



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO



JEFFERSON WILDES DA SILVA MOURA

**CARTILHA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR SAUDÁVEL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS À LUZ DA  
TEORIA DE CALLISTA ROY**

RECIFE  
2022

JEFFERSON WILDES DA SILVA MOURA

**CARTILHA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR SAUDÁVEL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS À LUZ DA  
TEORIA DE CALLISTA ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem e Educação em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

**Orientadora:** Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

RECIFE  
2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

M929c	<p>Moura, Jefferson Wildes da Silva. Cartilha educacional para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos à luz da teoria de Callista Roy / Jefferson Wildes da Silva Moura. – 2022. 125 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Orientadora : Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2022.</p> <p>Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Nutrição do Lactente. 2. Tecnologia Educacional. 3. Enfermagem Pediátrica. 4. Promoção da Saúde. 5. Educação em Saúde. 6. Teoria de Enfermagem. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (Orientadora). II. Título.</p>	
610.73	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2022-024)

JEFFERSON WILDES DA SILVA MOURA

**CARTILHA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR SAUDÁVEL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS À LUZ DA  
TEORIA DE CALLISTA ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 03 de janeiro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos  
Universidade Federal de Pernambuco  
Orientadora

---

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Universidade Federal de Pernambuco  
Examinador Interno

---

Prof. Dra. Vânia Pinheiro Ramos  
Universidade Federal de Pernambuco  
Examinadora Interna

---

Prof. Dr. Waldemar Brandão Neto  
Universidade de Pernambuco  
Examinador Externo

À minha amada, querida e saudosa avó, Sebastiana Pereira da Silva (*In memoriam*), por todo o seu amor, carinho, cuidado, incentivo e zelo por mim. Durante a minha infância, foi o meu anjo na terra e tão precocemente se tornou o meu anjo no céu.

Dedico.

## AGRADECIMENTOS

Fiódor Dostoiévski, em “Os Irmãos Karamazov”, menciona que “Somos assim: sonhamos o voo, mas tememos a altura. Para voar é preciso ter coragem para enfrentar o terror do vazio. Porque é só no vazio que o voo acontece. O vazio é o espaço da liberdade, a ausência de certezas. Mas é isso o que tememos: o não ter certezas. Por isso trocamos o voo por gaiolas. As gaiolas são o lugar onde as certezas moram”. Mesmo com medo, ousei alçar voo nessa jornada denominada Mestrado e, ao atingir o cume, privilegiado pela vista, reconheço que este voo não foi e nem poderia ter sido solo. Por isso, a todos que tornaram este voo/sonho possível, agradeço:

A Deus que, com a Sua misericórdia, cobriu-me com as Suas mãos e não permitiu que as intempéries da vida me impedissem de concretizar, com êxito, este sonho. Dele veio a força e a coragem necessária para eu seguir em frente e contornar cada obstáculo.

Aos meus avós maternos, José Custódio da Silva e Sebastiana Pereira da Silva (*In memoriam*), por cada ensinamento e conselho, sempre acompanhados de tamanha delicadeza, cordialidade e sabedoria. Obrigado pelo zelo e por todo o amor em cada gesto diário, peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.

Aos meus pais, José Cosmo de Moura e Sueli Pereira da Silva Moura, por serem a minha base e o meu porto seguro nas dificuldades e aflições. Obrigado pelo amor, pelo carinho, pelo incentivo, pela confiança, pela compreensão, pelo financiamento, não deixando nada me faltar, e por cada sacrifício e abdicação que fizeram para que eu pudesse estar aqui.

Ao meu irmão, Jébberson Warner da Silva Moura, pelo companheirismo e pela parceria nestes anos. Sua chegada trouxe um novo colorido à minha vida e sou grato a Deus pela dádiva de tê-lo como irmão, apesar de nossas implicâncias diárias, mas regadas por um amor fraterno que transcende qualquer diferença.

À minha orientadora, Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, por sua primorosa orientação desde o início da minha trajetória na Academia. Gratidão pelo admirável e singular profissionalismo, permeado por carinho e afeição que esteve presente a cada ensinamento, por sempre acreditar no meu potencial, por reconhecer minhas limitações e por ter me permitido estudar aquilo que acalenta o meu coração e desperta a minha curiosidade.

À Banca Examinadora de Qualificação, composta pelos professores doutores Ednaldo Cavalcante de Araújo, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro e Ana Paula Esmeraldo Lima, que contribuíram ricamente para o aprimoramento deste estudo, por meio de um olhar atencioso e com sugestões acuradas.

À Banca Examinadora da Dissertação, composta pelos professores doutores Ednaldo Cavalcante de Araújo, Vânia Pinheiro Ramos e Waldemar Brandão Neto, pelo olhar cuidadoso e pelas recomendações minuciosas que colaboraram para a solidificação desta pesquisa.

À Profa. Dra. Célia Maria Ribeiro de Vasconcelos, pela disposição em contribuir na concepção do projeto, bem como na construção da cartilha educacional. O seu olhar pelo prisma da nutrição enriqueceu o percurso traçado nesta pesquisa.

À Aline Silva de Oliveira, estudante do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, pelo suporte no decorrer desta pesquisa, permeado de dedicação e ética.

Ao grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPq/UFPE), pelas contribuições, pelo auxílio na realização das atividades acadêmicas e pelo aprendizado decorrente de nossas discussões.

À Pastoral da Criança, Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, de Buenos Aires, Pernambuco, Brasil, por ter aceitado e acolhido o meu trabalho. Agradecimento especial à Mônica Maria da Silva, Coordenadora Paroquial, por ter acreditado na relevância desta pesquisa e por fornecer os subsídios necessários para a sua realização.

Às mães e a responsável por crianças menores de 2 anos de idade, por terem confiado suas vivências e sentimentos a mim durante a realização deste trabalho e pela participação ativa na construção do conhecimento e definição do tipo de tecnologia a ser desenvolvida.

A 13ª turma do Curso de Mestrado e a 7ª turma do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, por tornarem essa jornada mais leve. Agradecimento especial a Jefferson Silva Barbosa, José de Santana Carvalho, Karla Pires Moura Barbosa, Mayara Inácio de Oliveira e Sílvia Camelo de Albuquerque, pela parceria e companheirismo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, por me proporcionar um aprendizado ímpar e uma formação de alta qualidade. Agradecimento especial à coordenadora Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares e à vice-coordenadora Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes, bem como à ex-coordenadora Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal, por trabalharem incansavelmente para manter a excelência do Programa e pela gestão dialógica e colaborativa.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, por possibilitarem um processo de ensino-aprendizagem primoroso e de (des)construção, tornando-me num profissional melhor.

Às funcionárias Larissa Gomes da Silva e Steffane Ramires de Lima Campos e às ex-funcionárias Beatriz da Costa Monteiro e Camila Nunes Rodrigues, da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, pela paciência, pela atenção e pela resolutividade ao atender as minhas solicitações.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pela concessão de bolsa de estudo de Mestrado, que possibilitou a dedicação exclusiva ao curso.

Para Antoine de Saint-Exupéry, em sua obra “O Pequeno Príncipe”, amigo “era uma pessoa igual a cem mil outras pessoas. Mas, eu fiz dela um amigo, agora ela é única no mundo”. Logo, reservo este espaço para agradecer aos seres únicos de minha vida:

À Gisllaine Gláucia da Silva, por estar sempre ao meu lado, por compartilhar a vida e as lembranças comigo, por ser uma das minhas maiores incentivadoras, por acreditar em mim e me apoiar incondicionalmente a sempre seguir em frente.

À Kaili da Silva Medeiros, por ser uma parceira na vida e na Academia, que esteve comigo nos bons e maus momentos, segurando minhas mãos e afirmando que dias melhores viriam, por não desistir de mim, apesar do meu lado ariano complicado de ser.

A Alef Diogo da Silva Santana, pela cooperação no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e por sempre ler minhas produções e sugerir melhorias. Você acredita no meu potencial e me desafia a tornar-me um enfermeiro pesquisador melhor e mais crítico, que enxerga além da caixinha.

À Taciana Elaine de Moura Dias, pois este foi um sonho que sonhamos e vivemos juntos, apesar de cada um estar no seu Programa. Compartilhar esta jornada com você foi um privilégio, obrigado pela escuta, pelos conselhos e por mostrar que sempre há uma saída.

À Paula Daniella de Abreu, por ter sido minha mentora na jornada acadêmica, por me mostrar o caminho a percorrer e por me desafiar a sonhar sonhos que eu considerava ser impossível. Gratidão pelas oportunidades que colaboraram para a minha evolução enquanto ser humano e profissional.

Ao melhor grupo do WhatsApp, Instagram, Twitter e Telegram, denominado “Cúpula”, composto por Camila Louise Barbosa Teixeira, Filipe Souza Lemos e Maria Einara Ferreira de França. A presença, o incentivo e a torcida de vocês foram um acalento para a minha alma e o meu coração.

Esta Dissertação é o resultado de muito estudo e dedicação. Por isso, agradeço a todos que não foram citados nesta seção, mas contribuíram para que a minha jornada no Curso de Mestrado fosse exitosa.

“Alimentação saudável para as crianças, não é sobre regras, competição e julgamento. É sim sobre deixar pessoas saudáveis no mundo”. MARÇAL, Juliana (2020, n. p.)

## RESUMO

A alimentação e o estado nutricional interferem na saúde e na qualidade de vida de crianças, todavia se observam práticas alimentares impróprias para a infância. Neste contexto, o enfermeiro é um importante aliado no desenvolvimento de ações de educação em saúde, utilizando, como recurso, as tecnologias educacionais, que promovem a sensibilização do público-alvo e oportunizam a mudança de hábitos de vida. À vista disso, este estudo teve como objetivo descrever o processo de construção de uma cartilha educacional com pais e responsáveis para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Trata-se de um estudo metodológico e qualitativo, desenvolvido em três etapas: 1) Levantamento da literatura; 2) Exploração da realidade; e 3) Construção da tecnologia educacional. Os dados da exploração da realidade obtidos, por meio do grupo focal, foram transcritos e analisados em consonância com a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Categórica, gerando três categorias temáticas: 1) Adaptação e transição do aleitamento materno/artificial para a alimentação complementar; 2) Integração entre os estímulos e as respostas no contexto da alimentação complementar infantil; e 3) Respostas comportamentais e reflexões acerca das tecnologias educacionais. A cartilha educacional foi construída à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy e foram seguidas as recomendações para a elaboração de material educativo impresso que contemplou linguagem, ilustrações, *layout*, *design* e sensibilidade cultural, para que estivessem de acordo com o público-alvo. A cartilha é composta por nove sessões: 1) Princípios para uma alimentação complementar saudável; 2) Aleitamento materno; 3) Classificação dos alimentos; 4) Conhecendo os alimentos saudáveis; 5) Alimentos com ferro e vitamina A; 6) Recomendações importantes para uma melhor aceitação do alimento complementar pela criança; 7) Veja o que você pode fazer para promover uma alimentação complementar saudável; 8) Dicas para ajudar a montar o prato da criança nas refeições; e 9) Recomendações de cardápios. Salienta-se que a cartilha será disponibilizada tanto em formato impresso quanto digital. Conclui-se que a cartilha é um recurso a ser utilizado durante as ações de educação em saúde e proporciona avanços tecnológicos e científicos significativos no que se discute a assistência e o cuidado à saúde do lactente, além de fomentar discussões acerca dos benefícios da alimentação complementar junto às crianças menores de 2 anos de idade.

**Palavras-chave:** nutrição do lactente; tecnologia educacional; enfermagem pediátrica; promoção da saúde; educação em saúde; teoria de enfermagem.

## ABSTRACT

Food and nutritional status interfere in children's health and quality of life, but inappropriate eating practices for childhood are observed. In this context, the nurse is an important ally in the development of health education actions, using educational technologies as a resource, which promote awareness of the target audience and provide opportunities for changing lifestyle habits. In view of this, this study aimed to describe the process of building an educational booklet with parents and guardians to promote healthy complementary feeding for children under 2 years old based on Callista Roy's Adaptation Model Theory. This is a methodological and qualitative study, developed in three stages: 1) Survey of the literature; 2) Exploration of reality; and 3) Construction of educational technology. The data from the exploration of reality obtained through the focus group were transcribed and analyzed in line with the technique of Content Analysis in the Category Analysis modality, generating three thematic categories: 1) Adaptation and transition from breastfeeding/artificial to complementary feeding; 2) Integration between stimuli and responses in the context of complementary infant feeding; and 3) Behavioral responses and reflections on educational technologies. The educational booklet was built based on Callista Roy's Adaptation Model Theory and recommendations were followed for the elaboration of printed educational material that included language, illustrations, layout, design and cultural sensitivity, so that they were in agreement with the public-target. The booklet comprises nine sections: 1) Principles for a healthy complementary diet; 2) Breastfeeding; 3) Food classification; 4) Knowing healthy foods; 5) Foods with iron and vitamin A; 6) Important recommendations for a better acceptance of complementary food by the child; 7) Observe what you can do to promote healthy complementary eating; 8) Tips to help assemble the child's plate at meals; and 9) Menu recommendations. It should be noted that the booklet will be made available both in printed and digital format. It is concluded that the booklet is a resource to be used during health education actions and provides significant technological and scientific advances in terms of assistance and health care for infants, in addition to promoting discussions about the benefits of complementary feeding with children under 2 years of age.

**Keywords:** infant nutrition; educational technology; pediatric nursing; health promotion; health education; nursing theory.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	A pessoa como um sistema. Recife - PE, 2021 -----	33
<b>Figura 2 -</b>	A pessoa como um sistema adaptável. Recife - PE, 2021 -----	38
<b>Figura 3 -</b>	Etapas do processo de construção da tecnologia educacional. Recife - PE, 2021 -----	54
<b>Figura 4 -</b>	Processo de construção da cartilha educacional. Recife - PE, 2021 -----	60
<b>Figura 5 -</b>	Evolução da capa da cartilha educacional. Recife - PE, 2021 -----	85
<b>Figura 6 -</b>	Princípios para uma alimentação complementar saudável. Recife - PE, 2021 -----	85
<b>Figura 7 -</b>	Aleitamento materno. Recife - PE, 2021 -----	86
<b>Figura 8 -</b>	Contextualização da classificação dos alimentos. Recife - PE, 2021 ----	86
<b>Figura 9 -</b>	Alimentos saudáveis e ingredientes culinários processados. Recife - PE, 2021 -----	87
<b>Figura 10 -</b>	Alimentos processados e ultraprocessados. Recife - PE, 2021 -----	87
<b>Figura 11 -</b>	Processamento dos alimentos. Recife - PE, 2021 -----	88
<b>Figura 12 -</b>	Grupos dos feijões e dos cereais. Recife - PE, 2021 -----	88
<b>Figura 13 -</b>	Grupos das raízes, dos tubérculos, dos legumes e das verduras. Recife - PE, 2021 -----	89
<b>Figura 14 -</b>	Grupos das frutas e das carnes. Recife - PE, 2021 -----	89
<b>Figura 15 -</b>	Grupos do leite, dos queijos, do amendoim, das castanhas e das nozes. Recife - PE, 2021 -----	90
<b>Figura 16 -</b>	Grupos dos condimentos, das especiarias naturais e da água. Recife - PE, 2021 -----	90
<b>Figura 17 -</b>	Alimentos com ferro e vitamina A. Recife - PE, 2021 -----	91
<b>Figura 18 -</b>	Dicas para aceitação do alimento complementar (parte 1). Recife - PE, 2021 -----	91
<b>Figura 19 -</b>	Dicas para aceitação do alimento complementar (parte 2). Recife - PE, 2021 -----	92
<b>Figura 20 -</b>	Recomendações comportamentais para favorecer a adaptação da criança à alimentação complementar. Recife - PE, 2021 -----	92
<b>Figura 21 -</b>	Cuidados para promover uma alimentação complementar saudável. Recife - PE, 2021 -----	93

<b>Figura 22</b> - Distribuição dos alimentos nas refeições. Recife - PE, 2021 -----	93
<b>Figura 23</b> - Cardápios para crianças em AME (dos 6 aos 11 meses). Recife - PE, 2021 -----	94
<b>Figura 24</b> - Cardápios para crianças em AME (de 1 a 2 anos). Recife - PE, 2021 ---	94
<b>Figura 25</b> - Cardápios para crianças que recebem fórmula infantil. Recife - PE, 2021	95
<b>Figura 26</b> - Cardápios para crianças que recebem leite de vaca modificado. Recife - PE, 2021 -----	95

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> -	Definição dos conceitos-chaves do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021 -----	30
<b>Quadro 2</b> -	Pressupostos científicos e filosóficos do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021 -----	31
<b>Quadro 3</b> -	Pressupostos subjacentes ao Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021 -----	32
<b>Quadro 4</b> -	Definição das necessidades e processos do modo fisiológico do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021 -----	36
<b>Quadro 5</b> -	Princípios para uma alimentação infantil saudável. Recife - PE, 2021 --	42
<b>Quadro 6</b> -	Doze passos para uma alimentação saudável. Recife - PE, 2021 -----	43
<b>Quadro 7</b> -	Atitudes que favorecem a promoção da alimentação complementar saudável nos primeiros 2 anos de vida. Recife - PE, 2021 -----	44
<b>Quadro 8</b> -	Caracterização das voluntárias do estudo. Recife - PE, 2021 -----	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento materno exclusivo
ANAPAC	Associação Nacional dos Amigos da Pastoral da Criança
App	Aplicativo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAs	Infecções Respiratórias Agudas
Libras	Língua Brasileira de Sinais
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
Nº	Número
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PE	Pernambuco

PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa Saúde da Família
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	28
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	28
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	28
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	29
<b>3.1</b>	<b>Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy</b>	29
<b>3.2</b>	<b>Alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade</b>	40
<b>3.3</b>	<b>Enfermagem e educação em saúde no contexto das tecnologias educacionais</b>	45
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	51
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	51
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b>	51
<b>4.3</b>	<b>Período do estudo</b>	53
<b>4.4</b>	<b>Etapas do estudo</b>	54
4.4.1	<i>Etapa 1: Levantamento da literatura</i>	54
4.4.2	<i>Etapa 2: Exploração da realidade</i>	55
4.4.3	<i>Etapa 3: Construção da tecnologia educacional</i>	58
<b>4.5</b>	<b>Critérios de inclusão e de exclusão</b>	60
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	61
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos</b>	62
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	63
<b>5.1</b>	<b>Exploração da realidade</b>	63
5.1.1	<i>Categoria 1: Adaptação e transição do aleitamento materno/artificial para a alimentação complementar</i>	64
5.1.2	<i>Categoria 2: Integração entre os estímulos e as respostas no contexto da alimentação complementar infantil</i>	70
5.1.3	<i>Categoria 3: Respostas comportamentais e reflexões acerca das tecnologias educacionais</i>	76
<b>5.2</b>	<b>Construção da cartilha educacional</b>	84
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	96
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	102

<b>REFERÊNCIAS</b> -----	104
<b>APÊNDICE A</b> - Roteiro de pesquisa -----	114
<b>APÊNDICE B</b> - Formulário de caracterização dos participantes -----	117
<b>APÊNDICE C</b> - Apresentação dos tipos de tecnologia educacional -----	119
<b>ANEXO A</b> - Carta de anuência -----	124
<b>ANEXO B</b> - Parecer consubstanciado -----	125

## 1 INTRODUÇÃO

Nos primeiros 6 meses de vida de uma criança, é recomendado o aleitamento materno exclusivo (AME), por ser o alimento ideal e suprir as suas necessidades nutricionais. Ao completar 6 meses de idade, a alimentação complementar deve ser introduzida para prover o aporte de nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento esperado de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Observa-se, no Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado em 2019, que a prevalência do AME em crianças menores de 6 meses, no Brasil, é de 45,7%. Na região Nordeste, este percentual é de 38%, sendo a menor taxa quando comparada com as demais macrorregiões (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; BRASIL, 2015a; DALLAZEN *et al.*, 2018; UFRJ, 2020).

A oferta precoce dos alimentos complementares, anterior ao sexto mês de vida, favorece a interrupção do AME e, conseqüentemente, da ingesta dos componentes imunológicos presentes no leite materno e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) proporcionada por ele, principalmente, em cenários em que há limitações para adquirir alimentos em quantidade e qualidade suficientes. Deste modo, contribui para o aumento do risco de morbimortalidade infantil, em especial, nas regiões nas quais as condições de higiene são precárias, pois os alimentos e a água podem servir como um importante veículo de contaminação. Logo, o lactente torna-se mais vulnerável a quadro de diarreias, desnutrição e infecções respiratórias, de ouvido (otites) e gastrintestinais (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; GOMES; GUBERT, 2012; SCHINCAGLIA *et al.*, 2015; OLIVEIRA; AVI, 2017; BRASIL, 2019).

Associado ao início precoce da alimentação complementar, nota-se a oferta, pelos pais e/ou responsáveis, de alimentos processados e ultraprocessados, com excesso de sal, açúcares, conservantes artificiais e aditivos durante os primeiros anos de vida. Dentre os alimentos comumente ofertados, encontram-se biscoitos doces e recheados, refrigerantes, sucos em pó, bebidas adoçadas e lácteas, salgadinhos e macarrão instantâneo. A oferta desses alimentos, com a interrupção do aleitamento materno, oportuniza alterações no crescimento e no desenvolvimento infantil, uma vez que estão diretamente relacionados aos fatores ambientais, que inclui o estado nutricional da criança (TOLONI *et al.*, 2011; DALLAZEN *et al.*, 2018; GIESTA *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Os alimentos ultraprocessados, além de facilitar quadros infecciosos, alergias e distúrbios nutricionais, devido à sua composição, normalmente, causam irritação na mucosa gástrica por interferir tanto na digestão quanto na absorção dos nutrientes pelo lactente. O

elevado consumo desse tipo de alimento, em detrimento do *in natura* ou minimamente processado, é um dos fatores para o alto índice de obesidade e agravos não transmissíveis, já que possuem um alto valor energético, contudo um baixo valor nutricional. A alimentação inadequada consta nos fatores de riscos comportamentais para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na fase adulta, sendo necessária a realização de ações educativas e preventivas na infância, a fim de modificar o estilo de vida (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015; LOPES *et al.*, 2018; GIESTA *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2020).

Há evidências que o início tardio da alimentação complementar também é prejudicial à criança, haja vista que, após os 6 meses de vida, o leite materno não supre todas as necessidades energéticas e nutricionais cruciais para o crescimento do lactente. Neste cenário, o crescimento é desacelerado e há o afastamento do escore adequado na curva de referência. Há maior risco de deficiência de nutrientes, de desnutrição e do desenvolvimento da anemia ferropriva, devido ao término da reserva hepática de ferro ao final do primeiro semestre de vida do lactente. Salienta-se que, no leite materno, o ferro possui uma boa biodisponibilidade, porém é escasso (FUJIMORI; REZENDE, 2009; OLIVEIRA; PARREIRA; SILVA, 2014; LOPES *et al.*, 2018; SOUSA NETA *et al.*, 2019).

Os alimentos complementares adequados são os *in natura* ou minimamente processados, que inclui diferentes grupos alimentares, como: feijões; cereais; raízes e tubérculos; legumes e verduras; frutas; carnes e ovos; leite e queijos; amendoim, castanhas e nozes; condimentos naturais, especiarias e ervas frescas e secas; e água. Estes alimentos atuam nos aspectos psicológico, motor e cognitivo da criança, que, ao ser estimulada, irá adquirir progressivamente os hábitos alimentares da família. Inclusive, “os alimentos oferecidos para a criança podem ser os mesmos preparados para a família, podendo ser feitas adaptações na consistência, sempre que necessário” (BRASIL, 2021, p. 26). Além disso, o alimento complementar é responsável por apresentar novos sabores, aromas, cores e texturas, pois, anteriormente, a criança só teria tido contato com o leite materno e/ou artificial (MARINHO *et al.*, 2016; BRASIL, 2021).

O contexto social influencia as práticas e as preferências alimentares da criança, pois o cardápio familiar, o estilo de vida dos pais e/ou dos responsáveis e as relações interfamiliares irão induzir o padrão alimentar do lactente e pode afetar o equilíbrio nutricional da alimentação devido à disponibilidade e à composição dos alimentos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; MELO *et al.*, 2017; SANTOS; COELHO; ROMANO, 2020). Em vista disso, “a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceitos, na formação de novos

hábitos, no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não” (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010, p. 481).

Com o advento da globalização e da transição alimentar populacional, fundamentada em aspectos culturais, fatores como a renda familiar e a baixa escolaridade dos pais e/ou responsáveis pela alimentação da criança favorecem a oferta de alimentos sem teor nutritivo na infância. Reconhecer essas particularidades torna-se essencial no desenvolvimento de estratégias e de ações de educação em saúde, tendo em vista a adoção de práticas alimentares adequadas para a faixa etária. Em contrapartida, o alimento complementar deve estar de acordo com o cardápio e as condições socioeconômicas e culturais da família, visando à inclusão da criança durante as refeições (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016; DALLAZEN *et al.*, 2018; LOPES *et al.*, 2020).

O Brasil passou por complexas mudanças a nível socioeconômico, de acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, da assistência à saúde infantil. Com a Revolução Industrial, as crianças passaram a ser consideradas dependentes dos trabalhadores, tendo acesso à assistência médica para evitar que o genitor faltasse ao trabalho para ter que cuidar do filho doente. Em seguida, foram implantadas atividades de vigilância, educativas e preventivas, tendo como principal objetivo a diminuição da taxa de mortalidade infantil. Entretanto, essas ações eram restritas e centralizadas, sem considerar a diversidade regional do país. Com a Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de saúde brasileiro foi reestruturado, repercutindo positivamente na qualidade de vida e na saúde da criança (ARAÚJO *et al.*, 2014; EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018).

Em 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) para assegurar uma assistência de saúde plena, incluindo ações de: “acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização” (ARAÚJO *et al.*, 2014, p. 1003). Outro marco importante na história do Brasil, que contribui para o cuidado à criança, é a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei de nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que reconheceu a criança como sujeito de direito. Em seu artigo 3º, garante a criança gozar de todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano, devendo ter proteção integral e condições propícias e dignas para o seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. Em seu 4º artigo, declara-se que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado garantir a criança o acesso à alimentação; além de reafirmar, em seu capítulo I, que

discorre sobre o direito à vida e à saúde, o compromisso de implementar políticas públicas que possibilitem o cuidado integral à criança (BRASIL, 2017).

Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF), sendo este último ampliado para a Estratégia Saúde da Família (ESF), ambos impactando a qualidade da assistência à saúde da criança. A aproximação com a população advinda do PACS permitiu o desenvolvimento de ações de orientações e prevenções que reconhecessem as particularidades do público-alvo, enquanto a ESF possibilitou a reformulação dos serviços de saúde com um enfoque na promoção da saúde e na participação comunitária (ARAÚJO *et al.*, 2014; CABRAL *et al.*, 2019). Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é solidificada, pois oportuniza um modelo de atenção que tem, como foco, o acompanhamento da família pela equipe multiprofissional, que desenvolve ações que repercutem positivamente na qualidade de vida e na saúde da comunidade, em especial, na da criança (REICHERT *et al.*, 2016). Reichert *et al.* (2016, p. 120) afirmam que as ações direcionadas para as crianças na APS e ESF “são indispensáveis para a prevenção e a promoção à saúde, pois possibilitam a detecção precoce de possíveis alterações, com intervenção em tempo oportuno, reduzindo, assim, os riscos de morbimortalidade na infância”.

A partir do surgimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil, a alimentação infantil é repensada e reposicionada na agenda de políticas públicas da saúde. Logo, são desenvolvidas ações como a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que, posteriormente, foi integrada à Rede Amamenta Brasil e resultou na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, sendo a portaria de nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, do Ministério da Saúde, que institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Porém, vê-se que a implementação de intervenções na alimentação infantil se depara rotineiramente com entraves, marcadas por avanços e retrocessos, pois as diretrizes de alimentação e nutrição são alteradas a cada governo. Deste modo, há um alto índice de programas que são descontinuados, bem como a subnotificação de dados nos sistemas de informação (PINHEIRO; CARVALHO, 2008; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015b; EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018).

Em posse das informações divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde do Brasil desenvolve um guia alimentar intitulado “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos” e, em 2019, é publicado o “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos”, que amplia de dez para doze os passos necessários para a promoção de uma alimentação saudável na infância. Essas

ferramentas educativas oferecem subsídios para a prática profissional do enfermeiro e devem ser utilizadas durante as orientações alimentares aos pais e/ou responsáveis pela alimentação das crianças. Esses guias abordam desde o AME e as refeições complementares que devem ser introduzidas em cada faixa etária, até os direitos alimentares das crianças e orientações quanto ao manejo, preparo e armazenamento dos alimentos (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2019; SOUSA *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços oriundos das políticas públicas e da ampliação e melhoria da APS, ainda há diferenças significativas quanto à cobertura e qualidade da assistência de saúde à criança, a depender da região geográfica, da classe social, da etnia e da raça. Esse cenário ilustra a desigualdade social e econômica que assola o país e que estabelece os hábitos alimentares adotados pelos brasileiros. Ciente do papel da alimentação no combate à morbimortalidade infantil, organizações internacionais apontam a importância de criar e de subsidiar políticas públicas de promoção à alimentação saudável na infância, embasadas no AME e na introdução da alimentação complementar saudável no tempo oportuno (SANTOS, 2005; SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016; EINLOFT; COTTA; ARAÚJO, 2018). Nessa conjuntura, a alimentação é contemplada na Agenda 2030, que discorre sobre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) do milênio, sendo o objetivo 2 “acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável” (BRASIL, 2018, p. 47), além do objetivo 12, que busca “assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis” (BRASIL, 2018, p. 297).

No Brasil, o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, por meio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), buscou adequar as metas globais à realidade brasileira, além de fornecer um material que possa orientar os gestores no estabelecimento de estratégias que contribuam para alcançar os ODS. Dentre as metas do ODS 2, encontram-se: garantir a criança o acesso a uma alimentação saudável; erradicar a má-nutrição e reduzir desnutrição em crianças menores de 5 anos de idade; contribuir para a produção e o consumo da agricultura local; implementar políticas que cooperem para a criação e a manutenção de sistemas sustentáveis de produção de alimentos; preservar a diversidade genética da fauna e flora brasileira; fornecer recursos para o desenvolvimento tecnológico na agricultura; ajudar o mercado agrícola mundial; e estabelecer políticas públicas que garantam a distribuição nacional de alimentos e a SAN. As metas do ODS 12 englobam: estabelecer uma agricultura sustentável e segura ao ser humano e ao meio ambiente; combater o desperdício alimentar; estimular a disseminação do conhecimento; e estimular/monitorar o turismo sustentável (BRASIL, 2018).

A Agenda 2030 possibilita a reflexão sobre a saúde global e as questões emergentes da saúde pública, congregando “princípios ético-políticos e conhecimentos voltados para enfrentar iniquidades em saúde no mundo globalizado” (BURIGO; PORTO, 2021, p. 4412). No que tange à alimentação e à nutrição, apesar da temática estar em evidência no ODS 2 e o debate acerca da fome ser antigo, as medidas traçadas para combater essa problemática, que vai além das fronteiras geográficas e políticas, não são resolutivas. Desde 2014, o índice de pessoas no mundo que são atingidas pela fome aumenta e a pandemia da *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) realçou a desigualdade e a vulnerabilidade social (BURIGO; PORTO, 2021). No Brasil, o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 evidenciou que tal período pandêmico contribuiu para a perda do vínculo empregatício, a redução da renda familiar, o endividamento e o corte de itens essenciais, sendo as regiões do Norte e Nordeste as mais atingidas. De 211,7 milhões de brasileiros, 116,8 milhões encontram-se em insegurança alimentar, dos quais 43,4 milhões não dispõem de alimentos em quantidade adequada e 19 milhões convivem com a fome (REDE PENSSAN, 2021).

Neste cenário, para a promoção da alimentação complementar saudável, é de suma importância o reconhecimento das limitações socioeconômicas da família. O enfermeiro deve estar atento às orientações nutricionais fornecidas durante a consulta de enfermagem em puericultura para que elas direcionem a uma alimentação que atenda às necessidades nutricionais da criança e da família, mas sem comprometer a renda familiar. Logo, é preciso driblar a desinformação e as orientações dadas de forma insatisfatória e buscar por estratégias que se adequem ao contexto da população assistida, integradas a ações que colaborem para práticas alimentares saudáveis e sustentáveis. É essencial observar as condições do domicílio, peridomicílio, de saúde e da assistência disponível para família, visando atender ao compromisso social e político intrínseco à Enfermagem (MARINHO *et al.*, 2016; GÓES *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; BRANDÃO *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2019).

Para fortalecer a atuação do enfermeiro na promoção da alimentação complementar saudável, é fundamental que esta temática seja discutida na formação profissional. Durante a graduação, o estudante deve reconhecer a importância da educação alimentar e nutricional e de como esse conhecimento interfere na adoção de boas práticas alimentares pelos pais e/ou responsáveis. Ademais, os hábitos alimentares são influenciados por múltiplas variáveis, cabendo ao preceptor, durante a consulta de enfermagem em puericultura, sensibilizar o discente quanto à necessidade de levá-las em consideração ao realizar as orientações alimentares. Deste modo, associando teoria e prática, mas de maneira adequada e eficaz. Contudo, este debate não deve se restringir apenas à graduação, mas ser fortalecido em cursos

de especializações que tenham correlação com o cuidado integral à criança, a exemplo da Pediatria e da Saúde Pública, bem como nos cursos *Stricto sensu* de Mestrado e Doutorado. Devido ao conhecimento estar em constante avanço, é preciso que o enfermeiro complemente a sua formação por meio dos cursos de atualização e de capacitação, além de realizar pesquisas ao observar lacunas na literatura e/ou assistência para fortalecer a prática baseada em evidências (PEDRAZA, 2020).

Nesse cenário, o enfermeiro sempre que convier pode ou não exercer sua profissão alicerçado nas teorias de Enfermagem para alcançar boas ou melhores práticas em saúde. Estas teorias são resultantes de pesquisas, nas quais cada elemento interfere no outro de forma cíclica. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de pesquisas qualitativas e quantitativas, que testem as teorias e as articulem com o SUS, para que haja o aprimoramento da Enfermagem. Há o reconhecimento de que as teorias possuem limitações, posto que sua aplicabilidade sofre interferência direta do fenômeno ou do contexto na qual será utilizada. No entanto, recomenda-se que elas sejam empregadas como instrumento teórico e que fundamentem o conhecimento construído pela categoria no âmbito do SUS. Outrossim, as teorias possibilitam descrever, explicar ou prever o fenômeno ou a prática em um cenário específico (HICKMAN, 2000; MCEWEN, 2009; BRANDÃO *et al.*, 2019).

McEwen (2009, p. 50) observou que “as teorias tornam a prática de enfermagem mais declaradamente determinada, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos”, além disso, “o uso de uma teoria de enfermagem leva a um cuidado coordenado e menos fragmentado” (MCEWEN, 2009, p. 50). Neste contexto, as convicções profissionais são expressas e o exercício da profissão estruturado moral e eticamente, além de ser oportunizado um pensar sistemático e uma prática racional, que desafia e valida o intuitivo. Salienta-se que as teorias de Enfermagem consolidam e fortalecem a base de conhecimentos da profissão, ao utilizar uma linguagem específica e ao ofertar uma assistência sistemática, que atribui significado aos componentes constitutivos do ser, saber e fazer. Estas teorias estão apoiadas em quatro conceitos centrais ou domínios temáticos, denominados de metaparadigmas, que juntos formam a matriz disciplinar da Enfermagem: a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem (MCEWEN, 2009; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Para fundamentar o ato de cuidar ao promover a alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos, por intermédio de uma tecnologia educacional do tipo cartilha, é plausível o uso da Teoria do Modelo de Adaptação proposta pela enfermeira norte-americana Callista Roy. Este Modelo percebe o ser humano como um sistema adaptativo holístico que expõe respostas adaptativas ou ineficientes, observadas a partir de quatro modos que delimita

a investigação: o modo fisiológico, o modo de autoconceito, o modo de função na vida real e o modo de interdependência. Nesse cenário, o indivíduo é visto como um sistema, porém deve-se ter uma abordagem holística, permitindo que as particularidades do sujeito atuem para criar um ser unificado (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; ROY; ANDREWS, 2019).

Este sistema adaptativo conta com diferentes entradas, advindas do ambiente externo ou da própria subjetividade do indivíduo, resultantes dos estímulos e do nível de adaptação. As saídas são observadas por intermédio das respostas comportamentais, que também servem como retroalimentação tanto para a pessoa quanto para o ambiente. Para regular o sistema, são necessários processos de controles, neste Modelo, denominados de mecanismos de resistência (subsistema regulador e subsistema cognitivo), que auxiliam o indivíduo no processo de adaptação e de mudança, quando se encontra em situações estressoras (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; ROY; ANDREWS, 2019).

Callista Roy concebeu a saúde como um processo/estado no qual o indivíduo busca ser e estar completo e integrado. Compete ao enfermeiro auxiliá-lo nesse processo, a partir de ações que promovam a saúde e favoreçam respostas adaptativas, as quais são particulares de cada sistema/indivíduo. Verifica-se que os estímulos são influenciados pelo grau de mudança, pelas vivências pregressas, pelo nível de conhecimento, pelos pontos fortes e pelas limitações do indivíduo. Estes estímulos, junto ao nível de adaptação, que está em contínua mudança, colaboram para que haja a adaptação do sistema. As respostas obtidas a partir dos estímulos, sejam eles externos, sejam eles internos, são definidos pelo nível de adaptação do sistema/indivíduo. Nesse aspecto, incumbe à Enfermagem diminuir as respostas ineficientes e estimular respostas comportamentais adaptativas como mecanismo de saída (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2019).

A introdução da alimentação complementar de crianças menores de 2 anos é um processo de adaptação, pois o lactente vivencia a mudança do seu cardápio. Tal situação requer ajustamento quanto à rotina alimentar, bem como da dinâmica familiar durante as refeições. Um recurso disponível para auxiliar o enfermeiro em ações de educação em saúde, que tenha como foco esse processo de adaptação, são as tecnologias educacionais. Diniz *et al.* (2019, p. 3) declaram que as tecnologias englobam “saberes e habilidades em um contexto de saber estruturado e aplicado com intencionalidade e justificativa, produzindo resultado que satisfaça as necessidades individualizadas dos seres humanos”, que, no cenário deste estudo, seriam as respostas adaptativas. Ressalta-se que há diferentes possibilidades e concepções de tecnologias disponíveis para o enfermeiro, que deve se apropriar desse conhecimento, em especial, o que

estar interligado às tecnologias educacionais, visando aplicá-lo em seu cotidiano (DINIZ *et al.*, 2019; DUARTE *et al.*, 2019).

As tecnologias educacionais devem ser elaboradas em um formato que possibilite o seu uso pelo indivíduo, com ou sem a presença do enfermeiro. Dentre as opções disponíveis, encontram-se: álbuns seriados, cartilhas, livretos, folhetos, gibis, manuais, jogos educativos, vídeos, *softwares*, *websites*, entre outras, contanto que o indivíduo seja integrado ao processo de ensino-aprendizagem e torne-se protagonista do ato de cuidar. Enfatiza-se que, por terem um caráter não invasivo, as tecnologias educacionais corroboram o estabelecimento de um vínculo de confiança entre enfermeiro e usuário. Além disso, podem ser utilizadas, como uma ferramenta para a aprendizagem ativa e participativa, ao facilitar a construção e a troca de conhecimento formal e/ou informal e ao compreender a real necessidade do público-alvo (NASCIMENTO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2018; DINIZ *et al.*, 2019).

As tecnologias podem ser classificadas em três modalidades: leve, leve-dura e dura. Na tecnologia leve, há processos que interferem nas relações dos sujeitos; já a tecnologia leve-dura, engloba os saberes estruturados pertencentes ao processo de saúde (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem), enquanto a tecnologia dura abarca os equipamentos tecnológicos, os objetos e os maquinários (MERHY, 2002; DINIZ *et al.*, 2019). Este trabalho se propôs a construir uma cartilha educacional que, para Galdino, Moreira e Cestari (2018, p. 36), “são classificadas como tecnologia leve-dura, pois se trata da estruturação de saberes operacionalizados nos trabalhos em saúde, auxiliando na memorização de conteúdos e direcionando as atividades de educação em saúde”.

A cartilha educacional é um recurso a ser utilizado durante o processo de ensino-aprendizagem em situações de promoção à saúde e educação em saúde. Habitualmente, é um artefato impresso, mas, com o avanço tecnológico e científico, pode ser disponibilizada também em formato digital, ampliando o número de beneficiados e driblando a barreira geográfica. Destaca-se que uma cartilha é construída no formato de livro, com diferentes informações e ilustrações sobre o assunto em questão, servindo como uma fonte de consulta e aprendizado. Ressalta-se que, além de ser um material educativo, é necessário assegurar o seu caráter pedagógico, pois as informações e ilustrações devem estar em sintonia para que o seu conteúdo seja compreendido pelo leitor (SABINO, 2016).

Pesquisadores da Enfermagem vêm se destacando na construção, na validação e na avaliação do efeito de tecnologias educacionais, que se tornam dispositivos úteis nos diferentes cenários de atuação do enfermeiro. Elas podem ser utilizadas como recurso metodológico no processo de ensino-aprendizagem, tanto na formação acadêmica e continuada quanto na

educação popular; ferramenta de cuidado desde APS até a média e alta complexidade; e artefato à disposição da gestão. Além disso, as tecnologias educacionais sobressaem-se quando comparadas a outras “devido à própria situação cultural vivenciada na contemporaneidade, em que a formação profissional exige, além do conhecimento teórico, pensamento crítico, reflexivo, versátil, além de possibilitar transformar a realidade social a partir dos recursos disponíveis” (PEREIRA *et al.*, 2019, p. 3).

Assim, frente ao exposto, este estudo buscou construir uma tecnologia educacional, do tipo cartilha, para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos, à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Associado a isso, utilizou-se a técnica de coleta de dados de grupo focal para estimular o protagonismo de pais e/ou responsáveis pela alimentação das crianças e atender às demandas e às necessidades do público-alvo, ao disponibilizar uma cartilha com uma configuração que possibilite o seu uso em diferentes espaços sociais, não se restringindo aos serviços de saúde. Para guiar o desenvolvimento desta investigação, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: como ocorre o processo de construção de uma cartilha educacional com pais e responsáveis para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Descrever o processo de construção de uma cartilha educacional com pais e responsáveis para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar as evidências científicas acerca da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade;
- Compreender a influência do contexto familiar, sociocultural e econômico na alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade;
- Identificar, segundo os pais e/ou responsáveis, a tecnologia educacional mais adequada para abordar a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade;
- Construir uma tecnologia educacional para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, constam-se os principais conceitos teóricos e as suposições filosóficas e científicas da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy, articulados com o uso das tecnologias educacionais no desenvolvimento de ações de educação em saúde na prática da Enfermagem, no contexto da alimentação complementar de crianças menores de 2 anos.

#### 3.1 Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy

Callista Lorraine Roy nasceu em 14 de outubro de 1939, na cidade de Los Angeles, Califórnia, Estados Unidos da América (EUA). Sua jornada acadêmica inicia no *Mount Saint Mary's College*, Los Angeles, no qual, em 1963, obteve o grau de Bacharela em Ciências da Enfermagem. Na Universidade da Califórnia, em 1966, recebeu o título de Mestre em Ciências da Enfermagem e, em 1977, o de Doutora em Sociologia. Ademais, participou do Programa de Pós-Doutorado do *Robert Wood Johnson Clinical Nurse Scholar* na Universidade da Califórnia, San Francisco. Com o propósito de contribuir para o avanço científico na área da Enfermagem, colaborar para o aperfeiçoamento da assistência e do cuidado à saúde e cooperar com diferentes organizações de Enfermagem, dentre elas a *American Academy of Nursing*, a *Sigma Theta Tau* e a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Salienta-se que Callista Roy é teórica de Enfermagem no *Boston College*, Massachusetts, e é membra do *Sisters of Saint Joseph of Carondelet* (GALBREATH, 2000; WILLS, 2009).

Na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, em 1964, Callista Roy descreve, pela primeira vez, a Teoria do Modelo de Adaptação, como fragmento de um trabalho acadêmico, após ser instigada por Dorothy E. Johnson, que propôs aos discentes do curso de Mestrado a elaboração de modelos conceituais de Enfermagem. Para o desenvolvimento de sua teoria, Callista Roy utilizou concepções presentes no Modelo de Enfermagem de Johnson, no Modelo de Sistema de von Bertalanffy e no Modelo de Enfrentamento de Lazarus. Outrossim, incorporou conceitos da Teoria de Adaptação de Helson, das Teorias de Estresse e Adaptação de Dohrenrend e Selye e agregou a definição de sistema de Rapoport. Igualmente, associou suas experiências pessoais e profissionais, que incluiu sua atuação na Enfermagem Pediátrica, área na qual constatou a capacidade de restauração e de recuperação do corpo e do espírito humano (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009).

A Teoria do Modelo de Adaptação foi publicada pela primeira vez em 1970, época na qual Callista Roy integrava o corpo docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da *Mount*

*Saint Mary's College*, que permitiu a teórica implementar o seu modelo como base conceitual do currículo de Enfermagem. Durante a sua estada na referida instituição, Callista Roy dispôs da colaboração de docentes e discentes para aperfeiçoar e ampliar os conceitos teóricos e as suposições filosóficas e científicas do Modelo, aplicados na prática assistencial, na formação profissional e na pesquisa (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001). No decorrer da desenvolvimento do Modelo de Adaptação, Callista Roy cunhou conceitos-chaves, descritos e definidos no quadro 1:

**Quadro 1** - Definição dos conceitos-chaves do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021.

Continua

<b>Conceitos-chaves</b>	<b>Definição</b>
Nível de adaptação	Um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa em responder positivamente numa dada situação.
Respostas adaptáveis	Respostas que promovem a integridade em termos de objetivos do sistema humano.
Respostas ineficazes	Respostas que não contribuem para a integridade em termos de objetivos do sistema humano.
Comportamento	Ações internas ou externas e reações em circunstâncias específicas.
Estímulo	Aquilo que provoca a resposta.
Estímulos focais	Os estímulos internos ou externos que mais imediatamente confrontam a pessoa.
Estímulo residual	Um fator ambiental, dentro ou fora da pessoa, cujos efeitos na situação atual são obscuros.
Estímulo contextual	Todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo focal.
Mecanismos de resistência	Modos inatos ou adquiridos de responder à mudança do ambiente.
Subsistema cognitivo	Um importante processo de resistência envolvendo quatro canais cognitivos-emotivos: processamento perceptivo e da informação, aprendizagem, avaliação e emoção.
Subsistema regulador	Um dos principais processos de resistência que envolvem os sistemas endócrino, químico e neurológico.
Objetivo da Enfermagem	A promoção da adaptação em cada um dos quatro modos, contribuindo, através disso, para a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade.
Saúde	Um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada.
Pessoa	Sendo um sistema adaptável, o indivíduo é descrito como um todo que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo.

**Quadro 1 - Definição dos conceitos-chaves do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021.**

Conclusão

<b>Conceitos-chaves</b>	<b>Definição</b>
Humanismo	O amplo movimento na filosofia e na psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como o ponto central para o conhecimento e valorização.
Veracidade	Um princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum da existência humana.
Sistema	É um conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tem em vista um determinado objetivo, e fá-lo graças à interdependência das suas partes.

Fonte: Roy e Andrews (2001, p. 16-17, 20).

Roy e Andrews (2001) atestam que as teorias da Enfermagem devem proporcionar a reflexão e o avanço do pensamento científico e filosófico, a partir de descrições conceituais embasadas em pressupostos científicos e filosóficos, sendo os do Modelo de Adaptação expostos no quadro 2:

**Quadro 2 - Pressupostos científicos e filosóficos do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021.**

<b>Pressupostos Científicos</b>
Os sistemas de matéria e energia progridem para os níveis superiores de auto-organização complexa.
A conscientização e o significado são constituintes da integração pessoa-ambiente.
A conscientização de si mesmo e do ambiente está arraigada no pensamento e no sentimento.
Os seres humanos, por suas decisões, são responsáveis pela integração dos processos criativos.
O pensamento e o sentimento orientam a ação humana.
As relações dos sistemas incluem a aceitação, a proteção e o fortalecimento da interdependência.
As pessoas e o planeta Terra têm padrões comuns e relações integrais.
As transformações nas pessoas e no ambiente são criadas na consciência humana.
A integração dos significados humanos e ambientais resulta em adaptação.
<b>Pressupostos Filosóficos</b>
As pessoas têm relacionamentos mútuos com o mundo e com Deus.
O significado humano está enraizado no ponto ômega de convergência do universo.
Deus está intimamente revelado na diversidade da criação, sendo o seu destino comum.
As pessoas usam as capacidades criativas de conscientização, esclarecimento e fé.
As pessoas são responsáveis pelos processos de derivação, sustentação e transformação do universo.

Fonte: Wills (2009, p. 211).

Os pressupostos científicos advêm da Teoria Geral de Sistemas desenvolvida por von Bertalanffy e da Teoria da Adaptação de Helson. Enquanto os pressupostos filosóficos do Modelo de Adaptação de Callista Roy estão pautados nos princípios gerais do humanismo e da veracidade, sendo este último concebido pela própria teórica para representar o propósito intrínseco à existência humana. A agregação desses diferentes saberes resultou nos pressupostos subjacentes ao Modelo de Adaptação de Callista Roy, descritos no quadro 3 (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001).

**Quadro 3** - Pressupostos subjacentes ao Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021.

<b>Científicos</b>	
<p><b><i>Teoria de Sistemas</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Holismo</li> <li>- Interdependência</li> <li>- Processo de controle</li> <li>- Retroalimentação de informação</li> <li>- Complexidade dos sistemas vivos</li> </ul>	<p><b><i>Teoria do Nível de Adaptação</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento como adaptador</li> <li>- Adaptação como uma função de estímulos e nível de adaptação</li> <li>- Níveis de adaptação individuais, dinâmicos</li> <li>- Processos de reação positiva e ativa</li> </ul>
<b>Filosóficos</b>	
<p><b><i>Humanismo</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criatividade</li> <li>- Finalidade</li> <li>- Holismo</li> <li>- Processos interpessoais</li> </ul>	<p><b><i>Veracidade</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalidade da existência humana</li> <li>- Unidade do objetivo</li> <li>- Atividade, criatividade</li> <li>- Valor e significado da vida</li> </ul>

Fonte: Galbreath (2000, p. 204).

Na construção dos pressupostos científicos, Callista Roy utilizou os princípios da Teoria Geral de Sistemas para caracterizar o indivíduo, que é formado por diferentes partes independentes que agem em conjunto para cumprir determinada meta, além de ser um sistema susceptível a adaptações, o que corrobora para um bom funcionamento do sistema humano. Já a Teoria da Adaptação colabora ao reconhecer a pessoa como um sistema que se adapta e é capaz de criar mudanças no meio. As respostas positivas às mudanças são proporcionais ao nível de adaptação do ser humano, assim como estão relacionadas ao contexto vivenciado e a inclinação do indivíduo em direção ao domínio (ROY; ANDREWS, 2001).

Quanto aos pressupostos filosóficos, o humanismo está fundamentado em quatro suposições específicas, as quais acreditam que: “a) o indivíduo partilha o poder criativo; b) age com um objetivo, não numa sequência de causa e efeito; c) possui um holismo intrínseco; e d) luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 18). Enquanto a veracidade, por representar a natureza humana, “crê-se que o indivíduo

na sociedade é visto no contexto de: a) objetivo de uma existência humana; b) unidade de objetivo da humanidade; c) atividade e criatividade para um bem comum; e d) valor e significado da vida” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 18). Estas suposições fundamentam o Modelo de Adaptação de Callista Roy e dão origem aos seus metaparadigmas: a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001).

O primeiro metaparadigma é a Pessoa (indivíduo, família, organizações, comunidade ou sociedade), que, enquanto receptora dos cuidados de Enfermagem, é um sistema holístico adaptável (figura 1). Na qualidade de sistema, é incumbido a pessoa mecanismos de entrada, saída, resistência e respostas. As entradas são decorrentes dos estímulos externos e internos aos quais o indivíduo está susceptível e a combinação deles originam uma entrada ímpar que representará o nível de adaptação da pessoa. O comportamento individual abrange os mecanismos de respostas/saída, sendo resultado dos estímulos de entrada, bem como do nível de adaptação da pessoa em questão. Esses comportamentos podem ser formados por respostas adaptáveis ou ineficazes, que fornecem um *feedback* e permitem que a pessoa determine como lidar com os estímulos de entradas. Os mecanismos de resistência, o regulador e o cognitivo, influenciam o comportamento da pessoa (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001; BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; COELHO; MENDES, 2011).

**Figura 1** - A pessoa como um sistema. Recife - PE, 2021.



Fonte: Roy e Andrews (2001, p. 20).

Os estímulos internos e externos que afetam a pessoa/sistema vislumbram o meio ambiente e, no âmbito da assistência da Enfermagem, esses estímulos podem ser classificados como focais, contextuais e residuais e são eles que determinam o nível de adaptação da pessoa, a partir das respostas comportamentais. Os estímulos focais confrontam a pessoa e tornam-se o centro de sua atenção, requerendo uma resposta, enquanto os estímulos contextuais são os demais elementos que compõem o ambiente, mas que não interferem no foco da pessoa, apesar de influenciar sua resposta. Por exemplo, o foco de uma criança hospitalizada é em estar longe de casa, mas, se neste contexto ela estiver com seus brinquedos, poderá responder positivamente à mudança. Os estímulos residuais são elementos que, por vezes, estão presentes no inconsciente da pessoa e que permitem a formulação de hipóteses a partir do comportamento observado. Salienta-se que estes estímulos podem mudar rapidamente de categorias, devido à dinâmica mutável do meio ambiente (ROY; ANDREWS, 2001; BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; COELHO; MENDES, 2011).

O nível de adaptação constata a interação da pessoa com o meio ambiente e a sua capacidade de aprender quando desafiada por uma situação desconhecida. Na prática clínica, a Enfermagem lida com pessoas com diferentes níveis de adaptação frente a mudanças, sendo esta resposta influenciada pelo ambiente interno e externo e pelas vivências pregressas do indivíduo, incluindo as inconscientes. As respostas/comportamentos podem ser observadas, medidas ou relatadas subjetivamente e, com base na observação do comportamento externo, o enfermeiro pode avaliar se a pessoa está ou não se adaptando às mudanças, para planejar as intervenções necessárias. Vale frisar a importância de identificar se o comportamento é adaptável ou ineficaz, porém, esta avaliação da eficácia do comportamento deve ser realizada em parceria com a pessoa e o resultado encontrado reflete exclusivamente a realidade do indivíduo avaliado (ROY; ANDREWS, 2001).

As respostas adaptáveis visam assegurar o objetivo da adaptação de promover a sobrevivência, o crescimento, a reprodução e o domínio da pessoa. Em contrapartida, as respostas ineficazes não contribuem para que este objetivo seja atingido, além de ameaçar a existência da pessoa/sistema. Por exemplo, se alimentar regularmente propicia a sobrevivência e o crescimento da criança, mas, ao recusar o alimento por semanas, este comportamento a coloca em risco. Ao realizar a avaliação da eficácia do comportamento, o enfermeiro deve considerar o objetivo da adaptação, mas ponderar o contexto individual da criança. Logo, faz-se necessário compreender os mecanismos de resistência, compostos pelos subsistemas regulador e cognitivo, para definir se a resposta é adaptável ou ineficaz. Contudo, apesar de ambos os subsistemas serem importantes para o desenvolvimento de uma resposta adaptativa,

eles não podem ser observados diretamente, mas sim a resposta influenciada por eles (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001).

O subsistema regulador consiste em mecanismos de resistência inatos ao ser humano, são respostas automáticas e instintivas. Esse subsistema é fisiológico e envolve processos endócrinos, químicos e nervosos, que estão inter-relacionados, pois não agem de forma isolada, tendo em vista a natureza holística do homem (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001). O subsistema cognitivo é composto por mecanismos de resistência adquiridos, que foram apreendidos pela pessoa a partir de suas experiências e convívio em sociedade. Ele é influenciado por fenômenos físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, que irão gerar uma resposta ao serem processados pelos canais-emotivos: a) processo de informação perceptiva; b) aprendizagem; c) avaliação; e d) emoção (ROY; ANDREWS, 2001).

Conforme Roy e Andrews (2001, p. 27-28):

O processo de informação perceptiva inclui atividades de atenção seletiva, codificação e memória [...]. A aprendizagem envolve imitação, reforço, e visão, ao passo que o processo de avaliação compreende atividades como a resolução de problemas e a tomada de decisão. Através das emoções pessoais, as defesas são utilizadas para procurar o alívio da ansiedade e procurar uma avaliação afetiva e ligações.

Callista Roy observou que, para organizar o processo de avaliação e definir o nível de adaptação, é preciso categorizar as respostas em quatro modos adaptáveis, a saber: 1) modo fisiológico; 2) modo de autoconceito; 3) modo de função na vida real; 4) modo de interdependência (ROY; ANDREWS, 2001). O modo fisiológico corresponde à resposta física aos estímulos presentes no ambiente e conta especialmente com o subsistema regulador. “O comportamento neste modo é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos e sistemas que compreendem o corpo humano” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29). Os estímulos provocam uma resposta fisiológica, seja ela adaptável, seja ela ineficaz, induzida pelos mecanismos de resistência. Esta resposta indica se a pessoa é capaz ou não de se adaptar ao estímulo ambiental. O modo fisiológico engloba parâmetros inerentes à sobrevivência da pessoa, descritos no quadro 4, e devem ser utilizados pelo enfermeiro durante a sua avaliação (GALBREATH, 2000; ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; COELHO; MENDES, 2011).

**Quadro 4** - Definição das necessidades e processos do modo fisiológico do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Recife - PE, 2021.

<b>Necessidades/Processos</b>	<b>Definição</b>
Oxigenação	Padrão de uso de oxigênio para a fisiologia e a fisiopatologia respiratória e cardiovascular.
Nutrição	Padrões de uso de nutrientes para a manutenção do funcionamento humano, promoção da saúde e restauração do tecido lesionado.
Eliminação	Padrão de eliminação de produtos residuais.
Atividade e repouso	Padrões de atividade e repouso.
Proteção	Padrões relacionados com a integridade da pele e da imunidade.
Sentidos	Canal de entrada da pessoa através do qual a informação sensório-perceptiva é processada.
Fluído e eletrólitos	Processo complexo de manutenção em equilíbrio de fluídos e eletrólitos orgânicos.
Função neurológica	Processos-chave neurais e o complexo relacionamento da função neural para os mecanismos de enfrentamento regulador e cognato.
Função endócrina	Padrões de controle endócrino e regulador que agem em conjunto com o sistema nervoso para manter o controle dos processos do corpo.

Fonte: Galbreath (2000, p. 209).

O modo de autoconceito é “um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura. Formado a partir de percepções internas e percepções dos outros, o autoconceito dirige o comportamento” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 29). Neste modo, constam-se as características psicológicas e espirituais da pessoa, que tem a integridade psíquica como necessidade básica subjacente. Segundo Roy e Andrews (2001, p. 29), a integridade psíquica é a “necessidade de se saber quem é, para que se possa ser ou existir com um sentido de unidade”. Quando há problemas neste elemento, a pessoa pode encontrar dificuldades em se curar ou ter atitudes que favoreçam a manutenção de sua saúde. Salienta-se também que o modo de autoconceito é formado por dois elementos: a) eu físico: que contempla a sensação e a imagem do corpo; e b) eu pessoal: que abarca a autoconsistência, o autoideal e o eu moral, ético e espiritual. Portanto, compete ao enfermeiro compreender os aspectos que compõem este modo para se fazer uma avaliação adequada dos estímulos aos quais a pessoa foi exposta e, conseqüentemente, os comportamentos apresentados (ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; COELHO; MENDES, 2011).

O modo de função na vida real estabelece os papéis a serem desempenhados pela pessoa na sociedade. Este “papel” na sociedade é conceituado como “um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação a uma pessoa

que ocupa outra posição” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30). Este modo tem como necessidade básica subjacente a integridade social que, para Roy e Andrews (2001, p. 30), é “a necessidade de saber quem se é em relação aos outros para que se possa agir”. Neste contexto, há comportamentos instrumentais e expressivos, que permitirá ao enfermeiro avaliar a adaptação social da pessoa ao seu papel na sociedade, bem como do funcionamento deste papel. Ilustrando os comportamentos supracitados, espera-se que a mãe atenda às necessidades físicas do seu bebê (comportamento instrumental), assim como lhe abrace (comportamento expressivo) (ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; COELHO; MENDES, 2011).

O modo de interdependência “incide sobre as interações relacionadas com o dar e o receber amor, respeito e valor” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30) e tem, como necessidade básica subjacente, a adequação emocional que condiz ao “sentimento de segurança nas relações da educação da criança” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30). Neste modo, há duas relações que indicam a incidência da interdependência: a) outros significativos: compostas pelas pessoas mais significativas para o sujeito; e b) sistemas de apoio: nos quais constam pessoas, grupos ou animais que colaboram para o contentamento das necessidades de interdependência. Nesta conjuntura, são esperados dois comportamentos, o receptivo e o contributivo. Por exemplo, na relação de interdependência entre uma mãe e seu filho, espera-se que a criança seja receptiva ao amor de sua mãe em situações em que sofreu agravos, assim como a criança contribua com seu amor ao se despedir da mãe antes de ir à escola com um beijo. A partir da observação e da avaliação dos comportamentos, o enfermeiro poderá definir o nível de adaptação social referente ao modo de interdependência (ROY; ANDREWS, 2001; WILLS, 2009; COELHO; MENDES, 2011). O Modelo de Adaptação de Callista Roy avalia o comportamento da pessoa a partir dos quatro modos adaptáveis que estão inter-relacionados, como observado na figura 2.

Segundo Roy e Andrews (2001, p. 31):

Os quatro modos estão representados como quatro ciclos sobrepostos, no centro dos quais se encontra um círculo que representa os mecanismos de resistência. Como ilustração das inter-relações, poderá notar-se que o modo fisiológico no diagrama é intersectado por cada um dos três modos. O comportamento no modo fisiológico pode ter um efeito sobre ou agir com um estímulo para um ou todos os outros modos. Além disso, um determinado estímulo pode afetar mais de um modo, ou um comportamento particular pode ser indiciador de adaptação em mais de um modo. Relações tão complexas entre os modos demonstrará posteriormente a natureza holística da pessoa. Roy utilizou o caleidoscópio como uma imagem das inter-relações multifacetadas.

**Figura 2** - A pessoa como um sistema adaptável. Recife - PE, 2021.



Fonte: Roy e Andrews (2001, p. 31).

O segundo metaparadigma é o Ambiente, que pode ser compreendido como o mundo interior ou exterior da pessoa. No contexto do Modelo de Adaptação de Callista Roy, o ambiente é dinâmico, muda constantemente e lança desafios, contribuindo para que a pessoa tenha a oportunidade de desenvolver respostas adaptáveis. Conforme Roy e Andrews (2001, p. 31-32), “à medida que o ambiente muda, a pessoa tem a oportunidade continuada de crescer, de se desenvolver e intensificar o significado da vida para todos”. A concepção de ambiente utilizada por Callista Roy, em seu Modelo, advém da Teoria da Adaptação de Helson e considera que o ambiente fornece “todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 32). Nota-se que o nível de adaptação da pessoa dar-se-á da união dos estímulos focais, contextuais e residuais que influenciam o ambiente e, em decorrência disso, a resposta do indivíduo (ROY; ANDREWS, 2001; BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; COELHO; MENDES, 2011).

O terceiro metaparadigma é a Saúde, definida como “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa a falta de saúde” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 33). Frisa-se que a pessoa é considerada como um sistema adaptável e influenciado pelo ambiente, logo, não há como conceber a saúde sem levar em consideração o processo de interação e/ou adaptação. Vale apontar que a percepção de saúde pode ser compreendida e alcançada tanto por metas individuais quanto por metas inerentes à existência

humana. Quando estas metas estão bem delimitadas, tem-se um indivíduo total e integrado (ROY; ANDREWS, 2001; BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; COELHO; MENDES, 2011).

O quarto metaparadigma é a Enfermagem que tem, por objetivo, a “promoção da adaptação nos quatro modos, contribuindo, através disso, para a saúde da pessoa, qualidade de vida, e morte com dignidade” (ROY; ANDREWS, 2001, p. 34). Compete ao enfermeiro oferecer cuidados de saúde para a pessoa e a comunidade, avaliar o comportamento da pessoa ou da comunidade e avaliar os estímulos que interferem na adaptação da pessoa ou da comunidade. A partir da observação/avaliação, o enfermeiro deve planejar as intervenções, objetivando que a pessoa ou a comunidade se adapte ao contexto que estão experienciando no momento (ROY; ANDREWS, 2001; BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006; COELHO; MENDES, 2011).

Ressalta-se a aplicação do Modelo de Adaptação de Callista Roy à alimentação complementar infantil, uma vez que a criança está susceptível a diferentes estímulos os quais irão influenciar sua resposta comportamental diante dos novos alimentos, que poderá ser adaptável ou ineficaz. A criança, enquanto um sistema, buscará se adaptar ao novo contexto e contará com múltiplos mecanismos durante o processo. Dentre eles, encontra-se o modo fisiológico, que classifica a nutrição como um elemento essencial para a preservação da vida, sendo o instinto natural da criança alimentar-se. No entanto, devido à fase de desenvolvimento, a família precisa participar ativamente para garantir o acesso à alimentação, além de proporcionar estímulos positivos para aumentar a probabilidade de uma resposta adaptável (ROY; ANDREWS, 2001).

A criança, gradualmente, irá firmar seu autoconceito acerca da alimentação, associando suas experiências com os alimentos a sentimentos positivos ou negativos, a depender de como foi a interação com a família, com o local das refeições e com o alimento oferecido, englobando aspectos como cor, textura, sabor e liberdade para manusear e experimentar livremente a comida. A sociedade incumbe à mãe e/ou à avó o papel de cuidadoras da criança e, conseqüentemente, a responsabilidade pela alimentação. Porém, ao discutirmos o modo de função na vida real, é primordial evidenciar que este compromisso cabe a todos os indivíduos que convivem com a criança, independente do gênero ou do grau de parentesco. Observa-se, ainda, que, no processo da alimentação infantil, há a consolidação do modo de interdependência, pois o ato da alimentação deve ser permeado por trocas entre os indivíduos amparadas pelo amor e pelo respeito aos gostos alimentares da criança (ROY; ANDREWS, 2001).

Para que haja êxito na alimentação infantil, é vital que a Enfermagem atue na elaboração e na aplicação de estratégias de educação em saúde que colaborem para a adoção de práticas alimentares saudáveis da família e da criança. Cabe ao enfermeiro mencionar a importância da criação de um ambiente harmônico e saudável para a realização das refeições familiares e de como o ambiente adequado influencia no surgimento de respostas adaptáveis. Além disso, a Enfermagem deve trabalhar pela integração dos elementos que compõem a criança/sistema para que ela atinja o estado de completude e, conseqüentemente, de saúde (ROY; ANDREWS, 2001).

### **3.2 Alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade**

Ao discutir a alimentação complementar infantil, é importante discorrer sobre a fase anterior, o aleitamento materno. O leite materno é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais da criança, sendo recomendada a sua oferta na primeira hora de vida, e que seja oferecido, exclusivamente, até os 6 meses de idade e complementado até os 2 anos ou mais de vida. O leite materno contém componentes imunológicos que protegem a criança; quando ela é acometida por enfermidades, tende a ter uma gravidade menor. Ademais, o leite materno pode prevenir o surgimento de doenças na fase adulta e colabora para a diminuição em até 13% da taxa de mortalidade infantil em países nos quais essa taxa é alta. Dentre os benefícios do leite materno, está a ausência de custos financeiros, uma vez que ele é produzido pela lactante e tem a garantia da SAN, pois se trata de um alimento com qualidade e em quantidade adequadas para a criança (BRASIL, 2019; HIRANO; BAGGIO; FERRARI, 2021).

Após o aleitamento materno exclusivo, é recomendada a introdução da alimentação complementar, para favorecer o crescimento e o desenvolvimento infantil com todo o seu potencial atingido. No entanto, no Brasil, ainda há desigualdade social que limita o acesso da população a alimentos em qualidade, quantidade e variedade adequadas, sendo necessárias a criação e a ratificação de políticas públicas intersetoriais para garantir o acesso dos indivíduos a uma alimentação saudável, segura e nutritiva (BRASIL, 2019). Nessa conjuntura, a Agenda 2030, ao discutir a SAN, nos ODS, recomenda o desenvolvimento de “ações globais que combatam a fome, promovam a agricultura sustentável e melhorem a nutrição de toda a população, em especial dos vulneráveis, como as crianças, a partir do acesso e da disponibilidade de alimentos seguros e nutritivos” (HIRANO; BAGGIO; FERRARI, 2021, p. 2).

Hirano, Baggio e Ferrari (2021, p. 2) atestam que:

A prática da amamentação e da alimentação complementar saudável, condicionada à SAN, promove saúde e redução de agravos às crianças. Quando esta não é alcançada, identifica-se a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), caracterizada pela disponibilidade incerta ou limitada de alimentos saudáveis e adequados e/ou condições incertas ou limitadas de acesso a alimentos em condições socialmente aceitáveis.

Constata-se que o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é um direito básico e que deve ser assegurado a todos os cidadãos, pois ele é essencial para garantir o direito à vida (TEO *et al.*, 2017). Essa discussão se inicia a partir da publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, na qual, em seu artigo 25, no §1º dispõe que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação [...]” (ONU, 1948). Neste contexto, o DHAA foi reconhecido como legítimo, em 1966, com o Pacto Internacional para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que contou com a participação de 146 países (TEO *et al.*, 2017). O DHAA é cumprido “quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção” (LEÃO, 2013, p.27).

A alimentação saudável deve reconhecer os aspectos identitários dos povos e grupos, respeitando os traços sociais, culturais, biológicos e econômicos dos indivíduos. Deste modo, o cardápio saudável deve levar em consideração os hábitos regionais, as necessidades da criança, as suas preferências e as restrições alimentares. No Brasil, o acesso à alimentação é assegurado pela Constituição de 1988, sendo responsabilidade do Estado, em âmbito federal, estadual e municipal, garantir a alimentação saudável, em quantidade e em qualidade adequadas, de forma permanente e regular para que o indivíduo se mantenha nutrido e livre da fome (BRASIL, 2019). Observa-se a preocupação com a criação de políticas públicas que garantam a SAN, mas, em 2013, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) evidenciou que 7,2 milhões de brasileiros encontravam-se em IAN grave, ou seja, com fome. Em 2014, o Brasil deixou o Mapa da Fome, da ONU, por ter menos de 5% da população em contexto de subalimentação. Porém, em 2016, verificou-se o “retorno da fome” devido ao surgimento das políticas de ajustes e da defasagem de investimento em políticas sociais (BRITO; BAPTISTA, 2021).

Segundo Sorrentino, Bógus e Venancio (2021, p. 2), a alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade é conceituada como a “alimentação oferecida às crianças após o sexto mês de vida em complemento ao leite materno”. No entanto, é importante que a

família, ao introduzir a alimentação complementar, garanta a SAN por meio da oferta de um cardápio variado, equilibrado e saboroso, de acordo com sua condição sociocultural e econômica. Para a promoção de uma alimentação complementar saudável, é imprescindível a atuação do enfermeiro, que deve fornecer informações, adaptando-as à realidade do responsável pelo cardápio da criança, pois a construção do conhecimento é um processo que requer a atribuição de significado ao conteúdo para que o indivíduo o aplique à sua realidade e, conseqüentemente, gere mudanças em seu comportamento (FUJIMORI; REZENDE, 2009; BRASIL, 2019). Tanto o enfermeiro quanto a família devem estar atentos aos princípios que induzem a uma alimentação infantil saudável, descritos no quadro 5.

**Quadro 5** - Princípios para uma alimentação infantil saudável. Recife - PE, 2021.

1. A saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos.
2. O ambiente familiar é espaço para promoção da saúde.
3. Os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares.
4. O acesso a alimentos adequados e saudáveis e à informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias.
5. A alimentação é uma prática social e cultural.
6. Adotar uma alimentação adequada e saudável para a criança é uma forma de fortalecer sistemas alimentares sustentáveis.
7. O estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

Fonte: Brasil (2021, p. 2).

A alimentação complementar da criança deve ser composta majoritariamente pelos alimentos *in natura*, que são os advindos de animais e de plantas e não passam por nenhum processo de modificação depois de serem colhidos na natureza. Também por alimentos minimamente processados, que passam por modificações como limpeza, moagem, fermentação, congelamento ou processos semelhantes que não envolvam a adição de substâncias ao alimento primário. Já os ingredientes culinários processados são condimentos produzidos pela indústria, tendo como matéria prima substâncias dos alimentos *in natura*. Esses insumos podem ser utilizados na preparação dos alimentos, mas com moderação. Os alimentos processados devem ser evitados na rotina alimentar da criança, porque são derivados dos *in natura*, mas contêm substâncias que visam aumentar a durabilidade do produto ou permitir outras formas de consumos. Os alimentos ultraprocessados são gerados industrialmente a partir de técnicas e etapas de processamento e contam com a presença de diferentes ingredientes prejudiciais à saúde infantil como corantes, aditivos e gorduras (BRASIL, 2019).

O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem em puericultura, deve orientar os pais e/ou os responsáveis pela criança quanto “às técnicas adequadas de preparo, higiene e noções de consistência e quantidades ideais das refeições com diversificação alimentar que contemple as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento” (MODES; GAÍVA; MONTESCHIO, 2020, p. 190). Apesar de ser um desafio, no decorrer da consulta, o enfermeiro pode alertar contra os alimentos nocivos à saúde da criança e reforçar a relevância dos bons hábitos alimentares da família, que influenciará os hábitos da criança. Para que a construção do conhecimento seja eficiente e as recomendações feitas pelo enfermeiro sejam atendidas, é importante o estabelecimento do vínculo entre o profissional e a família, pautado na confiança e no respeito mútuo (SILVA; CARDOSO, 2018; MODES; GAÍVA; MONTESCHIO, 2020).

Um recurso para reforçar as orientações do enfermeiro na promoção da alimentação complementar saudável são os doze passos elaborados e difundidos pelo Ministério da Saúde do Brasil (quadro 6), no qual é possível encontrar comandos simples e diretos direcionados aos pais e/ou responsáveis. Ressalta-se, ainda, a importância do enfermeiro adaptar os passos ao contexto da criança e da família atendida (BRASIL, 2019).

**Quadro 6 - Doze passos para uma alimentação saudável. Recife - PE, 2021.**

<b>Passo 1.</b> Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.
<b>Passo 2.</b> Oferecer alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.
<b>Passo 3.</b> Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
<b>Passo 4.</b> Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno.
<b>Passo 5.</b> Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.
<b>Passo 6.</b> Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.
<b>Passo 7.</b> Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.
<b>Passo 8.</b> Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.
<b>Passo 9.</b> Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.
<b>Passo 10.</b> Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.
<b>Passo 11.</b> Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.
<b>Passo 12.</b> Proteger a criança da publicidade de alimentos.

Fonte: Brasil (2021, p. 79).

O enfermeiro deve estar atento aos agravos nutricionais apresentados pelas crianças menores de 2 anos de idade, uma vez que eles interferem na morbimortalidade infantil. Nota-se que o Brasil segue as tendências internacionais quanto à transição nutricional, no qual há a

diminuição do número de casos de desnutrição, apesar de ainda ser um problema presente em locais desfavorecidos socioeconomicamente, em detrimento do aumento dos casos de sobrepeso e obesidade. Em 40 anos, o país triplicou a taxa de obesidade infantil, indo de 9,7% para 33,5%, tornando-se um problema de saúde pública. O enfermeiro deve buscar estratégias e articular saberes e práticas de cuidados que proporcionem a queda da morbimortalidade infantil no que concerne aos problemas no estado nutricional, auxiliando para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis e para a manutenção da qualidade de vida da criança e da sua família (MOURA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018). No quadro 7, observam-se recomendações que o enfermeiro pode compartilhar com os pais e/ou responsáveis para estimular uma alimentação saudável na infância.

**Quadro 7** - Atitudes que favorecem a promoção da alimentação complementar saudável nos primeiros 2 anos de vida. Recife - PE, 2021.

<b>Crianças de 6 a 12 meses de idade</b>
Oferecer as refeições em um ambiente calmo e tranquilo.
Colocar a criança em uma cadeira adequada, de modo que fique com o tronco ereto.
Disponibilizar um talher adequado à criança, para que aprenda a manuseá-lo.
Permitir que a criança explore os alimentos, tocando-os e os sentindo com as mãos.
Incentivar a criança a comer, encorajando-a com uma conversa calma.
Nunca forçar, mas, em casos de recusa, voltar a oferecer o alimento de outra forma em outra ocasião e não adiar indefinidamente, visto que essa atitude solidifica a resistência da criança.
Respeitar as preferências e o ritmo da criança.
Permitir que a criança regule a quantidade de comida, cessando o oferecimento de alimento quando ela indicar que está satisfeita.
<b>Crianças de 1 a 2 anos de idade</b>
Manter o ambiente calmo e tranquilo para as refeições e assegurar a cooperação dos adultos.
Disponibilizar um prato próprio e talher adequado à criança, além de um local específico à mesa.
Ter paciência e encorajar a criança a se alimentar por conta própria, mesmo que espalhe e derrube os alimentos.
Ampliar ao máximo a experiência da criança em relação à variedade e forma de apresentação dos alimentos.
Oferecer alimentos desfiados ou cortados em tamanho adequado à idade.
Oferecer porções menores, visto que a criança se sente bem ao consumir toda a quantidade estabelecida pelos adultos e ter sua aprovação. Se a quantidade for insuficiente, ela manifestará interesse pela repetição.
Incentivar a criança a comer, encorajando-a com uma conversa calma.
Nunca forçar.
Respeitar as preferências e o ritmo da criança.
Permitir que a criança regule a quantidade de comida e recuse parte do que é servido, se se sentir satisfeita.

Fonte: Adaptado de Euclides (1997) *apud* Fujimori e Rezende (2009, p. 196).

Constata-se a importância do enfermeiro na adoção de boas práticas alimentares na infância pelos pais e/ou responsáveis, dado que ter esse suporte especializado favorece um processo sereno de implementação e manutenção dessas boas práticas. O cuidador também pode recorrer ao enfermeiro para esclarecer dúvidas, assim como buscar por soluções, construídas em conjunto, para as dificuldades que surgirem na alimentação da criança. No entanto, em sua prática profissional, o enfermeiro se depara com a ausência de investimento em atualizações e treinamentos que possibilitem um atendimento integral à criança, que engloba o conhecimento acerca de alimentos locais nutritivos e considera as questões simbólicas e culturais que permeiam a alimentação infantil (SILVEIRA; MONTEIRO, 2015). O enfermeiro, enquanto educador, utiliza o espaço da consulta de enfermagem em puericultura para a realização de ações de educação em saúde, por meio de estratégias educativas, com o objetivo de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, como as situações-problemas para que haja a chance de uma aprendizagem significativa que leve o cuidador a analisar criticamente sua situação a fim de alterar os cuidados implementados, quando necessário (DIÓGENES, 2016).

### **3.3 Enfermagem e educação em saúde no contexto das tecnologias educacionais**

A educação em saúde, inicialmente, seguiu os princípios da educação sanitária, que surge nos EUA como um recurso para a prevenção de doenças, tendo seu ápice entre as décadas de 1920 e 1930, com ações pontuais e verticais para a transmissão do conhecimento. Nesta época, o Brasil vivenciava a Primeira República (1889 a 1930), que foi caracterizada por migrações e imigrações, bem como o processo de urbanização e industrialização, que contribuiu para o crescimento desordenado das cidades, com a população morando em locais insalubres e sem saneamento básico adequado, além da submissão a péssimas condições de emprego e com altas jornadas de trabalho, incluindo as mulheres e as crianças. Tal cenário levou o Brasil a sofrer com doenças infectocontagiosas, como a varíola, a tuberculose, entre outras, e o governo a reconhecer a situação como um problema de saúde pública (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

O governo brasileiro, para lidar com a situação, torna a higiene pessoal e coletiva um imperativo de ordem e reconhece a educação sanitária como um elemento indispensável para combater as mazelas da época. No entanto, ao planejar as ações, os higienistas não levaram em consideração o contexto social da população, pois, como exigir que o indivíduo lave as mãos, se não chega água em sua torneira, por exemplo. Apesar disso, a educação sanitária é apontada como a “base das práticas de saúde, e as enfermeiras visitadoras, por sua vez, seriam as

educadoras domiciliares. Por meio delas, as famílias seriam estimuladas a mudanças de hábitos necessários para uma vida saudável, adquirindo uma consciência sanitária efetiva” (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017, p. 29). Por consequência, em 1920, surge o primeiro curso de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira, porém, devido à escassez de enfermeiras de saúde pública, na década de 1940, são criados os cursos para a formação de educador sanitário, visando atender às demandas da época (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Neste contexto, emerge a educação em saúde na qual o profissional de saúde é visto como detentor do conhecimento, que deve repassar o seu saber científico para a população. As ações de educação em saúde eram demarcadas por palestras com linguagem não adequada ao público-alvo e por recomendações/ordens, por vezes, não condizentes com a realidade do indivíduo e/ou da comunidade. Este modo de fazer educação em saúde teve seu pico entre as décadas de 1950 e 1980, estando alinhada à concepção de educação bancária, difundida por Paulo Freire, na qual o profissional de saúde, no papel de educador, despeja as informações para preencher o “recipiente vazio”, neste caso, o indivíduo e/ou a comunidade que assume a função de educando (LAGUNA; ABREU, 2017; PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Na década de 1960, Paulo Freire inicia o movimento denominado de educação popular, que respinga no fazer educação em saúde, pois propõe a “democratização dos processos de ensino-aprendizagem, incorporando a participação e o saber popular, promovendo conhecimentos em saúde de maneira horizontalizada” (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017, p. 27). Logo, a educação em saúde pode ser utilizada pelo enfermeiro para promover uma transformação consciente da realidade do indivíduo e, conseqüentemente, promover a saúde, visto que uma ação condizente com o público-alvo e suas necessidades colabora para a construção de um conhecimento adequado que influenciará atitudes e práticas saudáveis e atingíveis (LAGUNA; ABREU, 2017). Ressalta-se que a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, resultou na carta de Ottawa, que conceituou a promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19). Em outras palavras, reconhece a importância da participação popular na preservação da sua própria saúde.

A educação em saúde não deve ser um processo de persuasão com o objetivo de mudança de comportamentos, mas uma estratégia pedagógica que se baseia na interação com troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e indivíduos com vistas ao aumento das potencialidades do indivíduo e da coletividade, resultando em mudanças sociais, transformações (LAGUNA; ABREU, 2017, p. 11).

Ao trabalhar junto com a comunidade e ao buscar a sensibilização quanto ao conteúdo debatido, o enfermeiro favorece uma aprendizagem significativa e a adoção de práticas sustentáveis pelo indivíduo. Por não haver a imposição do profissional, o sujeito não se sentirá obrigado a realizar tais práticas, mas reconhecerá e compreenderá a importância delas para a manutenção da sua qualidade de vida e da sua saúde. É indispensável que o enfermeiro estimule uma formação crítica para que os indivíduos possam discutir sobre as problemáticas da comunidade, bem como compartilhar suas experiências para uma construção coletiva e resolutiva de suas questões. As ações de educação em saúde devem proporcionar a autonomia do indivíduo para que ele se sinta realizado enquanto pessoa, tendo como resultado sua liberdade, ao invés da opressão (LAGUNA; ABREU, 2017).

Nesse sentido, Pinto, Santiago e Santos (2017, p. 45) atestam que a educação em saúde “é multidimensional, constituída pela filosofia, pela cultura, pela política, pela religiosidade e pela sociologia; além das questões técnico-científicas e aspectos práticos e teóricos do indivíduo, do grupo, da comunidade e da sociedade”. No entanto, a Enfermagem se depara com um modelo no qual o indivíduo e/ou a comunidade é colocada no papel de “vilão” de sua saúde, sendo necessária a realização de ações para que haja essa mudança de comportamento por conta das informações disseminadas, no entanto sem levar em consideração o contexto sociocultural do público-alvo. Tem-se observado a atuação da Enfermagem na realização de palestras que se tornam obrigatórias para que o usuário tenha acesso ao serviço que ele precisa, como ocorre antes da realização de exames preventivos como o Papanicolau, para entrega de insumos como preservativos ou ainda no grupo de Hipertensão para ter a receita atualizada. Porém, há um movimento na Enfermagem que reconhece que este modo de fazer educação em saúde não oportuniza a ressignificação e, por conseguinte, a transformação social do indivíduo, principalmente, por estarem atreladas apenas ao processo saúde-doença, além da exposição do indivíduo quando estas ações são realizadas em grupo, como comumente acontece (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Para modificar a forma de fazer educação em saúde, os enfermeiros têm buscado utilizar metodologias ativas, dentre elas, encontra-se a pedagogia problematizadora, a qual requer que os participantes façam uma reflexão crítica do seu contexto e que percebam o vínculo entre o tema debatido e a sua inserção na sociedade (SILVA; BAGNATO; RENOVATO, 2017). Logo, as práticas educativas em saúde desenvolvidas pelos enfermeiros devem ser “concebidas como práticas sociais que têm como principal finalidade contribuir para a compreensão do contexto, das realidades, das causas dos problemas de saúde e de suas soluções” (SILVA; BAGNATO; RENOVATO, 2017, p. 58). A Enfermagem deve estimular que o indivíduo perceba a

importância de controlar os aspectos da sua saúde e a influência que a educação em saúde tem na adoção de práticas conscientes de autocuidado. À vista disso, ela pode ser usada pelo enfermeiro tanto em ações que objetivem a prevenção de agravos como a promoção da saúde, mas sem deixar de oportunizar a construção do conhecimento e o debate entre os protagonistas da ação, o público-alvo (SILVA; BAGNATO; RENOVATO, 2017; SILVA; WYSOCK, 2017).

Observa-se também a inserção da Enfermagem no desenvolvimento e no aprimoramento de tecnologias a serem utilizadas no contexto da educação em saúde. Vale salientar que o vocábulo tecnologia advém do termo grego “*tekhne*” que significa técnica, arte, ofício, enquanto o sufixo “logia” remete a estudo, deste modo, equivalendo ao estudo da técnica (RESENDE, 2016). No campo da Enfermagem, constata-se o aumento na produção e na validação de tecnologias dura, leve-dura ou leve, aplicadas no cenário educacional, assistencial e gerencial, com a intenção de utilizá-las para melhorar o cuidado em saúde e possibilitar o aperfeiçoamento de habilidades (ÁFIO *et al.*, 2014; BERARDINELLI *et al.*, 2014). Para Berardinelli *et al.* (2014, p. 604), “a função da tecnologia é potencializar as habilidades do próprio indivíduo, e/ou auxiliar na aquisição de novas atitudes, buscando uma transformação de si mesmo”, configurando-se como uma importante ferramenta estratégica e pedagógica a ser utilizada pelo enfermeiro para facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

Dentre os recursos produzidos pela Enfermagem, destaca-se o desenvolvimento de softwares e cartilhas. Áfio *et al.* (2014, p. 161) afirmam que a cartilha “é um material educativo que possibilita ao paciente melhor compreensão acerca do problema de saúde vivenciado, auxiliando-o a refletir sobre seu estilo de vida e a desenvolver a capacidade de autonomia nos cuidados da saúde”. No entanto, o enfermeiro precisa conhecer bem o público-alvo e deve contemplar as suas particularidades na tecnologia, integrando o fazer, o pensar e o ser no que concerne o cuidado de Enfermagem. Estes recursos têm sido utilizados para combater o desconhecimento que os indivíduos possuem sobre a sua condição de saúde por serem criativos, dinâmicos e atrativos. Seu uso deve ser coerente e incentivar a transformação social através do desenvolvimento social e político individual e coletivo (ÁFIO *et al.*, 2014).

A cartilha é um recurso tecnológico que o enfermeiro pode utilizar durante as consultas ou a realização de ações de educação em saúde, como também é um material que o indivíduo leva para o seu domicílio, podendo ser uma fonte para o esclarecimento de dúvidas e um guia de orientações tanto para ele quanto para a sua família. Portanto, é imprescindível que a cartilha possua uma linguagem adequada e de fácil entendimento para que o público-alvo possa utilizá-la nas tomadas de decisões. A cartilha pode ser usada individual ou coletivamente, porém é necessário se atentar ao conteúdo a ser debatido para que não haja constrangimento para os

presentes quando for realizado em grupo, além de favorecer a participação ativa dos envolvidos na construção do conhecimento, na troca de vivências e nas práticas de cuidado e de autocuidado (JASMIM, 2018). A cartilha também é útil para orientar o enfermeiro quanto às informações que devem ser compartilhadas com o indivíduo e/ou a comunidade por ser um excelente recurso didático-pedagógico, deste modo, sendo útil para o profissional assim como para o público-alvo (RAMOS; ARAÚJO, 2017; JASMIM, 2018).

Ramos e Araújo (2017, p. 95) asseguram que a cartilha educacional é um tipo de material educativo, com gênero textual característico, “não sendo apenas como um objeto que pode facilitar a experiência de aprendizado, mas sendo um material que apoia o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado”. Assim, a cartilha educacional pode ser utilizada como estratégia para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade ao ser usada como um instrumento eficaz de educação em saúde (RAMOS; ARAÚJO, 2017). Salienta-se que a cartilha, ao ser utilizada na assistência à saúde, “pode ser uma importante ferramenta que auxilie no cuidado às pessoas, possibilitando ainda desenvolver novas formas de cuidado que auxiliem os profissionais no ensino do autocuidado e no desenvolvimento de competência” (BERARDINELLI *et al.*, 2014, p. 604). Destaca-se que, no âmbito desta pesquisa, a cartilha educacional foi selecionada pelo próprio público-alvo, mostrando-se uma escolha acertada para discutir a alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade pelos benefícios já elencados.

A cartilha educacional, enquanto recurso didático-pedagógico nas ações desenvolvidas na APS, direcionadas ao cuidado integral com a criança, contribui para que haja aumento no grau de orientação e da efetividade do sistema de saúde. Neste cenário, haveria diminuição nas internações hospitalares infantis devido às condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP), mas isso “ainda não é observado no contexto brasileiro, cujas principais causas de internações pediátricas são devidas a condições sensíveis à APS a exemplo dos problemas respiratórios e gastroenterites” (DAMASCENO *et al.*, 2016, p. 2962). Tal situação é reflexo de um atendimento pautado na queixa-conduta, curativo, que contempla apenas a dimensão biológica. No tocante à alimentação infantil, carece de o enfermeiro articular as orientações disponíveis na cartilha com o contexto da criança e sua família, reconhecendo as limitações para traçar alternativas que favoreçam práticas alimentares seguras e nutritivas (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Ao realizar ações de educação em saúde, o enfermeiro se depara com limitações organizacionais e estruturais interligadas diretamente à gestão. No entanto, as circunstâncias não podem ser utilizadas para a realização de ações paternalistas e imediatistas, sendo essencial

repensar as práticas obsoletas e as substituir por ações em que prevaleça o diálogo e que valorize a participação popular nas práticas de saúde, bem como estar aberto a reconhecer as diferentes maneiras de se cuidar em saúde. Para que haja êxito nas ações de educação em saúde, é preciso que elas sejam democráticas e que se adequem ao contexto social no qual está inserido o público-alvo (SILVA; WY SOCK, 2017). Silva e Wysock (2017, p. 93) afirmam que “há necessidade de se distanciar a educação em saúde da educação sanitária e de aproximá-la da educação popular em saúde como forma de valorizar os saberes e os conhecimentos socialmente construídos”. Deste modo, o desafio da Enfermagem é desenvolver ações que proporcionem a articulação dos diferentes sujeitos sociais, englobando todos os níveis de atenção à saúde e os diversos espaços de aprendizagem, formais ou informais (SILVA; WY SOCK, 2017).

## **4 METODOLOGIA**

Neste capítulo, é apresentado o caminho metodológico trilhado para a investigação empírica da construção de uma cartilha educacional para a promoção da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo metodológico e qualitativo, à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Os estudos metodológicos buscam investigar métodos de coleta e de organização de dados, possibilitando a condução de estudos com rigor científico; permite a construção, a validação e avaliação de ferramentas e de métodos de pesquisas, fornecendo resultados fidedignos devido ao rigor dos testes e procedimentos de obtenção de dados aplicados durante o processo (POLIT; BECK, 2011). Os estudos qualitativos permitem a compreensão de fenômenos sociais, bem como do comportamento humano a partir da perspectiva subjetiva do indivíduo. Estuda os significados que a pessoa atribui ao fenômeno, com base em suas experiências e contexto sociocultural (YIN, 2016).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo aconteceu na Pastoral da Criança, Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, pertencente à Paróquia Nossa Senhora do Bom Parto, localizada na cidade de Buenos Aires, Pernambuco, Brasil. A Pastoral da Criança é uma entidade civil de direito privado, filantrópica e sem fins lucrativos, pertencente ao Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Ela foi fundada em 1983 pela médica Zilda Arns Neumann e pelo Arcebispo de Londrina, na época, Dom Geraldo Majella Agnelo, na cidade de Florestópolis, Paraná, Brasil. Atualmente, está nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, além de outros dez países da África, Ásia, América Latina e Caribe (PASTORAL DA CRIANÇA, 2021).

No artigo 2º, de seu estatuto, a Pastoral da Criança define como seu objetivo o “desenvolvimento integral das crianças, promovendo, em função delas, também suas famílias e comunidades, sem distinção de raça, cor, profissão, nacionalidade, sexo, credo religioso ou político” (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015). Deste modo, esta instituição foi escolhida por

ser uma entidade que atua na comunidade e desenvolve ações sociais e educativas, não só com as crianças, mas também com suas famílias, em especial, as em risco socioeconômico.

A Pastoral da Criança é organizada a partir da demarcação de comunidade, ramo, setor, estado e país, contando com equipes de coordenação e conselhos próprios, a saber: a) Coordenação Comunitária: exercida por um líder da Pastoral da Criança pertencente àquela comunidade; b) Coordenação de Ramo (Paróquia): tem a responsabilidade de gerir diferentes comunidades que compõem uma mesma paróquia; c) Coordenação de Setor (Diocese): tem a responsabilidade de gerir diferentes ramos (Paróquias) que compõem uma mesma Diocese; d) Coordenação Estadual: tem a responsabilidade de gerir diferentes setores (Dioceses) presentes no Estado; e) Coordenação Nacional: tem a responsabilidade de apoiar o trabalho das demais coordenações. Salienta-se que o órgão máximo na Pastoral da Criança é a Assembleia Geral, composta pelo Conselho Diretor, coordenadores estaduais e representantes da Associação Nacional dos Amigos da Pastoral da Criança (ANAPAC) (PASTORAL DA CRIANÇA, 2021).

O líder voluntário da Pastoral da Criança é capacitado para atuar com a comunidade, tendo que realizar, no mínimo, três atividades mensais, que são: 1) Visita Domiciliar: momento no qual o líder vai até a casa da família em acompanhamento para conversar e orientar de acordo com a demanda encontrada. A visita possibilita conhecer a real situação e as necessidades da família, além de estreitar o laço de amizade e confiança; 2) Celebração da Vida: é um encontro mensal que visa reunir todas as famílias acompanhadas pelo ramo para comemorar o desenvolvimento das crianças. São realizadas atividades de educação em saúde e as crianças são pesadas e participam de atividades recreativas; 3) Reunião de Reflexão e Avaliação: é um encontro direcionado para os líderes e coordenadores para discutir, avaliar e planejar as ações da equipe (PASTORAL DA CRIANÇA, 2021).

A Pastoral da Criança tem, como ações básicas, o acompanhamento das gestantes e de crianças menores de 6 anos. Durante o acompanhamento das gestantes, são realizadas, pelo líder voluntário, orientações quanto à importância do pré-natal; dos direitos e deveres de uma gestante; dos cuidados que devem ser tomados na gravidez; da relevância da alimentação, da vacinação, da higiene, da identificação dos sinais de riscos e do preparo para o parto e o puerpério. Destaca-se, além disso, que o líder deve estar atento às queixas mais comuns e fornecer apoio psicológico. No acompanhamento de crianças menores de 6 anos de idade, cabe ao líder orientar os pais e/ou responsáveis pela criança acerca dos cuidados com a higiene, a saúde bucal e a imunização infantil; dos aspectos do crescimento e dos marcos do desenvolvimento e da aprendizagem; dos direitos da criança; dos sinais de riscos de saúde; dos

atos de prevenção e tratamento de infecções respiratórias e diarreia; além de realizar a avaliação nutricional da criança (PASTORAL DA CRIANÇA, 2021).

A primeira ação complementar da Pastoral da Criança são os “Articuladores de Saúde”, que devem integrar os Conselhos Municipais de Saúde, os líderes voluntários e as famílias acompanhadas, visando ao desenvolvimento de ações que reduzam a mortalidade infantil e que proporcionem melhorias nas condições de saúde da criança e de sua família. A segunda ação é “Brinquedos e Brincadeiras”, que visa oportunizar brincadeiras infantis que contribuam para um ambiente saudável e oportuno para o desenvolvimento da criança. É realizada pelo brinquedista, previamente capacitado, e pelos brincadores, que atuarão no Dia da Celebração da Vida. A Pastoral da Criança incentiva, como ações opcionais, a criação de hortas caseiras, a capacitação de comunicadores populares, o reforço quanto à saúde bucal e à participação na campanha de mobilização e conscientização sobre a Hanseníase (PASTORAL DA CRIANÇA, 2021).

O município de Buenos Aires, local do estudo, está situado na região da Mata Norte de Pernambuco (PE), a aproximadamente 80 km do Recife. Possui uma área territorial de 93,187 km<sup>2</sup>, população estimada de 13.224 habitantes em 2021 e densidade demográfica de 134,54 hab/km<sup>2</sup> em 2010. Neste mesmo ano, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi 0,593 e teve um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 7.885,59 em 2018. A taxa de mortalidade infantil, em 2017, no município foi de 22,99 óbitos a cada mil nascidos vivos, estando esse valor acima da taxa estadual e nacional, que foram, respectivamente, de 12,1 e 12,8 no ano de 2017 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018, 2021). A pesquisa foi realizada em um cenário descentralizado da capital pernambucana pelo pesquisador reconhecer a potência de articulação dos saberes científicos nos contextos locais. Outro fator é a carência de estudos realizados nas cidades interioranas, as quais não possuem suas realidades refletidas nas pesquisas realizadas nos grandes centros urbanos.

### **4.3 Período do estudo**

A exploração da realidade do público-alvo, pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade, por meio da técnica de coleta de dados de grupo focal, aconteceu entre os meses de junho e julho de 2021, enquanto a construção da cartilha educacional ocorreu entre os meses de setembro e novembro do mesmo ano.

#### 4.4 Etapas do estudo

O estudo foi desenvolvido em três etapas: 1) levantamento da literatura; 2) exploração da realidade; e 3) construção da tecnologia educacional, conforme exposto na figura 3.

**Figura 3** - Etapas do processo de construção da tecnologia educacional. Recife - PE, 2021.



Fonte: O autor (2021).

##### 4.4.1 Etapa 1: Levantamento da literatura

A primeira etapa foi o levantamento da produção científica nacional e internacional sobre a alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade e das ações desenvolvidas pelo enfermeiro neste cenário, objetivando reunir evidências científicas que subsidiassem e nortegassem as etapas seguintes.

Observou-se que apesar das limitações e falta de recursos, o enfermeiro tem buscado opções para promover a alimentação infantil saudável, dentre elas, encontra-se a construção e validação de tecnologias educativas e em saúde, incluindo tecnologias assistivas voltadas aos cuidadores com deficiência visual. O enfermeiro também tem procurado utilizar elementos do cotidiano, como o telefone móvel e a rádio, para difundir o conhecimento, além de aproveitar

a visita domiciliar, rotina da APS, para incentivar a adesão de boas práticas alimentares na infância (MOURA *et al.*, 2021).

#### 4.4.2 Etapa 2: Exploração da realidade

A segunda etapa foi a exploração da realidade da alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade a partir da execução da técnica de grupo focal com os pais e/ou responsáveis por elas, com o objetivo de estimular o protagonismo na construção da tecnologia educacional escolhida sobre alimentação complementar saudável.

O grupo focal é uma técnica que possibilita ao pesquisador “coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo” (KINALSKI *et al.*, 2017, p. 444). No grupo focal, buscou-se realçar a interação entre os atores sociais envolvidos, por meio de uma discussão organizada em pontos específicos e diretivos, conduzida por um moderador (PRATES *et al.*, 2015; KINALSKI *et al.*, 2017).

A proposta da pesquisa foi apresentada à Coordenação de Ramo (paroquial), da Pastoral da Criança Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, de Buenos Aires - PE, sendo expostos os objetivos, o procedimento para a coleta dos dados e os benefícios a serem gerados com os resultados deste trabalho. Após os devidos esclarecimentos, foi angariada a carta de anuência da instituição (Anexo A) e, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foram enviadas cartas convite aos pais e/ou responsáveis para participar do grupo focal.

Silva Júnior, Silva e Mesquita (2014) afirmam haver divergências na literatura quanto ao quantitativo de participantes para a realização de um grupo focal. Para Morgan (1997) *apud* Silva Júnior, Silva e Mesquita (2014), um grupo focal pode ser feito com 4 a 20 indivíduos. Seguindo sua recomendação, foram enviadas 20 cartas convite. Participaram, efetivamente, do grupo focal quatro mães e uma responsável (tia). Apesar deste quantitativo limitar o número de experiências, permitiu que as indivíduos discorressem detalhadamente suas vivências. Além disso, possibilitou a participação ativa de todas as integrantes e colaborou na condução da discussão pelo moderador. Salienta-se que o número de indivíduos também influencia na duração do grupo, que pode durar entre 60 e 120 minutos, pois o detalhamento do tema, assim como as controvérsias mediante o debate, poderá estender ou encurtar o tempo (TRAD, 2009; SILVA JÚNIOR; SILVA; MESQUITA, 2014).

A pesquisa ocorreu aos sábados, no turno da tarde, em datas e horários acordados com a Coordenação de Ramo, com os líderes voluntários e com o público-alvo, no salão da Pastoral da Criança, localizado no subsolo da Paróquia Nossa Senhora do Bom Parto, de Buenos Aires - PE, visando manter a privacidade das participantes e amenizar ruídos externos e interrupções. O grupo focal contou com três encontros presenciais, em momentos distintos e com intervalo de sete dias entre eles, sendo conduzido por um roteiro de pesquisa (Apêndice A) estruturado à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Os encontros tiveram a duração média de 90 minutos.

No primeiro encontro, após a devida apresentação dos presentes, foi apresentada a pesquisa, sua finalidade, seus objetivos e o procedimento para a coleta dos dados. Após, foram lidos termos e esclarecidas possíveis dúvidas presentes neles: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento, sendo eles assinados em duas vias, uma para o pesquisador e outra para a voluntária, na presença de duas testemunhas. Em seguida, foi disponibilizado um formulário de caracterização dos participantes com questões sociodemográficas (Apêndice B) para traçar o perfil dos pais e/ou responsáveis participantes, adaptado a partir do formulário de caracterização da amostra (mães) de Magalhães (2018). Após isso, foi dada continuidade ao encontro, sendo construído um pacto de convivência a ser seguido pelo grupo. Posteriormente, foram realizados os questionamentos estabelecidos para o momento. Ao final, foi feita uma síntese do que foi discutido no grupo, sendo oportunizado às participantes que acrescentassem pontos que julgassem necessários. Foi lembrada a data e o horário do próximo encontro, finalizando com o agradecimento do pesquisador aos presentes.

No segundo encontro, após a chegada das participantes, foi realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência foi revisitado, visando saber se todos concordavam com os itens acertados no encontro anterior ou se sentiam a necessidade de acrescentar outros pontos. Posteriormente, foi realizada uma recapitulação da discussão do encontro anterior. Logo depois, foram realizados os questionamentos estabelecidos para o momento. Ao final, foi realizada uma síntese da discussão grupal, sendo permitido o acréscimo de pontos julgados necessários. Foi lembrada a data e o horário do próximo encontro, finalizando com o agradecimento do pesquisador aos presentes.

No terceiro encontro, após a chegada das participantes, foi conduzida a apresentação dos presentes e, em seguida, o pacto de convivência foi revisitado mais uma vez. Logo depois, as discussões anteriores foram brevemente recapituladas e foram realizados os questionamentos programados para o encontro. Ao final, foi realizada uma síntese dos encontros, sendo

consentido às participantes o acréscimo de informações. O encontro foi finalizado com o agradecimento do pesquisador e com a entrega de uma lembrancinha (álcool em gel) aos presentes.

O grupo focal foi moderado pelo pesquisador, incumbido de gerenciar a dinâmica do grupo, e contou com a presença de um assistente de pesquisa, responsável por gravar em áudio e realizar os registros fotográficos dos encontros. Salienta-se que este assistente é um líder voluntário da Pastoral da Criança, Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, de Buenos Aires - PE, e que foi previamente treinado e orientado pelo pesquisador. Para registro do grupo focal, autorizado previamente pelas participantes, foi utilizado um aplicativo de gravação de voz, instalado em dois smartphones, modelos moto G6 e moto G7 Power. Após cada encontro, os dados foram transcritos na íntegra, sendo a transcrição comparada com o áudio por uma auxiliar de pesquisa. Depois do encerramento dos encontros do grupo focal, foi marcado um dia, em local e horário oportuno para as voluntárias, a fim de que elas pudessem certificar a confiabilidade/validade do material transcrito a partir da leitura dos relatos. Após a leitura, as participantes atestaram que o material estava condizente com os encontros do grupo focal.

Durante a realização do grupo focal, foi factível a troca de vivências, atitudes e crenças sobre alimentação complementar de crianças menores de 2 anos. Essas discussões resultaram na compreensão das ações cotidianas, das representações e das simbologias que o fenômeno estudado possui para o grupo. Este cenário contribuiu para uma maior aproximação das participantes, que refletiram criticamente em relação à alimentação complementar de seus filhos e sobrinho, sendo esses momentos capazes de solucionar problemas percebidos durante as discussões, uma vez que as participantes se sentiram protagonistas da ação, o que poderá transformar a sua realidade a partir da construção coletiva (PRATES *et al.*, 2015; KINALSKI *et al.*, 2017).

Essa técnica de coleta de dados permitiu um diálogo aberto e franco com as mães e a responsável, sendo criado um ambiente seguro para o compartilhamento de suas vivências, dúvidas e necessidades, possibilitando que o pesquisador conhecesse a realidade e o significado da alimentação complementar para o público-alvo. Ressalta-se que, antes de iniciar cada encontro, foi realizado um acordo prévio, visando assegurar a oportunidade de fala para todas as participantes do grupo e que um indivíduo falasse por vez, para evitar conversas paralelas e interferências na captação do áudio.

Devido ao cenário de pandemia da COVID-19, medidas sanitárias foram tomadas a fim de resguardar a segurança e o bem-estar dos pesquisadores e público-alvo. Deste modo, foram evitadas aglomerações, não sendo permitido no recinto número superior a dez pessoas. Antes

de adentrar no local, a participante teve sua temperatura aferida, além de ser obrigatório o uso da máscara. As cadeiras foram organizadas de modo a manter uma distância segura entre os presentes e recipientes com álcool em gel para a higienização das mãos foram posicionados em pontos estratégicos. Salienta-se que, ao realizar o convite para participação na pesquisa e ao combinar os encontros subsequentes do grupo focal, os participantes foram orientados a não comparecer na coleta, caso apresentassem sinais e/ou sintomas gripais nas 48 horas que antecederam o dia marcado.

#### 4.4.3 Etapa 3: Construção da tecnologia educacional

Nietsche *et al.*, (2012, p. 187) ressaltam que a tecnologia educacional “não é apenas a utilização de meios, e sim um instrumento facilitador entre o homem e o mundo, o homem e a educação, proporcionando ao educando e educador um saber que favorece a construção e a reconstrução do conhecimento”. Uma tecnologia educacional colabora para a renovação e o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem, que utiliza a vivência do indivíduo para desenvolver os diferentes conhecimentos e os saberes de forma metódica a ser compartilhado com o público-alvo (NIETSCHE *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa, o tipo de tecnologia educacional construída emergiu com base na exploração da realidade a partir da técnica de coleta de dados de grupo focal com as mães e a responsável por crianças menores de 2 anos de idade. Foi permitida a exposição de suas vivências, necessidades e limitações acerca da alimentação complementar saudável nos primeiros dois anos de vida. No que concerne à tecnologia, a discussão teve início a partir de três perguntas condutoras, a saber: 1) o que você entende por tecnologias educacionais?; 2) qual a finalidade de uma tecnologia educacional?; 3) você acredita que existem diferentes tipos de tecnologias educacionais? Se sim, poderia citar exemplos?

Foi entregue um material impresso, contendo os seguintes tipos de tecnologia educacional: álbum seriado, cartilha educacional, jogo educacional, gibi educacional, *podcast* educacional, vídeo educacional, *website* educacional e aplicativo educacional (Apêndice C). Para cada tipo de tecnologia educacional, continha seu conceito, suas vantagens e uma ilustração o representando. Durante a discussão, as mães e a responsável puderam ponderar os benefícios e as fragilidades de cada tipo de tecnologia, resultando na indicação, a partir do consenso do grupo, que a cartilha educacional seria a ferramenta mais apropriada para ser utilizada nas ações de educação em saúde, bem como servir de recurso de consulta e auxílio para o público-alvo.

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva (2003, p. 186), um material impresso, como uma cartilha educacional, “deve claramente comunicar a ideia, para assegurar-lhe o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas”. Por isso, a construção da cartilha seguiu as etapas propostas pelas autoras: 1) identificação do público-alvo: definir para quem o material será destinado e colher informações socioculturais, comportamentais e de saúde por meio de revisão da literatura e do grupo focal; 2) determinação da mensagem: selecionar o conteúdo e os objetivos que devem ser atingidos; 3) determinação do veículo para comunicar a mensagem: definir o tipo de material impresso a ser construído. Na construção da cartilha, ainda foram considerados aspectos como a linguagem, as ilustrações e o *layout* e *design* (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Outra questão observada foi a sensibilidade cultural da cartilha para que estivesse em consonância com o público-alvo (BENEVIDES *et al.*, 2016).

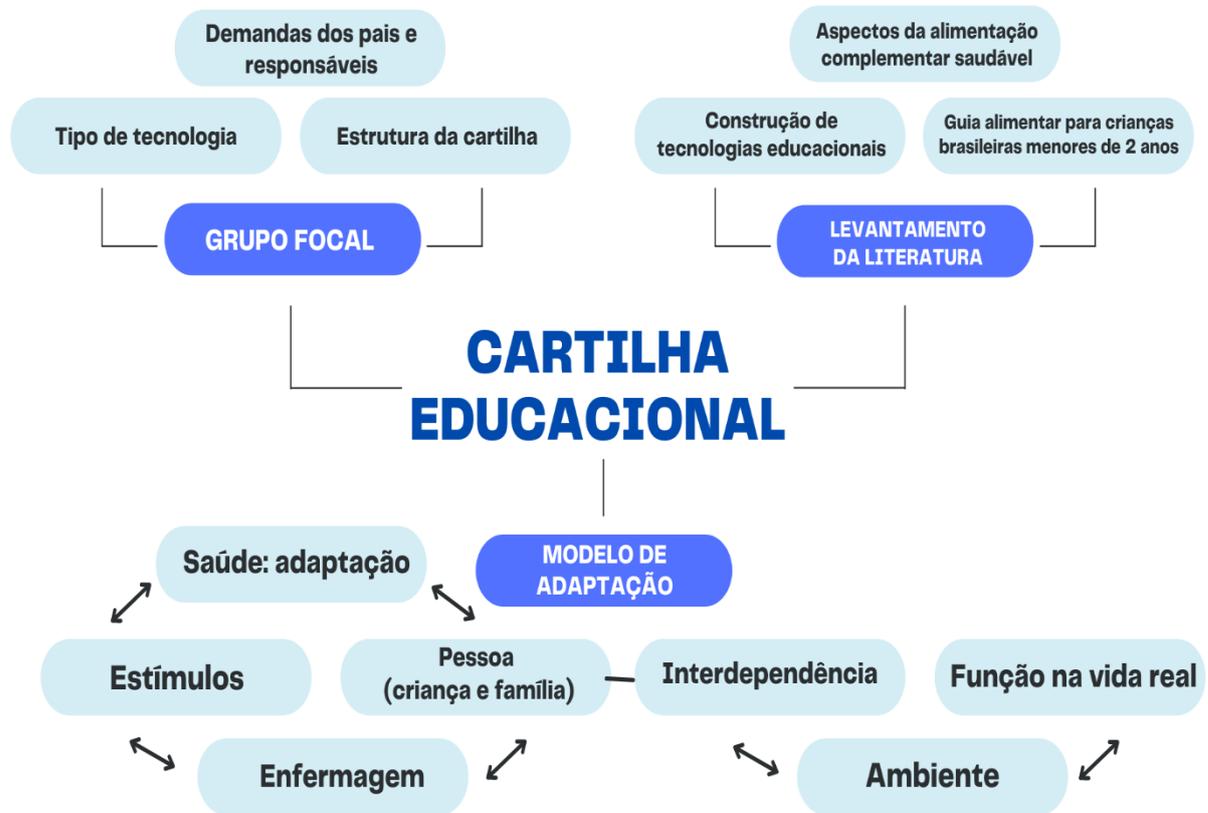
O conteúdo da cartilha educacional foi definido pelo pesquisador, a partir das informações do levantamento bibliográfico e do grupo focal realizado com mães e responsável por crianças menores de 2 anos de idade, sendo estruturado em nove sessões, visando atender às demandas do público-alvo. O texto inicial foi escrito pelo pesquisador, com base em literatura pertinente e de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, no tocante à alimentação complementar. Posteriormente, o conteúdo foi revisado pela orientadora do trabalho e depois por uma terceira pesquisadora (Nutricionista e Doutora em Enfermagem, com *expertise* em tecnologias educacionais e alimentação infantil).

Em seguida, foram escolhidas imagens de domínio público, disponível no Google Imagens, para ilustrar a cartilha. As imagens foram selecionadas pelo pesquisador e revisadas pelas duas pesquisadoras auxiliares. Foram utilizados, como critérios, imagens que mostrassem o alimento de forma simples e nítida e que ilustrassem o contexto social das voluntárias da pesquisa. No entanto, as imagens disponíveis eram limitadas, restringindo o poder de escolha dos pesquisadores. Em vista disso, a capa da cartilha foi elaborada especificamente para essa pesquisa por um designer gráfico, devido à importância que ela tem no despertar do interesse do público-alvo.

O pesquisador reuniu o conteúdo e as imagens e realizou a diagramação da cartilha no programa PowerPoint®, do pacote Office da Microsoft, sendo avaliada pelas pesquisadoras auxiliares. A primeira versão da cartilha encontra-se em formato digital (*Portable Document Format* - PDF). Todo o processo descrito foi permeado pela Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy, que embasou a concepção da cartilha e conta com recomendações e orientações pautadas em aspectos da teoria. Além disso, buscou-se que as imagens colaborassem para que

o leitor compreendesse o conteúdo e atingisse o nível de adaptação, objetivo da cartilha. Na figura 4, encontra-se a representação gráfica do processo de construção da cartilha educacional.

**Figura 4** - Processo de construção da cartilha educacional. Recife - PE, 2021.



Fonte: O autor (2021).

#### 4.5 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos na etapa de exploração da realidade pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade que estavam cadastradas e em acompanhamento pela Pastoral da Criança, Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, localizada no município de Buenos Aires - PE.

Foram excluídos da etapa de exploração da realidade pais e/ou responsáveis que possuíssem comprometimento neurocognitivo informado pelos líderes voluntários da Pastoral da Criança, que impossibilitasse uma comunicação efetiva com o pesquisador e demais participantes; pais e/ou responsáveis com deficiência auditiva não corrigida pelo não domínio do pesquisador da Língua Brasileira de Sinais (Libras); pais e/ou responsáveis que não fossem os encarregados pela aquisição e oferta do alimento à criança.

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados resultantes da exploração da realidade, por meio da técnica de coleta de dados de grupo focal, após a transcrição e a validação junto as participantes, foram analisados em consonância com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. A Análise de Conteúdo “é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a 'discursos' (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2016, p. 16). A Análise de Conteúdo é composta por diferentes técnicas, sendo a análise por categorias a mais antiga e, conseqüentemente, a mais utilizada. Nesse tipo de análise, o pesquisador desmembra o texto em unidades, reagrupando-o analogicamente em categorias. Bardin (2016, p. 201) afirma que “entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples”, sendo ela a utilizada neste estudo. Destaca-se que a análise de conteúdo está organizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise “é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 2016, p. 125). Esta etapa foi composta pelas seguintes tarefas: a) realização da leitura flutuante para conhecer e se familiarizar com o material; b) escolha dos documentos, para definir quais integrariam o *corpus* de análise, levando em consideração as regras da exaustividade (possuir todos os elementos do *corpus*), da representatividade (a amostra é parte representativa do universo inicial), da homogeneidade (o material é o homogêneo) e da pertinência (o material é adequado enquanto fonte de informação); c) formulação das hipóteses e dos objetivos para embasar o quadro teórico/pragmático que foi utilizado na análise dos resultados tratados; d) referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores para auxiliar na identificação das unidades comparáveis de categorização; e) preparação do material para análise (BARDIN, 2016).

A exploração do material é uma fase “longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2016, p. 131). Nesta etapa, houve a identificação das unidades de contexto, que contribuiu para a definição das categorias, momento no qual os elementos constitutivos são reagrupados por analogia, para que seja atribuído o sentido e sejam feitas as

inferências na etapa seguinte (BARDIN, 2016). No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, de posse de resultados significativos e fidedignos, foram feitas as inferências e as interpretações, tendo em vista os objetivos propostos (BARDIN, 2016). Os resultados foram tratados e interpretados à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy e discutidos com a literatura.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo atendeu às normas estabelecidas pela Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os preceitos bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Foram assegurados os direitos e os deveres que dizem respeito às participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação no CEP/UFPE, após a anuência da Pastoral da Criança, Ramo Nossa Senhora do Bom Parto, de Buenos Aires - PE, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45530221.7.0000.5208, tendo sua aprovação atestada pelo parecer de nº 4.700.553 (Anexo B).

A coleta de dados foi iniciada após a autorização do CEP/UFPE e os custos com a pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador principal. A participação neste estudo foi voluntária, não sendo realizados pagamentos ou cobranças. Os dados gerados são confidenciais e serão divulgados apenas em eventos e/ou publicações científicas, não havendo a identificação das voluntárias, exceto entre os responsáveis pela pesquisa, que asseguram o sigilo e a manutenção do anonimato. Em virtude disso, as participantes receberam um codinome a partir de flores características do Nordeste brasileiro.

Os dados físicos estão armazenados em pastas de arquivos e, para os dados virtuais, foi realizado o *download* em computador pessoal, sendo apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem” (BRASIL, 2021). Os dados coletados foram devidamente identificados e ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal, pelo período de mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da exploração da realidade acerca da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos de idade por meio da realização de grupo focal com as mães e a responsável por essas crianças; e da construção da tecnologia educacional, do tipo cartilha.

### 5.1 Exploração da realidade

Os resultados desta etapa estão retratados em formato descritivo e ilustrativo e compõem o “universo” da alimentação complementar de crianças menores de 2 anos de idade, bem como das tecnologias educacionais para as mães e a responsável por essas crianças, à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy, que fundamentou as arguições orais levantadas no presente estudo. Este trabalho foi composto por quatro mães e uma responsável (tia), caracterizadas no quadro 8, a seguir:

**Quadro 8** - Caracterização das voluntárias do estudo. Recife - PE, 2021.

Continua

<b>Caracterização das voluntárias</b>
<b>Mandacaru</b> , 33 anos de idade, Ensino Médio completo, solteira, não tem filhos, mas é tia (responsável) de um menino de 8 meses de idade. Vive em casa própria, na zona urbana da cidade de Buenos Aires, PE, Brasil, e com renda mensal de 2 salários-mínimos (R\$ 2.200,00) para as despesas. Com a avó materna da criança, auxilia sua cunhada nos cuidados gerais e na alimentação (mingau, papinhas de legumes, suco) do menor.
<b>Bromélia do Sertão</b> , 17 anos de idade, Ensino Fundamental completo, solteira, mas vive com companheiro, é mãe de um menino de 8 meses de idade. Vive em casa própria, na zona urbana da cidade de Buenos Aires, PE, Brasil, e dispõe de 1 salário-mínimo (R\$ 1.100,00) para sobreviver. Ela é a principal responsável por adquirir os alimentos da casa e cuidar da criança, contando com o auxílio da mãe (avó materna da criança). Prepara e oferece o alimento à criança (mingau, leite materno, verduras, frutas).
<b>Calliandra</b> , 35 anos de idade, Ensino Médio completo, em união estável, é mãe de 4 filhos, entre eles uma menina de 1 ano e 1 mês de idade. Vive em casa alugada, na zona urbana da cidade de Buenos Aires, PE, Brasil, e contribui com as despesas de casa com pouco mais de 1 salário-mínimo (R\$ 1.250,00); além de ser beneficiária do programa governamental Bolsa Família. Por exercer atividade profissional na capital pernambucana, conta com a mãe (avó materna das crianças) e a irmã (tia das crianças) nos cuidados com seus filhos. A principal responsável por adquirir os alimentos da casa é sua mãe. Quanto ao preparo e à oferta do alimento (comidas caseiras, frutas, mingau) à criança menor de 2 anos, durante a semana fica sob responsabilidade da avó e da tia, sendo esta atividade realizada por Calliandra apenas nos fins de semanas.

**Quadro 8** - Caracterização das voluntárias do estudo. Recife - PE, 2021.

Conclusão

<b>Caracterização das voluntárias</b>
<p><b>Sena</b>, 30 anos de idade, pedagoga, com pós-graduação completa, em união estável, é mãe de uma menina de 6 meses de idade. Vive em casa própria, na zona urbana da cidade de Buenos Aires, PE, Brasil, e dispõe de mais de 1 salário-mínimo para viver. Seu companheiro é o principal responsável por adquirir os alimentos da casa, que auxilia também nos cuidados com a criança, juntamente com a cunhada (tia materna da criança). Sena prepara o alimento (mingau, leite materno, comida de panela) da criança que pode ser ofertado por ela ou sua irmã.</p>
<p><b>Violeta-da-Caatinga</b>, 23 anos de idade, Ensino Médio completo, em união estável, é mãe de 3 crianças, entre elas uma menina de 10 meses de idade. Vive em casa alugada, na zona urbana da cidade de Buenos Aires, PE, Brasil, e sobrevive com menos de 1 salário-mínimo, sendo beneficiária do programa governamental Bolsa Família. Compartilha com o marido a responsabilidade por adquirir os alimentos da casa e prepará-los (leite materno, mingau, comidas caseiras), sendo a oferta realizada por Violeta. Quanto aos cuidados com a criança, conta com o auxílio de suas irmãs (tias maternas da criança).</p>

Fonte: O autor (2021).

O *corpus* foi composto pela transcrição de três encontros do grupo focal e submetido à Análise de Conteúdo, gerando três categorias temáticas.

### *5.1.1 Categoria 1: Adaptação e transição do aleitamento materno/artificial para a alimentação complementar*

Esta categoria está composta pelas vivências das mães e da responsável por crianças menores de 2 anos de idade no processo de modificação da alimentação. Idealmente, antes de iniciar a alimentação complementar, a criança deverá ter vivenciado o aleitamento materno exclusivo, mas cada caso tem as suas particularidades.

*Logo no começo ela não quis pegar o peito, aliás, eu nem sabia amamentar, dá o peito a ela. Eu acho que o meu peito, o bico era muito grosso, grande e a boquinha dela muito pequenininha, aí ela não gostava de ficar com o peito na boca. Ela começou a amamentar mesmo, acho que depois de um mês, aí ela pegou o meu peito até hoje com 6 meses. (Encontro 1)*

*Para mim foi fácil porque foi a terceira vez, porque eu sou mãe de três, aí foi fácil porque o bico já estava formado, já estava tudo direitinho, ela só pegou e pronto. (Encontro 1)*

*Ela pegou fácil, assim que ela nasceu coloquei ela no peito, ela já nasceu faminta, tenho até o vídeo dela e ela mamou até os 4 meses, eu*

*tive que tirar porque ia voltar para o trabalho, aí ela só mamou até os 4 meses. (Encontro 1)*

*Assim que nasceu, não tinha leite. Aí foi estimulado e na medida que foi estimulando, conseguiu chegar o leite e ele pegou de primeira e foi acompanhado até os 6 meses com o leite materno. Depois que começamos a inserir o leite em pó, mas até hoje ele mama. (Encontro 1)*

*Como ela não pegou logo no começo, tinha que dar o leite, porque senão ela ia ficar com fome. Aí depois que ela começou a pegar o peito, oscilava leite, peito, leite, peito. (Encontro 1)*

*Ela mamou no peito até agora, os 9 meses. Eu estou começando a inserir o leite agora. (Encontro 1)*

Ao se falar do aleitamento materno, iniciou-se uma discussão acerca do leite artificial e das fórmulas infantis, recursos utilizados pelas famílias.

*Minha filha no começo, quando ela não amamentava, eu dava a fórmula, mas essa fórmula deixou ela com muitas gases, levamos até ao hospital, porque ela chorava muito. Aí comecei a dar para ela o leite Camponesa, é até hoje o único que ela toma, porque os demais, nenhum. (Encontro 1)*

*Uma coisa interessante que a doutora [nome da pediatra particular] falou para mim em questão do leite, é que se você passasse a dar o NINHO e não prendesse, você ia pensar que o NINHO estava fazendo bem a ela, mas não está, porque ela disse que criança de 6 meses a 1 ano tem que tomar fórmula. Ela disse que outro tipo de leite, no momento, pode não fazer mal a criança, mas futuramente pode causar uma anemia, problema renal e a gente não saber o porquê, mas ela disse que pode ser o leite inadequado para a idade da criança. (Encontro 1)*

*Quando eu levei para a doutora [nome de pediatra particular], ela também explicou isso. Só que quando coloquei, ela não se deu com o Nestogeno, Aptamil nem NAN. Aí vou fazer o quê? Vai tomar o Camponesa mesmo. (Encontro 1)*

*Ela [filha] não pegou o peito, aí eu tive que dar a fórmula. Com a primeira fórmula, ela não se deu. Aí eu fiquei insistindo no peito, até que ela conseguiu pegar. Aí eu fiquei com os dois. (Encontro 1)*

Neste contexto, um alimento preparado à base do leite artificial, e bastante comum no Nordeste brasileiro, é o mingau.

*Minha mãe sempre me disse assim, que é para mexer o mingau, porque hoje em dia a pessoa coloca a água, coloca o leite e mucilon, bate e pronto. Minha mãe, não, ela sempre disse assim: – Eu sempre mexi o mingau para você, porque isso vai coisar o cremogema e o leite fica mais gostoso, porque isso parece que é coisa de preguiçoso. Então, do mesmo jeito que ela fazia isso para mim, hoje estou fazendo para minha filha, agora não sei se isso traz benefícios ou malefícios, porque estou fazendo do mesmo jeito que ela me ensinou. (Encontro 2)*

*A gente dá os dois. O mucilon assim batido e o cozido, o mexido. Ele prefere o mexido. Ele toma o batido, quando está com muita fome e não oferece nada para ele, porque, se oferecer, ele não quer. Ele prefere o cozido, principalmente de arrozina. (Encontro 2)*

Com o avançar do tempo, as mães foram introduzindo o alimento complementar. Ao serem questionadas sobre o primeiro alimento, além do leite a ser oferecido à criança, o grupo se posiciona.

*Jerimum. (Encontro 1)*

*Eu ia dizer agorinha! Jerimum também. (Encontro 1)*

*Jerimum, tirando a fórmula. (Encontro 1)*

*Foi purê de batata inglesa. (Encontro 1)*

Esse momento de transição do leite para o alimento complementar foi responsável por despertar diferentes sentimentos.

*Quando eu fui dar o jerimum, fiquei me questionando: será que vai acontecer alguma coisa no intestino dessa criança? Eu fiquei com esse receio, mas graças a Deus ela defecou normal e hoje não tenho mais medo. (Encontro 1)*

*Eu não fiquei com medo não, porque não foi a primeira vez. Fiquei doidinha que ela comesse logo, para tirar do peito. (Encontro 1)*

*Eu tinha medo dela se entalar. Ela é demais, muito gulosa. Aí eu tinha medo de que ela se entalasse, sabe? (Encontro 1)*

*A gente mastiga e engole, ela não tinha esse hábito. Ela começava como se fosse querendo colocar para fora. Achava tão engraçado a cara que ela fazia. Hoje está normal, está bom, apesar do meu medo, né? Eu tenho medo dela se engasgar. Ela é muito gulosa. Não sei como é aquilo, não. A gente começa a dar uma colherada, ela já quer engolir logo. (Encontro 1)*

*Eu nunca tive medo dela se engasgar. [...] Ela come cuscuz com ovo, que é uma beleza e olhe que ela só tem dois dentinhos. [...] Eu coloco uma pera inteira na boca dela, sem caroço, ela mastiga todinha e direitinho. Em questão a isso, com ela, graças a Deus, não tem problema nenhum. (Encontro 1)*

*Geralmente a pessoa tem mais medo quando é o primeiro filho. Quando tem dois, três, aí já conta com a experiência. (Encontro 1)*

Progressivamente, a alimentação da família é incluída no cardápio da criança, porém notam-se alguns cuidados com o preparo e a oferta do alimento. Apesar do impacto inicial da transição alimentar, ainda se observa receio quanto à alimentação da criança.

*A macaxeira, batata, cuscuz, acho que é um dos pratos que nós mais consumimos. (Encontro 1)*

*Quando tenho tempo de fazer aquilo, vou lá, faço e dou, mas quando não tenho tempo, porque assim, eu não quero dar um feijão requentado a ela. Eu só dou feijão no dia que eu cozinho. Nem todo dia eu cozinho feijão. Então nem todo dia, ela vai comer feijão. Então tem essa questão. (Encontro 2)*

*Eu dou somente a comida do dia. Feita no dia e consumida no dia. Se sobrou, o adulto come, mas para reservar e dar a ele outro dia, não. (Encontro 2)*

*O jerimum eu só cozinho e dou a ela, porque tem gente que guarda, eu não. Só dou do dia também. (Encontro 2)*

*Na questão da alimentação, eu sofri muito. E sofro, sabe por quê? Porque assim, ela hoje quer comer mais. Só que eu fico assim: – Meu Deus do céu, essa menina desse tamanho, quer comer tanto desse jeito? Aí assim, eu fico com um certo medo. (Encontro 3)*

*Tenho medo também. (Encontro 3)*

*Só que eu não estou preparada ainda para entender que a minha [filha] está crescendo. O metabolismo dela está crescendo. Então a tendência é ela comer mais. Só que eu fico pensando assim, que não é normal, não. (Encontro 3)*

*A minha [filha] mesmo, se você der comida para ela todo dia, o dia todinho, ela come. Ela fica beliscando uma coisa e outra. Eu pego a coxa da galinha, tiro a parte de cima, que tem o nervo, ela rói tudinho. Come tudinho. Come que é uma beleza. Almoça, janta direitinho. Ama sopa, ama pirão. Come de tudo. (Encontro 3)*

Apesar da pouca idade, destaca-se a facilidade da criança em aceitar o alimento ou de expressar sua preferência alimentar.

*Tudo que você der, ela [filha] coloca na boca e come. E ainda chora se eu tirar da boca, mas eu que tenho medo de ficar dando. (Encontro 1)*

*A minha [filha] também, o que der, ela come. (Encontro 1)*

*A minha [filha] só não gosta de papa. Não sei o porquê, mas ela não gosta de papa. Eu coloco na boca dela e ela coloca para fora. (Encontro 1)*

*O meu [sobrinho] não gosta de abacate. (Encontro 1)*

O açúcar industrializado não é recomendado antes da criança completar 2 anos de idade, mas se observa que este produto foi introduzido na alimentação das crianças.

*O pirulito. (Encontro 1)*

*O mingau, eu coloco açúcar. (Encontro 1)*

*Eu também coloco açúcar no mingau. (Encontro 1)*

*Uma vez, eu fiz o mingau sem açúcar, ela não gostou. Eu já queria tirar justamente o açúcar, mas ela não gostou. (Encontro 1)*

*A minha [filha] nunca tomou mingau com açúcar. A única coisa com açúcar são alguns alimentos que tem, tipo biscoito, danoninho, mas para ingerir açúcar no suco ou mingau, ela nunca tomou. (Encontro 1)*

*O meu [filho] come biscoito maizena, porque ele gosta. Já refrigerante, não dou. E açúcar mesmo, ele come em coisas assim, tipo no biscoito, no danone. (Encontro 1)*

Constata-se que os hábitos alimentares da mãe e/ou responsável, interferem na alimentação oferecida à criança, porém, elas buscam adaptar-se ao novo cenário, pois uma criança precisa de uma alimentação mais saudável.

*Eu nunca tive essa questão de comer muita fruta, desde então na minha casa entra pouca fruta. Está entrando agora por conta de [nome da criança], mas meu marido também não gosta muito de frutas e verduras, aí para eu comer sozinha, eu preciso de um estímulo para comer. É horrível essa questão de frutas e verduras lá em casa, zero à esquerda.*

*[...] Nós comemos bastante macaxeira, inhame, batata, cuscuz, é só mais essas coisas mesmo. (Encontro 1)*

*Eu não sigo muito essas coisas de fazer uma dieta, porque eu digo logo que eu tenho problema de ansiedade, aí afeta muito. Quando eu estou com a crise de ansiedade eu tenho que comer que é para amenizar a situação. [...] Tem muitas coisas [comidas] que não são de dieta, aí eu acabo caindo em tentação e comendo e os meus filhos vão no mesmo caminho. Só ela [filha caçula menor de 2 anos] que eu estou amenizando mais a situação, não estou dando muito assim, biscoito, essas coisas, só de vez em quando, estou dando mais frutas, verduras, aproveitando já que ela gosta dessas coisas. (Encontro 1)*

*Também não tenho o hábito de comer coisas saudáveis. (Encontro 1)*

*Os meus filhos adoram um delivery, eu reclamo direto, não pode pegar em dinheiro que quer comer só besteira, é pizza, é coxinha, é cachorro-quente, principalmente o mais velho. (Encontro 1)*

*Eu gosto de coisa doce, eu gosto muito, me acabo em doce, pudim, essas coisas, eu me acabo. (Encontro 1)*

Observa-se a preocupação do grupo com a alimentação da criança, tendo em vista que seus hábitos alimentares foram adquiridos na infância e a influência deles no surgimento de DCNT. Logo, elas não pretendem repetir o padrão.

*Quando eu era mais nova eu nunca tive essa questão de estar comendo essas coisas [comidas saudáveis], então nós vamos levando. Eu quero melhorar isso para a minha filha, eu quero que ela coma tudo, mas não sei como vai ser. (Encontro 1)*

*Eu sei que a minha alimentação está errada, eu deveria adquirir mais frutas, verduras, só que eu não tenho o hábito para essas coisas não. (Encontro 1)*

*Aí dizem assim: – Mas hoje você tem uma mente madura. Você pode mudar. Posso sim, mas não é fácil não. Você sempre foi adaptado a comer aquilo e, de uma hora para outra, deixar de comer tudo aquilo que você gosta. Então é reflexo. Tudo que você faz com sua criança ao nascer, é reflexo do futuro, sim. E eu sou a prova viva disso. (Encontro 2)*

*Hoje eu tenho 30 anos e continuo obesa. Isso é reflexo da minha infância, porque eu me alimentava mal. Eu não tinha uma alimentação saudável. Comia em excesso. Não tinha uma pessoa para me dar um controle. Comia muito pão com ovo. Eu sempre gostei muito de comer, comia muito. (Encontro 2)*

*Eu hoje tenho mais cuidado com minha filha. [...] Eu não sou uma pessoa que gosta muito de açúcar, mas na minha família, tem pessoas que tem diabetes, então eu posso correr o risco de ter diabetes. Então minha filha, no futuro, provavelmente, também poderá ter. Então eu tenho que tomar cuidado agora. Não quero fazer a mesma coisa que aconteceu comigo. (Encontro 2)*

### *5.1.2 Categoria 2: Integração entre os estímulos e as respostas no contexto da alimentação complementar infantil*

Esta categoria é composta pela influência dos estímulos ambientais, sociais e culturais nas respostas comportamentais de mães e responsável por crianças menores de 2 anos de idade, quanto a questões que permeiam a alimentação complementar. Um ponto importante é o cuidado quanto à lavagem dos alimentos oferecidos à criança.

*Não vou mentir. Eu lavo normal [água corrente]. (Encontro 2)*

*A verdura que compro, sempre coloco uma aguinha e um pouco de água sanitária, né. Deixo lá um pouquinho. (Encontro 2)*

*Lavo normalmente. Às vezes, quando se lembra, se lava e coloca de repouso. Mas, ao contrário, lava normal e coloca na geladeira. E, na hora de consumir, lava de novo. Geralmente é isso. (Encontro 2)*

*Eu quando trabalhava numa casa, chegava lá, pegava, colocava numa bacia com cloro. Depois, tirava dessa bacia de cloro, colocava em outra com hipoclorito, para depois lavar normal, para depois colocar na geladeira. (Encontro 2)*

O ambiente, no qual o alimento vai ser oferecido, também interfere na aceitação da criança. No entanto, nota-se que não há esse cuidado em preparar o ambiente.

*O ambiente da gente é a casa da gente mesmo. (Encontro 3)*

*A minha [filha] come na sala mesmo. (Encontro 3)*

*A minha [filha] também, come mais sentadinha no sofá. (Encontro 3)*

*Quando eu vou dar alguma coisa assim caseira, eu sento ela na mesa, até para ficar mais fácil, mais alto para mim. Mas, assim, quando é mingau, é sempre na sala sentada ou então na cama deitada. (Encontro 3)*

*A minha [filha] come em qualquer lugar. É na cozinha, é no sofá. É na calçada. Boto ela sentadinha numa cadeira, pronto, dou. (Encontro 3)*

*Uma vez perdida falo: – Vamos comer todo mundo na mesa. Aí boto a comida de todo mundo e todo mundo senta para comer. (Encontro 3)*

Constata-se o reconhecimento da mudança de hábitos alimentares advindos da urbanização e intensificação do capitalismo.

*Acho que esse índice de doença é justamente devido a nossa alimentação, sabia? Porque é muita coisa industrializada. [...] E você repara quantos conservantes tem ali? O que tem por trás daquilo ali até chegar na nossa mesa, que a gente não sabe. Então tudo isso aí vai interferir para que a gente adoça. (Encontro 2)*

*Antes a gente via, vai na casa de fulano, que tem manga, jaca. Hoje, pouquíssimas pessoas dão. Você tem que comprar. Muito difícil. Acho que antes a gente poderia ter mais essa questão de frutas, porque tinha um vizinho que tinha um sítio e que dá frutas e verduras. Hoje, eles não dão, eles vendem. (Encontro 2)*

*Antes a gente tinha essa possibilidade de alguém que dava e que não tinha o conhecimento de que aquilo era bom. Não tinha o conhecimento para inserir na vida da criança. Hoje temos o conhecimento do que é saudável e bom, mas muitas vezes não temos a condição. (Encontro 2)*

*Antigamente as pessoas viviam muito em sítios. Saíam muito para cultivar e coletar, mas hoje não, hoje é plena correria, é tudo fabricado. Se você puder comprar até o feijão cozido, você compra. (Encontro 2)*

O grupo conhece os alimentos saudáveis, porém o valor do produto, considerado alto para as classes sociais menos favorecidas, leva à adoção de hábitos não saudáveis, tendo em vista a (sobre)vivência.

*Para ser sincera, essas questões de frutas e verduras são caras para manter. Tem dia que vejo pessoas que não têm uma verdura para colocar dentro da própria comida, imagina só comer aquilo. (Encontro 2)*

*Aí das pessoas que não tivesse um salame, uma salsicha, uma calabresa, porque as outras coisas estão muito caras. É justamente isso, não temos condições. (Encontro 2)*

*Um peixe, um quilo de sardinha, que é o peixe mais barato, antigamente com cinco reais, a gente trazia. Hoje no mercado, a gente não traz mais. Um quilo agora é doze reais. (Encontro 2)*

Observa-se o conhecimento quanto ao uso de aditivos na preparação da comida e dos malefícios para a saúde.

*Dizem que temperos não é nem para colocar muito para a criança, para não dar gastrite. (Encontro 2)*

*Para a gente é ruim, imagina para as crianças, principalmente a questão do colorau. O colorau da feira é vermelhíssimo. (Encontro 2)*

*Agora que é difícil comer uma comida sem ele [colorau], que dê uma corzinha. (Encontro 2)*

*Na casa de [nome de pessoa] não se come colorau. É açafraão. É horrível comer aquela galinha branca. (Encontro 2)*

*Você tem que colocar meio mundo de erva, manjeriço e aí vai dando o gosto. (Encontro 2)*

*Infelizmente, a gente vai pela boniteza. (Encontro 2)*

Um recurso a ser utilizado no lugar dos aditivos artificiais são os temperos naturais e as verduras, todavia o preço, por vezes, é um empecilho, assim como a procedência do alimento.

*É caro para a gente, que a gente é do interior. Aqui, um moinho de coentro é um real. Em Recife, é o quê? Uns cinco reais, seis reais. Aí você já vê que lá as coisas são mais difíceis, né. Para a gente é difícil, imagina para eles. (Encontro 2)*

*Mas quantos agrotóxicos têm lá em Recife para aquilo ficar bom? A cebola, o tomate, tem que amadurecer. Vai amadurecer como? Colocando remédio. E a gente vai ingerindo isso. (Encontro 2)*

*E comprar um orgânico, ninguém pode. (Encontro 2)*

*É mais caro. (Encontro 2)*

*Se a gente for observar o tamanho da cenoura, quanto mais produto é colocado, ela vai ser mais bonita. E a gente sempre procura a mais bonita. Quanto menor a cebola, melhor, porque não posso pegar uma cebola, abrir hoje e deixar o restante para amanhã. Quanto mais o tomate está mais bonitinho, mas ali tem conservantes, para que nenhuma praga danifique. O orgânico não vai ficar tão bonito, não. Infelizmente, a gente consome até o saudável errado, porque é cheio de coisas. (Encontro 2)*

Uma alternativa sugerida pelo grupo foi a criação da horta caseira, conquanto ela requer cuidados e tempo.

*A gente não tem o hábito de ter uma horta caseira, porque existe também essa facilidade de fazer uma horta caseira, em vez da gente comprar, a gente plantar e ter. Só que também é trabalho. (Encontro 2)*

*Tem que ter cuidados. (Encontro 2)*

*Aí já vem outro processo de novo que também é o tempo, para você olhar. (Encontro 2)*

*Hoje sou mãe, dona de casa, professora, microempresária. Como uma pessoa faz isso tudinho? (Encontro 2)*

Os hábitos alimentares também são influenciados pela mídia, apesar das mães e a responsável presentes neste grupo estarem cientes das informações equivocadas veiculadas nos meios de comunicação. No entanto, o compartilhamento de conhecimento, seja certo, seja errado, entre familiares e amigos, ainda é muito forte.

*Eu acho que essa questão da mídia traz mais facilidade, porque a gente sabe que tudo aquilo que eles falam que tem vitaminas, proteínas, não é essencial, não é somente aquilo. A gente não pode se prender somente aquilo. Eu hoje não procuro escutar a questão de mídia, não, porque nem tudo aquilo faz bem. Eu leio muito, estudo muito, principalmente em questão de dieta. (Encontro 2)*

*É porque assim, para fazer uma geleia, tem que ser com a fruta, mas nem toda hora temos dinheiro para comprar aquela fruta. Se tem no mercado um mais fácil, mais barato, nós vamos procurar onde? No mercado, mesmo sabendo que não é rica em tudo aquilo que eles estão dizendo. Mas assim, eu não dou não, essas coisas, não. Mas que traz facilidades para a gente em questão de tempo e economia, traz. (Encontro 2)*

*Toda criança toma, por que meu filho não pode tomar? Muitas vezes tem essa questão, dessa experiência de querer, que quase todo mundo está se dando, talvez o meu também se dê. (Encontro 2)*

*A mídia não ajuda no que é certo não. O que a gente aprende dentro da nutrição, quando vamos participar de palestras de saúde, no PSF<sup>1</sup>, uma coisa ou outra, sempre é o contrário do que a mídia fala. Muito contrário, porque ali contém muitos conservantes e a gente sabe que criança não pode receber conservantes ao nível que tem ali. Uma*

---

<sup>1</sup> As interlocutoras utilizam o termo PSF como sinônimo para Unidade Básica de Saúde.

*papinha feita naqueles copinhos que dura ninguém sabe quanto tempo. Olha aí, qual benefício? Só facilidades, mas benefícios de saúde, de cuidar da saúde, não. Agora que facilita e faz com que a gente compre, faz. Às vezes, no corre corre do dia, o camarada está de casa para o trabalho, como que vai fazer? Aquilo tem ali, mesmo que não faça bem. Se o menino não deu prisão de ventre, se o menino não chorou, se não sentiu nenhuma dor, se gostou, pronto, acabou, existe essa facilidade, aí faz mesmo. Porque o certo dá muito trabalho. Para fazer assim, tem que ser uma mãe que tem disponibilidade total para aquela criança e, no mundo que estamos vivendo hoje, não estamos tendo essa disponibilidade, porque é uma família que se desdobra para mil e uma coisas. (Encontro 2)*

*Sempre vai ter uma mãe indicando à outra e assim vai. Às vezes nem é a mídia, é o conhecido que influencia também, porque dá ao filho e ele não teve nada. (Encontro 2)*

Observa-se que a assistência integral à saúde da criança, e no que concerne à alimentação infantil, foi comprometida no grupo estudado, sendo esta problemática intensificada pela pandemia da COVID-19. Além disso, percebe-se o desconhecimento das interlocutoras quanto às competências do enfermeiro na APS, em especial, no atendimento de puericultura.

*Na nossa cidade hoje, a gente não tem acompanhamento nenhum para criança e eu tinha lá no meu passado, eu tive acompanhamento, eu tive essa questão de todo mês ver o peso, a medida, dentista. E, hoje, a gente não tem isso. Hoje, a saúde não está oferecendo esses cuidados, esse tratamento para o bebê. Então quem tem condição, vai procurar o pediatra, vai procurar outro médico, mas pagando. E quem não tem? Como que está a saúde dessa criança, né? (Encontro 2)*

*É porque, hoje, aqui, a gente só tem o quê? O acompanhamento da enfermeira chefe, que nem é uma pediatra, nem é um médico. É uma enfermeira, né, que é a puericultura. E a gente não está tendo isso no período todo, porque [nome da criança] tem 10 meses e eu só pesei ela uma vez com dias, porque ela ficou cansadinha e eu fui e ela tomou nebulização e o remédio, aí eu tive que pesar. Se você chegar e me perguntar quanto ela pesa, eu não vou saber responder essa pergunta, porque eu não sei quanto ela pesa, quanto ela mede. E dos meus outros dois, não, eu tive puericultura, vacina tudo certinho. (Encontro 2)*

*A gente não tem nem acompanhamento. Imagina acompanhamento da alimentação. (Encontro 2)*

*É uma questão de boca a boca da família. (Encontro 2)*

*A gente se pesa, tira a pressão no pré-natal. Deveria ter uma palestra, explicando como era essas coisas e dali já vinha a puericultura, para depois vir a nutricionista. Não tem acompanhamento. É realmente você e a sua família. (Encontro 2)*

*Quem será o culpado disso? O sistema de saúde oferece ou não? Ou será que a gestão não corresponde com o que o Ministério da Saúde está oferecendo? Então a gente deveria se informar. A gente tem que procurar nossos direitos. (Encontro 2)*

*É a questão da comodidade. (Encontro 2)*

*O meu [sobrinho] vai fazer 8 meses. Ele só foi dois meses, para puericultura. (Encontro 2)*

*Eu nunca fui [atendida na consulta de puericultura]. (Encontro 2)*

*Lá [PSF] não tem puericultura, nem pelo menos pesar a criança. A gente vai levando assim. (Encontro 2)*

*Eu acho que todo mundo se acomodou, porque se todas as mães se juntarem, a gente vai. E ele tem que fazer [atendimento de puericultura]. (Encontro 2)*

*A gente sentiu falta foi dos profissionais de saúde do PSF, que não estão por perto. Foi um tempo, esse tempo de pandemia, que não se teve instrução nenhuma. Teve a criança e foi para casa. Só foi uma vez medir o menino, porque a gente exigiu. Mas nenhum acompanhamento mais. Vacina, porque a gente cobra, mas nem todas. Então assim, senti falta desse acompanhamento, tanto por tempo do resguardo, que não teve aquele processo de cuidado todo, de mostrar que tem a higienização certa. Foi um processo dentro de casa, foi falando e até hoje não tem esse cuidado profissional. Não voltou ao normal. (Encontro 3)*

*Se você olhar para o cartão de vacina da minha menina, não tem nada marcado. A não ser das vezes que ela foi para a doutora [nome da pediatra particular], que é onde tem marcado peso, altura, essas coisas. Mas do PSF, não tem nada. E olhe que já fez 1 ano e 2 meses, não se tem um PSF para se pesar, nem para medir, porque depois dessa pandemia, não teve acompanhamento nenhum. (Encontro 3)*

*Eu fui tão enxerida, que fui lá. E perguntei o que estava acontecendo, porque não estava pesando. Isso é um absurdo. Ela disse para mim que era essa questão da pandemia. (Encontro 3)*

*Outras coisas voltaram ao normal e isso não voltou [atendimento de puericultura]. (Encontro 3)*

Por fim, foi evidenciado pelas mães e a responsável a importância dos grupos para discussão e construção do aprendizado para que haja modificação da realidade.

*Depois que saí daqui na semana passada, eu até tirei o açúcar dela, porque eu fazia o mingau e colocava um pouquinho de açúcar. Eu disse: – Peraí, o que escutei ali, eu percebi que já estou fazendo errado. E ela sentiu na alimentação dela que eu tirei o açúcar. Eu acho até engraçado porque, quando está morninho, ela toma perfeitamente, mas, se eu deixar para esfriar um pouquinho, ela já não quer mais tomar. Aí eu percebi essa questão. Mas realmente eu vou ter que tirar essa questão do açúcar, porque vai refletir nela. (Encontro 2)*

*Quando saímos daqui na semana passada, a gente disse que foi tão bom, porque a gente trocou experiências. Deveria ter sempre isso. A saúde daqui deveria fornecer isso para a gente. Deveria fornecer esses conhecimentos para a gente, que a gente não tem. (Encontro 2)*

*Com certeza, principalmente essa questão das fases, porque não tem, não, viu. Eu não sei se foi devido a pandemia que houve isso, mas eu acho que nunca teve essas orientações, não. [...] Nunca pararam para fazer isso [grupo para discutir a alimentação infantil]. (Encontro 3)*

### 5.1.3 Categoria 3: Respostas comportamentais e reflexões acerca das tecnologias educacionais

Esta categoria está composta pelas respostas comportamentais frente aos diferentes tipos de tecnologias educacionais, bem como pelas reflexões acerca da dinâmica para a utilização delas no cotidiano de mães e responsável por crianças menores de 2 anos de idade. Evidenciou-se que as participantes não tiveram contato com o álbum seriado e, ao ler o material, colocaram as seguintes observações.

*Talvez a preguiça de ler, né? Se a mãe tiver. (Encontro 3)*

*Mas aí tem a forma da imagem, né, porque a imagem representa tudo, porque é a visão, aí chama. (Encontro 3)*

*Às vezes, você nem quer ler, mas só o desenho chama a sua atenção. Aí bate a curiosidade de querer saber o que aquele desenho representa. (Encontro 3)*

O uso de um álbum seriado envolveria diferentes fatores, entre eles, um *layout/design* criativo e o tamanho do álbum seriado.

*Depende da imagem, se chamasse minha atenção, eu pararia [para ler]. (Encontro 3)*

*Eu acho que teria que ser muito colorido, bem assim chamando atenção. Tipo, de cara uma fruta, uma verdura, que demonstrasse alegria. (Encontro 3)*

*Acho que, quanto mais informação e menos folhas, melhor. (Encontro 3)*

Ao falar da cartilha educacional, observou-se que o grupo já teve contato com a ferramenta, porém o comportamento de ler a cartilha foi ineficiente.

*Eu já parei [para ler], porque era obrigatório. Eu tinha que ler mesmo. (Encontro 3)*

*Para ser sincera, eu mal leio, até porque o tempo nem dá. O tempo é pouco. (Encontro 3)*

Observa-se, no entanto, uma mudança de resposta de ineficiente para adaptativa, a partir de um novo estímulo, a maternidade, tratando-se de um material sobre alimentação na infância.

*Hoje, sim [leria uma cartilha]. (Encontro 3)*

*Pararia [para ler uma cartilha]. (Encontro 3)*

*Hoje, sim [leria uma cartilha]. (Encontro 3)*

Ao comparar as vantagens e as desvantagens entre a cartilha e o álbum seriado, o grupo optou pela cartilha educacional.

*O álbum seriado tem mais a questão da imagem. Mas, nessa questão, a cartilha está trazendo mais informações úteis. (Encontro 3)*

*É porque talvez com a imagem só, a gente não intérprete direito. (Encontro 3)*

Quanto aos jogos educacionais, não houve um consenso entre o grupo, havendo diferentes opiniões quanto à ferramenta discutida.

*Os jogos são mais atrativos. Você aprende jogando. Você vai tirar muita coisa do jogo. Mas o problema é tempo, para você estar ali parada jogando. (Encontro 3)*

*Eu não jogaria, não, porque não tenho como jogar. Não tenho tempo. Se eu tivesse tempo, jogaria. (Encontro 3)*

*Eu não ia jogar, não. É tão tal que não tenho um jogo no celular. (Encontro 3)*

*Eu não jogaria, não, porque realmente sou péssima de jogo. Eu não sei lidar com jogo. (Encontro 3)*

Ao serem questionadas sobre qual tipo de tecnologia optariam por usar, cartilha ou jogo, o grupo se posicionou a favor da cartilha.

*A cartilha. (Encontro 3)*

*Se você tiver um momento vago, você pega e lê. (Encontro 3)*

*Você pode até levar para outros ambientes na sua bolsa. (Encontro 3)*

*E gente que trabalha, para parar assim e ficar jogando, é difícil. (Encontro 3)*

O gibi educacional é um recurso que esteve presente na infância das mães e da responsável, tendo uma resposta comportamental adaptável devido aos diferentes recursos presentes nos gibis. No entanto, atualmente, relatam dificuldade de acesso.

*Eu gosto. Agora assim, antigamente se tinha mais. Hoje em dia, sei lá, quase não se encontra. (Encontro 3)*

*Até pela questão de ser ganhado nas escolas. (Encontro 3)*

*É questão de acesso, né, porque hoje em dia gibi está tão assim para encontrar. Antes a gente tinha mais acesso ao gibi, livros. Depois da internet, isso ficou tão assim. (Encontro 3)*

*Antigamente, a gente via [nos gibis] o jogo dos setes erros e ficava louca. (Encontro 3)*

*Tinha as cruzadinhas, né? Caça-palavras. (Encontro 3)*

*Isso ajudava muito. Até as crianças. Mas hoje as crianças só querem celular. (Encontro 3)*

*Infelizmente.* (Encontro 3)

Apesar de ser uma ferramenta atrativa, foi elencado um ponto que influenciou a escolha da cartilha em detrimento do gibi.

*Eu pararia [para ler], porque gosto muito de gibi.* (Encontro 3)

*Não sei, dependeria do momento, do tempo.* (Encontro 3)

*Para ser sincera, ultimamente, leitura, eu só estou lendo, porque tenho que dar aula.* (Encontro 3)

*Eu ainda queria ler com a criança, pertinho de mim, em voz alta, para ele escutar também.* (Encontro 3)

*Eu arrumaria um tempinho para ler.* (Encontro 3)

*Eu gosto muito de gibi.* (Encontro 3)

*Eu também gosto.* (Encontro 3)

*A gente se coloca naquela historinha.* (Encontro 3)

*O gibi é bom, porque os trechos são pequenininhos. Não é coisa extensa. Você pode usar outra pessoa da casa para fazer a outra fala, para se incluir dentro da história. Não fica uma coisa monótona, só sua.* (Encontro 3)

*Para a gente entender essa fonte de informação, a gente teria que ler essa história toda. E, na cartilha, a gente pode ir específico, em certos tópicos.* (Encontro 3)

O *podcast* é uma ferramenta que, apesar de ser conhecida para algumas participantes, não foi acessível para o grupo. No entanto, causou um efeito positivo nas mães e na responsável.

*Eu vi isso aqui em reportagem, alguma coisa. Mas eu não entendi direito.* (Encontro 3)

*Eu já ouvi falar, mas assim, acesso? Não.* (Encontro 3)

*Eu gostei desse [podcast], porque até com fone de ouvido, a gente poderia escutar. Eu mesma durante o dia passo o dia todinho escutando alguma coisa. Durante o dia, os padres. Aí tudo pelo fone de ouvido. Para mim, isso aqui estava ótimo.* (Encontro 3)

Notou-se a preocupação do grupo com o acesso ao *podcast*, já que a inclusão digital, apesar de ter avançado, ainda não contempla 100% da população.

*Para quem tem acesso ao celular, seria mais simples. (Encontro 3)*

*Já ia dificultar um pouco [não possuir um celular]. (Encontro 3)*

*Nem todo mundo tem internet. (Encontro 3)*

Outro empecilho encontrado pelo grupo foi a organização dos áudios, mas encontraram um meio de driblar essa dificuldade.

*Agora a cartilha a gente ia procurar a informação. E aqui a gente ia sair escutando áudio por áudio e adivinhar qual era a fala, era? (Encontro 3)*

*A minha está com 6 meses, eu teria que procurar qual a fase de 6 meses, eu teria que adivinhar, para poder escutar, em qual áudio era. (Encontro 3)*

*O bom da cartilha seria isso, se você tivesse alguma dúvida, iria lá. Esse, por mais que eu gostei, tem esse problema. (Encontro 3)*

*Ao mesmo tempo, ele se torna fácil e difícil. (Encontro 3)*

*A não ser que ele especificasse. O primeiro áudio 3 meses. (Encontro 3)*

*Agora assim, o bom dele é que poderia alcançar muitas pessoas, porque a gente poderia compartilhar. (Encontro 3)*

Outro fator desfavorável ao *podcast* foi a concentração necessária para compreender a informação, caso o uso fosse concomitante com a realização das atividades diárias, o que contribuiu para a escolha da cartilha.

*Para a gente entender, precisaria ouvir mais de uma vez. (Encontro 3)*

*Também tem aquela coisa, a mente da gente não ia se concentrar para estar ouvindo ali. A gente ia ter que ouvir o áudio umas duas vezes. E a gente não ia estar lavando os pratos e ficar concentrada ali. Ia ter que olhar o menino, que está na cama, para não cair. Ia ter que olhar onde os meus outros dois estão. Ia ter que voltar para escutar novamente. (Encontro 3)*

*Ainda fico com a cartilha. Apesar que gostei muito do podcast. (Encontro 3)*

*Eu também fico com a cartilha. (Encontro 3)*

A próxima tecnologia discutida foi o vídeo educacional, recurso presente na vida do grupo, porém há diferentes opiniões quanto ao uso dele e o tempo considerado adequado para manter a atenção do telespectador.

*Nesse tempo de pandemia, é o que a gente mais vê, porque a tarefa da minha [filha mais velha] é assim, geralmente as professoras mandam esses vídeos, aí a gente vê. (Encontro 3)*

*Às vezes é muito chato, porque é muito longo. Tem vídeo que tem 3 minutos e pouco, eu não assisto, não. Não vou mentir. (Encontro 3)*

*Eu acho [3 minutos de vídeo longo]. (Encontro 3)*

*Eu não acho, não [3 minutos de vídeo longo]. (Encontro 3)*

*3 minutos, eu não acho, não [vídeo longo]. (Encontro 3)*

*É porque assim, quando é uma coisa interessante, a gente se interessa mais. (Encontro 3)*

*Quando é algo interessante, pode ser mais tempo. (Encontro 3)*

*Quem mandar algum vídeo para mim e ser de 6 a 7 minutos acima, nem mande, porque eu não vejo. (Encontro 3)*

*Também não sou muito fã, não. (Encontro 3)*

Apesar de ser um recurso viável, a inclusão digital voltou a preocupar o grupo, quanto aos indivíduos que não possuem acesso às ferramentas necessárias para assistir a um vídeo, colaborando para a escolha da cartilha ao invés do vídeo.

*É interessante? É. Ajuda? Ajuda. Só que nem todo mundo tem acesso à internet. Porque assim, quem tem mais acesso à internet, é mais fácil de ter informação. Mas quem não tem informação, muitas vezes são pessoas que não têm acesso à internet. Então, como que a gente vai alcançar essas pessoas para dar essa informação, se elas não têm internet? Então, eu ainda continuo com a cartilha. (Encontro 3)*

*É porque assim, a nossa equipe [grupo] aqui tem acesso à internet. Quando temos dúvidas, a gente acessa a internet, que é um meio*

*interessante, sem dúvidas é sim. Mas e quem não tem, como seria? Vai para onde? (Encontro 3)*

*Minhas dúvidas são tiradas pela internet. (Encontro 3)*

*Embora a gente saiba que hoje em dia, o acesso à internet está alto. (Encontro 3)*

*Mas, infelizmente, nem todos têm, não. (Encontro 3)*

*É acessível, é bom, ajuda? Sim, para quem tem [acesso à internet]. (Encontro 3)*

*Não é todo mundo, não é toda família que tem celular, não é toda família que tem internet. (Encontro 3)*

*É por isso que continuo com a cartilha. (Encontro 3)*

O *website* educacional foi um recurso pouco atrativo para o grupo, além da dificuldade de manuseio e o acesso às ferramentas para utilizá-lo.

*Porque tem essa questão de acesso. Tem que ter esse acesso. Se não tiver, não vai ter [uso do website]. (Encontro 3)*

*E outra coisa, nem todo mundo sabe mexer na internet. Uma coisa é você olhar o WhatsApp, mas, quando passa para YouTube, passa para blog ou outra coisa, nem todo mundo sabe. Para ter isso aqui, tem que dar uma orientação para aquela pessoa de como mexer nisso aqui. (Encontro 3)*

*Já tem outras coisas por trás. Você não pode analisar apenas nós. É um contexto todo. (Encontro 3)*

O aplicativo (App) de celular está presente no dia a dia das mães e responsável, mas não como ferramenta de aprendizado. Apesar de apontada algumas dificuldades para o uso do aplicativo, como manutenção do interesse e memória, foi um recurso que animou o grupo.

*Eu usaria. Tem até um aplicativo para a gente quando é gestante, que vai acompanhando todos os meses. Eu usei esse aplicativo, depois me cansei. Mas usei. (Encontro 3)*

*Ter espaço no celular. (Encontro 3)*

*Entre o WhatsApp e o App? É o WhatsApp, pode ter certeza, porque é minha forma de trabalhar. (Encontro 3)*

*Eu ficaria com o aplicativo, porque mal uso o Instagram. (Encontro 3)*

*Ah, não! Eu ficaria com WhatsApp, porque aí eu uso realmente. (Encontro 3)*

*É porque o WhatsApp é um meio de comunicação. (Encontro 3)*

*Hoje em dia, a gente nem coloca mais crédito no celular. (Encontro 3)*

*Eu ainda continuo com a cartilha. (Encontro 3)*

*Mas não pode ser os dois, não? Não pode fazer os dois? (Encontro 3)*

*É porque assim, distribui a cartilha. Mas o aplicativo está lá para quem quiser. (Encontro 3)*

*Porque quem tem acesso à internet, vai utilizar o aplicativo. E quem não tem, usa a cartilha, para ficar acompanhando. (Encontro 3)*

*É, poderia ser os dois. (Encontro 3)*

Foi elencado, a partir do consenso do grupo, a seguinte ordem classificatória das ferramentas discutidas no 3º encontro.

*Primeira opção: cartilha.*

*Segunda opção: aplicativo.*

*Terceira opção: podcast.*

*Quarta opção: gibi.*

*Quinta opção: álbum seriado.*

*Sexta opção: vídeo.*

*Sétima opção: jogo.*

*Oitava opção: website.*

A cartilha educacional foi a ferramenta escolhida pelo grupo para ser construída nesse trabalho. No entanto, as voluntárias abordaram questões quanto à organização e ao conteúdo da cartilha e reforçaram a importância de encontros para discutir as informações apresentadas nela, além de uma parceria com APS do município.

*Trimestral [organização da cartilha]. (Encontro 3)*

*Preparo e também o cuidado [do/com o alimento]. (Encontro 3)*

*Porque às vezes o alimento a gente não sabe preparar, fica lá o negócio perdido. (Encontro 3)*

*Tem lá a papinha, vamos supor jerimum, que a gente faz. Mas será que a gente não poderia complementar alguma coisa naquela papinha, que seria mais útil também? (Encontro 3)*

*Eu, vou até dar uma sugestão, para mim, como seria trimestral, quando você [pesquisador] entregasse a cartilha, reuniria aquela equipe, poderia ser no PSF, dar uma orientação e depois entregaria aquela cartilha e todo mundo ficaria mais por dentro ainda. (Encontro 3)*

*Um meio da gente se encontrar seria numa palestra. (Encontro 3)*

*Isso, uma palestra trimestral. (Encontro 3)*

*Uma outra seria a entrega da cartilha. E essa cartilha, a gente vai tendo reunião e ia questionando o que você aprendeu. (Encontro 3)*

*Na primeira vez que a gente se sentou aqui [grupo focal], eu cheguei para ela [participante] e disse que gostei, devia pegar isso aqui, pegar mulheres, mães de primeira viagem, mães que já têm filhos, porque iriam conversar ali, iriam se encontrar ali naquele contexto. Eu disse a ela que deveria ter aqui [no município]. (Encontro 3)*

*Isso é importante [os encontros]. (Encontro 3)*

## **5.2 Construção da cartilha educacional**

A cartilha educacional<sup>2</sup> foi construída com o intuito de fornecer um material tanto para os pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade quanto para os enfermeiros utilizarem no dia a dia como fonte de informações. Na figura 5, observa-se a evolução da capa da cartilha. No lado esquerdo, encontra-se a primeira versão da capa, porém, por não contemplar as diferentes conformações de família e nem a miscigenação encontrada no território brasileiro, foi substituída pela versão do lado direito.

A primeira sessão da cartilha educacional discute os princípios para uma alimentação complementar saudável, nos quais é possível visualizar os principais fundamentos, os valores e os preceitos que potencializam a alimentação infantil adequada para a faixa etária em estudo

---

<sup>2</sup> As imagens utilizadas para ilustrar o conteúdo da cartilha foram extraídas do Google Imagens. Exceto a ilustração da versão final da capa da cartilha, que foi criada por Igor Costa especificamente para esta pesquisa.

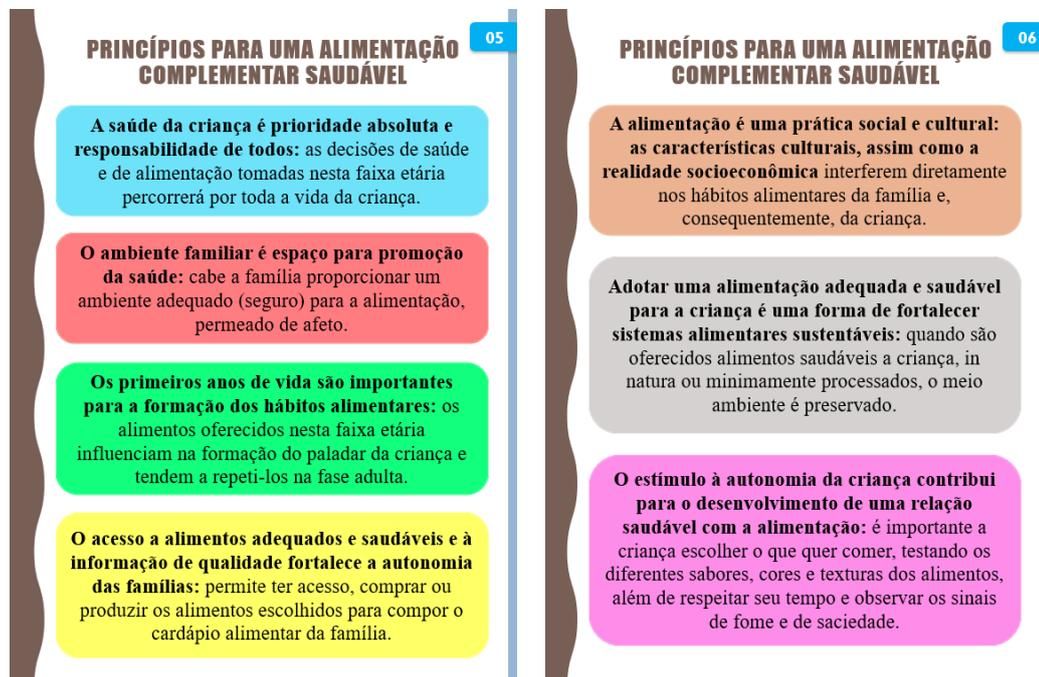
(figura 6). Na segunda sessão, são resgatados, brevemente, os aspectos do aleitamento materno, dada a recomendação de que deve ser mantido até os 2 anos de idade ou mais (figura 7).

**Figura 5** - Evolução da capa da cartilha educacional. Recife - PE, 2021.



Fonte: O autor (2021).

**Figura 6** - Princípios para uma alimentação complementar saudável. Recife - PE, 2021.



Fonte: O autor (2021).

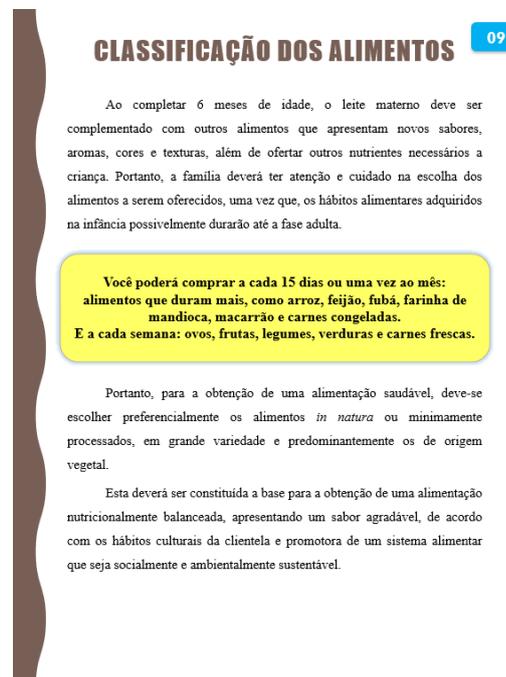
**Figura 7 - Aleitamento materno. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

Na terceira sessão, é introduzida a classificação dos alimentos, além de serem oferecidas recomendações quanto à compra dos alimentos e um reforço sobre a importância da prevalência de alimentos *in natura* ou minimamente processados na dieta da criança (figura 8).

**Figura 8 - Contextualização da classificação dos alimentos. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

Na figura 9, é possível contemplar a descrição e os exemplos de alimentos *in natura* ou minimamente processados, bem como os ingredientes culinários processados que devem ser utilizados com moderação na alimentação infantil. Na figura 10, encontram-se os alimentos processados e os ultraprocessados que são contraindicados para crianças menores de 2 anos.

**Figura 9 - Alimentos saudáveis e ingredientes culinários processados. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

**Figura 10 - Alimentos processados e ultraprocessados. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

Para finalizar a terceira sessão, são ilustrados alimentos em diferentes estados de processamento (figura 11). A quarta sessão da cartilha contempla as 10 categorias que compõem a classe de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Na figura 12, encontram-se os grupos dos feijões e dos cereais.

**Figura 11 - Processamento dos alimentos. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

**Figura 12 - Grupos dos feijões e dos cereais. Recife - PE, 2021.**

### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS

 15

Os alimentos *in natura* ou minimamente processados estão subdivididos em dez grupos alimentares de acordo com a predominância dos nutrientes em:

#### 1. Grupo dos feijões (leguminosas)

**Alimentos que compõe o grupo:** feijão (branco, carioca, feijão-de-corda, feijão-fava, fradinho, jalorexo, mulatinho, preto, rajado, roxinho, vermelho), ervilha, grão-de-bico, soja e lentilha.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** proteínas, fibras, ferro, zinco e vitaminas do complexo B.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** as crianças a partir dos seis meses, poderá consumir todos os alimentos desse grupo, porém, é importante observar a consistência desses alimentos. Inicialmente deverá ser oferecido sob a forma de caldo, purê ou amassado, somente quando bem tolerado é que poderá ser oferecido os grãos inteiro e bem cozidos, sem haver a necessidade de amassar. Para evitar a presença de gases, é recomendado deixar o feijão de molho entre 8 e 12 horas antes de cozinhar e desprezar essa água em que ele ficou de molho.



### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS

 16

#### 2. Grupo dos cereais

**Alimentos que compõe o grupo:** arroz, arroz integral, aveia, centeio, milho, trigo, trigoilho (trigo para quibe), fubá, flocos de milho "flocão", amido de milho, farinha de trigo, e massas frescas ou secas, refinadas ou integrais, feitas de cereais.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** carboidratos, fibras, minerais e vitaminas.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** atenção, os cereais são de preparo rápido e fácil, necessitando, de cuidado durante seu preparo. O pão caseiro pode ser uma alternativa a ser oferecida durante o lanche.

**Observações:** pipoca de milho não deve ser oferecida a criança menor de 2 anos por conta do risco de engasgo e sufocamento.



Fonte: O autor (2021).

Na figura 13, encontra-se a representação dos grupos das raízes e tubérculos e dos legumes e verduras, enquanto, na figura 14, observam-se os grupos das frutas e das carnes. Ambas contendo exemplos de alimentos de cada grupo, nutrientes encontrados e cuidados com o preparo e oferta para criança.

**Figura 13 - Grupos das raízes, dos tubérculos, dos legumes e das verduras. Recife - PE, 2021.**

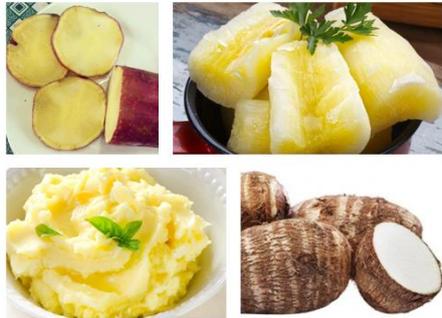
### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS 17

**3. Grupo das raízes e tubérculos**

**Alimentos que compõe o grupo:** batata-baroa (mandioquinha, batata-salsa ou cenourinha-amarela), batata-doce, batata-inglesa, cará, inhame, mandioca (aipim ou macaxeira), farinha de mandioca, fécula de batata, polvilho e outras farinhas feitas das raízes e tubérculos.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** carboidratos, fibras, vitaminas e minerais.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** podem ser cozidos e oferecidos em forma de purês, amassados, em pedaços, massas caseiras e em farofas. Eles podem ser ofertados durante as refeições de acordo com o costume da família e da região.



### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS 18

**4. Grupo dos legumes e verduras**

**Alimentos que compõe o grupo:**

**Legumes:** abóbora (ou jerimum), abobrinha, berinjela, beterraba, cenoura, chuchu, maxixe, pepino, pimentão, quiabo, tomate e vagem.

**Verduras:** acelga, agrião, alface, brócolis, cebola, chicória, couve, couve-flor, espinafre, jambu, mostarda, repolho.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** vitaminas, minerais e fibras.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** as crianças devem comer todos esses alimentos de forma variada e diariamente, porém é necessário, uma adequada higienização e um correto armazenamento desses alimentos. Podem ser oferecidos de diferentes formas: crus, ralados, cozidos ou em tirinhas, a depender da idade e da aceitação da criança. Sendo a vapor, a melhor maneira de preparar, pois, além de preservar seus nutrientes, a cor e o sabor também são preservados.

**Observações:** as preparações com verduras e legumes devem ser oferecidas para toda a família, uma vez que, a criança perceberá se as pessoas estão consumindo ou não, e dessa forma passará a imitá-los.



Fonte: O autor (2021).

**Figura 14 - Grupos das frutas e das carnes. Recife - PE, 2021.**

### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS 19

**5. Grupo das frutas**

**Alimentos que compõe o grupo:** abacate, abacaxi, açaí, acerola, ameixa, amora, araçá, banana, cajá, caju, caqui, carambola, cereja, cupuaçu, goiaba, graviola, jabuticaba, jaca, jenipapo, laranja, tangerina (ou bergamota, mexericá), lima, maçã, mangaba, mamão, maracujá, melancia, melão, morango, pequi, pera, pêssego, pitanga, romã, umbu, uva, entre outras.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** vitaminas, minerais, fibras e água.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** as frutas podem ser oferecidas raspadas, amassadas ou em pedaços, a depender da idade e da aceitação da criança. Frutas muito pequenas ou com caroços podem provocar engasgo, sendo recomendado que sejam retiradas essas sementes. As crianças devem ser incentivadas a comer várias frutas de forma variada e diariamente, porém é necessário, uma adequada higienização e um correto armazenamento desses alimentos.



### CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS 20

**6. Grupo das carnes**

**Alimentos que compõe o grupo:** todos os alimentos de origem animal, faz parte desse grupo, tais como: carne bovina (boi), suína (porco) que deverá ser oferecida com restrições, tendo em vista o risco de contaminação e por ser muito gordurosa, cabrito, cordeiro, búfalo, aves, coelho, pescados, frutos do mar, ovos de galinha e de outras aves. Também inclui as vísceras ou miúdos de animais (fígado de boi e de aves, estômago ou bucho, tripa, moela de frango) e outras partes internas de animais. O fígado contém muito ferro e vitamina A. A gema do ovo tem que ser introduzida aos poucos.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** proteína, gordura, ferro, zinco e vitamina B12.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** a carne crua ou malpassada não deve ser oferecidas as crianças. Recomenda-se que a carne seja cozida, refogada ou ensopada, pois fica úmida e mais fácil de cortar, facilitando a aceitação da criança. ao ofertar peixe, é importante está atento as espinhas. A consistência vai depender da aceitação da criança, de preferência deverá ser oferecida: moída, desfiada, cortadas em pedaços pequenos e bem cozidas e em relação ao tipo de preparação culinária deverá ser de preferência cozida e guisada.



Fonte: O autor (2021).

Na figura 15, notam-se as características e os benefícios dos grupos do leite e dos queijos, bem como dos amendoins, das castanhas e das nozes. Na figura 16, encontram-se os condimentos naturais e a água, elementos que devem estar presentes na rotina alimentar da criança.

**Figura 15 - Grupos do leite, dos queijos, do amendoim, das castanhas e das nozes. Recife - PE, 2021.**

**CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS** 21

**7. Grupo do leite e queijos**

**Alimentos que compõe o grupo:** leite materno, leite de outros animais e seus derivados tais como: coalhadas, iogurtes naturais sem açúcar, iogurtes naturais e queijos.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** proteína, cálcio, gordura e vitamina A.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** para as crianças que estão sendo amamentadas não há necessidade de oferecer leite de vaca ou de outros animais e nem fórmulas infantis. Os derivados do leite podem ser utilizados como ingredientes durante o preparo de receitas.



**CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS** 22

**8. Grupo do amendoim, castanhas e nozes**

**Alimentos que compõe o grupo:** minerais, vitaminas, fibras, gorduras saudáveis e substâncias antioxidantes que previnem doenças.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** proteína, cálcio, gordura e vitamina A.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** esses alimentos apresentam uma consistência dura, e desta forma podem causar engasgo e sufocamento. Portanto não deverá ser oferecido inteiro a criança, apenas bem triturados ou bem picados, e preferencialmente, devem ser utilizados como ingredientes nas preparação de receitas, principalmente nas vitaminas.



Fonte: O autor (2021).

**Figura 16 - Grupos dos condimentos, das especiarias naturais e da água. Recife - PE, 2021.**

**CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS** 23

**9. Condimentos naturais, especiarias e ervas frescas e secas**

**Alimentos que compõe o grupo:** alecrim, açafrão-da-terra (cúrcuma), canela, cebolinha, cheiro-verde, chicória-do-pará, coentro, cominho, cravo, gengibre, louro, manjerição, orégano, pimentas de diversos tipos, salsa, sálvia e tomilho.

**Principais nutrientes encontrados nesses alimentos:** minerais, vitaminas, fibras, gorduras saudáveis e substâncias antioxidantes que previnem doenças.

**Cuidados quanto ao preparo e oferta desses alimentos:** os alimentos que compõe esse grupo, deverão ser consumidos em pequenas quantidades, principalmente os que apresentam sabor picante e/ou com sabor fortes. Sua utilização se dar mais nas preparações culinárias para realçar o sabor dos alimentos.



**CONHECENDO OS ALIMENTOS SAUDÁVEIS** 24

**10. Água**

A água é um nutriente fundamental no nosso organismo, pois corresponde a 60% ou 75% do peso do nosso corpo. As principais funções da água no nosso organismo são:

- ajudar no bom funcionamento dos rins, coração, intestinos, estômago, fígado e músculos;
- auxiliar na digestão, absorção e excreção;
- regular a temperatura do corpo;
- dissolver os nutrientes vindos da alimentação;
- transportar os nutrientes do intestino para o sangue.

Por isso, devemos ingerir bastante água durante o dia, principalmente quando está fazendo muito calor.

Portanto, é importante oferecer as crianças após os 6 meses de idade, um pouco de água no intervalo entre as refeições. Deixar um copo ou garrafinha com água tampada em local acessível para criança. Em lugares que a temperatura está muito quente, a necessidade de água será maior.

**Tratamento da água:** em locais onde não há tratamento de água, ela deverá ser filtrada e tratada com solução de hipoclorito de sódio a 2,5%: misturar 2 gotas da solução de hipoclorito para cada 1 litro de água e aguardar 30 minutos (ou conforme as orientações do rótulo). Usar a água num período de 24 horas. Na falta do hipoclorito, filtrar e ferver a água por 5 minutos antes de beber ou usar (os 5 minutos devem ser contados após aparecerem as primeiras bolhas da fervura).



Fonte: O autor (2021).

A quinta sessão da cartilha discorre sobre os alimentos ricos em ferro e vitamina A, micronutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento adequado infantil (figura 17). Na sexta sessão, comenta-se acerca de recomendações importantes para uma melhor aceitação do alimento complementar pela criança (figuras 18 e 19).

**Figura 17 - Alimentos com ferro e vitamina A. Recife - PE, 2021.**

**ALIMENTOS COM FERRO E VITAMINA A** 25

É importante ter todo cuidado em relação a alimentação das crianças menores de 2 anos de idade, pois não pode faltar o ferro e a vitamina A, uma vez que, esses nutrientes são essenciais, ou seja, indispensáveis.

A falta de ferro poderá causar a anemia que irá interferir negativamente no desenvolvimento e na capacidade de aprendizagem da criança. Enquanto a deficiência de vitamina A aumenta o risco para o aparecimento de infecções, além de trazer problemas na visão, podendo até levar a criança a ficar cega. Deste modo, é importante incorporar nas refeições das crianças, alimentos que contêm esses nutrientes.

**Alimentos ricos em ferro:** carnes; feijão; fígado; ovo; verduras de cor verde-escuro, como espinafre, couve folha, caruru, chicória, jambu.



Para que o ferro seja melhor absorvido na alimentação, recomenda-se que o consumo de alimentos ricos em ferro, principalmente os de origem animal seja acompanhado de alimentos ricos em vitamina C como laranja, abacaxi, acerola, goiaba, manga, caju, limão, mamão, tangerina, entre outras.

**ALIMENTOS COM FERRO E VITAMINA A** 26

**Alimentos ricos em vitamina A:** fígado; ovo; legumes de cor alaranjada, como abóbora (jerimum, abobrinha), cenoura; verduras de cor verde-escuro, como couve, taioba, chicória, espinafre; e algumas frutas, como mamão e manga.




Crianças entre 6 meses a 2 anos de idade, apresentam risco elevado de apresentar deficiência de ferro e vitamina A e ter necessidade de receber suplementação de forma medicamentosa desses nutrientes. Porém, para que seja seguro o uso desses suplementos, será necessário procurar um profissional de saúde na Unidade Básica de Saúde para que a criança seja avaliada pelo profissional e incluída nos programas de suplementação do Ministério da Saúde, se de fato houver necessidade.

Fonte: O autor (2021).

**Figura 18 - Dicas para aceitação do alimento complementar (parte 1). Recife - PE, 2021.**

**RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA UMA MELHOR ACEITAÇÃO DO ALIMENTO COMPLEMENTAR PELA CRIANÇA** 27

Manter um ambiente confortável, acolhedor é fundamental.

Presença de um cuidador afetuoso durante a alimentação da criança. Ele conseguirá perceber a mensagem emitida pela criança, que pode se dar através da emissão de sons com a boca, choro, risadas, movimentos das mãos, cabeça ou corpo. Esses sinais podem ser usados para indicar que a criança está com fome, sendo necessário está atento aos sinais de fome.

O cuidador, também terá condições de perceber os sinais relacionados à saciedade: a criança poderá largar o peito após a mamada, virar o rosto ou não abrir mais a boca para uma refeição. Cabe ao cuidador entender que a criança chegou ao limite, devendo responder a criança de forma carinhosa e respeitosa, não devendo forçá-la a continuar a comer contra sua vontade.

**RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA UMA MELHOR ACEITAÇÃO DO ALIMENTO COMPLEMENTAR PELA CRIANÇA** 28

É muito importante que todos os membros da família participem ativamente desse processo, incentivando e consumindo os alimentos que estão sendo oferecidos nesse momento. Desta forma, permitirá a criança associar a alimentação a um momento de prazer.

**Atenção para essa informação:** nunca apresse a criança e nem a chantageei ou a puna para que ela coma toda comida. Isso poderá influenciar no desenvolvimento de respostas ineficientes devido a conotação negativa que poderá se formar diante da alimentação.

**Lembre-se que:**  
A forma de cuidar e de oferecer a refeição a criança, poderá ajudar ou dificultar o aprendizado nas questões relacionadas a alimentação.

Fonte: O autor (2021).

**Figura 19** - Dicas para aceitação do alimento complementar (parte 2). Recife - PE, 2021.

**29**

**RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA UMA MELHOR ACEITAÇÃO DO ALIMENTO COMPLEMENTAR PELA CRIANÇA**

**Portanto, nunca esqueça que, o enfermeiro, a nutricionista, e os demais profissionais de saúde, sempre estão disponíveis para tirar suas dúvidas e ajudá-lo durante esse processo de introdução de outros alimentos na vida das crianças, contribuindo assim, para uma melhor obtenção de uma resposta adaptativa nesse momento.**



Torne o momento da refeição em família prazeroso!

Fonte: O autor (2021).

Na figura 20, encontram-se recomendações comportamentais para favorecer uma resposta adaptável pela criança ao processo de alimentação complementar.

**Figura 20** - Recomendações comportamentais para favorecer a adaptação da criança à alimentação complementar. Recife - PE, 2021.

**30**

**RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA UMA MELHOR ACEITAÇÃO DO ALIMENTO COMPLEMENTAR PELA CRIANÇA**

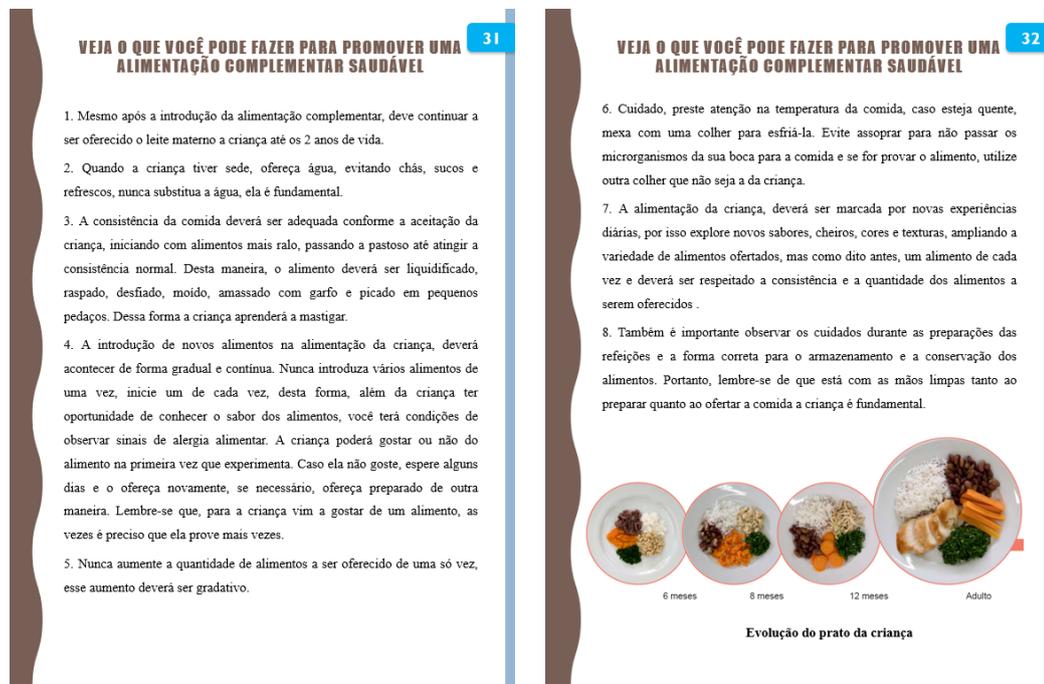
Para facilitar, durante a alimentação da criança nesse momento de adaptação, para uma melhor aceitação do alimento complementar é importante que você siga as orientações abaixo:

		
Estimule a criança:	Evite atitudes como:	Evite dizer frases do tipo:
Comer junto da família, fazendo um prato somente para ela.	Forçar a criança a comer.	“Se raspar o prato todo, vai ganhar sobremesa!”
Deixando-a livre para segurar os alimentos e os utensílios.	Oferecer atrativos como: TV, celular, tablet enquanto a criança come.	“Vou ficar tão triste se você não comer!”
Procure variar as formas de apresentação da comida. Pratos bonitos, coloridos, cheirosos e saborosos estimula a criança a comer.	Utilizar aparelhos eletrônicos enquanto oferece comida à criança.	“Se você não comer, não vai brincar!”
Durante a refeição, interaja sempre com a criança, dizendo o nome dos alimentos que ela está comendo.	Alimentar a criança enquanto ela anda e brinca pela casa.	“Por favor, só mais uma colherzinha!”
É importante dedicar tempo e paciência durante o momento de refeição da criança.	Esconder alimentos que a criança não gosta em preparações.	
Sempre elogie a criança pelo consumo dos alimentos durante as refeições.		

Fonte: O autor (2021).

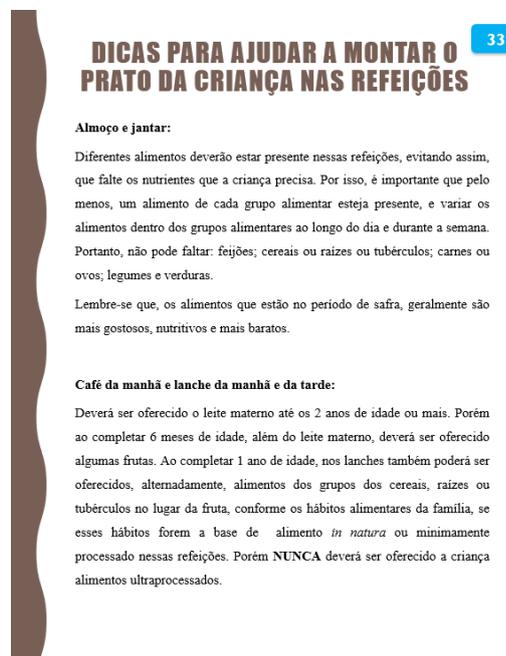
Na sétima sessão da cartilha, são discutidos os principais cuidados que os cuidadores de crianças menores de 2 anos devem adotar para que haja êxito na alimentação complementar (figura 21). A oitava sessão trata-se da distribuição dos alimentos nas refeições (figura 22).

**Figura 21 - Cuidados para promover uma alimentação complementar saudável. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

**Figura 22 - Distribuição dos alimentos nas refeições. Recife - PE, 2021.**



Fonte: O autor (2021).

A nona e última sessão cartilha foi formada por exemplos de cardápios para cada fase do desenvolvimento infantil e rotina alimentar progressa. Nas figuras 23 e 24, encontram-se os cardápios para as crianças que vivenciaram o AME até os 6 meses de idade.

**Figura 23 - Cardápios para crianças em AME (dos 6 aos 11 meses).** Recife - PE, 2021.

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 34

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Com base nas recomendações do guia alimentar para crianças brasileiras do Ministério da Saúde, estão disponibilizados abaixo, alguns exemplos de cardápios a serem oferecidos a criança, conforme a idade e o tipo de alimentação consumida pela criança. Não esqueça que a consistência da comida deverá estar adequada a aceitação da criança, iniciando com alimentos mais ralo, passando a pastoso até atingir a consistência normal.

**Nota:** Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.

**ATENÇÃO:** oferecer água ao longo do dia para a criança.

A partir dos 6 meses de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	Cafê da manhã - leite materno.
	Lanche da manhã - fruta e leite materno.
	Almoço.
	É recomendado que o prato da criança tenha:
	- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;
	- 1 alimento do grupo dos feijões;
	- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;
	- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.
	Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.
	Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.
Quantidade aproximada - 2 a 3 colheres de sopa no total.	
Lanche da tarde - fruta e leite materno.	
Jantar - leite materno.	
Antes de dormir - leite materno.	

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 35

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Entre 7 e 8 meses de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	Cafê da manhã - leite materno.
	Lanche da manhã e da tarde - fruta e leite materno.
	Almoço e jantar.
	É recomendado que o prato da criança tenha:
	- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;
	- 1 alimento do grupo dos feijões;
	- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;
	- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.
	Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.
	Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.
Quantidade aproximada - 3 a 4 colheres de sopa no total.	
Antes de dormir - leite materno.	

Entre 9 e 11 meses de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	Cafê da manhã - leite materno.
	Lanche da manhã e da tarde - fruta e leite materno.
	Almoço e jantar.
	É recomendado que o prato da criança tenha:
	- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;
	- 1 alimento do grupo dos feijões;
	- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;
	- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.
	Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.
	Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.
Quantidade aproximada - 4 a 5 colheres de sopa no total.	
Antes de dormir - leite materno.	

Fonte: O autor (2021).

**Figura 24 - Cardápios para crianças em AME (de 1 a 2 anos).** Recife - PE, 2021.

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 36

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Entre 1 e 2 anos de idade	
O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.	Cafê da manhã
	- Fruta e leite materno OU
	- Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) OU
	- Raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame) e leite materno.
	Lanche da manhã - fruta e leite materno.
	Almoço e jantar.
	É recomendado que o prato da criança tenha:
	- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;
	- 1 alimento do grupo dos feijões;
	- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.	
Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.	
Quantidade aproximada - 5 a 6 colheres de sopa no total.	
Lanche da tarde.	
- Leite materno e fruta OU	
- Leite materno e cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame).	
Antes de dormir - leite materno.	

Fonte: O autor (2021).

Na figura 25, vê-se as sugestões de cardápios para crianças que utilizaram a fórmula infantil. Já na figura 26, constatam-se os cardápios para as que usaram leite de vaca modificado, sendo recomendada a introdução da alimentação complementar aos 4 meses de idade.

**Figura 25 - Cardápios para crianças que recebem fórmula infantil. Recife - PE, 2021.**

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 37

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA QUE RECEBE FÓRMULA INFANTIL**

Nota: Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas. **ATENÇÃO:** oferecer água ao longo do dia para a criança é fundamental, para que a criança não venha a desidratar.

**Aos 6 meses de idade**

Café da manhã - fórmula infantil.  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 2 a 3 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde - fórmula infantil e fruta.  
Entre o lanche e a ceia - fórmula infantil.  
Ceia - fórmula infantil.

**Entre 7 e 8 meses de idade**

Café da manhã - fórmula infantil.  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 3 a 4 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde - fórmula infantil e fruta.  
Jantar - igual ao almoço.  
Ceia - fórmula infantil.

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 38

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA QUE RECEBE FÓRMULA INFANTIL**

**Entre 9 e 11 meses de idade**

Café da manhã - leite de vaca integral.  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 4 a 5 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde - leite de vaca integral e fruta.  
Jantar - igual ao almoço.  
Ceia - leite de vaca integral.

**Entre 1 e 2 anos de idade**

Café da manhã.  
- Leite de vaca integral e fruta OU  
- Leite de vaca integral e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame).  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 5 a 6 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde.  
- Leite de vaca integral e fruta OU  
- Leite de vaca integral e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame).  
Jantar - igual ao almoço.  
Ceia - leite de vaca integral.

Fonte: O autor (2021).

**Figura 26 - Cardápios para crianças que recebem leite de vaca modificado. Recife - PE, 2021.**

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 39

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA QUE RECEBE LEITE DE VACA MODIFICADO**

Nota: Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas. **ATENÇÃO:** oferecer água ao longo do dia para a criança é fundamental, para que a criança não venha a desidratar.

**Aos 4 meses de idade**

Café da manhã - leite de vaca integral.  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 2 a 3 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde - leite de vaca integral e fruta.  
Jantar - leite de vaca integral.  
Ceia - leite de vaca integral.

**Entre 5 e 11 meses de idade**

Café da manhã - leite de vaca integral.  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Atenção, ofereça somente a gema e a quantidade deverá ser aumentada aos poucos. Inicie com ¼ de preferência, por uma a duas semanas e assim vai aumentando até atingir a gema inteira.  
Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada entre 5 e 6 meses - 2 a 3 colheres de sopa no total.  
Quantidade aproximada entre 7 e 8 meses - 3 a 4 colheres de sopa no total.  
Quantidade aproximada entre 9 e 11 meses - 4 a 5 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde - leite de vaca integral e fruta.  
Jantar - igual ao almoço.  
Ceia - leite de vaca integral.

### RECOMENDAÇÕES DE CARDÁPIOS 40

**CARDÁPIOS DE CRIANÇA QUE LEITE DE VACA MODIFICADO**

**Entre 1 e 2 anos de idade**

Café da manhã.  
- Leite de vaca integral e fruta OU  
- Leite de vaca integral e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame).  
Lanche da manhã - fruta.  
Almoço.  
É recomendado que o prato da criança tenha:  
- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;  
- 1 alimento do grupo dos feijões;  
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;  
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.  
Junto à refeição, pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.  
Quantidade aproximada - 5 a 6 colheres de sopa no total.  
Lanche da tarde.  
- Leite de vaca integral e fruta OU  
- Leite de vaca integral e cereal (pães caseiros pães processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata doce, inhame).  
Jantar - igual ao almoço.  
Ceia - leite de vaca integral.

Fonte: O autor (2021).

## 6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento da cartilha educacional acerca da alimentação complementar saudável de crianças menores de 2 anos seguiu o rigor metodológico característico deste tipo de estudo. Além disso, foi utilizada a técnica de coleta de dados de grupo focal para permitir a participação ativa de pais e/ou responsáveis por essas crianças na escolha do tipo de tecnologia a ser construída, bem como dos elementos que a iriam compor. Salienta-se que os encontros aconteceram à luz da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy e que a cartilha buscou reconhecer as vivências e as dúvidas do público-alvo, além de associar o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil no que concerne à temática em tela. Torna-se, deste modo, um recurso didático-pedagógico a ser utilizado tanto nas ações educativas realizadas pelo enfermeiro e demais profissionais quanto pelos pais e responsáveis para consulta e esclarecimento de dúvidas.

Ao observar as características socioeconômicas das participantes do grupo focal, nota-se que a renda mensal varia de menos de um salário-mínimo até dois (valor do salário-mínimo em 2021: R\$ 1.100,00). Tal cenário influencia negativamente a qualidade de vida e, consequentemente, o estado de saúde dos indivíduos, pois se constata que as classes sociais menos favorecidas economicamente possuem um consumo alimentar inadequado, demarcado, principalmente, por alimentos industrializados e com alto valor energético ao invés de nutritivo, além de ter um consumo baixo e monótono de frutas, legumes e verduras. Vale ressaltar que, além do fator econômico, a composição do cardápio também recebe influência social e cultural. Um estudo realizado no Brasil, que avaliou a aquisição de alimentos em 55.970 domicílios, indicou a necessidade dos brasileiros realizarem um maior investimento em alimentos saudáveis, mas reconheceu que este investimento nas classes sociais populares comprometeria quase que toda a sua renda, sendo inviável devido às demais despesas mensais (BORGES *et al.*, 2015). Em outro estudo, constatou-se que o Brasil vivenciou uma taxa de IAN de 22,6%, sendo a prevalência no Nordeste de 38,1%. Esse cenário é influenciado pela vulnerabilidade social experienciada pelos brasileiros, uma vez que o país possui uma estrutura econômica-social demarcada por desigualdade na distribuição de renda. Esse estado de exclusão social leva à aquisição de alimentos impróprios, tendo como consequência o aumento da IAN (BEZERRA *et al.*, 2020).

Observa-se, neste estudo, que, das cinco participantes, apenas uma ingressou e concluiu o Ensino Superior, enquanto as demais concluíram o Ensino Fundamental e/ou Médio. A escolaridade do cuidador é classificada como um fator preditor socioeconômico na alimentação

infantil, em razão de haver evidências quanto à relação da escolaridade com a qualidade do alimento ofertado à criança, porque se constata que, quanto maior for a escolaridade do cuidador, melhor é a qualidade do cardápio. Foi atestado que a alimentação infantil, no Brasil, é escassa em frutas, legumes e verduras, dando-se preferência para os alimentos industrializados e de fácil e rápido preparo, como os biscoitos, as bebidas açucaradas, o macarrão instantâneo, dentre outros, e sua correlação direta com a escolaridade do cuidador (SPARRENBURGER *et al.*, 2015). Neste estudo, nota-se a existência do cuidado das mães e da responsável com a alimentação da criança, uma vez que, apesar de já terem tido contato com o açúcar, o cardápio é composto majoritariamente pelo leite materno e/ou artificial e a comida caseira da família, como recomendado pelo Ministério da Saúde. Salienta-se que essa exposição ao açúcar é contemplada no ENANI 2019, que indicou que a prevalência de exposição ao açúcar entre crianças de 6 a 23 meses de idade para o Brasil foi de 68,4%, estando o Nordeste em terceiro lugar, com a taxa de 66,3%, abaixo do Sudeste (73,7%) e do Norte (70,7%) (UFRJ, 2021).

Giesta *et al.* (2019) atestam que mães de baixa renda, baixa escolaridade e múltiplas introduzem, precocemente, a alimentação complementar, bem como os alimentos processados e ultraprocessados em quantidade significativa. Porém, constata-se, neste trabalho, a oferta de frutas, verduras, legumes, tubérculos, raízes, além do tradicional cuscuz nordestino às crianças. Vale salientar que esta diferença pode estar relacionada ao cenário no qual aconteceu a pesquisa, já que o município conta com uma área rural abundante e que é utilizada para a agricultura, gerando produtos naturais e com preços acessíveis para os moradores da zona urbana. Além das práticas de doação e trocas de alimentos, apesar de elas estarem mais restritas, devido ao capitalismo. O enfermeiro deve incentivar a oferta de alimentos regionais, pois eles costumam ser de acesso fácil, tendo um preço acessível e com um valor nutritivo adequado para assegurar o DHAA. Salienta-se que, ao valorizar o alimento regional, o cuidador terá opções de alimentos para ofertar a criança, contribuindo para a adoção de hábitos alimentares compatíveis com a cultura na qual está inserida, além de proporcionar a SAN e, consequentemente, combater a IAN. Deste modo, é importante que os cuidadores adotem também o alimento regional em sua rotina alimentar, pois a discrepância no cardápio da família pode levar a criança a recusar o alimento oferecido, ao perceber que ele não é consumido pelas demais pessoas que o cercam. Tal situação contraria o recomendado pelo Ministério da Saúde, que incentiva que a criança participe das refeições em família, elemento imprescindível para que ela se adapte ao alimento complementar oferecido (ROY; ANDREWS, 2001; MARTINS *et al.*, 2015; BRASIL, 2019).

O Brasil passou por mudanças sociais, nas últimas décadas, que repercutiram na modificação dos hábitos alimentares da população, em especial, na diminuição do consumo do alimento caseiro e no aumento de alimentos processados e ultraprocessados. O ENANI 2019 evidenciou que a prevalência da introdução de alimentos complementares *in natura* ou minimamente processados entre crianças de 6 e 8 meses de idade no Brasil foi de 84,5%, enquanto o Nordeste apresentou taxa de 80,1%, estando a frente apenas do Norte (73,8%), que ocupou a quinta posição no ranking das macrorregiões brasileiras. Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 6 e 23 meses de idade, a taxa de prevalência no Brasil foi de 80,5%, estando o Nordeste em segundo lugar, com taxa de 82%, perdendo apenas para o Norte, que apresentou taxa de 84,5%. Destaca-se que a inserção da mulher no mercado de trabalho e as diferentes conformações de família também interferem na dinâmica familiar e alimentar dos envolvidos. Esse contexto tem contribuído para a introdução precoce da alimentação complementar, com alimentos inadequados para a faixa etária (GIESTA *et al.*, 2019; UFRJ, 2021), além do desmame antecipado do aleitamento materno, por diferentes motivos, dentre eles a recusa da criança, a dificuldade em amamentar, a “ausência de leite”, ou pelo retorno às atividades profissionais como visto no grupo focal.

Os pais e/ou os responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade devem ter uma atenção especial ao alimento ofertado nesta faixa etária, pois os hábitos adquiridos na infância costumam se estender até a fase adulta. Além disso, têm-se observado o aumento das DCNT na infância. A escolha dos alimentos deve ser uma parceria entre o adulto e a criança, na qual cada agente tem seu papel. Cabe ao adulto optar por alimentos *in natura* ou minimamente processados, em especial, os prevalentes em sua região, e ofertá-lo à criança, que deverá ter a liberdade para escolher o alimento de acordo com o seu gosto dentre os oferecidos (BRASIL, 2019). Observa-se o receio das mães em ofertar os alimentos, no entanto é importante que a criança vivencie o ato de comer e de experimentar os alimentos, suas texturas, suas cores e seus sabores. O adulto deve fornecer a liberdade, mas manter-se vigilante para evitar acidentes como o engasgo.

Essa fase do desenvolvimento, os primeiros anos de vida, é imprescindível para um crescimento e desenvolvimento adequados, que estão relacionados a características intrínsecas da criança, mas também engloba aspectos do meio social no qual ela está inserida. Uma boa alimentação não se restringe apenas à oferta de alimentos nutritivos, é importante que as refeições sejam realizadas em família, permeadas por afeto e por amor (BRASIL, 2019). Durante o grupo focal, notou-se que a alimentação, geralmente, acontece em diferentes cômodos da casa e que há diferentes pessoas responsáveis por alimentar a criança além dos

pais, como avós e tias. Destaca-se que é incomum realizar a refeição em família devido à rotina cotidiana. Deste modo, é necessário sensibilizar os responsáveis da importância de se criar uma rotina alimentar com todos que compõe a rede social da criança, pois, além de inseri-la na rotina de alimentação da família, colabora para uma melhor resposta aos alimentos ofertados e estimula o seu crescimento e desenvolvimento.

A rotina dos cuidadores da criança influencia na qualidade da alimentação oferecida, bem como na troca de informações entre os pares. Apesar de terem o conhecimento de que certos alimentos não são adequados para a faixa etária da criança, a praticidade, as recomendações de outros, a ausência de tempo e os relatos “benéficos” fazem com que as mães e responsável ofereçam alimentos processados e ultraprocessados à criança. Observa-se que os cuidadores estão atentos às informações vinculadas nas mídias sociais, quanto à sua procedência e veracidade. No acompanhamento da criança, durante a consulta de enfermagem em puericultura, o enfermeiro pode acompanhar os parâmetros de crescimento a partir das curvas de índice de massa corporal, estatura, peso e perímetro cefálico, além dos marcos de desenvolvimento. Cabe ao enfermeiro discutir com o cuidador e orientá-lo quanto ao alimento oferecido à criança, levando em consideração o contexto socioeconômico e cultural deles (MOURA *et al.*, 2015). A ausência de orientação profissional foi sentida pelas participantes do grupo focal, que não tiveram acesso às orientações comumente oferecidas na consulta de enfermagem em puericultura. Observa-se que as mães com um poder aquisitivo melhor procuraram a assistência médica especializada (pediatra), porém esta não é a realidade de todas. As demais utilizaram suas experiências anteriores ou orientações fornecidas por familiares e conhecidos.

Dada a importância da alimentação no crescimento e no desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida, da atuação da enfermagem no acompanhamento do lactente e enquanto educador em saúde, e da participação ativa do cuidador nas práticas alimentares da criança, justifica-se a criação de materiais didáticos-pedagógicos a serem utilizados pelos profissionais e pelos pais e/ou responsáveis para assegurar ao menor o direito a uma alimentação adequada como preconiza a Constituição Federal, o ECA e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2019). Nota-se que a desinformação é uma barreira na adoção de atitudes e práticas adequadas na alimentação infantil, mas que também sofre interferência de aspectos como renda. Fornecer um material que leve o indivíduo a construir o conhecimento colabora para que ele busque opções saudáveis e que estejam de acordo com suas características sociais, culturais e econômicas. No entanto, a disponibilidade do material não

dispensa o atendimento do enfermeiro, que deve manter-se atento à qualidade do alimento ofertado ao lactente.

A cartilha construída, neste estudo, visa sensibilizar os pais e/ou responsáveis sobre os benefícios e os malefícios de uma boa e uma má alimentação, respectivamente, baseada em princípios e preceitos práticos a serem aplicados no dia a dia, podendo ser adaptados sem que haja prejuízo à criança. Além disso, ela busca explorar os diferentes tipos de alimentos, tanto os *in natura* ou minimamente processados quanto os ingredientes e os alimentos processados e ultraprocessados. É primordial que o cuidador conheça bem cada categoria, além dos nutrientes encontrados em cada alimento e sua função na manutenção da qualidade de vida e do estado de saúde da criança. Contudo, o conhecimento não pode ser engessado, ele deve ser vivo e rotativo, sendo recomendado que o público-alvo leia atentamente o conteúdo, mas buscando reconhecer as diferenças entre o seu contexto e o apresentado na cartilha, inserindo as particularidades da sua família ao exposto no material. Outro aspecto contemplado são os alimentos ricos em ferro e vitamina A, pois nota-se que há uma alta prevalência de deficiência desses micronutrientes, cabendo aos pais e/ou aos responsáveis e ao enfermeiro observar a condição clínica da criança para intensificar a oferta desses alimentos e/ou a inserção dela em programas governamentais de suplementação. Destaca-se que a ausência do ferro pode interferir no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem da criança, bem como no surgimento da anemia, enquanto a ausência da vitamina A pode ser responsável pelo desenvolvimento de quadros infecciosos, além de problemas visuais, incluindo a cegueira (BRASIL, 2019).

Para diminuir as chances de uma deficiência nutricional infantil, ressalta-se a importância de uma alimentação balanceada e variada, sendo importante montar um prato colorido e com alimentos dos diferentes grupos alimentares. O enfermeiro pode orientar aos pais e/ou responsáveis quanto à montagem do prato, baseado em recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, além de discutir sobre as atitudes que devem estar presentes durante a refeição/alimentação e as que devem ser evitadas. Entende-se também que os hábitos alimentares adotados nos primeiros 6 meses de vida interferem diretamente na introdução da alimentação complementar. A criança que vivenciou o AME só deve ter contato com outros alimentos e líquidos, incluindo a água, apenas aos 6 meses de idade. No entanto, aquelas que fazem uso de fórmulas infantis, apesar de ser evitado os alimentos sólidos até os 6 meses, já deve ser oferecida água filtrada ou fervida a partir da introdução da fórmula. Para as crianças que fazem o uso do leite de vaca modificado, apesar do sistema digestivo ainda não estar amadurecido, é recomendado que o alimento complementar seja introduzido aos 4 meses de

idade, com base nos alimentos *in natura* ou minimamente processados (BRASIL, 2019; BRASIL, 2021).

Por meio da cartilha, o enfermeiro pode proporcionar uma aprendizagem significativa, explorando o conhecimento compartilhado de geração em geração, buscando entender as práticas alimentares dos antepassados e de como elas interferem na rotina da família que está acompanhando no momento. Ao incentivar a reprodução de receitas familiares e regionais, o enfermeiro contribui para a prevalência do alimento caseiro, nutritivo e saudável, adequado tanto para a família quanto para a criança. Porém, é necessário reforçar a importância de fazer adaptações quanto à textura e/ou ao tempero, sempre que necessário, para que a comida fique compatível com a idade da criança. Além disso, esse cenário contribui para que o cuidador sinta satisfação ao cozinhar o alimento, fortalecendo as relações familiares e proporcionando um ambiente harmônico e amoroso, tanto para a realização das refeições quanto para o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Observa-se a carência de investimento da APS e, conseqüentemente, de recursos para a formação continuada e permanente do enfermeiro que atua na Atenção Básica e para a aquisição de ferramentas apropriadas para a realização das ações de promoção e educação em saúde. É preciso que os governantes reconheçam a importância da APS no desenvolvimento de ações que oportunizem a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância e de como esse cenário contribui para a melhora da assistência à saúde da criança e para a formação de adultos conscientes e saudáveis. Cabe ao enfermeiro também reconhecer a importância de se manter atualizado e buscar estratégias adequadas à família, utilizando os diferentes recursos disponíveis sobre a temática, bem como atuando no desenvolvimento de novas ferramentas educativas, quando necessário. A APS deve ser um ambiente de aprendizado consciente e crítico, buscando proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida da comunidade (MOURA *et al.*, 2021).

O conteúdo discutido na cartilha contempla o recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, porém é preciso que os pais e/ou responsáveis sejam sensibilizados quanto às informações disponibilizadas, principalmente, quando não estiverem condizentes com sua realidade. O enfermeiro não deve impor, mas utilizar a educação em saúde como uma estratégia para alcançar a transformação social e significativa do público-alvo, a partir de uma ação bem planejada e aplicada ao cenário de atuação, tendo como protagonista o indivíduo e/ou a comunidade, que deverá realizar uma análise crítica e reflexiva para formular soluções plausíveis, além de estabelecer metas alcançáveis para proporcionar uma boa qualidade de vida e, por conseguinte, saúde às crianças sob sua responsabilidade.

## 7 CONCLUSÃO

Portanto, a exploração da realidade, por meio da realização de grupo focal com mães e responsável por crianças menores de 2 anos de idade, evidenciou o desafio que permeia a alimentação complementar. Apesar do conhecimento acerca da alimentação saudável, os cuidadores se deparam com limitações, dentre a renda, a rotina doméstica e/ou de trabalho e ter que deixar a criança sob cuidados de terceiros, que repercutem nas atitudes e nas práticas no que tange à alimentação infantil, seja na qualidade, na quantidade ou na variedade do alimento ofertado. Nesse contexto, o enfermeiro se mostra essencial na construção do conhecimento e na busca por boas práticas alimentares, que respeitem o contexto familiar, social, cultural e financeiro da família, no incentivo do uso do alimento regional e na adoção de hábitos que contribuam para a adaptação da criança à nova realidade alimentar.

Outrossim, a partir da exploração da realidade da alimentação complementar, foi possível desenvolver uma cartilha educativa que tem como foco a promoção da alimentação saudável nos primeiros 2 anos de vida. A cartilha é um instrumento à disposição do enfermeiro e da família, que contém orientações quanto aos alimentos que devem ser oferecidos ou evitados à criança, assim como recomendações comportamentais que favorecem a adaptação do lactente. A construção da cartilha contou com a articulação do conhecimento teórico disponível na literatura, permeado pelas necessidades dos cuidadores, do recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil e da Teoria do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma importante ferramenta disponível para o enfermeiro educador, que deve buscar por metodologias ativas e cursos de formação e/ou reciclagem que contemplem aspectos pedagógicos do processo de ensino-aprendizagem como também da temática que irá atuar/intervir. Dentre os recursos disponíveis para a Enfermagem durante a realização de ações de educação em saúde, encontram-se as tecnologias educacionais, que se mostraram um instrumento eficaz e satisfatório, tanto para o público-alvo quanto para o profissional.

Constata-se, então, que o enfermeiro deve conhecer a sua clientela e avaliar se aquela tecnologia educacional é condizente com a realidade do público-alvo e se possibilitará alcançar os objetivos traçados. Deste modo, após a exploração da realidade, foi possível constatar que a cartilha é uma ferramenta atrativa para pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade quando se trata de alimentação complementar saudável. Ressalta-se que o material desenvolvido pode ser disponibilizado tanto em formato impresso quanto digital, aumentando o alcance de beneficiados.

Posto isso, este estudo encontra, como limitação, o número reduzido de vivências compartilhadas na realização do grupo focal, não podendo os dados encontrados serem utilizados para generalizar. Além disso, o número de estudos sobre a temática, realizados em contexto descentralizado dos grandes centros urbanos, é limitado. Recomenda-se que a cartilha educacional construída nesta pesquisa seja validada tanto por profissionais da saúde, da educação e da comunicação, quanto pelo público-alvo, pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos de idade. Posteriormente, seu efeito deve ser mensurado por meio de um estudo experimental para atestar ou não seu benefício na promoção de uma alimentação complementar saudável nos primeiros anos de vida.

## REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan./fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100020>. Acesso em: 03 dez. 2021.
- ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOS, B. R. G. O.; VIERA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-7, dez. 2014. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acesso em: 25 out. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BENEVIDES, J. L.; COUTINHO, J. F. V.; PASCOAL, L. C.; JOVENTINO, E. S.; MARTINS, M. C.; GUBERT, F. A. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 306-312, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>. Acesso em: 28 out. 2020.
- BERARDINELLI, L. M. M.; GUEDES, N. A. C.; RAMOS, J. P.; SILVA, M. G. N. Educational technology as a strategy for the empowerment of people with chronic illnesses. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, set./out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15509>. Acesso em: 03 dez. 2021.
- BEZERRA, M. S.; JACOB, M. C. M.; FERREIRA, M. A. F.; VALE, D.; MIRABAL, I. R. B.; LYRA, C. O. Food and nutritional insecurity in Brazil and its correlation with vulnerability markers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- BORGES, C. A.; CLARO, R. M.; MARTINS, A. P. B.; VILLAR, B. S. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 137-148, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P. S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 264-270, set./dez. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i3.7315>. Acesso em: 25 set. 2021.
- BRANDÃO, M. A. G.; BARROS, A. L. B. L.; PRIMO, C. C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. P. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 577-581, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 03 set. 2020.
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. 2021. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2021/02/aqui.html>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html). Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica. 2 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030: ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ipea, 2018.

BRITO, F. R. S. S.; BAPTISTA, T. W. F. Sentidos e usos da fome no debate político brasileiro: recorrência e atualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00308220, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00308220>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BURIGO, A. C.; PORTO, M. F. 2030 Agenda, health and food systems in times of syndemics: from vulnerabilities to necessary changes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.

10, p. 4411-4424, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.13482021>. Acesso em: 22 dez. 2021.

CABRAL, K. F. D.; FERREIRA, M. A. M.; BATISTA, R. S.; CERQUEIRA, F. R. Atenção primária à saúde: uma análise a luz da eficiência técnica dos recursos no Estado de Minas Gerais. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 137-150, mai./ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/RGSS.v8i2.14923>. Acesso em: 24 dez. 2021.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 845-850, out./dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>. Acesso em: 27 set. 2021.

DALLAZEN, C.; SILVA, S. A.; GONÇALVES, V. S. S.; NILSON, E. A. F.; CRISPIM, S. P.; LANG, R. M. F. *et al.* Introduction of inappropriate complementary feeding in the first year of life and associated factors in children with low socioeconomic status. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00202816, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00202816>. Acesso em: 16 abr. 2020.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. S.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 22 dez. 2021.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000300015>. Acesso em: 21 jul. 2020.

DINIZ, J. S. P.; BATISTA, K. M.; LUCIANO, L. S.; FIORESI, M.; AMORIM, M. H. C.; BRINGUENTE, M. E. O. Nursing intervention based on Neuman's theory and mediated by an educational game. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 600-607, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900084>. Acesso em: 08 out. 2020.

DIÓGENES, M. S. **Conhecimento dos enfermeiros atuantes na atenção primária, Fortaleza-Ceará, acerca da alimentação infantil de crianças menores de dois anos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 80. 2016.

DUARTE, M. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; SOUZA, K. V.; PEREIRA, A. V.; PIMENTEL, M. M. Care technologies in obstetric nursing: contribution for the delivery and birth. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e54164, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>. Acesso em: 08 out. 2020.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 61-72, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23522017>. Acesso em: 16 abr. 2020.

FUJIMORI, E.; REZENDE, M. A. Alimentação complementar e nos primeiros anos de vida. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (orgs.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p. 174-199.

GALBREATH, J. G. Callista Roy. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. p. 203-224.

GALDINO, Y. L. S.; MOREIRA, T. M. M.; CESTARI, V. R. F. Construção e validação de cartilha educativa: trabalhando inovações tecnológicas. In: MOREIRA, T. M. M.; PINHEIRO, J. A. M.; FLORÊNCIO, R. S.; CESTARI, V. R. F. (orgs.). **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2018. p. 35-49.

GIESTA, J. M.; ZOCHE, E.; CORRÊA, R. S.; BOSA, V. L. Associated factors with early introduction of ultra-processed foods in feeding of children under two years old. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2396, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24162017>. Acesso em: 24 jul. 2020.

GÓES, F. G. B.; SILVA, M. A.; PAULA, G. K.; OLIVEIRA, L. P. M.; MELLO, N. C.; SILVEIRA, S. S. D. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2808-2817, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>. Acesso em: 13 ago. 2020.

GOMES, G. P.; GUBERT, M. B. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 88, n. 3, p. 279-282, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.2223/JPED.2173>. Acesso em: 05 abr. 2021.

HICKMAN, J. S. Introdução à Teoria da Enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2000. p. 11-19.

HIRANO, A. R.; BAGGIO, M. A.; FERRARI, R. A. P. Breastfeeding, supplementary feeding and food and nutrition security in a border. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, e72739, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72739>. Acesso em: 24 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados: Buenos Aires**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/buenos-aires.html>. Acesso em: 28 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro: 2018.

JASMIM, J. S. **Uma cartilha como ferramenta de tecnologia educacional para o desenvolvimento de competências do enfermeiro no cuidado ao paciente com diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado Profissional de Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, p. 127. 2018.

KINALSKI, D. D. F.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; NEVES, E. T.; KLEINUBING, R. E.; CORTES, L. F. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 424-429, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>. Acesso em: 28 out. 2020.

LAGUNA, M. R. C.; ABREU, M. T. L. Educação em saúde: abordagens conceituais. In: SANTOS, Á. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 1-24.

LEÃO, M. (Org.). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

LOPES, W. C.; MARQUES, F. K. S.; OLIVEIRA, C. F.; RODRIGUES, J. A.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P. *et al.* Infant feeding in the first two years of life. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 164-170, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00004>. Acesso em: 24 jul. 2020.

LOPES, W. C.; PINHO, L.; CALDEIRA, A. P.; LESSA, A. C. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, e2018277, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>. Acesso em: 24 jul. 2020.

MAGALHÃES, V. M. P. C. **Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, p. 154. 2018.

MARÇAL, J. **Alimentação saudável para as crianças, não é sobre regras, competição e julgamento. É sim sobre deixar pessoas saudáveis no mundo**. 14 de outubro de 2020. Facebook: Mega bebê. Disponível em: <https://www.facebook.com/lojamegabebe/photos/a.3107560532689549/3149326811846254/>. Acesso em: 12 de dezembro de 2021.

MARINHO, L. M. F.; CAPELLI, J. C. S.; ROCHA, C. M. M.; BOUSKELA, A.; CARMO, C. N.; FREITAS, S. E. A. P. *et al.* Situation of the supplementary diet of children between 6 and 24 months attended in the Primary Care Network of Macaé, RJ, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 977-986, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.06532015>. Acesso em: 25 jul. 2020.

MARTINS, M. C.; FERREIRA, Á. M. V.; NASCIMENTO, L. A.; AIRES, J. S.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Influence of an educational strategy to promote the use of regional food. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 242-249, mar./abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200014>. Acesso em: 23 dez. 2021.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.14742014>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MCEWEN, M. Visão geral da teoria de Enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 48-73.

MELO, K. M.; CRUZ, A. C. P.; BRITO, M. F. S. F.; PINHO, L. Influence of parents' behavior during the meal and on overweight in childhood. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170102, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-50.

MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M.; MONTESCHIO, C. A. C. Incentivo e promoção da alimentação complementar saudável na consulta de enfermagem à criança. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 40, p. 189-198, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.189-198>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>. Acesso em: 01 set. 2021.

MOURA, J. W. S.; VASCONCELOS, E. M. R.; VASCONCELOS, C. M. R.; SILVA, A. A.; MEDEIROS, K. S.; LEMOS, F. S. *et al.* Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, Recife, v. 6, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210019>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MOURA, M. Á. P.; ROCHA, S. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEM, D. Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20153902231238>. Acesso em: 28 nov. 2021.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>. Acesso em: 08 out. 2020.

NIETSCHKE, E. A.; LIMA, M. G. R.; RODRIGUES, M. G. S.; TEIXEIRA, J. A.; OLIVEIRA, B. N. B.; MOTTA, C. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976923591>. Acesso em: 18 set. 2021.

OLIVEIRA, B. B.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 2-13, 2014. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/926>. Acesso em: 25 out. 2021.

OLIVEIRA, E. S.; VIANA, V. V. P.; ARAÚJO, T. S.; MARTINS, M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; PINTO, L. M. O. Complementary foods for infants attended in a family health center in the north east of Brazil. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 1, e51220, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51220>. Acesso em: 25 jul. 2020.

OLIVEIRA, M. F.; AVI, C. M. A importância nutricional da alimentação complementar. **Revista Ciências Nutricionais Online**, Bebedouro, v. 1, n. 1, p. 36-45, mar. 2017. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/46/27032017152234.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 24 nov. 2021.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Estatuto da Pastoral da Criança**. 2015. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/categoria-institucional/68-estatuto>. Acesso em: 28 out. 2021.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Pastoral da Criança**. 2021. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/>. Acesso em: 28 out. 2021.

PEDRAZA, D. F. Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 141-151, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012410>. Acesso em: 22 dez. 2021.

PEREIRA, F. G. F.; ROCHA, D. J. L.; MELO, G. A. A.; JAQUES, R. M. P. L.; FORMIGA, L. M. F. Building and validating a digital application for the teaching of surgical instrumentation. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e58334, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58334>. Acesso em: 08 out. 2020.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, D. B. B. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 170-183, jul. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200016>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PINTO, M. R.; SANTIAGO, E. S.; SANTOS, Á. S. História da educação em saúde e enfermagem. In: SANTOS, Á. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 25-54.

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.

PRATES, L. A.; CECCON, F. G.; ALVES, C. N.; WILHELM, L. A.; DEMORI, C. C.; SILVA, S. C. *et al.* A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006715>. Acesso em: 28 out. 2020.

RAMOS, L. M. H.; ARAÚJO, R. F. R. Uso de cartilha educacional sobre diabetes mellitus no processo de ensino e aprendizagem. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, v. 10, n. 3, p. 94-105,

dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/resa2017.v10i3.a21271>. Acesso em: 04 dez. 2021.

REDE PENSSAN - Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil**. 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 21 dez. 2021.

REICHERT, A. P. S.; LEÔNICO, A. B. A.; TOSO, B. R. G.; SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; COLLET, N. Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>. Acesso em: 19 dez. 2021.

RESENDE, M. P. C. **O e-portefólio como ferramenta de ensino, aprendizagem e avaliação na disciplina de instrumento dos cursos básico e secundário de música**. Dissertação (Mestrado em Ensino de Música) - Escola de Artes, Universidade Católica Portuguesa, Porto, p. 265. 2016.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **The Roy Adaptation Model**. 2 ed. Londres: Pearson, 2019.

SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, p. 171. 2016.

SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: Revisão Sistemática. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga - Colômbia, v. 11, n. 3, e1041, set./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1041>. Acesso em: 27 dez. 2021.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000500011>. Acesso em: 24 jul. 2020.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>. Acesso em: 15 maio 2018.

SCHINCAGLIA, R. Q.; OLIVEIRA, A. C.; SOUSA, L. M.; MARTINS, K. A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SILVA, A. M. B.; WY SOCK, A. D. Educação em saúde e grupos educativos: abordagens importantes. In: SANTOS, Á. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 73-94.

SILVA, E. A.; BAGNATO, M. H. S.; RENOVATO, R. Fundamentos pedagógicos para as práticas de educação em saúde. In: SANTOS, Á. S.; PASCHOAL, V. D. (orgs.). **Educação em saúde e enfermagem**. Barueri: Manole, 2017. p. 55-72.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 92, n. 3, supl. 1, maio/jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.006>. Acesso em: 24 jul. 2020.

SILVA, G. N.; CARDOSO, A. M. O papel do enfermeiro na redução da mortalidade infantil por meio do acompanhamento de puericultura na atenção básica. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, Goiânia, v. 4, n. 1, p. 91-99, 2018. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/69>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SILVA, I. O. A. M.; AREDES, N. D. A.; BICALHO, M. B.; DELÁCIO, N. C. B.; MAZZO, L. L.; FONSECA, L. M. M. Booklet on premature infants as educational technology for the family: quasi-experimental study. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 334-41, jul./ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800048>. Acesso em: 26 out. 2021.

SILVA JÚNIOR, A.; SILVA, P. O. M.; MESQUITA, J. M. C. As dimensões teórica e metodológica do grupo focal no contexto da pesquisa qualitativa. In: SOUZA, E. M. (org.). **Metodologias e análises qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual**. Vitória: EDUFES, 2014. p. 125-154.

SILVEIRA, L. M.; MONTEIRO, M. A. M. Alimentação infantil no primeiro ano de vida. **Enfermagem Brasil**, v. 14, n. 2, p. 111-120, jan./fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v14i2.3717>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SORRENTINO, E.; BÓGUS, C. M.; VENANCIO, S. The participation of men in infant feeding: is this a new step towards gender equity? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 3, e200815, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200815>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SOUSA NETA, M. N.; JESUS, M. E. S.; LIRA JÚNIOR, N. C. A.; PEREIRA, T. G.; ALBERTO, N. S. M. C.; RAMOS, C. V. Conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre alimentação adequada para crianças menores de dois anos. **Revista Interdisciplinar**, v. 12, n. 2, p. 15-24, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7868629>. Acesso em: 25 out. 2021.

SOUSA, N. F. C.; JAVOSKI, M.; SETTE, G. C. S.; PONTES, C. M.; SANTOS, A. H. S.; LEAL, L. P. Practices of mothers and caregivers in the implementation of the ten steps for healthy feeding. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170596, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0596>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SOUZA, J. P. O.; FERREIRA, C. S.; LAMOUNIER, D. M. B.; PEREIRA, L. A.; RINALDI, A. E. M. Characterization of feeding of children under 24 months in units cared by the family health strategy. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, e2019027, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019027>. Acesso em: 25 out. 2021.

SPARRENBERGER, K.; FRIEDRICH, R. R.; SCHIFFNER, M. D.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.01.007>. Acesso em: 6 dez. 2021.

TEO, C. R. P. A.; GALLINA, L. S.; BUSATO, M. A.; CIBULSKI, T. P.; BECKER, T. Direito humano à alimentação adequada: percepções e práticas de nutricionistas a partir do ambiente escolar. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 1, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00045>. Acesso em: 24 nov. 2021.

TOLONI, M. H. A.; LONGO-SILVA, G.; GOULART, R. M. M.; TADDEI, J. A. A. C. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 61-70, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000100006>. Acesso em: 24 jul. 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 29 out. 2020.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI-2019: Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020.

WILLS, E. M. Grandes teorias da Enfermagem baseadas no processo interativo. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 186-224.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

## APÊNDICE A - Roteiro de pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO



### ROTEIRO DE PESQUISA: GRUPO FOCAL

#### 1º Encontro: Transição do aleitamento materno para a alimentação complementar

Para a realização deste encontro, de acordo com a Teoria do Modelo de Adaptação proposta por Callista Roy, a estratégia consistirá em perceber o processo de adaptação do aleitamento materno para a introdução da alimentação complementar.

Inicialmente, será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, será apresentada a pesquisa, seus objetivos, finalidades e como se dará a coleta dos dados, culminando na leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento. Posteriormente, será firmado o pacto de convivência, que ficará visível a todos em uma cartolina fixada na parede. Durante a realização do grupo focal serão utilizadas as seguintes questões condutoras:

- Fale-me sobre a gestação e nascimento da criança que a(o) fez participar desta pesquisa.
- Como foi o processo de amamentação?
- Quais estímulos foram ofertados à lactante durante a amamentação?
- Discorra sobre as condições e os hábitos alimentares da família.
- Como você percebe o papel da alimentação para a saúde das pessoas?
- Como se deu a introdução de outros alimentos além do leite materno?
- Quais sentimentos foram despertados com a introdução da alimentação complementar?
- Aponte suas principais dificuldades no processo de transição do leite materno para o alimento complementar.

Ao finalizar o encontro, o pesquisador irá fazer uma síntese do que foi discutido no encontro, sendo oportunizado aos participantes acrescentarem pontos que julgarem necessários.

Será lembrada a data e horário do próximo encontro, além dos agradecimentos aos participantes que estiveram presentes.

## **2º Encontro: Conhecimento, atitudes e práticas alimentares nos primeiros anos de vida**

Para a realização deste encontro, de acordo com a Teoria do Modelo de Adaptação proposta por Callista Roy, a estratégia consistirá em perceber o processo de adaptação a nova rotina alimentar.

Inicialmente, será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência será revisitado, visando saber se todos concordam com os itens acertados no encontro anterior e se sentem a necessidade de acrescentar outros pontos. Será realizada uma recapitulação da discussão anterior antes de dar seguimento ao encontro. Durante a realização do grupo focal serão utilizadas as seguintes questões condutoras:

- O que você entende por alimentação saudável?
- Fale-me do cardápio atual da criança.
- Discorra sobre a aquisição e higienização dos alimentos.
- Discorra sobre o preparo e armazenamento dos alimentos.
- Conte-me como é o ambiente no qual a criança se alimenta.
- Fale-me sobre suas atitudes na hora de alimentar a criança.
- Conte-me sobre o comportamento da criança na hora de se alimentar.
- Discorra sobre suas principais dificuldades no contexto da alimentação complementar.

Ao finalizar o encontro, o pesquisador irá fazer uma síntese do que foi discutido no encontro, sendo oportunizado aos participantes acrescentarem pontos que julgarem necessários. Será lembrada a data e horário do próximo encontro, além dos agradecimentos aos participantes que estiveram presentes.

## **3º Encontro: Apresentação e desenvolvimento de uma tecnologia educacional**

Neste encontro, inicialmente será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência será revisitado mais uma vez, visando saber se todos concordam com os itens acertados no encontro anterior e se sentem a necessidade de acrescentar outros pontos. Sendo feita uma recapitulação da discussão anterior antes de dar seguimento ao encontro, será

realizada uma tempestade de ideias a partir de três perguntas condutoras, que auxiliará na consolidação dos conceitos:

- O que você entende por tecnologias educacionais?
- Qual a finalidade de uma tecnologia educacional?
- Você acredita que existem diferentes tipos de tecnologias educacionais? Se sim, poderia citar exemplos?

Em seguida, será realizada uma exposição, por meio de slides, contendo o conceito de tecnologias educativas, os diferentes tipos e exemplos de cada modalidade de tecnologia. Posteriormente, será aberta a discussão, na qual o público-alvo poderá ponderar os benefícios e fragilidades de cada tecnologia, resultando na indicação, a partir do consenso do grupo, sobre a tecnologia educativa mais apropriada para o seu contexto. Após este momento, o pesquisador irá agradecer a participação dos presentes, assumindo o compromisso de, após finalizar a pesquisa, disponibilizar aos mesmos a tecnologia educacional produzida.

**APÊNDICE B - Formulário de caracterização dos participantes**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO



**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES\* - Nº \_\_\_\_\_**

Nome: \_\_\_\_\_

**Variáveis socioeconômicas**

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Escolaridade:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo   | <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo   |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto       | <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta   |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo         | <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa     |

2.1 Curso superior/pós-graduação, se for o caso: \_\_\_\_\_

3. Estado civil:

- Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  União estável

4. Número de crianças menores de 2 anos no domicílio: \_\_\_\_\_

5. Número de crianças, contando as crianças menores de 2 anos no domicílio: \_\_\_\_\_

6. Tipo de moradia:  Casa  Quarto/cômodo/barraco  Outra: \_\_\_\_\_

7. Regime da moradia:  Própria  Alugada  Cedida  Outra: \_\_\_\_\_

8. Localização:  Zona urbana  Zona rural

9. Tratamento da água para beber:

- Fervida  Filtrada  Mineral  Poço/cacimba  Sem tratamento  
 Outro: \_\_\_\_\_

10. Abastecimento da água:

- Compesa  Poço/cacimba  Cisterna  Outro: \_\_\_\_\_

11. Destino dos dejetos:

- ( ) Fossa com tampa ( ) Fossa rudimentar (sem tampa) ( ) Rede de esgoto  
 ( ) Céu aberto ( ) Outro: \_\_\_\_\_

12. Destino do lixo:

- ( ) Coletado ( ) Enterrado ( ) Queimado ( ) Terreno baldio ( ) Outro: \_\_\_\_\_

13. Bens de consumo:

- ( ) TV ( ) Rádio ( ) DVD ( ) Computador ( ) Ar condicionado ( ) Geladeira  
 ( ) Micro-ondas ( ) Fogão ( ) Máquina de lavar roupa ( ) Tanquinho ( ) Moto  
 ( ) Automóvel

14. Beneficiário do bolsa família? ( ) Sim ( ) Não

15. Renda familiar (salário-mínimo): \_\_\_\_\_ (Valor do SM: R\$ 1.100,00)

16. Responsável por adquirir o alimento da casa: \_\_\_\_\_

### Variáveis relacionadas a criança

17. Iniciais da criança: \_\_\_\_\_

18. Idade atual da criança: \_\_\_\_\_

19. Data de nascimento da criança: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

20. Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino

21. Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_

22. Cuidadores da criança além de você: \_\_\_\_\_

23. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gramas

24. Idade gestacional: \_\_\_\_\_ (semanas)

25. Situação: ( ) Pré-termo ( ) A termo ( ) Pós-termo

26. Em casa, quem prepara o alimento da criança? \_\_\_\_\_

27. Em casa, quem oferece o alimento a criança? \_\_\_\_\_

28. Em casa, principais alimentos consumidos pela criança: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

29. Criança frequente creche? ( ) Sim ( ) Não. 29.1 Se sim, desde que idade? \_\_\_\_\_

30. Na creche, principais alimentos consumidos pela criança: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica.

## APÊNDICE C - Apresentação dos tipos de tecnologia educacional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO



### APRESENTAÇÃO DOS TIPOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO

### TIPOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

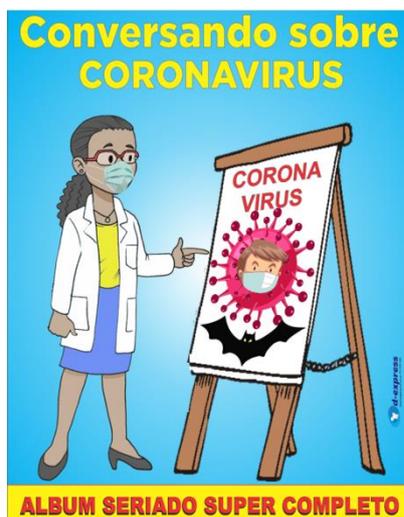
**Mestrando:** Jefferson Wildes da Silva Moura

**Orientadora:** Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Recife - PE  
2021



### ÁLBUM SERIADO



É uma coleção de folhas organizadas, numa encadernação de madeira ou papelão. Pode conter fotografias, letreiros, mapas, gráficos, cartazes, gravuras, etc.

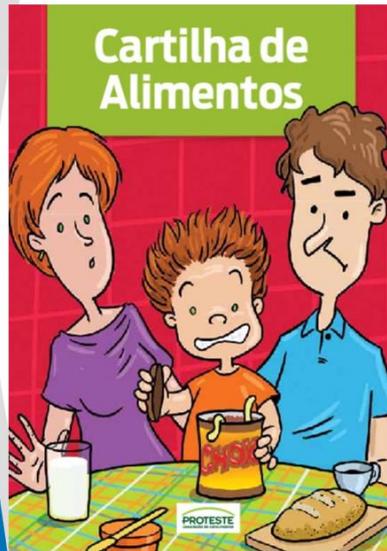
#### Vantagens:

- Concentra a atenção no tópico que está sendo desenvolvido;
- Fixa os tópicos essenciais;
- Ajuda a visualizar melhor as ideias através de ilustrações.

(PILETTI, 2006)



## CARTILHA EDUCACIONAL



É um material educativo impresso que tem a finalidade de comunicar informações que auxiliem pacientes, familiares, cuidadores, comunidades a tomar decisões mais assertivas sobre sua saúde.

### Vantagens:

- Possibilita o desenvolvimento social com qualidade;
- Transmissão de conteúdos adequados para a formação de cidadãos construtivos;
- Envolve reações de emoções através da criatividade e aprendizagem.

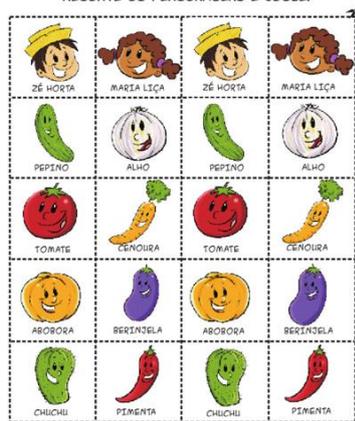
(REBERTE, 2008; AZEVEDO et al., 2017)



## JOGO EDUCACIONAL

### JOGO DA MEMÓRIA

RECORTE OS PERSONAGENS E JOGUE.



13

Os jogos educacionais são desenvolvidos para ensinar algo para o público-alvo, diretamente ou indiretamente por meio de metáforas e analogias.

### Vantagens:

- Estimulam o aprendizado para trabalhar em equipe;
- Desenvolve a criatividade;
- Ferramenta eficaz no processo de ensino aprendido.

(LAPRANO, 2015)



## GIBI EDUCACIONAL

Os gibis são textos acompanhados de imagens que favorecem a imaginação que estão associados ao cotidiano do adolescente.



### Vantagens:

- ❑ As narrativas gráficas são mostradas de forma sequencial, criando interação entre as personagens e o leitor, que aborda a temática de maneira mais atrativa e eficaz;
- ❑ Demonstra aspectos da cultura popular que o leitor está inserido o que garante essa aproximação do leitor, que se percebe dentro da história sendo coparticipante do enredo.

(PARTELLI, 2017; OLIVEIRA, 2018)



## PODCAST EDUCACIONAL

Os podcasts são programas de áudio sob demanda, e o ouvinte pode escutá-los na hora que quiser, ao contrário dos programas de rádio tradicionais. Popular no Brasil.



### Vantagens:

- ❑ Podem ser veiculadas nas rádios dos bairros, reproduzidas em computadores e em dispositivos móveis como celulares e tablets ou publicadas em sites, blogs e redes sociais.
- ❑ Os arquivos podem ser baixados nesses dispositivos e o ouvinte pode acessá-lo quando e onde for conveniente e quantas vezes quiser;
- ❑ É uma ferramenta de inclusão para deficientes visuais.

(LOUBAK, 2019)



## VÍDEO EDUCACIONAL

Os vídeos educacionais são materiais audiovisuais que têm o objetivo de entregar algum tipo de aprendizado.



### Vantagens:

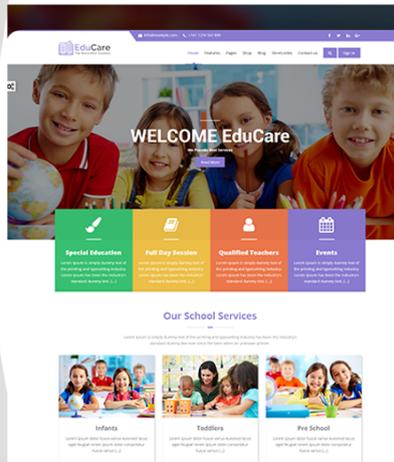
- Alto poder de engajamento junto ao público;
- Desenvolver a competência de leitura crítica do mundo;
- Pode ser visto quantas vezes for necessário, congelando a imagem, avançando ou retrocedendo a fita para algum trecho específico de interesse do telespectador.

(ARROIO; GIORDAN, 2006; RIBEIRO, 2019;)



## WEBSITE EDUCACIONAL

Os sites educacionais permitem aprendizagem colaborativa com interatividade. O ensino virtual é motivador e as descobertas que ele proporciona com buscas rápidas, hipertextos, formatos e imagens satisfazem as necessidades de todos.



### Vantagens:

- Proporciona melhor absorção de todo conteúdo, gerando troca de conhecimento e interação ativa, criando ambientes colaborativos.

(CORDOVA, 2016)



## APLICATIVO EDUCACIONAL



É um programa de software presente em dispositivos móveis, que podem ser executados offline ou online, além de apresentarem versões pagas ou gratuitas, obtidas em lojas de aplicativos.

### Vantagens:

- Proximidade com os indivíduos, permitindo sua participação;
- Auxilia na promoção dos cuidados à saúde, principalmente pelo maior acesso a informações.

(DÂMASO, 2019)



## REFERÊNCIAS

- ARROIO, A.; GIORDAN, M. **O vídeo educativo**: aspectos da organização do ensino. Química Nova na Escola, v. 24, 2006.
- AZEVEDO, L. C. M. et al. A utilização de cartilha educativa como nova metodologia para o ensino de ciências na região do baixo Parnaíba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUÍMICA, 57, 2017, Gramado. **Anais do 57º Congresso Brasileiro de Química**. Gramado, 2017.
- CORDOVA, L. O que são sites educacionais. **Etc da pedagogia**, 2016. Disponível em: <http://etc-da-pedagogia.blogspot.com/2016/11/o-que-sao-sites-educacionais.html>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- DÂMASO, L. O que é app? Quatro perguntas e respostas sobre aplicativos para celular. **TechTudo**, 2019. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/noticias/2019/12/o-que-e-app-quatro-perguntas-e-respostas-sobre-aplicativos-para-celular.ghtml>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- LAPRANO, M. G. G. **Jogo de tabuleiro**: cenário inovador na formação de professores de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- LOUBAK, A. L. O que é podcast? Saiba tudo sobre os programas de áudio online. **TechTudo**, 2019. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/noticias/2019/12/o-que-e-podcast-saiba-tudo-sobre-os-programas-de-audio-online.ghtml>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- OLIVEIRA, M. I. **Construção e validação de gibi educacional sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes escolares**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.
- PARTELLI, A. N. M.; CABRAL, I. E. Stories about alcohol drinking in a quilombola community: participatory methodology for creating- validating a comic book by adolescents. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-12, 2017.
- PILETTI, C. **Didática geral**. Série Educação. 23ª ed. São Paulo: Editora Ática, 2006.
- REBERTE, L. M. **Celebrando a vida**: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

## ANEXO A - Carta de anuência

**PARÓQUIA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO  
PASTORAL DA CRIANÇA:  
RAMO NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador JEFFERSON WILDES DA SILVA MOURA, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **“TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL EM MENORES DE 2 ANOS À LUZ DA TEORIA DE CALLISTA ROY”**, que está sob a orientação da PROFA. DRA. ELIANE MARIA RIBEIRO DE VASCONCELOS, cujo objetivo é descrever o processo de construção e validação de uma tecnologia educacional para promoção da alimentação complementar saudável em menores de 2 anos à luz da teoria de Callista Roy, na Pastoral da Criança: Ramo Nossa Senhora do Bom Parto.

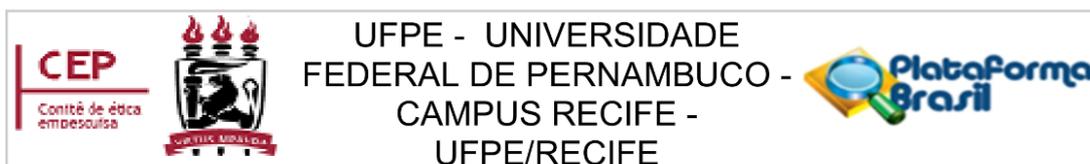
Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Buenos Aires - PE, em 12 de abril de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
Monica Maria da Silva  
Coordenadora Paroquial da Pastoral da Criança:  
Ramo Nossa Senhora do Bom Parto

## ANEXO B - Parecer consubstanciado



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Tecnologia Educacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável em Menores de 2 anos à Luz da Teoria de Callista Roy

**Pesquisador:** Jefferson Wildes da Silva Moura

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45530221.7.0000.5208

**Instituição Proponente:** DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.700.553

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de mestrado em enfermagem do CCS/UFPE, do Aluno Jefferson Wildes da Silva Moura, orientado pela profª Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

A pesquisa se propõe a realizar um estudo metodológico, ancorado na Teoria do Modelo de Adaptação de Roy, com validação de uma tecnologia educacional para promoção da alimentação complementar saudável em menores de 2 anos.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever o processo de construção e validação de uma tecnologia educacional para promoção da alimentação complementar saudável em menores de 2 anos à luz da teoria de Callista Roy.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento, a atitude e a prática de pais e/ou responsáveis por crianças menores de 2 anos quanto à alimentação complementar;
- Construir uma tecnologia educacional para promoção da alimentação complementar saudável em menores de 2 anos;
- Validar com juízes o conteúdo de uma tecnologia educacional acerca da alimentação

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com