



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

ISSN: 1984-0462

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Ribeiro, Zilda Maria T.; Spadella, Maria Angélica
VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS
Revista Paulista de Pediatria, vol. 36, núm. 2, 2018, Abril-Junho, p. 00
Sociedade de Pediatria de São Paulo

DOI: 10.1590/1984-0462;/2018;36;2;00007

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406055520009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS

Content validation of educational material on healthy eating for children under two years of age

Zilda Maria T. Ribeiro^{a,*}, Maria Angélica Spadella^a

RESUMO

Objetivo: Validar conteúdo de um material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos orientado às mães e aos cuidadores.

Métodos: Estudo quantitativo que envolveu a validação de conteúdo do material educativo, constituído por três módulos educacionais e seus respectivos folhetos, os quais foram elaborados com base em referenciais oficiais sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos adequados ao contexto brasileiro. Para validar o conteúdo concebido, empregou-se a conferência de consenso, em duas etapas, junto a sete especialistas.

Resultados: Na primeira etapa, de avaliação individual e anônima, os itens analisados pelos sete especialistas obtiveram média igual ou superior a sete, com desvio padrão inferior a três. Porém, itens dos módulos educacionais (operacional e adesão) e do Folheto I (motivação e cultura) alcançaram valores limítrofes ao critério de corte adotado. Na segunda etapa, em reunião presencial com cinco dos profissionais participantes, cada especialista pôde expressar suas considerações, visando à busca de novo consenso. Os itens com notas próximas do limite de corte obtiveram, após o debate, aumento expressivo de valor no grau de importância e nível de concordância dos especialistas.

Conclusões: Os dados quantitativos obtidos após as etapas da conferência de consenso foram superiores ao limite de corte, sendo o conteúdo do material educativo proposto validado de forma consensual pelos especialistas participantes. A conferência consensual empregada revelou ser uma técnica metodológica eficiente para a construção e a validação de instrumentos educativos.

Palavras-chave: Nutrição do lactente; Cuidado da criança; Nutrição em saúde pública; Educação em saúde; Materiais educativos e de divulgação.

ABSTRACT

Objective: To validate the content of an educational material aimed at mothers and caregivers on healthy feeding for children less than two years of age.

Methods: Quantitative study for content validation of an educational material containing three educational modules and respective folders, elaborated on the basis of official references for healthy feeding for children under two years old and adapted to the Brazilian context. Content validation was made through consensus conference in two stages by seven experts.

Results: In the first stage, an individual and anonymous evaluation was made and the items analyzed by the seven experts averaged seven or more, with standard deviation below three. However, some items in the educational modules (operational and adherence) and Leaflet I (motivation and culture) reached cut-off values. The second stage involved a face-to-face meeting with five of the seven experts, expressing their opinions and seeking for a new consensus. The items whose results were close to the cut-off had an expressive increase in importance and consensus level after the meeting.

Conclusions: The quantitative data obtained after the consensus meetings were superior to the predefined cut-offs, and the content of the proposed educational material was consensually validated by all participating experts. The consensus conference was an efficient methodological technique to build and validate educational instruments.

Keywords: Infant nutrition; Child care; Nutrition, public health; Health education; Educational and promotional materials.

*Autor correspondente. E-mail: zildatosta@gmail.com (Z.M.T. Ribeiro).

^aFaculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil.

Recebido em 19 de janeiro de 2017; aprovado em 14 de maio de 2017; disponível on-line em 8 de janeiro de 2018.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreram no Brasil importantes transformações no padrão de morbimortalidade, devido aos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional.^{1,2} As doenças crônicas não transmissíveis no adulto compõem o maior problema de saúde, sendo responsáveis por 72% das causas de morte do brasileiro.¹ Essas enfermidades estão relacionadas, entre outros fatores, com hábitos alimentares que, por sua vez, são adquiridos nos primeiros anos de vida, estendendo-se até a idade adulta.³

As mudanças na organização familiar, a falta de tempo para preparar as refeições em domicílio e a praticidade dos alimentos industrializados impulsionaram importantes transformações no padrão alimentar da população, com preponderância do consumo dos alimentos ultraprocessados em detrimento dos *in natura* e dos minimamente processados. As peculiaridades desses alimentos, como excesso de sódio, açúcares e gorduras, aditivos químicos e ausência ou quantidades reduzidas de fibras alimentares, podem determinar efeitos deletérios à saúde, como obesidade, diabetes, hipertensão, intolerâncias e alergias.⁴ Tanto pior quando tais produtos são oferecidos às crianças desde os primeiros meses de vida, propiciando o aparecimento de sobre-peso e obesidade desde a infância,^{5,6} sobretudo quando aliados ao desmame precoce e à introdução extemporânea da alimentação complementar. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013,⁷ publicados em 2015, indicaram que 60,8% de crianças menores de cinco anos consomem biscoitos, bolachas ou bolos industrializados e 32,3% tomam refrigerantes ou suco artificial.

O desenvolvimento dos hábitos alimentares durante a infância será determinante para o padrão de consumo alimentar que o adulto terá ao longo de sua vida. Portanto, intervir desde o nascimento, ou seja, promover a formação de hábitos alimentares saudáveis, configura-se em estratégias de prevenção de doenças crônicas. Assim, é de fundamental importância direcionar ações de promoção de alimentação saudável para mães e cuidadores de crianças menores de dois anos.

O Ministério da Saúde (MS), com o propósito de promover hábitos alimentares saudáveis junto à população brasileira, vem elaborando políticas e programas que orientam quanto às práticas saudáveis de alimentação desde a infância, configurando-se em importantes ações de educação alimentar e nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, viabilizar as prescrições dos guias alimentares é tarefa desafiadora para as equipes de saúde, uma vez que o processo alimentar envolve, além dos aspectos biológicos, os sociais, culturais, econômicos e religiosos, tornando-se ainda mais evidente quando dirigido aos menores de dois anos pela necessidade de ampla orientação de pais, familiares e cuidadores, modelos de hábitos e atitudes para a criança.⁸⁻¹⁰

Considerando-se que a atenção básica é a principal porta de entrada e ordenadora da rede de atenção à saúde, a proposta de um material educativo a ser implementado nas ações das equipes de saúde, fornecendo incentivo às famílias quanto à prática alimentar adequada e saudável, poderá repercutir no padrão de consumo alimentar das crianças, constituindo-se em medida de promoção de saúde e melhor qualidade de vida.¹¹⁻¹³

Diante desse cenário, este estudo teve por objetivo a validação de conteúdo de um material educativo sobre alimentação saudável orientado às mães e aos cuidadores de crianças de zero a dois anos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, cujo delineamento envolveu: construção do material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos e validação do conteúdo concebido com o auxílio de especialistas. Seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), sob CAAE nº 48246515.6.0000.5413.

Após revisão de literatura nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline (PubMed), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e nas *webpages* do Ministério da Saúde do Brasil, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), foi elaborado um material educativo constituído por módulos educacionais e folhetos, com ênfase nos referenciais oficiais sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos adequados ao contexto brasileiro.

Esses módulos foram organizados contemplando-se um plano de ensino com objetivos, definição dos temas, recursos didático-pedagógicos, metodologia, cronograma de execução, duração das atividades e avaliação do processo. O eixo norteador para definir os conteúdos concebidos embasou-se nas análises dos guias alimentares, programas e políticas estabelecidos pelo MS, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, pela OMS e pela OPAS.^{8-10,14-16}

A estratégia de trabalho sugerida no plano de ensino dos módulos para o desenvolvimento das ações junto à população-alvo preconizou dois momentos: um com abordagem teórica, dialógica e problematizadora dos temas, pautado no referencial teórico e metodológico de educação popular;^{17,18} e outro com atividades práticas em cozinha adaptada no próprio local de realização da oficina, sendo os participantes convidados a elaborar/preparar receitas culinárias apropriadas às crianças, segundo a faixa etária. Propõe-se, nessas atividades,

que o facilitador empregue método ativo de ensino-aprendizagem, utilizando a técnica da roda de conversa e as orientações do artigo Os grupos na atenção básica à saúde, publicado pelo MS em Cadernos HumanizaSUS.¹⁹

Considerando-se a relevância das ações grupais como potentes práticas de saúde, a opção de grupo sugerida para se trabalhar as atividades dos módulos junto às mães e/ou cuidadores foi a de grupo fechado, que determina um número preestabelecido de participantes e de encontros, além de contar com programação e objetivos definidos, trazendo em seu bojo atividades de promoção e educação em saúde, bem como de prevenção de doenças.¹⁹

O plano de ensino de cada módulo também sugere que as atividades desenvolvidas sejam avaliadas de maneira formativa, em processo, por meio dos depoimentos dos participantes durante e/ou no final dos encontros. Momentos em que eles são encorajados a apontar os aspectos positivos e negativos, sugerir mudanças, fazer autoavaliação, avaliar os pares e o facilitador, falar sobre as repercussões das ações grupais compartilhadas nas práticas alimentares em domicílio, contar se está havendo mudança dos hábitos alimentares pela incorporação de novos conhecimentos e sugerir temas ou formas de abordagem das atividades vindouras. Sugere-se ainda uma avaliação indireta das repercussões dessas ações educativas, examinando-se as curvas de crescimento das crianças das famílias participantes, preenchidas nas consultas de puericultura.

Com base na literatura sobre nutrição infantil e no guia do MS – *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*, de 2013,⁹ foram também elaborados folhetos relacionados à temática dos módulos, a fim de empregá-los como material de apoio durante as atividades. Consideraram-se nessa produção os pressupostos para construção e eficácia de materiais educativos em saúde referentes a conteúdo, linguagem, ilustração, organização e *layout*, aprendizagem e motivação.²⁰⁻²³ O desenvolvimento de *layout*, formulação, diagramação e ilustrações dos folhetos foi realizado por um profissional de ilustração e *design*.

Para a validação de conteúdo do material educativo elaborado, utilizou-se a conferência de consenso,²⁴ uma técnica mista que visa alcançar uma decisão em comum acordo entre duas ou mais partes, conciliando discussão aberta e anonimato dos especialistas, em uma logística viável.²⁴⁻²⁶ Assim, a validação de conteúdo dos módulos educacionais e seus respectivos folhetos envolveu duas etapas, sendo uma a distância e outra presencial, em reunião com os profissionais para o debate aberto das questões apresentadas.

A seleção do painel de especialistas se deu por uma amostra de conveniência, contemplando-se sete profissionais: duas

pediatras doutoras, sendo uma também nutróloga, uma pediatra homeopata, uma enfermeira especialista em pediatria e puericultura e uma enfermeira doutora, uma nutricionista mestre e outra pós-doutora. Seis especialistas também são docentes. Os critérios de inclusão abrangeram: possuir experiência clínica nas áreas de nutrição e/ou puericultura e ter vivência, em sua prática profissional, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos, orientando mães e/ou cuidadores. O tempo médio de experiência dos participantes foi de 25 anos.

A primeira etapa da conferência de consenso objetivou a busca de concordância de opiniões dos especialistas, preservando-se o anonimato das respostas. As versões preliminares dos módulos educacionais e dos folhetos foram entregues aos especialistas em mãos ou enviadas (*on-line* e correio postal), com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com prazo para devolutiva de 30 dias. Solicitaram-se a avaliação individual dos materiais e o preenchimento da ficha de caracterização do especialista. O instrumento de avaliação dos módulos educacionais, adaptado de Sobral e Santos,²⁷ contemplou as dimensões de análise: conceitual, didático-pedagógica, operacional e adesão. Os especialistas analisaram os itens de avaliação/dimensão, atribuindo notas de zero a dez, em que zero correspondeu à discordância completa e dez, à máxima concordância. Para o exame dos folhetos, os especialistas preencheram outro instrumento de avaliação adaptado de Sousa e Turrini,²⁸ composto pelos níveis de análise: conteúdo, linguagem, ilustrações, *layout*, motivação e cultura, atribuindo também notas de zero a dez para cada item. Ambos os instrumentos continham três questões dissertativas para sugestão de inclusões, revisões e/ou exclusões, indicação de erros e/ou equívocos.

As avaliações dos especialistas foram analisadas e as notas atribuídas foram compiladas em uma matriz no programa *Excel* (Microsoft, Corporation, USA), sendo calculadas as médias aritméticas de cada item para verificar a importância/adequação atribuída, bem como os desvios padrão para estimar o grau de consenso entre os especialistas.²⁶ De acordo com Souza e colaboradores,²⁴ adotaram-se como critérios de corte: média ≥ 7 como item importante/adequado; média < 7 como item pouco importante/adequado; desvio padrão < 3 como item consensual; e desvio padrão ≥ 3 como item não consensual. A matriz de dados obtida norteou o aprimoramento das versões preliminares dos materiais propostos.

Na segunda etapa da conferência de consenso, realizou-se uma reunião presencial com o grupo de especialistas, sendo solicitado o consentimento para a gravação do debate. Primeiramente, a consolidação das avaliações dos materiais obtida na primeira etapa foi apresentada, exibindo-se as notas atribuídas, além das sugestões de revisão. Posteriormente, abriu-se o debate entre

os especialistas, em que cada um pôde expressar seu entendimento sobre os materiais propostos, seus argumentos a favor ou contra, além de emitir sugestões, objetivando aprofundar as discussões para busca de consenso. O debate foi organizado segundo cada dimensão/nível de avaliação, iniciando-se pelos módulos e, depois, pelos folhetos. Após a discussão, solicitou-se novamente aos especialistas o preenchimento da avaliação para atribuição de notas aos itens. Com base na segunda matriz de dados, nova reformulação foi conduzida para aprimoramento final dos materiais.

A condução da conferência de consenso, como preconizada por Souza e colaboradores,²⁴ pressupõe o desenvolvimento de três etapas para obter consensualidade de uma proposta, sendo duas a distância (preservação do anonimato) e uma com discussão aberta entre os especialistas das questões apresentadas. Contudo, durante a segunda etapa, os especialistas participantes consideraram prescindível a execução da terceira etapa de avaliação anônima, pois julgaram, em unanimidade, que não era necessária nova rodada de avaliações devido à qualidade alcançada dos materiais propostos.

RESULTADOS

O material educativo elaborado intitula-se *Promovendo a formação de hábito alimentar saudável em crianças menores de dois anos* e constitui-se de três módulos educacionais e seus respectivos folhetos de apoio, englobando conteúdos norteadores do processo alimentar infantil, específicos para as faixas etárias de 0 até 24 meses, além da abordagem para gestantes no último trimestre (Quadro 1, Figura 1).

A primeira etapa da conferência de consenso transcorreu dentro do prazo previsto de 30 dias, com a participação dos sete especialistas convidados. Não houve necessidade de reenvio das versões preliminares dos materiais. Todos os instrumentos de avaliação foram devolvidos com as dimensões de análise deviamente preenchidas e as respostas às questões dissertativas.

Quadro 1 Recorte de conteúdo definido para cada módulo educacional e seu respectivo folheto.

Módulo educacional	Folheto
I	Aleitamento materno
II	Alimentação complementar 1
III	Alimentação complementar 2

A matriz de dados obtida nessa etapa revelou que as médias aritméticas e os desvios padrão de cada item avaliado/dimensão, tanto dos módulos educacionais quanto dos folhetos, foram considerados importantes, com média igual ou superior a sete. Além disso, todos os itens foram considerados em concordância entre os especialistas, com desvios padrão inferiores a três (Tabelas 1 e 2). Apesar disso, alguns itens obtiveram médias próximas de sete e desvios padrão igual ou maiores que dois, estando limítrofes ao critério de corte adotado. Nos módulos educacionais, esses itens relacionaram-se às dimensões operacional e da adesão, referentes ao cronograma e à carga horária das atividades propostas ou à frequência e à motivação da participação do público-alvo. Somente o Folheto I obteve itens com valores de desvio padrão próximos do limite de corte, relacionados aos níveis motivação e cultura, em que se avalia se o conteúdo abordado esclarece as dúvidas da população-alvo de acordo com os níveis de conhecimento/cultura.

Na análise das respostas às questões dissertativas dos instrumentos de avaliação, observou-se que as notas atribuídas pelos especialistas estavam em conformidade com essas medições. As sugestões de cada profissional consonantes com o objeto deste estudo foram acatadas. Esse processo contribuiu para enriquecer a proposta educacional, sobretudo nas dimensões cujos valores dos itens foram limítrofes, já que essas avaliações/sugestões partiram de profissionais que compartilham o propósito de qualificação da atenção à saúde das crianças.

A segunda etapa da conferência de consenso foi realizada com cinco dos sete profissionais participantes, garantindo-se a representatividade das especialidades (Pediatria, Enfermagem e Nutrição). Em debate aberto, cada especialista expressou suas considerações, objetivando aprofundar as discussões em busca de novo consenso. Em seguida, procederam ao preenchimento das avaliações. Os dados da segunda matriz indicaram que os itens com atribuição de notas próximas do limite de corte avaliados na primeira etapa obtiveram aumento expressivo de valor no grau de importância e nível de consenso dos especialistas (Tabelas 1 e 2). Essa segunda avaliação assegurou ao material nova oportunidade de aperfeiçoamento, sofrendo lapidações coerentes e adequadas à sua finalidade.

DISCUSSÃO

A escolha da abordagem desse material educativo sobre hábitos alimentares saudáveis emergiu da inquietação sobre o estado nutricional atual de crianças, em que o sobrepeso e a obesidade prevalecem e que em muito se distingue de poucas décadas atrás, quando a desnutrição consumia a saúde das crianças. É intrigante a situação atual observada na prática clínica, na

qual erros alimentares frequentes coexistem com as políticas públicas nacionais sobre alimentação saudável, tão bem delineadas em seus manuais.

Nesse contexto, o presente material educativo foi elaborado à luz de evidências científicas sobre o manejo do processo alimentar infantil, desde o aleitamento materno até a alimentação

complementar, enfocando as idades de 0 a 2 anos, com o propósito de se destacar como um material instrutivo e factível junto às mães e aos cuidadores, visando à formação de hábitos alimentares saudáveis.^{8-10,14}

Por meio de um painel de especialistas, altamente qualificados em puericultura e nutrição infantil, com embasamento

Folheto I



Folheto II



Folheto III



Figura 1 Folhetos produzidos para cada módulo educacional proposto.

Tabela 1 Médias e desvios padrão dos itens de avaliação dos módulos educacionais conferidos pelos especialistas, segundo as etapas de validação.

Itens de avaliação	Módulo Educacional I				Módulo Educacional II				Módulo Educacional III			
	1 ^a Etapa		2 ^a Etapa		1 ^a Etapa		2 ^a Etapa		1 ^a Etapa		2 ^a Etapa	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Dimensão conceitual												
1.1 Os temas/conteúdos propostos são relevantes para promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos	9,6	0,8	9,6	0,8	9,8	0,3	9,8	0,4	9,5	0,5	9,8	0,4
1.2 Os temas/conteúdos propostos estão adequados ao público-alvo (mães e cuidadores de crianças menores de dois anos)	9,3	1,0	9,8	0,4	9,2	0,9	9,8	0,4	9,2	0,7	9,8	0,4
1.3 Os temas/conteúdos propostos são suficientes para atender às necessidades do público-alvo	8,8	1,3	9,8	0,4	9,0	1,1	9,8	0,4	9,0	1,1	9,8	0,4
1.4 Os temas/conteúdos propostos possibilitarão a apreensão cognitiva do público-alvo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos	8,6	1,0	9,4	0,8	9,1	0,6	9,8	0,4	9,0	0,8	9,8	0,4
1.5 O nível de profundidade dos temas/conteúdos propostos está apropriado ao público-alvo	9,3	1,0	9,4	0,8	9,1	1,0	9,8	0,4	9,0	1,1	9,8	0,4
2. Dimensão didático-pedagógica												
2.1 Os conteúdos programáticos dos módulos educacionais são claros e objetivos	9,3	1,0	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,1	0,6	9,8	0,4
2.2 Há coerência entre os objetivos dos módulos educacionais e o conteúdo programático proposto	9,1	0,9	9,8	0,4	8,7	0,9	9,8	0,4	8,8	0,6	9,8	0,4
2.3 As estratégias de ensino propostas são apropriadas ao público-alvo	8,8	1,3	9,8	0,4	9,1	1,0	9,8	0	9,1	1,0	9,8	0,4
2.4 As atividades de aprendizagem propostas possibilitam autonomia de aprendizagem	8,0	1,2	9,8	0,4	8,8	0,6	9,8	0,4	8,7	0,7	9,8	0,4
2.5 O material de apoio proposto para ser utilizado nas atividades favorece a compreensão dos conteúdos a serem trabalhados nos módulos educacionais	8,6	1,0	9,6	0,5	8,8	1,0	9,8	0,4	8,7	1,2	9,8	0,4
2.6 Os recursos didáticos propostos são de fácil entendimento e favorecem a aprendizagem do público-alvo	8,8	1,3	9,6	0,5	8,7	1,1	9,8	0,4	8,8	1,0	9,8	0,4
2.7 As referências utilizadas são pertinentes e representativas	9,3	1,0	9,8	0,4	8,8	1,0	9,8	0,4	9,0	1,1	9,8	0,4
2.8 O processo avaliativo individual e coletivo está adequado	8,3	1,0	9,6	0,5	8,8	1,0	9,8	0,4	8,8	1,0	9,8	0,4
3. Dimensão operacional												
3.1 O cronograma de execução dos módulos educacionais está adequado	8,5	2,3	9,6	0,5	8,4	2,6	9,4	0,8	8,5	2,5	9,6	0,5
3.2 A carga horária dos módulos educacionais está compatível com as atividades propostas	7,6	2,8	9,6	0,5	7,7	2,5	9,8	0,4	7,7	2,2	9,8	0,4
3.3 O local para desenvolvimento das atividades dos módulos educacionais junto ao público-alvo está adequado	8,8	1,6	9,8	0,4	7,8	2,5	9,8	0,4	8,4	1,2	9,8	0,4
4. Dimensão da adesão												
4.1 A estratégia educacional proposta incentivará e motivará a participação do público-alvo	7,6	1,6	9,2	0,8	8,2	1,6	9,6	0,5	7,8	1,4	9,6	0,5
4.2 As atividades propostas nos módulos educacionais possibilitarão frequência contínua do público-alvo nas atividades	7,0	2,0	9,0	0,7	8,2	1,6	9,2	0,8	7,8	1,4	9,4	0,5

M: Média; DP: Desvio-padrão; M≥7: item considerado importante/adequado; DP<3: item em consenso.

Tabela 2 Médias e desvios padrão dos itens de avaliação dos folhetos conferidos pelos especialistas, segundo as etapas de validação.

Itens de avaliação	Folheto I				Folheto II				Folheto III			
	1 ^a Etapa		2 ^a Etapa		1 ^a Etapa		2 ^a Etapa		1 ^a Etapa		2 ^a Etapa	
	M	DP										
1. Conteúdo												
1.1 O conteúdo abordado é relevante para promoção da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos	9,8	0,3	9,6	0,5	9,8	0,3	9,4	0,5	9,5	0,5	9,6	0,5
1.2 O conteúdo está apropriado ao público-alvo (mães e cuidadores de crianças menores de 2 anos)	9,0	1,5	9,8	0,4	9,4	0,7	9,6	0,5	9,4	0,7	9,6	0,5
1.3 O conteúdo é suficiente para atender às necessidades do público-alvo	8,4	2,2	9,6	0,5	8,7	1,2	9,6	0,5	8,8	1,4	9,6	0,5
1.4 O conteúdo é de fácil aplicabilidade no cotidiano do público-alvo	9,3	1,2	9,8	0,4	9,1	0,6	9,6	0,5	9,2	0,7	9,6	0,5
2. Linguagem												
2.1 O estilo da redação é compatível com o público-alvo	8,5	0,9	9,8	0,4	9,2	0,7	9,8	0,4	9,4	0,5	9,6	0,5
2.2 A escrita utilizada é atrativa	9,0	1,1	9,8	0,4	9,2	0,7	9,8	0,4	9,2	0,7	9,6	0,5
2.3 A linguagem é clara e objetiva	8,8	1,0	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,4	0,5	9,6	0,5
3. Ilustrações												
3.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material e elucidam esse conteúdo	9,1	1,2	9,8	0,4	9,1	1,0	9,8	0,4	9,5	0,7	9,8	0,4
3.2 As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão	9,1	1,4	9,8	0,4	9,4	0,7	9,8	0,4	9,5	0,7	9,8	0,4
3.3 A quantidade de ilustrações está adequada para o conteúdo do material de apoio	9,8	0,3	9,6	0,5	9,4	0,5	9,8	0,4	9,5	0,7	9,8	0,4
4. Layout												
4.1 O tipo de letra utilizado facilita a leitura	9,5	0,5	9,8	0,4	9,2	0,4	9,8	0,4	9,2	0,7	9,8	0,4
4.2 As cores aplicadas ao texto são pertinentes e facilitadoras para a leitura	9,4	0,7	9,8	0,4	9,2	0,4	9,8	0,4	9,1	1,0	9,8	0,4
4.3 A composição visual está atrativa e bem organizada	9,5	0,7	9,8	0,4	9,2	0,4	9,8	0,4	9,5	0,5	9,8	0,4
4.4 O formato (tamanho) do material de apoio e o número de páginas estão adequados	9,4	0,7	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4
4.5 A disposição do texto está adequada	9,7	0,4	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,5	0,5	9,8	0,4
4.6 O tamanho das letras dos títulos, subtítulos e textos estão adequados	9,4	0,5	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,5	0,5	9,8	0,4
5. Motivação												
5.1 O conteúdo está motivador e incentivará a prosseguir com a leitura	9,2	0,7	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4
5.2 O conteúdo despertará interesse nos leitores	9,1	0,6	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4	9,4	0,5	9,8	0,4
5.3 O conteúdo atende as dúvidas, esclarece e educa o público-alvo	8,0	2,0	9,4	0,5	8,8	1,0	9,6	0,5	9,1	1,0	9,4	0,5
6. Cultura												
6.1 O texto está compatível com o público-alvo, atendendo aos diferentes perfis de conhecimento	8,2	2,0	9,4	0,5	9,0	1,1	9,6	0,5	9,2	1,1	9,4	0,5

M: Média; DP: Desvio-padrão; M≥7: item considerado importante/adequado; DP<3: item em consenso.

técnico e experiência na prática clínica, atuando no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, atingiu-se a validação de conteúdo do material educativo proposto de forma consensual. Chegou-se a um compilado rico, potente e objetivo das políticas alimentares do MS,⁸⁻¹⁰ com o diferencial de oferecer aos profissionais da rede básica de saúde instruções simples e decodificadas sobre como realizar orientações alimentares aos cuidadores de lactentes, orientando-os sobre todos os passos para sua aplicabilidade.

Os valores de média e desvio padrão obtidos na primeira etapa da conferência de consenso, em sua maioria, mostraram a adequação do material educativo proposto, procedimento reforçado na segunda etapa de reunião presencial. Contudo, os resultados da primeira etapa foram fundamentais na reformulação dos módulos educacionais quanto às dimensões operacional e da adesão, as quais obtiveram médias limítrofes. Os especialistas julgaram ser extensa e cansativa a carga horária de três horas de atividades para a execução dos módulos, o que poderia também interferir na motivação da população-alvo. Por conseguinte, na versão reformulada do material foi proposta a redução da carga horária dos módulos para duas horas, sendo então considerada adequada pelos especialistas, em comum acordo, na segunda etapa da conferência.

Em relação aos folhetos, os valores de desvio padrão próximos do limite de corte obtidos na primeira etapa da conferência para o Folheto I nortearam as modificações da versão preliminar quanto aos níveis de motivação e cultura. Dessa forma, a substituição de determinados termos foi feita para tornar a linguagem mais simples e de fácil entendimento aos diferentes níveis de conhecimento e cultura. A nova versão do Folheto I foi considerada adequada pelos especialistas na reunião de debate aberto.

Adicionalmente, a ampla análise dos especialistas durante as etapas da conferência de consenso norteou o refinamento do material educativo proposto no sentido de explicitar, nos módulos educacionais, que sua potencialidade em ações de promoção da formação precoce de hábito alimentar saudável é dependente da maneira como as orientações alimentares são transmitidas à população-alvo. Por essa razão, a proposta de trabalho com a população sugerida é o método de ensino ativo, dialógico e centrado em atividades práticas, pautado no referencial de educação popular de Paulo Freire.^{17,18} Essa opção de trabalho alinha-se aos propósitos da atenção básica de atingir parcelas da população que necessitam de ações coletivas de caráter educativo e transformador, envolvendo mudança de hábitos, no caso alimentar, com enfoque no aprendizado. Nessa direção, o papel do facilitador precisa

ser bem delineado, podendo ser exercido por qualquer pessoa inserida na equipe de saúde, ou mesmo profissionais de creches e pré-escolas e cuidadores de crianças em suas casas, já que o requisito básico para desempenhar esse papel é simplesmente a vontade de fazer.^{29,30}

A conferência consensual,²⁴ em duas etapas, representou uma importante ferramenta para validação de conteúdo do material educativo proposto sobre alimentação saudável de crianças menores de dois anos. Por meio da metodologia científica empregada, a construção e a validação do conteúdo concebido no material educativo, com a participação de especialistas da área, garantiram sua maior adequação diante das reais necessidades do público-alvo. Diante disso, tem-se a expectativa de que este estudo possa incentivar e embasar outros pesquisadores a elaborar e corroborar instrumentos com o propósito de educação em saúde, de forma a serem desenvolvidos com rigor científico e dirigidos à população em suas necessidades, e não dependentes apenas do recorte definido por quem os elabora.

Ainda que este estudo tenha criteriosamente validado o conteúdo concebido no material educativo proposto, ele tem a limitação de não ter sido aplicado junto ao público-alvo. Esse fato nos impede de avaliar o entendimento e a efetividade das informações presentes nos módulos educacionais e folhetos na prática. Portanto, espera-se, diante desse material educativo, que os próximos passos sigam em direção à sua aplicabilidade junto à população-alvo, sobretudo nas ações de educação em saúde das equipes da atenção básica, pois poderá contribuir para a qualificação do cuidado, configurando-se em incentivo às práticas alimentares saudáveis com vistas à promoção de saúde, melhor qualidade de vida e prevenção de agravos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais que participaram da conferência de consenso, viabilizando a validação do conteúdo concebido no presente material educativo. E também ao profissional Pedro Felix, responsável pela ilustração e pelo *design* dos folhetos produzidos.

Financiamento

Programa de Apoio à Pós-graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROAP-CAPES), Proc. 1293/2015, para pagamento do profissional responsável pela ilustração e pelo *design* dos folhetos produzidos.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moura L, Silva Jr JB. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, Eds. Epidemiologia & Saúde. 7th ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 273-4.
2. Brazil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Guerra A, Rêgo C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, et al. Feeding and nutrition of infants. *Acta Pediatr Port.* 2012;43(5 Suppl 2):S17-40.
4. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SL, Souza FI, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr.* 2010;86:196-201.
6. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008;9:474-88.
7. Brazil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3rd ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.
9. Brazil. 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. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LM. Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:1759-71.
12. Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. *Eur J Clin Nutr.* 2011;65:454-62.
13. Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, et al. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol.* 2011;40:47-62.
14. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Brazil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Brazil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para profissionais da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Freire P. Pedagogia do oprimido. 55th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
18. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 47th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
19. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Griffin J, McKenna K, Tooth LR. Written health education materials: making them more effective. *Aust Occup Ther J.* 2003;50:170-7.
21. Demir F, Ozsaker E, Ilce AO. The quality and suitability of written educational materials for patients. *J Clin Nurs.* 2008;17:259-65.
22. Echer IC. The development of handbooks of health care guidelines. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13:754-7.
23. Barrio IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Molina A. Consensus on the legibility criteria of health education leaflets. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34:153-65.
24. Souza LE, Silva LM, Hartz ZM. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZM, Silva LM, Eds. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
25. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess.* 1998;2:i-iv,1-88.
26. Ferraro AH, Costa EA, Vieira-da-Silva LM. A framework for health surveillance decentralization. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:2201-17.
27. Sobral NA, Santos SM. Proposal of a methodology for evaluating training in healthy eating. *Rev Nutr.* 2010;23:399-415.
28. Sousa CS, Turrini RN. Validación de un constructo de la tecnología educativa para pacientes mediante la aplicación de la técnica Delphi. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:990-6.
29. Brazil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
30. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.