COMO CITAR (Estilo Vancouver):
Teixeira E, Primo CC, Salbego C, Nascimento MHM organizadores. Avaliação de tecnologias: abordagens e pesquisas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2026. 180 p. ISBN 978-65-89112-30-3.
doi: https://doi.org/10.51234/aben.26.e32

CAPÍTULO X

PERCEPÇÃO DE MÃES NA APLICAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Karen Heloisa Xavier Rocha[I]
ORCID: 0009-0006-8549-7248

Claudia Cristina Pinto Girard[II]
ORCID: 0000-0002-1232-7153

Tania de Sousa Pinheiro Medeiros[III]
ORCID: 0000-0001-7805-9457

Como citar:
Rocha KHX, Girard CCP, Medeiros TSP. Percepção de mães na aplicação de uma tecnologia educacional sobre a alimentação complementar. In: Teixeira E, Primo CC, Salbego C, Nascimento MHM organizadores. Avaliação de tecnologias: abordagens e pesquisas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2026. p. 127-139. doi: https://doi.org/10.51234/aben.26.e32_cap10

Autora Correspondente:
Cláudia Cristina Pinto Girard
E-mail: claudiagirard@uepa.br



[I] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Cametá, Pará.
[II] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Tucuruí, Pará.
[III] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará.

INTRODUÇÃO

A alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, sendo este capaz de nutrir a criança de forma adequada e exclusiva nos primeiros seis meses de vida. A partir dos seis meses, deverão ser introduzidos outros alimentos para suprir as necessidades nutricionais da criança. Essa fase é definida como alimentação complementar (AC), representada pela oferta de alimentos e/ou líquidos à criança, que serão somados ao leite materno entre os seis meses e um ano de idade [1], e deverá ser livre de qualquer tipo de contaminação, custo aceitável e preparada a partir de alimentos que são consumidos cotidianamente pela família, ampliando ainda mais esse vínculo afetivo [2].

A falta de informação de pais e cuidadores sobre a AC pode acarretar um possível déficit nutricional da criança, por isso a importância da orientação sobre o aleitamento materno e a introdução correta dos novos alimentos, após os seis meses, durante as atividades realizadas na puericultura[2;7], pois aprimorar na atenção básica a aprendizagem sobre a alimentação saudável da criança com uso de tecnologia educativa (TE) pela equipe multidisciplinar, reforça a promoção da saúde e prevenção de doenças na infância e na vida adulta, como as deficiências nutricionais, o sobrepeso e obesidade, já incidentes nesta fase etária[1].

Todavia, há necessidade de atrelarmos aos mecanismos educacionais os aspectos socioeconômicos e culturais presentes nos grupos sociais e que possam interferir na alimentação das crianças de forma específica, de maneira que o profissional enfermeiro, assim como a equipe multidisciplinar por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), qualifiquem

CC BY

atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, no que tange à educação alimentar para a garantia da melhor qualidade de vida das crianças[1].

Neste contexto, a educação em saúde é considerada como "[...] um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas [...]"[3]. No entanto, é importante que essa educação seja efetivada na perspectiva de um mecanismo potencial de credibilizar a autonomia dos atores sociais para promover a saúde.

Assim, os autores[5] destacam que a educação em saúde é "quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que visam facilitar ações que predisponham à saúde"; portanto, é uma atividade que requer um planejamento sistematizado para subsidiar as necessidades educacionais e que permita a participação voluntária do público-alvo para os temas sobre a saúde. Sobretudo, no que se refere à AC, há especificidade de temas relacionados aos cuidados adequados de preparo, consistência, frequência e quantidades ideais das refeições, bem como o entendimento das variedades de alimentos que atendam às necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento infantil[1].

A transição do aleitamento materno exclusivo para a introdução de novos alimentos pode acarretar problemas se realizada de forma precoce, antes do sexto mês de vida, quando o lactente ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário. Essa mudança prematura eleva o risco de infecções gastrointestinais, devido à redução do aleitamento e à possível contaminação da água e dos alimentos introduzidos, além de potencializar a ocorrência de déficits nutricionais [2].

Deve-se salientar que a inserção precoce de alimentos é influenciada por diversas razões, como baixa escolaridade, idade materna, baixa renda, não realização do pré-natal e uso de chupetas e mamadeira[4], tornando imprescindível que o enfermeiro considere esses fatores para buscar práticas educativas condizentes com as necessidades de empoderamento e autonomia do publico alvo sobre a AC.

O tipo de alimento introduzido na criança irá ter uma influência muito grande no seu estado nutricional e nas preferências alimentares na fase adulta. É aceitável o aumento de comidas saudáveis como legumes e frutas, proteínas, leguminosas, o que contribui futuramente na diminuição da obesidade devido ao controle de peso e na prevenção de doenças crônicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial [6].

A introdução de alimentos antes dos seis meses de vida provoca danos à saúde do bebê, sendo os mais comuns relacionados à nutrição inapropriada e infecções ocasionadas por contaminação devido à má higienização e precária conservação dos alimentos. Pode gerar não só distúrbios gastrointestinais, como também o surgimento de alergias, devido ao desenvolvimento fisiológico incompleto da criança, levando a maiores gastos de recursos financeiros para a família, principalmente se esta encontra-se em vulnerabilidade social e econômica [7].

Portanto, o uso de tecnologias educacionais (TE) é de extrema importância [8], quando estas são produzidas de acordo com a educação significativa para os sujeitos e com sua participação na criação de vínculos para a sensibilização da qualidade de vida. No processo educativo em questão, o objetivo é transformar o conhecimento empírico em prática social, produzindo a emancipação dos sujeitos por meio de processos educativos mais democráticos [9]. Tais ações necessitam ser sensíveis aos anseios sociais da criança paraense e das famílias que mais necessitam desses cuidados, promovendo uma abordagem contextualizada e efetiva.

O interesse no desenvolvimento e aplicação da TE, direcionada às mães e cuidadores na atenção básica sobre AC, surgiu durante as aulas práticas na puericultura no município de Tucuruí, no Estado do Pará - Brasil. As lacunas de conhecimento das mães sobre a AC durante a puericultura, eram frequentes, principalmente sobre a introdução dos novos alimentos, o número de refeições, a quantidade, como utilizar os alimentos regionais. Em contrapartida, observou-se o elevado número de crianças com o uso de alimentos e bebidas lácteas industrializadas e/ou o uso repetitivo de apenas um ou dois alimentos com restrição dos grupos alimentares.

Diante disso, a TE em formato de cartilha, intitulada "A Alimentação Complementar da criança de 6 a 12 meses: O que é importante saber", foi desenvolvida a partir da dissertação de mestrado "Saberes e práticas de mães e enfermeiros sobre alimentação complementar: subsídios para produção de tecnologia educacional", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará[10]. Houve a validação da TE, em um estudo subsequente [11]. O presente estudo teve objetivo aplicar a TE validada com de mães de crianças de 6 a 12 meses.

Contudo, a aplicação de TE validadas apresenta desafios significativos, pois demanda tempo, investimentos e a capacitação de profissionais para sua construção e validação condizentes com as necessidades históricas, sociais e culturais do público-alvo. Esse processo exige tempo, perspicácia científica e rigor metodológico. Diante da necessidade de utilizar a TE de forma estratégica, surgiu a seguinte questão de pesquisa: a aplicação de uma TE validada sobre alimentação complementar é capaz de facilitar o processo de ensino-aprendizagem de mães de crianças de 6 a 12 meses?

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar o ensino-aprendizagem de mães de crianças de 6 a 12 meses, a partir das suas percepções, mediadas pela aplicação de uma TE sobre AC.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva. A pesquisa qualitativa possibilita a aproximação do pesquisador com o assunto abordado, desenvolvendo o conhecimento sobre a realidade por meio da observação [12]. Portanto, esta abordagem permitiu a aplicação de uma Tecnologia Educativa validada (TE) com mães de crianças de 6 a 12 meses. Este estudo foi fundamentado nas diretrizes do Consolidated *Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ) [13;14].

O estudo ocorreu no município de Tucuruí no Estado do Pará , especificamente na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Mônica, que possuía 50 crianças registradas em alimentação complementar. As unidades ESF buscam proporcionar saúde de qualidade à população de um território definido, com promoção da saúde frente aos determinantes Sociais de Saúde (DSS), com atenção integral, segura e constante, consolidando-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)[15].

A TE denominada "A Alimentação Complementar da criança de 6 a 12 meses: O que é importante saber", no formato de cartilha, é constituída de uma capa e 27 páginas, com margens: superior e inferior de 2,5cm, e esquerda e direita, 3cm. Cada página continha textos com até 06 imagens, totalizando 43 ilustrações ao todo. Quanto ao conteúdo, a cartilha foi organizada em quatro partes assim denominadas: 1. O que é alimentação complementar e higiene alimentar; 2. Composição dos grupos dos alimentos; 3. Seleção e quantidade de alimentos, e 4. Receitas para o preparo dos alimentos (Figura 01).

As participantes desta pesquisa foram mães de crianças de 6 a 12 meses, devidamente cadastradas no Programa de acompanhamento da criança (Puericultura) e do adolescente na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Mônica, localizada no município de Tucuruí (PA). A seleção ocorreu de forma não probabilística, do tipo intencional ou julgamento, onde selecionou-se aleatoriamente as mães, possibilitando o traçado de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos, sendo essa a forma de escolha mais utilizada nos estudos qualitativos [16, 18].

A amostra constituiu-se de 13 mães, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão: mães de crianças de seis a doze meses cadastrada no Programa de acompanhamento da criança e do adolescente na ESF Santa Mônica; mães assíduas na ESF para a realização do acompanhamento da criança. Como critérios de exclusão: Foram excluídas as mães com qualquer déficit neurológico que inviabilizasse a compreensão do estudo.

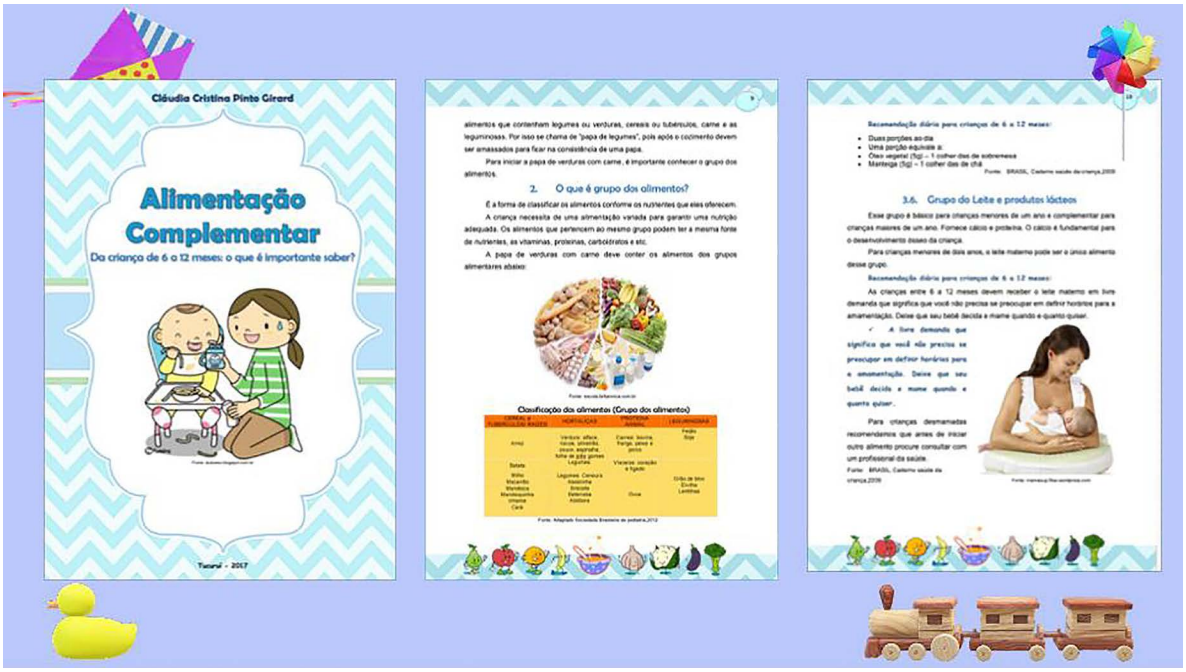


Figura 1. A TE denominada "A Alimentação Complementar da criança de 6 a 12 meses: O que é importante saber".

A técnica empregada neste estudo foi a técnica de Grupo Focal (GF), uma técnica de pesquisa que utiliza a interação e comunicação grupal e possibilita ao pesquisador coletar dados, a partir do debate e do diálogo, resultantes das manifestações dos participantes de um grupo, onde irão expor suas percepções e pontos de vista, além de relatar experiências sobre determinado tema de interesse coletivo [16;17, 18]. Estabeleceu-se as seguintes etapas:

Etapa 1: Momento de Exploração do campo: A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem (CEPENF), da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob o parecer 3.072.539. Após a aprovação do CEP e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Tucuruí, as pesquisadoras foram a campo para conhecer as normas operacionais e funcionais da ESF, visando a uma abordagem mais humanizada, uma vez que se tratava de sujeitos novos na rotina da instituição [19].

As pesquisadoras acompanharam as consultas de enfermagem do Programa Atenção Integral à Criança, para conhecerem a dinâmica do atendimento e criarem vínculo com as participantes. Durante o contato nas consultas e na aproximação na antessala da consulta, foi feito o convite às mães que se enquadraram nos critérios de inclusão para participar da pesquisa, momento em que as pesquisadoras apresentaram, em linguagem acessível, a necessidade e objetivo da pesquisa, seus ganhos para o conhecimento científico e público-alvo, assim como a duração e a dinâmica do grupo focal.

Ao aceitarem o convite e antes de iniciarem a técnica de grupo focal, as mães foram conduzidas separadamente para uma sala na ESF, sendo esta um ambiente privativo e climatizado, onde foram fornecidas todas as explicações detalhadas sobre os objetivos do GF e sobre a pesquisa, e fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, acompanhada das pesquisadoras para tirar possíveis dúvidas. Após a assinatura do termo, foi entregue à mãe um exemplar da TE, para leitura, e explicado de forma simples do que se tratava permitindo que elas levassem para a residência e que deveriam trazer em todos os encontros do GF.

Etapa 2: Iniciou-se a técnica de GF utilizando um roteiro de subtemas oriundos da Cartilha "A Alimentação Complementar para a criança de 6 a 12 meses: O que é importante saber", abordando "Fundamentos da Alimentação Complementar", "Importância dos Grupos Alimentares", "Características da Alimentação

Complementar" e "Recomendações Práticas da Alimentação Complementar". O roteiro direcionou os momentos-chave de cada sessão, permitindo a discussão e viabilizando uma investigação mais produtiva. Sua composição esteve profundamente ligada ao objetivo do estudo e à questão de pesquisa.

Os encontros foram realizados em uma sala de reunião com espaço para vinte cadeiras, sala ampla, escolhida justamente por comportar as participantes e as pesquisadoras. Permitiu um ambiente privativo, climatizado, foram programados nos horários e nos dias selecionados pelas participantes, conforme a disponibilidade delas; foram convidadas 15 mães, no entanto compareceram 13 mães, , cabe ressaltar que o tamanho ideal para um GF é aquele que proporciona a participação efetiva de todos os participantes, bem como a discussão de forma correta e adequada dos temas[12]. Neste contexto, para otimizar a participação conforme a disponibilidade das 13 participantes, o grupo foi subdividido em 3 subgrupos: o primeiro com 6 participantes, o segundo com 3 participantes e o terceiro com 4 participantes.

Os encontros foram realizados em seis dias distintos. A sala para a realização dos encontros foi organizada na ESF, buscando transformar o ambiente de forma acolhedora, facilitando a aproximação dos participantes. Sendo assim, as cadeiras foram dispostas em círculos, possibilitando o contato visual entre os membros do grupo. Todos os grupos tiveram a oportunidade de dois encontros. Cada encontro teve duração de 40 a 60 minutos e, com a permissão das participantes, os encontros foram gravados para melhor aproveitamento e respeito à fidedignidade das respostas. Depois, os áudios foram arquivados em um computador das pesquisadoras para a consulta somente das mesmas. Destaca-se os encontros:

Primeiro Encontro: Abertura da sessão; foram realizadas uma recepção, agradecimentos e a apresentação das pesquisadoras; uma mestra em enfermagem e uma graduanda em enfermagem. Foram explicados os objetivos da pesquisa. Para a apresentação das participantes entre si, foi utilizada a dinâmica de dupla, em que as participantes apresentavam o colega ao lado. Foram realizados esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa: informações sobre o desenvolvimento da sessão e sobre o guia de temas.

Momento 1: Estabelecimento do setting. Na primeira sessão, foram acordados aspectos relacionados à dinâmica das sessões, pontualidade, horário de término, conversas paralelas e uso de equipamentos eletrônicos. Em seguida, aplicou-se um formulário socioeconômico e demográfico para caracterização dos participantes, e iniciou-se a técnica de G F.

Momento 2: Debate. Iniciou-se o debate sobre os temas "Fundamentos da Alimentação Complementar" e "Importância dos Grupos Alimentares". As participantes expuseram sua compreensão sobre a leitura e o aprendizado deste tópico, segundo a TE.

Momento 3: Síntese e Encerramento. Realizou-se uma síntese das ideias centrais debatidas. A sessão foi encerrada com agradecimentos pela participação e acordos para a próxima sessão.

SEGUNDO ENCONTRO

Momento 1: Abertura da sessão. Realizou-se a abertura da sessão com uma síntese da reunião anterior e esclarecimento do objetivo do segundo encontro. Foram apresentados esclarecimentos sobre a dinâmica de discussão participativa, moderada pelo Guia de Temas. Não houve necessidade de reapresentação dos participantes, pois estavam identificados com crachás.

Momento 2: Debate. Ocorreu a exposição e debate entre os participantes sobre os temas "Características da Alimentação Complementar" e "Recomendações Práticas da Alimentação Complementar".

Momento 3: Síntese e Encerramento. Realizou-se um resumo das ideias centrais discutidas e sanaram-se as dúvidas. O encontro foi encerrado com agradecimentos pela participação e finalização da coleta de dados e do grupo focal.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo [20]. A partir das diferentes fases da análise, estas foram subdivididas em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira etapa, a pré-análise, houve a organização sistemática das respostas, e as narrativas foram transcritas

na íntegra no software Microsoft Office Word 2016, com codificação alfanumérica para cada participante, assegurando o anonimato. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante das transcrições de forma exaustiva, para determinação dos "corpus de análise".

Esses procedimentos foram fundamentais para a seleção das unidades de registro e de contexto, recortes, da forma de categorização, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos que orientaram a análise; a fase de exploração do material constituiu-se na transformação sistemática dos dados, ou seja, na categorização dos dados, a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto, e assim se criaram as categorias temáticas, as quais permitiram a descrição das características pertinentes expressas nos relatos e na fase de tratamento dos resultados; procurou-se evidenciar os elementos adquiridos pela análise por meio da quantificação simples/frequência com que as informações apareceram; portanto, os resultados foram apresentados em palavras, frases, ideias, entre outros.

RESULTADOS

Os dados relacionados à caracterização sociodemográfica das participantes foram subdivididos em cinco variáveis: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão, demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mães: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e profissão. Tucuruí, Pará, Brasil.

Características	n (13)	%
Idade		
Entre 20 e 25 anos	5	38,5%
Entre 25 e 30 anos	8	61,5%
Estado Civil		
Solteira	3	23%
Casada	5	38,5%
União estável	5	38,5%
Escolaridade		
Fundamental Completo	3	23%
Ensino Médio Completo	6	46,2%
Ensino Superior Completo	2	15,4%
Renda familiar		
Até 1 salário-mínimo	2	15,4%
De 1 a 3 salários-mínimos	9	69,2%
De 3 a 4 salários-mínimos	2	15,4%
Profissão		
Do lar	9	69,2%
Estudante	2	15,4%
Professora	2	15,4%

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras, 2026.

PERCEPÇÕES SOBRE O USO DA TE

A categoria "Percepção das mães sobre a o e uso da tecnologia educacional" permitiu três delineamentos a saber: praticidade na leitura, conteúdo autoexplicativo e aprendizagem significativa. No que tange à praticidade na leitura do manual, assim descreveram as participantes:

> *Achei bem interessante a cartilha e ela é bem prática e mostrou muito bem sobre a alimentação da criança, porque antes eu não sabia várias coisas sobre a alimentação [...] (M4).*

Esse manual é bem prático, porque ele é bem fácil de ler e tu aprende rapidinho, eu tinha muitas dúvidas quanto dá a comida para o meu bebê, e não tem como tu começar a ler o manual e parar, então eu li tudo. (M13).

As participantes destacaram que a TE favoreceu o aprendizado, pois acreditavam ser um material com conteúdo autoexplicativo:

O manual é completo, ele explica bem, eu aprendi muito, ele consegue falar de tudo, desde quando dá a alimentação, o uso de mamadeiras, os papas e várias coisa (M2).

[...] (M2).

A cartilha foi bem clara e completa é bom para quem é mãe de primeira viagem (M6).

Sobre a aprendizagem significativa, as mães destacaram que a TE favoreceu o aprendizado:

Eu achei o manual muito interessante, por causa dos detalhes, porque eu dava pra minha filha várias comidas assim, mas eu dava bem mais porção que estava escrito aqui no livro, porque pra mim o bebê só ia ficar cheio se comesse tudo, então tinha muitas coisas que estavam aqui e eu nem sabia (M7).

[...] Esse manual que a enfermeira deu pra gente, mostrou bem detalhado como vai funcionar a alimentação, porque eu não fazia ideia de várias coisas que tinham aqui, e eu pude entender que para o meu bebê crescer forte e saudável ela tem que ter uma alimentação que vá oferecer para ela todas as vitaminas, nutrientes (M8).

O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

A segunda categoria, denominada "Processo de Ensino-Aprendizagem", permitiu três desdobramentos, a saber: aprendizagem sobre o início da alimentação complementar, noções de higiene e aprendizagem sobre grupos alimentares. Em relação ao primeiro desdobramento, as falas foram as seguintes:

Olha eu sinceramente não sabia que era pra iniciar a partir dos seis meses, pra mim não tinha esse negócio de idade, aí eu lendo no manual fui saber que era com 6 meses já que o leite do peito só sustenta até os seis meses (M1).

[...] Depois do manual que eu fui entender o porquê a gente dá essa alimentação, e o porquê ela só pode ser dada a partir dos seis meses (M8).

SOBRE AS NOÇÕES DE HIGIENE DOS ALIMENTOS

[...] Eu sempre fui muito asseada com as coisas do meu filho, mas foi depois do manual que eu fui entender o motivo de ser bem cuidadosa com a higiene da comida do meu filho... quanto mais cuidado, mais difícil dele ficar doente" (M7).

SOBRE A APRENDIZAGEM DOS GRUPOS DOS ALIMENTOS, AS MÃES AINDA DESTACARAM:

[...] Eu entendi que pra o meu menino ter todos os nutrientes ele tem que pelos menos comer um alimento de cada grupo de alimentos que tá no manual, e eu fui vendo que eu fazia tudo errado porque eu utilizava só um ou dois desses alimentos e ai o meu bebê podia não crescer direito (M5).

O USO PRÁTICO DAS RECEITAS DA TE

As mães preparam os alimentos a partir das receitas indicadas na cartilha. Sobre essa prática mediada pelo aprendizado pelo uso da TE, destacaram-se as seguintes narrativas:

Pro meu bebê ter uma alimentação certinha, ele precisa ter um alimento de cada grupo, que nem eu fiz ontem a receita que vi no manual, eu fiz uma comida com arroz, abobora, carne e o feijão, porque se ele não comer muito, pelo menos sei que ele tá recebendo todas as vitaminas e nutrientes. (M2).

[...] Ontem eu fiz uma comidinha de feijão, arroz, quiabo e ovo e o meu filho adorou muito, e olha que ele é bem chatinho pra comer, e eu gostei dessa parte, porque ela te mostra várias receitas. (M3).

DISCUSSÃO

A análise dos dados sociodemográficos da Tabela 01, revelou que 61,5% das participantes tinham idade entre 25 e 30 anos; 38% das mulheres eram casadas ou estavam em união estável; 46% tinham ensino médio completo; 69% tinham renda familiar entre um e três salários-mínimos e 69% das entrevistadas eram do lar.

As participantes referiram praticidade no uso da cartilha, por ser de fácil leitura e ter uma linguagem simples, tornando possível o entendimento dos conteúdos, esclarecendo as suas dúvidas sobre a AC. A educação em saúde é parte de uma proposta de ação voltada à promoção da saúde, em que educador e educando interagem os conhecimentos para formar um novo saber dentro de uma perspectiva das necessidades dos educandos e que tem como principal objetivo transformar a realidade a partir da modificação do comportamento por meio da inserção de novos conhecimentos [21].

As narrativas demonstraram que o manual educativo foi compreendido e assimilado, como percepção de ser um simplificador da vivência do conhecimento, bem como, tornou-se um instrumento mediador, demonstram a capacidade da TE em ser utilizada como suporte para o processo de ensino-aprendizagem, abrangendo modificações e melhorias de certos assuntos, sejam eles teóricos, perceptivos, de aptidão, práticos ou de ações[22].

Os materiais impressos são considerados ferramentas essenciais na educação em saúde [23]. Sua relevância reside na possibilidade de leitura posterior à consulta, o que reforça o conteúdo transmitido e garante a preservação das orientações. Contudo, para que cumpram seu papel, esses recursos devem apresentar uma linguagem acessível e autoexplicativa, permitindo a compreensão dos usuários mesmo na ausência de mediadores.

Torna-se imprescindível a aplicação das tecnologias educativas validadas, por sua característica de se ajustarem às características sociais, e assim tornarem-se fundamentais para uma aprendizagem mais significativa e eficiente, além de que são mais atrativas por estarem atreladas às necessidades ou seja, significativas ao público-alvo. Torna possível a assimilação do tema proposto a ser abordado, de forma dinâmica e clara propicia resultados bastante satisfatórios no ensino- aprendizagem e potencial para a emancipação do conhecimento [24].

Os relatos das participantes evidenciam que a TE foi percebida como um guia autoexplicativo e abrangente. O material contemplou desde a higienização de utensílios e grupos alimentares até o detalhamento de porções e medidas. Sob a ótica das lactantes, a tecnologia cumpriu seu papel didático ao simplificar temas complexos, facilitando o processo de ensino-aprendizagem e minimizando dúvidas cruciais sobre os cuidados específicos nessa fase do desenvolvimento infantil.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada da rede de saúde, é necessário ter instrumentos como materiais educativos com linguagem significativa, simples e didática, que sirvam como apoio na promoção da saúde e incentivo a práticas alimentares saudáveis, refletindo nos padrões alimentares das crianças. Ademais, a utilização de manuais consegue conduzir e estimular ações de educação em saúde, usando ilustrações e linguagem compreensível para todas as classes sociais, contendo informações específicas, objetivas e pouco extensas [24].

Nesse contexto, torna-se imperativo o investimento em Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito da APS, como ressalta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [25]. Tal estratégia é fundamental para o fortalecimento da educação em saúde voltada à promoção de práticas adequadas de Alimentação

Complementar (AC). É essencial que as equipes de saúde estejam aptas a integrar novas tecnologias assistenciais e educativas, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) demanda inovações metodológicas para enfrentar os determinantes sociais que impactam a saúde infantil. Para que as orientações sejam resolutivas, as abordagens devem transcender a mera transferência de informações, focando no desenvolvimento coletivo de competências e habilidades que respeitem as singularidades culturais e sociais dos indivíduos em seus territórios [1].

Para a promoção da alimentação adequada da criança menor de 1 ano de idade, na atenção primária, necessitam-se de profissionais qualificados, além de educação permanente, bem como valorização profissional[26] por meio de melhores condições de trabalho e investimento em desenvolvimento de tecnologias que favoreçam a educação em saúde. Tais fatores são importantes, principalmente porque a formação crítica e generalista do enfermeiro estabelece uma base teórica e prática para implementar e promover ações sobre a AC no Programa de Crescimento e Desenvolvimento da Criança do Ministério da Saúde [15].

Outro destaque importante no processo de ensino-aprendizagem na educação em saúde, para torná-la mais significativa do ponto de vista dos educandos, torna-se importante, evitando-se o repasse de informações bancárias desconexo da realidade dos atores sociais, sendo necessária a valorização dos conhecimentos prévios dos pais e cuidadores das crianças, respeitando seus valores culturais e regionais [27].

Nas narrativas das mães, foi possível destacar o desconhecimento sobre quando iniciar a AC. No entanto, segundo estas, a partir da leitura da TE as dúvidas foram sanadas, tornando possível o entendimento do período do aleitamento materno exclusivo (AME), e a introdução da AC em tempo hábil, desmistificando a ideia preconcebida do "leite materno fraco", pois a AME desde a primeira hora de vida e a AC oportuna são fundamentais para que a criança tenha um desenvolvimento e crescimento adequado [28].

Além disso, a AME promove um importante vínculo entre mãe e filho, já que permite maior afeto, nutrição, proteção e prevenção de doenças e mortes infantis, sendo importante durante o primeiro semestre de vida da criança. A partir dos seis meses, deverá ocorrer a introdução dos alimentos no cardápio da criança para complementar as necessidades nutricionais do lactente. A AME até os seis meses e a introdução da AC no período e forma adequados suprem as necessidades das crianças nos primeiros anos de vida, além de possibilitar o desenvolvimento cognitivo e físico com repercussões na saúde desde a infância até a vida adulta, tendo consequências positivas na promoção da saúde da mãe e do bebê [29].

As práticas alimentares nos primeiros anos de vida da criança, que vão desde a amamentação e introdução dos alimentos, são primordiais, já que estes serão relevantes na formação dos hábitos alimentares. Dessa forma, o conhecimento quanto à introdução da AC, os tipos de alimentos que devem ser oferecidos à criança, considerando a situação financeira e a cultura alimentar dos pais, são necessários para que a criança consiga obter hábitos alimentares saudáveis e proteção contra patologias como diabetes, hipertensão e obesidade [30].

A introdução da alimentação complementar antes dos seis meses de idade prejudica a amamentação e a absorção dos nutrientes presentes no leite materno, podendo ocorrer maiores episódios de doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carências nutricionais [1]. As falas das mães demonstraram que a TE favoreceu o conhecimento sobre a preparação e o manuseio adequado dos alimentos para as crianças. Tais cuidados são importantes para prevenir episódios de infecções, pois diminuem a utilização de utensílios como as mamadeiras, pois havia na TE explicação de forma clara e concisa sobre os malefícios desses utensílios, assim como prejuízos ao processo de mastigação da criança.

Um tópico importante abordado pelas mães foi sobre a higiene, preparação, manuseio e armazenamento dos alimentos, pois, para se ter uma AC segura e impedir que haja contaminações dos alimentos, são necessárias as boas práticas de higiene, evitando-se os riscos de infecções gastrointestinais, principalmente a diarreia [31]. Tais problemas de saúde são frequentes quando não se considera a higiene adequada. Um estudo na Nigéria constatou que, ao tratar da desinfecção dos alimentos para a preparação da alimentação, a maioria não era desinfetada com algum tipo de produto, eram apenas lavados com água [32]. Assim, houve relatos de compreensão sobre a higiene dos alimentos pelas mães.

Esse cenário reforça a relevância da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cujo propósito é aprimorar as condições de saúde da população mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis e a vigilância nutricional [33]. Entre as diretrizes da PNAN, destaca-se a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), definida como o direito ao acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, respeitando-se as diversidades culturais e socioeconômicas sem comprometer outras necessidades essenciais.

Convergentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) visa à proteção e promoção da saúde infantil, com foco na integralidade do cuidado desde a gestação até os nove anos. Priorizando a primeira infância e grupos em vulnerabilidade, a PNAISC busca reduzir a morbimortalidade e garantir condições dignas de crescimento e desenvolvimento [28]. Portanto, é imperativo assegurar às famílias o direito ao conhecimento sobre práticas de higiene adequadas, abrangendo desde o manuseio e preparação até o armazenamento correto dos alimentos.

Assim, os relatos das participantes da pesquisa revelam que a cartilha foi importante por explicar de forma detalhada os quatro grupos de alimentos e a necessidade de uma dieta balanceada, com pelo menos um alimento de cada grupo, para garantir todos os nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança. Os países em desenvolvimento apresentam pouca diversidade na alimentação, geralmente baseada em carnes e carboidratos, além do consumo de alimentos industrializados desde a infância [34]. São fatores que contribuem para o déficit nutricional da criança.

No caso do Brasil, a oferta de alimentos industrializados na primeira infância influencia o aumento dos casos de obesidade, um fator de risco para a incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como as patologias cardiovasculares e diabetes nas crianças e na vida adulta. O alto consumo de alimentos industrializados, açucarados, ricos em sódio e pobres em fibras e nutrientes vem se tornando comum em idades cada vez mais precoces [35]. Portanto, uma AC saudável deve incluir pelo menos um representante dos quatro grandes grupos: tubérculo ou cereal, hortaliças, uma proteína animal e leguminosas, para que a criança consiga absorver todos os nutrientes essenciais para o seu desenvolvimento e crescimento [36].

A otimização da comunicação entre os cuidadores e a criança é imperativa para o desenvolvimento da afetividade e constitui um dos pilares da assistência humanizada. Nesse sentido, a implementação de estratégias voltadas à AC favorece o binômio mãe-filho ao fortalecer o vínculo afetivo durante o ato de alimentar. Essa interação qualificada assegura a oferta de uma dieta nutricionalmente completa e saudável, atuando de forma preventiva contra distúrbios nutricionais e infecções intestinais, além de garantir o pleno crescimento e desenvolvimento infantil [1].

Portanto, os relatos das participantes evidenciaram que a TE em formato de cartilha foi um recurso eficaz. Por apresentar um conteúdo abrangente, o material não apenas promoveu o conhecimento teórico sobre a introdução alimentar, higiene e grupos alimentares, mas também forneceu subsídios práticos para o cotidiano. A inclusão de receitas diversificadas na TE permitiu a transposição do saber científico para a prática culinária, facilitando a adesão às recomendações nutricionais da criança menor de um ano.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo revelam que, embora as progenitoras possuíssem conhecimentos prévios sobre a alimentação infantil, persistiam lacunas e dúvidas significativas acerca das práticas de AC. A introdução da TE gerou um impacto positivo no processo de ensino-aprendizagem, proporcionando uma aprendizagem significativa às mães participantes.

As narrativas evidenciaram a compreensão da distinção entre a AME e a AC, bem como a identificação do momento oportuno para a introdução alimentar, a importância dos grupos alimentares e a higienização adequada no preparo e oferta dos novos alimentos. Notavelmente, o uso da cartilha desencorajou o consumo de alimentos ultraprocessados e valorizou alimentos regionais e naturais, respeitando as particularidades socioeconômicas e culturais dos sujeitos e de seu território.

Assim, a percepção das participantes ratificou a TE como um recurso detalhado e autoexplicativo, capaz de mediar a correção de práticas inadequadas, como o uso precoce de mamadeiras e a oferta de alimentos açucarados condutas que, se mantidas, comprometeriam o crescimento e desenvolvimento infantil. A aplicação prática das receitas contidas na TE demonstrou ser um diferencial para a autonomia das famílias sobre a AC.

A promoção da alimentação adequada está intrinsecamente subsidiada pela PNAISC, e para a efetividade das ações na APS, é importante o investimento em EPS e a valorização dos profissionais por meio de melhores condições de trabalho. Ademais, a utilização de TE validadas apresenta-se como uma estratégia essencial para qualificar as ações de educação em saúde, garantindo a promoção da saúde infantil de forma equânime e resolutiva.

Financiamento

Este projeto foi realizado com financiamento próprio das autoras.

Declaração sobre o uso de ferramentas de Inteligência Artificial

Declaramos que, para a elaboração deste material, foram utilizadas as ferramentas de inteligência artificial Gemini com a finalidade de realizar a revisão linguística e aprimoramento da redação do texto. Todo o conteúdo foi revisado, validado e aprovado pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pelas informações apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

2. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SG, Souza FI, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. J Pediatr (Rio J). 2010;86(3):196-201.

3. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto Contexto Enferm. 2013;22(1):224-30. doi:10.1590/S0104-07072013000100027.

4. Queluz MC, Pereira MR, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Rona RJ. Fatores associados à introdução precoce de alimentos complementares em crianças brasileiras. Cad Saude Publica. 2012;28(2):301-12.

5. Mantovani MF. Educação em saúde: conceitos e práticas. In: Mantovani MF, organizadora. Enfermagem em saúde da família. Curitiba: UFPR; 2010. p. 21-36.

6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 2. ed. São Paulo: SBP; 2008.

7. Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev Nutr. 2012;25(4):431-9. doi:10.1590/S1415-52732012000400001.

8. Nietsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2012;2(1):182-9. doi:10.5902/217976923591.

9. Leopardi MT. Produção e aplicação das tecnologias nos sistemas de saúde. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais. Florianópolis: Moriá; 2014.

10. Girard CCP. Saberes e práticas de mães e enfermeiros sobre alimentação complementar: subsídios para produção de tecnologia educacional [dissertação]. Belém: Faculdade de Saúde Pública, Universidade do Estado do Pará/Universidade Federal do Amazonas; 2015.

11. Viana LR, Barreto MM, Girard CCP, Teixeira E. Tecnologia educacional para mediar práticas educativas sobre alimentação complementar na Amazônia: estudo de validação. Rev Enferm UFPE on line. 2016;10(Supl. 6):4853-61.

12. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

13. EQUATOR Network. Enhancing the QUAlity and Transparency Of Health Research (EQUATOR Network) [Internet]. Oxford: EQUATOR Network; 2019 [citado 8 out 2025]. Disponível em: https://www.equator-network.org.

14. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. doi:10.37689/acta-ape/2021AO02631.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

16. Busanello J, Bernardino E, Lacerda MR, Prado ML. Grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas na área da saúde. Rev Enferm UFSM. 2013;3(3):543-50.

17. Pereira AC. Roteiro para grupo focal em pesquisas na área da saúde. Rev Saude Publica. 2013;47(3):550-7.

18. Kinalski DDF, Costa VZ, Bittencourt L, Silva CAA, Neves GBC, Moreira AL. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. Rev Enferm UFSM. 2017;7(2):333-42.

19. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

21. Farias PAM, Martin AAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):143-50. doi:10.1590/1981-52712015v39n1e00602014.

22. Paiva APRC, Vargas EP. Material educativo e seu público: um panorama a partir da literatura sobre o tema. Rev Práxis. 2017;9(18):29-36.

23. Ribeiro ZMT, Spadella MA. Validação de conteúdo de material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Rev Paul Pediatr. 2018;36(2):155-63. doi:10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00013.

24. Salvador PTCO, Martins CCF, Alves KYA, Santos VEP. Tecnologia no ensino de enfermagem. Rev Baiana Enferm. 2015;29(1):33-41. doi:10.18471/rbe.v29i1.9883.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que é, para que serve e como se faz. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

26. Botelho RBA, França Júnior I. Promoção da alimentação adequada na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1873-84.

27. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

28. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

29. Becker GE, Remmington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD006462.

30. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti GV. Nutrition in the first 1000 days: the origin of childhood obesity. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(9):838.

31. Valente JV, Cunha JP, Ramos EG. Práticas de higiene na alimentação complementar e sua relação com a ocorrência de diarreia em crianças. Rev Nutr. 2016;29(4):529-38.

32. Udoh EE, Akinwumi AO, Adebayo OA. Food hygiene practices and diarrhoeal diseases among under-five children in Nigeria. J Environ Public Health. 2016;2016:8961478.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

34. Alves RP, Oliveira LP, Silva CRM. Diversidade da alimentação complementar e estado nutricional de crianças em países em desenvolvimento. J Pediatr (Rio J). 2016;92(3 Suppl 1):S12-9.