, L. K. P. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1755-1762, 2014

GAMA, S. R. *et al*. Alimentação de crianças em uma favela no Rio de Janeiro, Brasil: quanto se gasta e qual seria o custo de uma dieta saudável. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** 2015; 15 (4): 425-34.

GIESTA, J. M. *et al.* Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(7):2387-2397, 2019.

GURMINI, J. *et al.* Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de escolas públicas**. Rev. Med.** UFPR 4(2): 55-60, 2017.

HORTA, P. M.; PASCOAL, M. N.; SANTOS, L. C. Atualizações em guias alimentares para crianças e adolescentes: uma revisão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. 11(2): 115-124, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (Estados Unidos). **Dietary reference intakes: energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids.** Washington: National Academy, 2002. Disponivel em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309085373>. Acesso em: 25 de nov. 2019.

LEÃO, M.; MALUF, R. S. **A construção social de um sistema público de segurança alimentar e nutricional: a experiência brasileira**. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos; 2012.

LELIS, C. T.; TEIXEIRA, K. M. D.; SILVA, N. M. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 523-532, out/dez. 2012.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. De L. R. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. **Ciência & Saúde Coletiva,** 25(2):505-518, 2020.

LIBERMANN, A. P.; BERTOLINI, G. R. F. Tendências de pesquisa em políticas públicas: uma avaliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. **Ciência & Saúde Coletiva,** 20 (11):3533-3546, 2015.

LIMA, D. B. *et al.* Alimentação na primeira infância no Brasil. **Rev APS**. 2012 jul/set; 15(3): 336-344.

LINS. A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):357-366, 2013.

LOPES, W. C. *et al*. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev. Paul. Pediatr.** 36 (02), 2018.

LOUZADA, M. L. C. *et al*. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, 2015.

MACHADO, M. L. *et al.* Adequação normativa dos planos estaduais de segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018.

MAIS, L. A. *et al*. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(1):93-104, 2014.

MARINHO, L. M. F. *et al*. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciênc Saúde Colet.** 21(3): 977-986, 2016.

MERCÊS, R. O. *et al.* Fatores associados à introdução alimentar precoce em um município baiano. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**., Salvador, v. 21, n. 2, p. 243-251, maio/ago. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MELO, N. K. L., *et al.* Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. **Distúrb Comun,** São Paulo, 33(1): 14-24, março, 2021

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (Org.). **Educação, comunicação e tecnologia:** interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOURA FÉ, M. A. B.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. Histórico da participação do Estado e da sociedade civil na formulação da Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional no Ceará. **Saúde Soc**. São Paulo, v.30, n.3, 2021.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável e gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 22, p. 611-620, jul/ago. 2014.

PAIVA, J. B. *et al.* A confluência entre o “adequado” e o “saudável”: análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil. **Cad. Saúde Pública,** 2019; 35(8).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Food based dietary guidelines and health promotion in Latin America**. Washington, 1999. Disponível em:<http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/dietguide_paho.pdf>. Acesso em: 25 de nov. 2019.

PEREIRA, V. G. S. *et al*. Hábitos alimentares e sua relação com nível de renda entre adolescentes. **HU Revista,** Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 145-155, jul./dez. 2014

PEIXOTO, V. M. M. R. **Desenvolvimento de tecnologia educativa para prevenção da gravidez na adolescência.** 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURA-PÉREZ, S.; LOTT, M. Feeding guidelines for infants and young toddlers: a responsive parenting approach. Durham: **Healthy Eating Research,** 2017.

PIZZATTO, P. *et al*. Conhecimento materno sobre alimentação infantil em São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 20 (1): 181-191 jan-mar., 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013. p. 51-71.

REBERTE, L. M. *et al.* O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 20 (1): 101-108, 2012.

RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, A. Y. K.; OZELA, C. M. S. Construção e validação de folheto educativo para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar do lactente**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** Recife, 18 (2): 349-359 abr-jun., 2018.

SALVADOR, P. T. C. O. Et al. Tecnologia e Inovação para o Cuidado em Enfermagem. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7.

SANTOS, C. J. *et al.* Introdução de frutas e verduras na alimentação complementar de lactentes em Montes Claros, Minas Gerais. **Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.** v. 70, n.1, 2020.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012.
SCAGLIONI, S. *et al.* Factors Influencing Children's Eating Behaviours. **Nutrients,** 10(6), 2018.

SCHICHINCAGLIA, R. M. *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol Serv Saúde** 24(3):465-474, 2015.

SILVA, C. A. M. *et al*. O Programa Nacional de Alimentação Escolar sob a ótica dos alunos da rede estadual de ensino de Minas Gerais, Brasil. **Cien Saude Colet** 2013.

SILVA, G. R. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Percepção de mães sobre um manual educativo sobre estimulação visual da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 11, n. 4, p. 847-857, 2009.

SILVA, M. P.; MELLO, A. P. Q. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré-escolares. **Revista Saúde & Ciência online**, v. 9, n. 1, 2021.

SILVEIRA, C. L. W. *et al.* Alimentação saudável na infância: representações sociais de famílias e crianças em idade escolar. **Aletheia** v.52, n.2, 2019.

TOLONI, M. H. A. *et al*. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Rev. Nutr.** 24(1): 61-70, 2011.

UNICEF – UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. Improving young children's diets during the complementary feeding period. New York: 2020.

USAID – UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **Behavior change Saúde Soc**. São Paulo, v.30, n.3, e200815, 2021 11 interventions and child nutritional status: evidence from the promotion of improved complementary feeding practices. Washington, DC: 2011.

VALENTE F. L. **Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas.** São Paulo: Cortez; 2002.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet, Amsterdam,** v. 387, n.10017, p. 475-490, 2016.

WEFFORT, V. R. S. *et al.* **Manual de Orientação: Departamento de Nutrologia**. 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva, Switzerland: WHO; 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO COM QUESTÕES ABERTAS E FECHADAS COM AS MÃES OU RESPONSÁVEIS.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome (Sigla):_____

Sexo: ( ) F ( ) M Idade (anos):____

Cuidador (a) Qual parentesco:_____

Escolaridade:

(1) Analfabeto (a)

(2) Ensino Fundamental incompleto

(3) Ensino Fundamental completo

(4) Ensino Médio incompleto

(5) Ensino Médio completo

(6) Ensino Superior incompleto

(7) Ensino Superior completo

(8) Pós-graduado

Estado Civil

(1) Solteiro (a)

(2) Casado (a)

(3) União estável

(4) Separado (a)

(5) Divorciado (a)

(6) Viúvo (a)

(7) Outros _____

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA DAS MÃES OU RESPONSÁVEIS

RENDA FAMILIAR

(1) Nenhuma renda.

(2) Menos do que 0,5 salário mínimo

(3) De 0,5 salário mínimo até 1 salário mínimo

(4) De 1 salário mínimo até 1,5 salário mínimo

(5) Mais de 1,5 salário mínimo

Casa: (1) Própria (2) Alugada (3) Outros

Quantas pessoas residem na casa? _____

Meio onde vive: ( ) Rural ( ) Urbano

Recebe ajuda alimentar de algum programa social? ( ) S ( ) N

Qual?_____

1. Você já realizou a introdução da alimentação complementar?

( ) Sim ( ) Não

Se Sim:

Com quantos meses? _____

Onde buscou as orientações? _____

Quem deu as orientações?

(1) Profissional de saúde

Qual? _____

(2) Outros_____

2. Você sabe quantas vezes deve-se dar a alimentação complementar se a criança estiver em aleitamento materno?

( ) Sim

( ) Não

Descreva:

_____

3. Você sabe quantas vezes deve-se dar a alimentação complementar se a criança não estiver em aleitamento materno?

( ) Sim

( ) Não

Descreva:

_____

4. Você sabe qual a consistência adequada do alimento que se deve oferecer para a criança no momento da introdução da alimentação complementar?

( ) Sim

( ) Não

Descreva:

_____

5. Você realiza a higienização das mãos e utensílios no momento do preparo da alimentação da criança?

( ) Sim

( ) Não

( ) Ás vezes

6. Você realiza a higienização das frutas e verduras no momento do preparo da alimentação da criança?

( ) Sim

( ) Não

( ) Ás vezes

7. Quais as dificuldades encontradas para a introdução da alimentação complementar?

_____

_____

_____

_____

_____

8. Você gostaria de receber orientações para esclarecer as dúvidas sobre a introdução da alimentação complementar

_____
_____
_____
_____

Data: ___/___/_____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES OU RESPONSÁVEIS

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado “Construção de uma cartilha educativa para introdução da alimentação complementar em crianças” que será coordenado por Raimundo Osmar Lima do Nascimento, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob a orientação da Prof.ª Drª. Maria Irismar de Almeida. Nesse estudo, tem-se por objetivo construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade. O motivo que nos leva a construir esta cartilha é auxiliar as mães ou responsáveis obterem um melhor acesso as informações sobre a introdução da alimentação complementar, por meio instrumento de fácil acesso e compreensão, oportunizando o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o cuidador e, consequentemente melhorando a qualidade nutricional, favorecendo o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Sua participação consistirá: 1) no primeiro momento, em responder os instrumentos da pesquisa, sendo um questionário semi-estruturado, com duração de aproximadamente 30 minutos. 2) no segundo momento, você poderá ser convidado a participar para responder o instrumento de validação semântica da cartilha educativa.

Todas as etapas deste estudo serão executadas por pesquisador treinado, na Unidade de Saúde de sua área, em dia e horário previamente agendados, respeitando-se todas as medidas sanitárias/protocolos de prevenção da COVID-19. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer.

O (a) senhor (a) será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com o pesquisador (a) ou com a sua Unidade de Saúde. Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física-fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2

decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; psíquico-emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19.

Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimentos e/ou conversar abertamente com o pesquisador; deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Você terá direito ao ressarcimento das eventuais despesas comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa, nos termos da Legislação em vigor.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável Raimundo Osmar Lima do Nascimento, e-mail: roln2004@yahoo.com.br, telefone: (85) 9 9957 4041. Caso considere necessário, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará. CEP 60.714903- Fone. 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8h as 12h e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira. Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o (a) pesquisador (a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Você concorda em participar da pesquisa? Sim ( ) Não ( )

_____ _____

Assinatura do participante da pesquisa Assinatura do pesquisado

APÊNDICE C

CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezado Sr (a).

Eu, Raimundo Osmar Lima do Nascimento, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede de Formação em Saúde da Família (RENASF), Nucleadora - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado intitulada “construção de uma cartilha educativa para introdução da alimentação complementar em crianças” sob a orientação da Prof.ª Drª. Maria Irismar de Almeida. O objetivo geral desta pesquisa é construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em Educação em Saúde, Tecnologias Educativas em Saúde, Validação de Instrumentos e/ou Saúde da Criança/Desenvolvimento Infantil. Sua colaboração envolverá a avaliação o instrumento, pela aparência e conteúdo, em relação aos seguintes critérios: clareza na compreensão das gravuras e do conteúdo, sua relevância e grau de relevância, associação ao tema proposto e viabilidade de aplicação. Poderá contribuir também com observações e sugestões de modificação. Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do questionário e a tecnologia educativa em PDF.

Desde já agradeço a sua participação.

Cordialmente,

_____

Raimundo Osmar Lima do Nascimento
Pesquisador Responsável
Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família
Telefone: (85) 9 9957 4041
Email: roln2004@yahoo.com.br

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES DE CONTEÚDO E APARÊNCIA

Prezado Sr (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “construção de uma cartilha educativa para introdução da alimentação complementar em crianças” sob a orientação da Prof.ª Drª. Maria Irismar de Almeida. O objetivo geral desta pesquisa é construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade.

Caso autorize, você irá: 1) fazer uma leitura crítica do material educativo; 2) preencher o instrumento de avaliação o qual é disposto nos itens com relação a seu conteúdo e aparência.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Não há riscos quanto a sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador. Você não receberá remuneração pela participação. A sua participação pode contribuir para melhorar a assistência e a qualidade de vida das crianças. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Desde já agradeço a sua participação.

Cordialmente,

_____

Raimundo Osmar Lima do Nascimento
Pesquisador Responsável
Mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família
Telefone: (85) 9 9957 4041
Email: roln2004@yahoo.com.br

APÊNDICE E

PREFEITURA DE HORIZONTE
DE MÃOS DADAS COM VOCÊ

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa **"CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA PARA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS"** sob a responsabilidade do pesquisador Raimundo Osmar Lima do Nascimento aluno regularmente matriculado no Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF – UECE, sob orientação da professora Dra. Maria Irismar de Almeida, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências das Unidades Básicas de Saúde do município de Horizonte/CE, durante o período de maio de 2022 a setembro de 2022, não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no novo Código Civil, artigo 20.

O pesquisador anteriormente qualificado se compromete a obedecer às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Horizonte, 31 de março de 2022.

Lúcia Amaro de Araújo Gondim Feitosa
Secretária de Saúde de Horizonte

Secretaria Municipal de Saúde
de Horizonte/CE

APÊNDICE F

VERSÃO FINAL DA CARTILHA

Universidade Estadual do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Coordenação do Curso: Ana Patrícia Pereira Morais

Apresentação

Esta cartilha foi idealizada para servir de subsídio teórico para o acompanhamento da introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses!

Horizonte - CE
2022

Ficha técnica

Autor
Raimundo Osmar Lima do Nascimento
roln2004@yahoo.com.br
(85) 9 9957 4041

Diagramação/Ilustração:
Joanna de Freitas Rocha

Revisão textual:

Sumário

1. O que é Introdução alimentar? 5
2. Conhecendo os grupos de alimentos ... 6
1º: Alimentos *in natura* ou minimamente processados 6
2º: Ingredientes culinários industrializados 8
3º: Alimentos processados 9
4º: Alimentos ultraprocessados 9
3. Evolução da alimentação 10
Criança de 4 a 6 meses 10
Criança de 7 a 8 meses 12
Criança de 9 a 11 meses 13
Criança com 12 meses 14
4. Orientações complementares 15
Referências 16
Sobre o autor 17

1. O que é Introdução alimentar?

É o termo usado para designar a fase em que a alimentação dos bebês incluem outros alimentos além do leite materno.

A partir do sexto mês de vida, conforme orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde.

Atenção!

Situações como: algumas doenças, condições maternas ou da criança podem fazer com que o bebê receba mais do que somente o leite materno até o 6° mês.

Nesses casos, o profissional de saúde deve ser procurado.

5

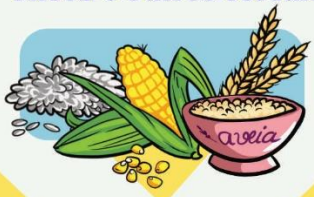
2. Conhecendo os grupos de alimentos

1°: Alimentos *in natura* ou minimamente processados

Os alimentos *in natura* são obtidos diretamente das plantas ou dos animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza. Vamos conhecê-los!

Feijões e outras leguminosas

Arroz e outros cereais



Castanhas e amendoins

6

Alimentos *in natura* ou minimamente processados

Raízes e tubérculos

Legumes e verduras

Frutas

Faz bem à saúde

Leite e derivados

Carnes e ovos

7

2º: Ingredientes culinários industrializados

São produtos usados para preparar as refeições. São fabricados pela indústria a partir de substâncias que existem em alimentos *in natura*. São eles:

Manteiga e margarina

Óleos e azeites

Atenção!

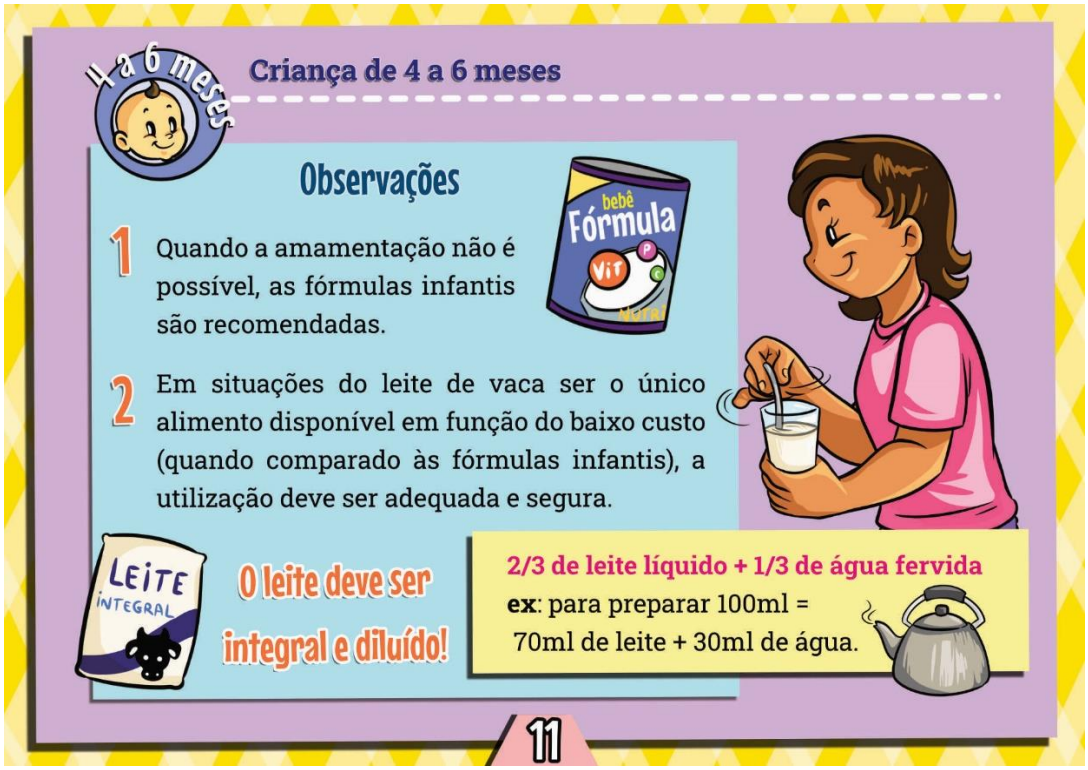
Sal e açúcar

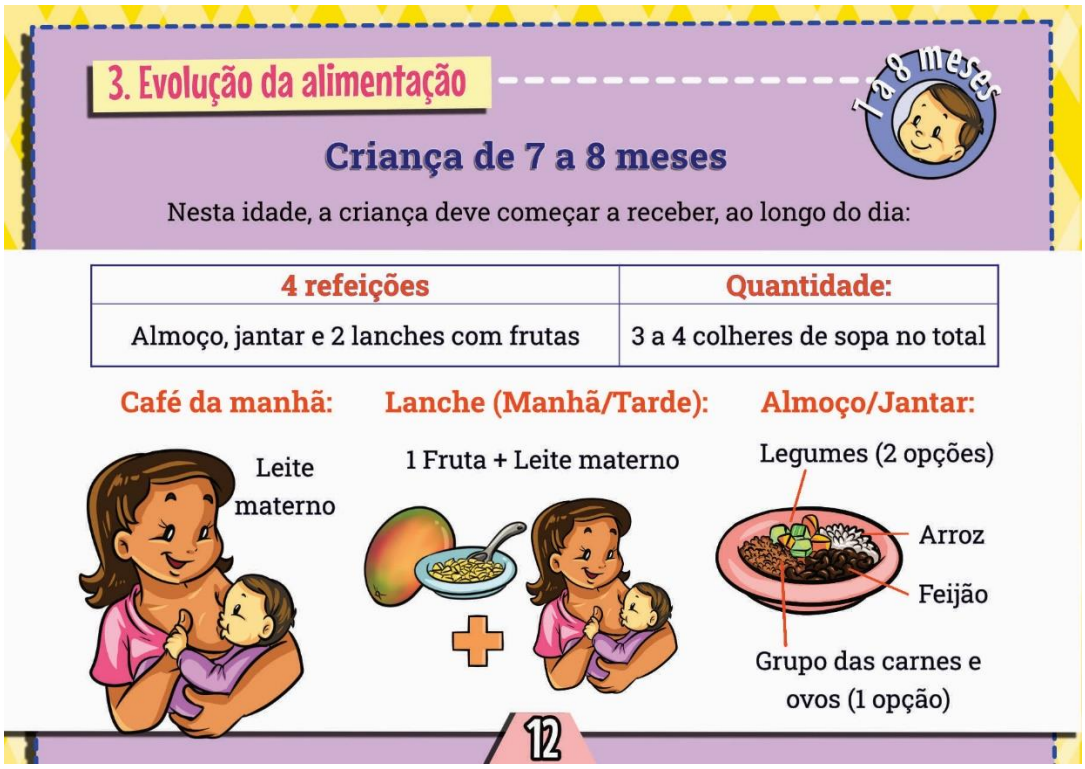
Este capítulo apenas informa sobre os grupos de alimentos, não é uma recomendação aos bebês!

8

ATENÇÃO!
O consumo em excesso dos alimentos a seguir deve ser evitado em qualquer faixa etária!
3º: Alimentos processados
São elaborados a partir de alimentos *in natura*, porém, adicionados de sal ou açúcares.
4º: Alimentos ultraprocessados
São produzidos pela indústria e, além dos ingredientes culinários, possuem aditivos químicos (aromatizantes, conservantes, corantes, realçadores de sabores, entre outros).
NUGGETS
SUCO
9

3. Evolução da alimentação
4 a 6 meses
Criança de 4 a 6 meses
Nesta idade, a criança deve começar a receber, ao longo do dia:
3 refeições
Almoço, 1 lanche e jantar - OU
Almoço (ou jantar) com 2 lanches.
Quantidade:
2 a 3 colheres de sopa no total
Café da manhã:
Leite materno
Lanche (Manhã/Tarde):
1 Fruta + Leite materno
Almoço/Jantar:
Legumes (2 opções)
Feijão
Arroz
Grupo das carnes (1 opção)
10


4 a 6 meses
Criança de 4 a 6 meses
Observações
1 Quando a amamentação não é possível, as fórmulas infantis são recomendadas.
bebê Fórmula
2 Em situações do leite de vaca ser o único alimento disponível em função do baixo custo (quando comparado às fórmulas infantis), a utilização deve ser adequada e segura.
LEITE INTEGRAL
O leite deve ser integral e diluído!
2/3 de leite líquido + 1/3 de água fervida
ex: para preparar 100ml = 70ml de leite + 30ml de água.
11


3. Evolução da alimentação
7 a 8 meses
Criança de 7 a 8 meses
Nesta idade, a criança deve começar a receber, ao longo do dia:
4 refeições
Quantidade:
Almoço, jantar e 2 lanches com frutas
3 a 4 colheres de sopa no total
Café da manhã:
Leite materno
Lanche (Manhã/Tarde):
1 Fruta + Leite materno
Almoço/Jantar:
Legumes (2 opções)
Arroz
Feijão
Grupo das carnes e ovos (1 opção)
12

3. Evolução da alimentação

Criança de 9 a 11 meses

Nesta idade, a criança continua a receber 4 refeições:

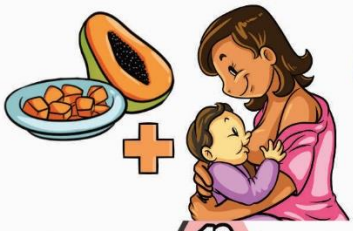
4 refeições	Quantidade:
Almoço, jantar e 2 lanches com frutas	4 a 5 colheres de sopa no total

Café da manhã:

Leite materno

Lanche (Manhã/Tarde):

1 Fruta + Leite materno



Almoço/Jantar:

Grupo das carnes e ovos (1 opção)

Legumes (2 opções)

Feijão

Arroz

3. Evolução da alimentação

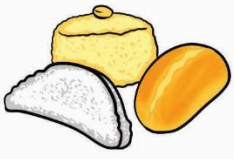
Criança com 12 meses

Além do leite materno ou leite integral, a criança recebe:

5 refeições	Quantidade:
Café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar	5 a 6 colheres de sopa no total

Café da manhã:

1 opção



Cuscuz, pão ou tapioca

Lanche:

1 opção de fruta

Almoço/Jantar:

Feijão e arroz

Legumes (2 opções)

Grupo das carnes e ovos (1 opção)

4. Orientações complementares

1. O ideal é não oferecer suco antes de 1 ano de idade!

O suco:

- Tem menos fibra e mais calorias;
- Promove menos saciedade;
- Dificulta a aceitação de água;
- Está associado a cáries e maior ganho de peso.

2. Não oferecer preparações com açúcar ou mel, até 2 anos de idade

3. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança!

Parece comida de criança, mas não é!

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2ª edição, 2020.

3. Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. São Paulo: SBP, 2021.

Sobre o autor

Nutricionista, graduado pela Universidade Estadual do Ceará (2009), pós-graduado em Nutrição Clínica Funcional, Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará.

Atua como nutricionista clínico do Núcleo do Obeso do Ceará (Fortaleza/CE) e como Servidor Público da Atenção Primária de Saúde do município de Horizonte/CE, sendo também preceptor de núcleo da Residência multiprofissional em saúde da família (ESP/CE) no referido município.

17

Parceiros:

LUMEN AD VIAM

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

renasf

HORIZONTE

LEI Nº 11.300, 06-03-1987

PREFEITURA DE HORIZONTE

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DA CARTILHA PELOS JUÍZES

PARTE I

1) Identificação

Nome: _____Idade: ____

Universidade em que se graduou: _____Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com saúde da criança/desenvolvimento infantil (em anos) _____

Experiência em educação (em anos) _____

Experiência anterior com elaboração de material educativo ( ) SIM ( ) NÃO

Publicação na temática: saúde da criança, saúde da família e elaboração/validação de material educativo/escala.

2) Qualificação:

Formação: _____Ano: _____

Especialização: _____Ano: _____

Mestrado em: _____Ano: _____

Doutorado em: _____Ano: _____

Outros: _____

Ocupação atual: _____

PARTE II

Instruções:

Analise cuidadosamente o material e, de acordo com os critérios relacionados, marque um X na opção que melhor representa a sua resposta.

1. Quanto ao conteúdo:

a) As informações estão corretas

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

b) As informações são apropriadas ao público-alvo?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

c) As informações são apresentadas em um contexto pertinente com o do público-alvo?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

2. Em relação à linguagem:

a) É compreensível e conveniente ao público-alvo?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

b) Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

c) Você observou algum erro ou idéia prejudicial em relação às informações contidas neste tópico da cartilha?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

3. Em relação às ilustrações (figuras, desenhos):

a) A composição visual é atrativa e bem organizada?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

b) A quantidade de ilustrações é adequada?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

c) As ilustrações são pertinentes?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

4. Quanto ao LAYOUT

a) O tamanho (dimensões) do material está adequado?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

b) O tamanho do texto é adequado (número de páginas)?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

c) A apresentação do material está adequada (capa, cores utilizadas)?

( )1: não relevante ou não representativo.

( )2: item necessita de grande revisão para ser representativo.

( )3: item necessita de pequena revisão para ser representativo.

( )4: item relevante ou representativo.

_____

d) Opinião final após a leitura.

_____

_____

_____

_____

_____

10. Por favor, acrescente alguns outros comentários relevantes e que não foram incluídos neste questionário.

_____

_____

_____

_____

_____

Fonte: Reberte, 2012.

ANEXO B

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DA CARTILHA EDUCATIVA COM AS MÃES OU RESPONSÁVEIS

INSTRUÇÕES:

Leia a cartilha, e em seguida, responda a todas as questões, assinalando um X na resposta escolhida, conforme legenda explicativa abaixo.

1= Não
2= Pouco
3= Grande parte
4= Sim

Caso responda as questões assinalando 1 (Não) ou 2 (Muito pouco), anote os motivos no espaço de **SUGESTÕES** ao lado.

	1	**2**	**3**	**4**	**Sugestões**
1. As informações dessa cartilha foram importantes para você?					
2. Essa cartilha aumentou o que você sabe sobre a introdução da alimentação complementar?					
3. Essa cartilha é fácil de entender?					
4. Os desenhos cartilha são interessantes?					
5. As cores dessa cartilha são atrativas?					

6. O número de páginas dessa cartilha é adequado?					
7. Você se sentiu motivado (a) a ler essa cartilha até o final?					

a) O que você gostou nessa cartilha?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

b) O que poderia ser feito para melhorar essa cartilha?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fonte: Peixoto, 2016

ANEXO C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção de uma Cartilha Educativa para Introdução da Alimentação Complementar em Crianças.

Pesquisador: RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55632522.4.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.416.324

Apresentação do Projeto:

Partindo da hipótese de que "as maes ou responsaveis pelas criancas na faixa etaria estabelecida (4 a 12 meses de idade) nao possuem conhecimentos para fazer de forma adequada e saudavel a introducao da alimentacao complementar", tem-se o objetivo de "construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade". Segundo os autores, "Trata-se de um estudo metodológico. Este tipo de pesquisa envolve investigação de métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa". O processo de construcao da cartilha educativa sera composto por cinco fases, a saber, fase 1 (sistematizacao do conteudo); fase 2 (escolha das ilustracoes); fase 3 (composicao do conteudo); fase 4 (Validacao da cartilha por juizes) e fase 5 (Validacao da cartilha pelas maes ou responsaveis) e sera realizado em 4 Unidades Basicas de Saude (UBS) do município de Horizonte/CE. Para etapa fase 4 (Validacao da cartilha por juizes) serão colaboradores juizes que farão a análise de determinados aspectos do instrumento e de seus itens. A fase 5 (Validacao da cartilha pelas maes ou responsaveis) contará com 167 participantes. Serao selecionadas as maes ou responsaveis de criancas de 4 a 12 meses de idade que estiverem sendo acompanhadas em puericultura de forma presencial ou remota na Unidade Basica de Saude (UBS) de cada unidade básica no período de 12 meses e que saibam ler e escrever.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é "Construir uma cartilha educativa para orientação à introdução da alimentação complementar em crianças de 4 a 12 meses de idade". Os objetivos secundários são: "Identificar o conhecimento e a necessidades das maes ou responsaveis sobre a introducao da alimentacao complementar; Descrever o processo de elaboracao da cartilha para orientacao das maes ou responsaveis para introducao alimentar; Validar a aparencia e conteudo da cartilha junto aos juizes e sua semantica junto as maes ou responsaveis".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa que o risco da pesquisa envolve "risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física-fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; psíquico-emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19".

No que se refere aos benefícios, o pesquisador informa que "O motivo que nos leva a construir esta cartilha é auxiliar as mães ou responsáveis obterem um melhor acesso as informações sobre a introdução da alimentação complementar, por meio instrumento de fácil acesso e compreensão, oportunizando o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o cuidador e, consequentemente melhorando a qualidade nutricional, favorecendo o crescimento e desenvolvimento infantil saudável".

Nos termos de apresentação obrigatória (Carta de anuência e TCLE às maes ou responsaveis -Apêndice B), o pesquisador faz referência à garantia da confidencialidade, da anonimização dos dados, da liberdade de recusa e de retirada do consentimento a qualquer momento, bem como do direito a buscar indenização em caso de danos. Em síntese, a pesquisa possui benefícios em termos sociais e científicos que justificam ser realizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta da pesquisa viabilizará "as mães ou responsáveis obterem um melhor acesso as informações sobre a introdução da alimentação complementar, por meio instrumento de fácil acesso e compreensão, oportunizando o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o cuidador e, consequentemente melhorando a qualidade nutricional, favorecendo o crescimento e

desenvolvimento infantil saudável."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) A folha de rosto contém a assinatura do pesquisador responsável, bem como a assinatura e o carimbo do responsável na instituição proponente.

2) o Termo de consentimento livre e esclarecido para as maes ou responsaveis (Apêndice B) está em forma de convite, apresenta o título e o objetivo da pesquisa, explicita adequadamente os riscos e benefícios, informa o telefone, e-mail, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável e consta o telefone, endereço e e-mail do CEP,

3) Quanto à Carta de Anuência, o número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições onde a coleta de dados será realizada. Na carta estão descritos o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal, o que será realizado na instituição e o período em que os dados serão coletados. Além disso, apresenta o carimbo da instituição e a assinatura do responsável, bem como indica que não haverá repercussões negativas aos participantes do estudo ou que dele se recusem a participar. Consta também a assinatura e o carimbo da Secretaria de Saude de Horizonte.

4) Destaca-se que o cronograma está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo e que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação do CEP.

5) E, por fim, no orçamento: consta a fonte do financiamento (próprio) e está coerente com o método proposto.

Recomendações:

A necessidade de envio do relatório final da pesquisa após a sua conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende aos princípios éticos conforme as resoluções vigentes da CONEP e por isso o parecer é favorável para aprovação.

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_1883667.pdf	01/05/2022 16:07:30		Aceito

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Continuação do Parecer: 5.416.324

Outros	Carta_Anuencia.pdf	01/05/2022 16:04:38	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/04/2022 22:50:18	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	28/01/2022 15:33:22	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_VALIDACAO_SEMANTICA_CARTILHA_EDUCATIVA_MAES.pdf	18/01/2022 15:29:24	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_AVALIACAO_CONTEUDO_APARENCIA_CARTILHA_JUIZES.pdf	18/01/2022 15:25:40	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/01/2022 15:10:36	RAIMUNDO OSMAR LIMA DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 18 de Maio de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br