

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS



DISSERTAÇÃO

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO
INTERLOCUTOR DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

FRANCINE SILVA DOS SANTOS

PELOTAS, 2016

FRANCINE SILVA DOS SANTOS

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO INTERLOCUTOR DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição e Alimentos da
Universidade Federal de Pelotas –
UFPEL, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em
Nutrição e Alimentos.

Orientadora: Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Gicele Costa Mintem

PELOTAS, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S237a Santos, Francine Silva dos

O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar / Francine Silva dos Santos ; Denise Petrucci Gigante, orientadora ; Gicele Costa Mintem, coorientadora. — Pelotas, 2016.

119 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Nutrição do lactente. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Serviços de saúde da criança. I. Gigante, Denise Petrucci, orient. II. Mintem, Gicele Costa, coorient. III. Título.

CDD : 641.1

Elaborada por Aline Herbstrieth Batista CRB: 10/1737

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a. Cristina Corrêa Kaufmann (Membro)

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas – UCPEL

Prof. Dr^a. Ivana Loraine Lindeman (Membro)

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Prof. Dr^a. Samanta Winck Madruga (Suplente)

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Luis Antônio e Carmen Lúcia pelo incentivo e apoio em minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós *in memoriam* **Aristides**, **Adelina**, **Darci** e **Zilda** a última por reconhecer a importância da educação e durante sua trajetória em vida ter realizado todos os esforços a seu alcance para que suas filhas tivessem um curso superior e realizassem seu sonho de ser professora.

Aos meus pais **Luis Antônio** e **Carmen Lúcia** pelo grande incentivo e investimento em minha educação e se dedicarem a minha formação acadêmica e pessoal constantemente.

À minha irmã **Liziane**, a qual é como uma segunda mãe para mim e sempre me apoia e aconselha com a sua experiência de vida e acadêmica e meu irmão **Alexandre**, por estar sempre ao meu lado.

Às professoras, **Denise Gigante** e **Gicele Mintem** pela competência e dedicação a esta dissertação. Agradeço por todos os momentos de imenso aprendizado, pela paciência em me ensinarem e pela forma sempre carinhosa e gentil que se dispuseram e são dois grandes modelos de inspiração para mim como profissionais e pessoas.

Às amigas que fiz ao longo destes seis anos que estou em Pelotas, cidade que esta no coração do meu pai e que me acolheu, em especial as que dividiram moradia comigo e as expiações de estar longe de nossos familiares.

Às alunas que contribuíram na coleta de dados desta dissertação e aqueles que aceitaram participar desta pesquisa.

*“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”*
(Augusto Cury)

RESUMO

SANTOS, Francine Silva. **O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2016.

A alimentação na primeira infância tem implicações nos demais ciclos da vida de um indivíduo. Contudo, evidenciam-se orientações inadequadas por parte dos profissionais de saúde em relação à alimentação complementar e práticas inadequadas das famílias durante este período. Entende-se que os agentes comunitários de saúde, devido suas características e atribuições, possam ser interlocutores, melhorando a alimentação complementar, em todo território nacional. Com isso, este trabalho teve por objetivo descrever o conhecimento dos agentes comunitários de saúde e os recursos que a unidade básica oferece para que estes tenham conhecimento sobre alimentação complementar. Foi realizado estudo transversal descritivo na cidade de Pelotas, RS, nas unidades básicas da zona urbana com Estratégia Saúde da Família ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Dois instrumentos foram utilizados: um questionário proposto ao serviço de saúde e outro destinado aos agentes comunitários de saúde, dividido em duas partes, sendo a primeira aplicada por entrevistador treinado e a outra autopreenchida, compreendendo um teste de conhecimentos sobre alimentação complementar, obtendo escores de conhecimento geral e para cada módulo do instrumento. O conhecimento dos agentes de saúde para os módulos de conhecimento geral e de alimentação complementar apresentou associação estatística positiva com idade, tempo de profissão, visitas domiciliares a crianças com até 24 meses, realizar orientações, buscar informações sobre alimentação complementar, e receber treinamento apenas com o escore geral. Verificou-se desacordo entre as respostas do serviço de saúde e dos profissionais entrevistados quanto aos treinamentos, materiais governamentais e acompanhamento do crescimento infantil. Portanto, a unidade básica deve não só respaldar, mas facilitar o acesso a recursos que possibilitem o conhecimento sobre o assunto, como um fator importante na educação alimentar e nutricional da comunidade.

Palavras-chave: Nutrição do lactente, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família, serviços de saúde da criança.

ABSTRACT

SANTOS, Francine Silva. **The community health worker as interlocutor in complementary feeding.** Masters Dissertation, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2016.

The feeding in early childhood has implications in other cycles of life of an individual. However, evidence is inadequate guidance by health professionals in relation to complementary feeding and practices inadequate household during this period. It is understood that the community health workers, due to its features and functions, can be interlocutor, improving complementary feeding, throughout the country. Therefore, this study aimed to describe the knowledge of community health workers and resources that the basic unit offers so that they have knowledge about complementary feeding. We conducted a descriptive cross-sectional study in the city of Pelotas, RS, in the basic units of the urban area with Family Health Strategy and Strategy Community Health Agents. Two instruments were used: a questionnaire proposed to the health service and another for the community health workers, divided into two parts, the first being applied by a trained interviewer and the other filled by the respondent comprising a knowledge test about complementary feeding, obtaining knowledge scores general and for each instrument module. Knowledge of health workers to the general knowledge modules and complementary feeding showed positive statistical association with age, occupation time, home visits to children up to 24 months, conduct guidelines, seek information about complementary feeding, and receive training only the general score. There was disagreement between the responses of the health service and the professionals interviewed about the training, government materials and monitoring of child growth. Therefore, the basic unit must not only endorse but facilitate access to resources that enable knowledge of the subject as an important factor in food and nutrition education community.

Keywords: Infant nutrition, community health workers, family health strategy, child health services.

LISTA DE FIGURAS

PROJETO DE PESQUISA.....	16
Figura 1	33
Figura 2.....	34
Figura 3.....	39
Figura 4.....	41
Figura 5.....	44
Figura 6.....	48
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	59
Figura 7.....	68

LISTA DE TABELAS

ARTIGO.....	70
Tabela 1.....	92
Tabela 2.....	93
Tabela 3.....	94
Tabela 4	95
Tabela 5	96

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Alimentação Complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ENPACS	Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

APÊNDICES

Apêndice A.....	98
Apêndice B.....	102
Apêndice C.....	104
Apêndice D.....	115
Apêndice E.....	116
Apêndice F.....	118

SUMÁRIO

Resumo.....	8
Abstract.....	9
PROJETO DE PESQUISA.....	16
Resumo.....	18
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4. MARCO TEÓRICO.....	23
4.1 Alimentação nos Primeiros anos de Vida.....	23
4.2 Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde.....	28
4.3 Revisão de Literatura.....	32
5. METODOLOGIA.....	41
5.1 População Alvo.....	42
5.2 Desfechos.....	42
5.3 Variáveis independentes.....	45
5.4 Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	46
5.5 Estudo-piloto.....	46
5.6 Coleta de dados.....	46
5.7 Controle de qualidade.....	47
5.8 Análise Estatística.....	47
5.9 Aspectos Éticos.....	47
5.10 Divulgação dos Resultados.....	47
6. CRONOGRAMA.....	48
7. ORÇAMENTO.....	49
8. REFERÊNCIAS.....	50
MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA.....	57

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	59
1. INTRODUÇÃO.....	60
2. POPULAÇÃO ALVO.....	60
3. INSTRUMENTOS.....	61
4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	62
5. PERCURSOS DA PESQUISA.....	63
5.1 Estudo piloto.....	63
5.2 Logística do trabalho de campo.....	64
6. SUPORTE TÉCNICO E CONTROLE DE QUALIDADE.....	66
7. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO.....	66
8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	69
ARTIGO.....	70
Resumo.....	72
Abstract.....	73
INTRODUÇÃO.....	74
METODOLOGIA.....	75
RESULTADOS.....	79
DISCUSSÃO.....	82
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES.....	97

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS



PROJETO DE PESQUISA

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO INTERLOCUTOR DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

FRANCINE SILVA DOS SANTOS

PELOTAS, 2015

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO INTERLOCUTOR DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

Francine Silva dos Santos

Projeto de Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre em Nutrição e Alimentos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Gicele Costa Mintem

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Samanta Winck Madruga

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL
(Membro)

Prof. Dr^a. Maria Cecília Formoso Assunção

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL
(Suplente)

Resumo

SANTOS, Francine Silva. **O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2015.

Introdução: Considerando a importância da alimentação na primeira infância e suas implicações nos demais ciclos da vida de um indivíduo, ressalta-se a necessidade de introdução adequada de alimentos complementando o aleitamento materno no período de 6 a 24 meses de vida. Contudo, a literatura evidencia orientações indevidas por parte dos profissionais de saúde em relação à alimentação complementar e, conseqüentemente, práticas inadequadas das famílias durante este período. Entende-se que os agentes comunitários de saúde, devido suas características e atribuições, possam ser interlocutores, melhorando a alimentação complementar, em todo território nacional. **Objetivos:** Estudar os recursos que a unidade básica oferece para que o agente comunitário de saúde tenha conhecimento sobre alimentação complementar. **Metodologia:** Pesquisa observacional do tipo transversal realizada na cidade de Pelotas, RS, nas unidades básicas da zona urbana com Estratégia Saúde da Família ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, para informação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde e dos recursos da unidade básica referentes à alimentação complementar. Os instrumentos utilizados serão um questionário aplicado com o responsável do serviço de saúde e outro destinado aos agentes comunitários de saúde, dividido em duas partes, sendo a primeira aplicada por entrevistador treinado e a outra autopreenchida, compreendendo um teste de conhecimentos sobre alimentação complementar, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Nutrição do lactente, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família, serviços de saúde da criança.

1. INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição adequadas são requisitos essenciais para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças e é um direito humano fundamental, pois representa a base para sobrevivência (BRASIL, 2010a). No primeiro semestre de vida recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente e a partir de 6 meses deve receber outros alimentos complementando o leite materno até os 24 meses (WHO, 2001). Por isto, é fundamental que as mães, cuidadores e a família, nesse período, recebam orientações e sejam apoiados para a adequada introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2010a). Aos profissionais da saúde cabe orientar os familiares quanto às práticas da alimentação complementar, tendo como objetivo máximo o crescimento e o desenvolvimento pleno das crianças menores de dois anos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). Contudo, ainda há disparidades entre o aconselhamento nutricional dos profissionais de saúde para crianças até dois anos de idade e as recomendações das instituições internacionais e nacionais de saúde, refletindo-se esta situação em introdução inadequada da alimentação complementar por parte das famílias de crianças até os 24 meses (CAMPOS, 2014).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais da atenção básica de saúde, membros da comunidade que devem estabelecer com esta, uma relação pessoal a fim de contribuir para a melhor qualidade de vida de todos (BRASIL, 2009a). Assim os ACS, têm maior propriedade dos problemas enfrentados na introdução de alimentos dentro dos domicílios, bem como, podem ser capacitados para orientar as famílias, na expectativa de evitar

futuros distúrbios nutricionais e demais enfermidades, possivelmente pela sua proximidade com as famílias, maior frequência da atuação, confiança da comunidade e por compreender melhor do que qualquer outro profissional, as barreiras socioeconômicas e culturais que impossibilitam a introdução de alimentos adequada. Porém, para serem interlocutores da alimentação complementar é preciso que a unidade básica ofereça recursos que possibilitam seu conhecimento quanto ao assunto, como um constituinte da educação alimentar e nutricional da comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que a alimentação da criança tem repercussões em todos os ciclos da vida de um indivíduo (MONTE; GIUGLIANI, 2004) e ainda que há deficiências nas orientações por parte dos profissionais de saúde (ARIMATEA, 2009; CAMPOS, 2014) inclusive dos agentes comunitários de saúde que, conforme revisão de literatura, têm sua prática quanto a alimentação infantil focada no aleitamento materno (LEITE, 2005; ARIMATEA, 2009; ÁVILA, 2011; COUTINHO, 2013) é essencial buscar alternativas para melhorar a prática de alimentação complementar. Sendo a atenção básica a porta de entrada nos serviços de saúde é fundamental que o aconselhamento sobre introdução de alimentos ocorra neste nível de atenção, pois, não se pode esperar que as famílias tenham práticas corretas de alimentação complementar se não tiverem sido adequadamente informadas.

Enquanto alguns estudos têm avaliado a atuação de profissionais de saúde na orientação da alimentação da criança nos primeiros dois anos de vida (ADJAFRE, 2011; ALLCUTT; OLSON, 2010) não fomos capazes de identificar qualquer estudo no qual os ACS foram avaliados como via de comunicação para orientação das famílias quanto à alimentação complementar. E ainda, este estudo se justifica por todas as características e atribuições dos ACS que fazem com que eles possam ter importante papel para melhorar a alimentação complementar de crianças brasileiras.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Estudar os recursos que a unidade básica de saúde oferece para que o ACS tenha conhecimento sobre alimentação complementar.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o conhecimento dos ACS em relação às orientações de alimentação complementar.
- Descrever o acesso dos ACS e comunidade aos documentos técnicos e/ou materiais educativos especialmente àqueles referentes às recomendações oficiais do Ministério da Saúde.
- Identificar o grau de escolaridade e a área de formação do ACS.
- Descrever os recursos humanos existentes em unidades básicas de saúde (UBS), além dos ACS, com atribuições relacionadas à alimentação infantil.
- Identificar ações de capacitação e/ou educação continuada realizadas com profissionais da unidade básica de saúde no que se refere à alimentação complementar.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Alimentação nos Primeiros anos de Vida

É na infância que se desenvolvem as potencialidades humanas, e distúrbios neste período são responsáveis por graves consequências para o indivíduo e para a comunidade (BRASIL, 2009b). O primeiro ano de vida é um período caracterizado por rápido crescimento e desenvolvimento reflexo das condições da vida intrauterina e dos fatores ambientais, dentre os quais se destaca o estado nutricional (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2004). AS recomendações globais para a alimentação adequada de lactentes e crianças jovens são as seguintes: amamentação deve começar cedo, dentro de uma hora após o nascimento, ser exclusiva por seis meses e a alimentação complementar adequada deve começar a partir da idade de seis meses com continuidade da amamentação até os dois anos ou mais (WHO, 2002).

O reconhecimento dos benefícios da amamentação para o binômio mãe e filho, associado aos riscos do desmame precoce, fizeram com que na década de 1980 surgissem iniciativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tanto por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro. O leite materno é o alimento ideal para recém-nascidos e lactentes, disponibilizando todos os nutrientes de que necessitam para o desenvolvimento saudável, é seguro e contém anticorpos que ajudam na proteção de doenças comuns da infância, como diarreia e pneumonia, as duas principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo (WHO, 2015). Para as mães, o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida pode ser considerado um método natural de controle

de natalidade (embora com risco de falhas) e parece estar relacionado com a redução dos riscos de câncer de mama e de ovário, além de auxiliar na perda de peso (WHO, 2015). Consequentemente, estudos de base populacional (BRASIL, 2009c, 2009d) têm evidenciado um progresso significativo na prática de amamentação no Brasil, embora o aleitamento materno exclusivo permaneça pouco frequente e com curta duração. Em nível mundial, menos de 40% das crianças com idade inferior a seis meses são exclusivamente amamentadas (WHO, 2015).

O aleitamento materno é essencial para promover a alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a introdução de alimentos seguros, acessíveis, culturalmente aceitos, no período e na forma adequada é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação (BRASIL, 2009b). Como se trata de um direito das crianças e de suas mães é atribuição do Estado garantir a alimentação infantil adequada, em articulação com a sociedade civil. O profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável na comunidade em que atua quando consegue realizar uma escuta efetiva e traduzir os conceitos técnicos em linguagem simples e acessível e de forma prática (BRASIL, 2010a).

A alimentação complementar é definida como o período no qual o aleitamento materno não é mais suficiente para satisfazer as recomendações nutricionais do lactente. Portanto, outros alimentos e líquidos são necessários, juntamente com leite materno, na faixa etária entre 6 e 24 meses, quando é introduzida a alimentação complementar (WHO, 2001). Uma alimentação

complementar adequada deve seguir os seguintes critérios estabelecidos pela OMS: oportuna, que os alimentos são introduzidos quando a necessidade para a energia e nutrientes excede o que pode ser fornecida através de amamentação exclusiva e frequente; adequada, ou seja, que os alimentos forneçam energia, proteínas e micronutrientes suficientes para atender as necessidades nutricionais da criança; segura, que os alimentos e utensílios sejam higienicamente armazenados e preparados; e devidamente alimentados, o que significa que os alimentos devem ser oferecidos de acordo com os sinais de apetite e saciedade, e que o método de alimentação estimule o desenvolvimento motor da criança conforme a idade (WHO, 2002).

Em 2001, a OMS oportunizou uma consulta mundial sobre alimentação complementar com a participação de um grupo de cientistas e gestores de programas de diversos países. Esses especialistas analisaram e atualizaram as recomendações para alimentação complementar adequada, identificaram ações necessárias para acelerar os esforços programáticos, incluindo as prioridades de pesquisa e o desenvolvimento de ferramentas para planejar e implementar intervenções. Além disso, discutiram questões relacionadas com alimentação e, dentre essas, as relações entre nutrição materna, amamentação adequada e práticas de alimentação complementar (WHO, 2002). No mesmo ano, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicaram um material intitulado: Princípios Orientadores para Alimentação Complementar da Criança Amamentada (WHO, 2001). No ano seguinte, o MS, também em parceria com a OPAS, lançou o Guia alimentar para crianças menores de dois anos, destinado à capacitação técnica dos profissionais que atuam no campo da alimentação infantil, principalmente nutricionistas e as Equipes de Saúde da

Família (ESF) e para uso da população (BRASIL, 2002). O conteúdo deste Guia inclui evidências científicas sobre a alimentação das crianças, apresentou um diagnóstico da situação alimentar e nutricional dos menores de dois anos, bem como, percepções, práticas e tabus alimentares das diferentes regiões do país, com orientações e recomendações para a melhoria do quadro apresentado, propondo os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos e ainda, gráfico ilustrativo com sugestões de dietas para os grupos de idade de 6 a 11 meses e de 12 a 23 meses (BRASIL, 2002).

Em 2010, foi lançada a segunda edição deste material direcionado aos profissionais da atenção básica, com o objetivo de fortalecer a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (ENPACS), além de outro material, mais didático, dirigido às famílias, com os Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos (BRASIL, 2010b, 2010c). No ano seguinte, também fazendo parte do ENPACS, foi publicado o álbum seriado para Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos, direcionado para profissionais e ACS, para auxiliar nas consultas de rotina e visitas domiciliares (BRASIL, 2011).

Com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos e para qualificar o trabalho dos profissionais da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi lançada em 2012 a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a qual propõe a formação de tutores na atenção básica que devem ser responsáveis por promover, proteger

e apoiar a amamentação e a alimentação saudável para menores de dois anos (BRASIL, 2013).

Apesar de todos esses esforços para melhorar a alimentação complementar cabe destacar que, enquanto as campanhas de promoção do aleitamento materno têm apresentado resultados importantes ao longo das últimas décadas, progresso similar não é verificado com relação à alimentação complementar em nível mundial (WHO, 2002). Pesquisas internacionais e nacionais divulgam que a introdução de alimentos no Brasil é precoce e de baixa qualidade (BRASIL, 2009c, 2009d; WHO, 2006). Conforme o estudo multicêntrico da OMS (2006), conduzido em seis países (Noruega, Estados Unidos, Brasil, Omã, Índia, Gana), quando foi proposta a curva de crescimento infantil, a média global de introdução de alimentos sólidos e semissólidos foi de 5,4 meses ($dp=0,7$), sendo de 5,5 meses ($dp=0,7$) no Brasil. Outro estudo, conduzido em capitais brasileiras, mostrou que em Porto Alegre, RS, cerca de 60% das crianças de 6 a 9 meses de idade consumiam salgadinhos e biscoitos, alimentos estes considerados como marcadores de uma alimentação com baixo valor nutricional. Por outro lado, esse mesmo estudo mostrou que 87% dessas crianças recebiam comida salgada (BRASIL, 2009d).

O principal argumento opositor a introdução precoce dos alimentos complementares é o aumento dos riscos de morbimortalidade, especialmente em regiões com condições precárias de higiene (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI 2010), segundo observado por SILVA (2010) é um risco potencial para saúde e desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta e as situações mais comuns decorrentes da alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia, excesso de peso e desnutrição (BRASIL,

2009b). Corroborando com estas afirmativas verifica-se que o desafio é conseguir educar efetivamente à população e, sobretudo às mães e cuidadores das crianças, quanto à introdução de alimentos de qualidade e no momento oportuno.

4.2 Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde

O Brasil é o único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal e gratuito. A atenção básica compreende um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Os princípios da atenção básica são universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Assim, a atenção básica no Brasil deve desenvolver-se no maior grau de descentralização, ou seja, ocorrer no local mais próximo do cotidiano da população e caracterizar-se por ser a porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2012a).

No final da década de 80, com a Lei do SUS, incluída na Constituição Federal, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) teve início com a denominação de programa como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em busca de alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. A mesma foi instituída e regulamentada em 1997, quando começou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. A EACS é considerada uma transição para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL,

2001) ou como uma maneira de agregar agentes comunitários a outras formas de organização da atenção básica (BRASIL, 2012a). As equipes são constituídas por um enfermeiro para até no máximo doze e no mínimo quatro ACS, com cumprimento da carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2012a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é definida como uma expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos dessa atenção, além de propiciar importante relação custo-efetividade. As equipes multiprofissionais da ESF devem ser responsáveis por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição, estas são compostas minimamente pelos seguintes profissionais: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e ACS (BRASIL, 2012a). O número de ACS deve cobrir a totalidade da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas assistidas por ACS e 12 ACS por equipe de Saúde da Família. (BRASIL, 2012a).

O ACS é um profissional primordial no SUS, por fortalecer a integração entre os serviços de saúde da atenção básica e a comunidade (BRASIL, 2009a). Por integrarem as equipes de saúde da família e serem membros da comunidade, os ACS devem entender de uma maneira mais próxima os problemas que afligem sua população para estabelecer um diálogo, a fim de promover um vínculo afetivo, visando melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, com ações de educação e vigilância em saúde

(BRASIL, 2009a). Para atingir seus objetivos o profissional deve: conhecer a realidade social e epidemiológica da sua área de atuação; estar ciente não só dos problemas da comunidade, mas também de suas potencialidades para crescer e se desenvolver social e economicamente; ser ativo e ter iniciativa; estar pronto para novos conhecimentos; ser observador e agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais (BRASIL, 2009a). Também é necessário que o ACS seja valorizado e respeitado pela comunidade e pelos seus colegas de trabalho, pois, segundo GALAVOTE (2011) os ACS ressaltaram que havia necessidade de serem mais valorizados e respeitados na execução das atividades diárias, principalmente pelos seus colegas de trabalho.

As atribuições dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº. 1.886/ 1997, sendo descritas atribuições que fazem parte do conhecimento da área, acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, este profissional deve receber capacitação continuada, gradual e permanente para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências, sendo que o conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho. Com relação à saúde infantil, a mesma Portaria estabelece que o ACS deve fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos, promover o aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno, atenção e cuidados no puerpério, além do monitoramento e acompanhamento das gestantes e realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade (BRASIL,1997).

A educação alimentar e nutricional compreende o conhecimento e a prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012b). Embora, o conhecimento não se reflita em mudança, deve-se considerar que diferentes etapas são necessárias para que ocorra a mudança de comportamento e, com certeza, o conhecimento é uma delas. Dentre estas etapas, são destacadas aquelas que contemplam o modelo transteórico de mudança de comportamento, as quais incluem pré-contemplação, contemplação, decisão, ação, manutenção e rescisão (PROCHASKA, 1997). A primeira etapa, exemplificada através do comportamento alimentar corresponderia àqueles que não reconhecem suas práticas alimentares inadequadas ou não dispõem de motivação para mudá-las (TORAL, 2007), ou seja, seria a falta de conhecimento. A contemplação é caracterizada pelo indivíduo que reconhece que tem um padrão alimentar pouco saudável, mas percebe diversas barreiras que o impedem de aderir a uma dieta adequada, a decisão é quando se pretende mudar seu comportamento um futuro próximo, a ação corresponde àqueles que de fato alteraram seu comportamento, a manutenção é a ação sustentada ao longo do tempo e a rescisão é quando os indivíduos adquirem autoeficácia e não retornaram aos hábitos pouco saudáveis, porém na área da nutrição o objetivo mais realista seria a fase de manutenção. (PROCHASKA, 1997; TORAL, 2007).

4.3 Revisão de Literatura

Diante do panorama apresentado e com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o tema foi realizada uma revisão de literatura focada em resultados de estudos publicados na última década até Fevereiro de 2015, cujo componente de análise tenha abrangido, de alguma forma, alimentação de crianças até dois anos de idade.

A revisão foi realizada na base de dados *PUBMED*. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave utilizados foram: *complementary feeding, complementary food, infant nutrition, infant food, community health workers, family health strategy, child health services e health personnel*. A seleção de publicações foi baseada nos seguintes critérios de inclusão: artigos originais; idiomas inglês e português; delineamentos observacionais e longitudinais, descritivos e analíticos, análise quantitativa, ensaios clínicos e revisões sistemáticas.

A figura 1 descreve as combinações que identificaram artigos sobre o tema em questão. Destes, 1482 eram repetidos e dos 1425 títulos, 139 foram selecionados para leitura do resumo e 47 foram lidos na íntegra, dos quais foram excluídos aqueles que não se adequavam ao tema. Também foi realizada revisão adicional de artigos citados nas referências das publicações selecionadas.

Os principais dados extraídos dos artigos revisados são apresentados na figura 2, enquanto a figura 3 apresenta apenas os estudos nos quais há participação de ACS, sendo que os resultados mais importantes são comentados na sequência.

Termos	Artigos Identificados
complementary feeding AND community health workers	75
complementary feeding AND family health strategy	28
complementary feeding AND child health services	436
complementary feeding AND health personnel	277
complementary food AND community health workers	13
complementary food AND family health strategy	03
complementary food AND child health services	40
complementary food AND health personnel	39
infant nutrition AND community health workers	104
infant nutrition AND family health strategy	43
infant nutrition AND child health services	742
infant nutrition AND health personnel	410
infant food AND community health workers	42
infant food AND family health strategy	19
infant food AND child health services	431
infant food AND health personnel	205
Total de artigos disponíveis	2907

Figura 1: Quadro combinações utilizadas na revisão bibliográfica

Autor principal Ano de publicação País	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Santos 2001 Brasil (Pelotas/RS)	33 médicos foram incluídos e 12-13 pacientes de cada médico	Ensaio clínico randomizado	Impacto sobre o crescimento infantil do componente de aconselhamento nutricional, da Gestão Integrada de Doenças da Infância (AIDPI).	- Formação em aconselhamento nutricional melhorou o desempenho dos médicos, práticas maternas, dieta e ganho de peso de crianças
Bhandari 2005 Índia	1025 recém-nascidos (552 intervenção e 473 controle)	Ensaio clínico randomizado	Viabilidade e desempenho de diversos canais utilizados para o aconselhamento de cuidadores e sua relação com a mudança de comportamento	- Sessões de imunização como principal fonte de informação no primeiro semestre de vida e as visitas domiciliares como fontes de aconselhamento mais comum dos 6 aos 18 meses - Associação positiva entre o número de contatos e melhora nas práticas de Aleitamento materno e Alimentação complementar
Horodyski 2005 Estados Unidos	Cuidadores com crianças entre as idades de 11 e 36 meses (62 na intervenção e 73 no controle)	Ensaio Clínico	Impacto de uma intervenção em famílias de baixa renda na alimentação das crianças	- Efeito significativo positivo sobre o conhecimento do grupo intervenção em relação aos controles, sem alteração significativa nos comportamentos alimentares
Kilaru 2005 Índia	468 crianças menores de 6 meses recrutadas durante 3 anos	Ensaio Clínico	Impacto de uma educação nutricional no crescimento e alimentação de crianças	- Baixo conhecimento das práticas adequadas de alimentação infantil - Crianças do grupo intervenção foram significativamente mais propensas a ser alimentadas, pelo menos quatro vezes em 24 horas além do leite materno e maior diversidade de grupos alimentares
Oliveira 2005 Brasil (Bahia)	724 crianças de 0 à 24 meses	Transversal	AC de crianças nos primeiros dois anos de vida	- Açúcar de cana compôs a dieta de 58% das crianças menores de 6 meses, 80% (6-12 meses) e 89% (12-24 meses) - Aos 6 meses de idade, quase totalidade das crianças já incluía alimentos diferentes do leite materno nos seus regimes alimentares - O padrão de consumo indicou baixa disponibilidade de ferro, vitamina A e zinco (não houve avaliação quantitativa de micronutrientes)
Parada 2007 Brasil (Botucatu/SP)	1238 acompanhantes de crianças menores de 1 ano	Transversal	Práticas de AC no primeiro ano de vida em Botucatu, SP, descrevendo-as segundo faixa etária e presença do AM	- Significância positiva entre o aumento da faixa etária e a oferta de alimentos complementares
Saldiva 2007 Brasil (São Paulo/SP)	24.448 crianças menores de 1 ano de idade	Transversal	Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses de idade e sua associação com fatores maternos	- 48% das crianças de 6 a 9 meses recebiam além do leite materno, refeições de sal - A probabilidade de as crianças, aos 6 meses, receberem sopas é de 78%, ao passo que a probabilidade de receber comida de panela é de 39%
Lindsay 2008 Brasil (Ceará)	41 mães inscritas no PACS / ESF, tendo pelo menos uma criança entre as idades de 12 e 36 meses	Qualitativo	Práticas de alimentação infantil e crenças sobre AC entre mães de baixa renda brasileiras	- Mães de dois grupos focais, relataram amamentação prolongada e introdução retardada de sólidos devido à má condição econômica e desemprego, relato de introdução precoce de alimentos sólidos e do uso de cereais comerciais e fórmulas - Maioria das mães recebeu orientações de ACS, médicos e enfermeiros. Crenças culturais sobre as práticas alimentares fortemente influenciadas por amigos e avós - Frustração e incapacidade de proporcionar aos seus filhos alimentos recomendados pelos pediatras e enfermeiros - Conscientização dos profissionais sobre barreiras socioculturais que impedem práticas de alimentação infantil saudável

Autor principal Ano de publicação País	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Zaman 2008 Paquistão	375 pares de mães e seus filhos com idades entre 6-24 meses	Ensaio clínico randomizado	Eficácia do treinamento dos profissionais de saúde resultando em melhora das práticas de alimentação reduzindo o crescimento vacilante das crianças	- Desempenho das habilidades de comunicação dos trabalhadores de saúde foram significativamente melhores no grupo de intervenção - Resultado significativamente melhor na recordação das mães sobre recomendação dos profissionais de saúde e nas práticas de alimentação infantil relatadas no grupo intervenção, mesmo 180 dias após a consulta
Ferreira 2009 Brasil (Rio de Janeiro)	25 mães de crianças de 0 a 12 meses de idade e 20 profissionais da área de saúde	Qualitativo	Orientações fornecidas por profissionais de saúde e a prática exercida pela família sobre AM e AC	- No primeiro semestre de vida os profissionais recomendam frutas e sucos e as mães optavam preferencialmente pelas fórmulas lácteas - Alimentação complementar precoce e introdução tardia de alimentos como carnes e leguminosas
Gildea 2009 Irlanda	215 pares mãe-filho	Transversal	Fontes de aconselhamento da alimentação de crianças no primeiro ano de vida e sua relevância para as mães	- 70% das mães citou o visitante de saúde como principal fonte de informação da alimentação da criança no primeiro ano de vida - 92% consideraram a orientação muito ou bastante útil
Levinienė 2009 Lituânia	84 médicos clínicos gerais, 52 enfermeiros e 407 mães com crianças até 1 ano de idade	Transversal	Principal tomador de decisões para a introdução de alimentos complementares, métodos utilizados para introdução de alimentos complementares, conhecimento dos cuidadores sobre alimentação infantil, problemas encontrados pelos cuidador	- 1/3 dos profissionais de saúde recomendou inserir alimentos complementares antes dos 6 meses de idade - 22% dos clínicos gerais e 28% dos enfermeiros sabiam que aleitamento materno acompanhado por alimentos complementares deve continuar até 2 anos ou mais
Shi 2009 China	599 crianças (294 intervenção e 305 controle)	Ensaio clínico randomizado	Impacto de uma educação alimentar nas práticas de AC e nutrição infantil	- Mais de 80% das mães informaram os prestadores de saúde como principal fonte de aconselhamento - Intervenção educativa realizada localmente por prestadores de cuidados de saúde podem efetivamente mudar as práticas de alimentação complementar dos cuidadores
Allcutt 2010 Irlanda	179 clínicos gerais; 121 enfermeiros; 107 enfermeiros de saúde pública; 08 nutricionistas da comunidade	Transversal e Qualitativo	Conhecimento e práticas de aconselhamento de profissionais de saúde na responsabilidade de aconselhar os pais de crianças em desmame	- Maioria de todas as classes de profissionais recomendou a introdução precoce de alimentos sólidos para as crianças em aleitamento materno - 68% sentiram-se confiantes em orientar sobre introdução de sólidos - Principal fonte de conhecimento de clínicos gerais e enfermeiros foi experiência pessoal, experiência profissional para enfermeiros de saúde pública e pós-graduação para nutricionistas
Anderson et.al. 2010 Estados Unidos	21 pais ou cuidadores que exerciam a figura paterna	Qualitativo	Percepções dos cuidadores do sexo masculino em relação à tomada de decisão sobre alimentação infantil e, especificamente, a introdução de alimentos sólidos	- Pais constituíam uma segunda opinião, pois acreditavam que as mães têm melhor propriedade para tomar esta decisão - Confiavam mais nas orientações de profissionais de saúde com experiência pessoal - Introdução de alimentos sólidos era realizada de acordo com desejo da criança pelo alimento, independente da recomendação pediátrica

Autor principal Ano de publicação País	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Barbosa 2010 Brasil (São Paulo/SP)	56 crianças de nove a 18 meses de idade matriculadas em cinco creches de São Paulo	Transversal	Identificar e quantificar os fatores de risco para desmame precoce e período de desmame e caracterizar a prática de alimentação complementar dessas crianças.	- Os motivos alegados pelas mães para introduzirem novos alimentos foram orientação médica (30%), fatores ligados ao trabalho materno (29%) e falta de conhecimento da mãe (23%), entre outros (18%) - O alimento inicialmente introduzido pela família foi o chá aos 2,8±1,8 meses - A introdução dos alimentos na creche foi mais tardia do que a introdução feita pela família - O modelo conceitual hierárquico de regressão logística para desmame precoce demonstrou que renda familiar menor ou igual a três salários-mínimos ($p=0,020$), idade materna maior de 25 anos ($p=0,016$), mãe que vive sem companheiro ($p=0,024$) e início do uso de chupeta com menos de 30 dias de vida ($p=0,005$) são fatores de risco independentes para o desmame precoce
Caetano 2010 Brasil (Curitiba, São Paulo e Recife)	179 lactentes	Transversal	Práticas de alimentação e ingestão dietética de crianças de três municípios brasileiros	- Mediana de 4 meses para introdução de alimentos complementares e de 5,5 meses para alimentação da família - Elevado percentual de consumo de alimentos industrializados, refrigerantes e sucos artificiais - Inadequação quantitativa na ingestão de micronutrientes, com destaque para as deficiências específicas de zinco (75%) e ferro (45%)
Olson 2010 Estados Unidos	36 profissionais: enfermeiros, pediatras, nutricionistas e profissionais WIC	Qualitativo	Perspectivas dos profissionais de saúde sobre alimentação infantil na assistência a mães de baixa renda	- Profissionais da saúde relataram receber recomendações conflitantes - Pediatras informaram não ter tempo suficiente nas consultas para transmitir todas as informações importantes, contando com outros profissionais para oferecer informações com maior profundidade
Silva 2010 Brasil (São Bernardo do Campo/SP)	1.176 crianças menores de um ano que compareceram na 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação, em 2003	Transversal	Práticas de AC e variáveis associados à introdução precoce de alimentos complementares no município de São Bernardo do Campo, em menores de um ano	- A mediana de idade para o consumo de frutas (suco/papa) foi de 266 dias (IC95% 256-275) dias, de papa de legumes foi 258 dias (IC95% 250-264) e comida da família 292 dias (IC 95% 287-303) - Menor risco para consumo de alimentos sólidos antes do período recomendado em crianças atendidas nos serviços públicos de assistência à saúde, e maior risco em crianças cujas mães relataram estar trabalhando e com idade superior a 35 anos - Verificou-se interrupção prematura do AME e introdução precoce de alimentos complementares, em desacordo com as pautas recomendadas por órgãos nacionais e internacionais de saúde
Adjafre 2011 Brasil (Brasília/DF)	180 Pediatras e 60 Nutricionistas da atenção Básica do DF que atuam na alimentação infantil	Transversal	Conduta de pediatras e nutricionistas da Atenção Básica do DF, quanto a AC	- 4% dos pediatras e 17% dos nutricionistas não seguiam nenhuma ordem para introdução dos alimentos - 25% dos pediatras e 50% dos nutricionistas não recomendavam repetir a apresentação de um alimento novo - 40% de todos os profissionais recomendavam utilização de papas industrializadas

Autor principal Ano de publicação País	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Garcia 2011 Brasil (Acre)	164 crianças de 6 a 24 meses	Transversal	Práticas de AC e estado nutricional de crianças menores de 24 meses residentes em Acrelândia, Estado do Acre, Amazônia Ocidental Brasileira	- 30% das crianças de 6 a 8 meses ainda não recebiam nenhuma refeição de sal; - 48% das crianças não ingeriam nenhuma fruta, 39% das crianças receberam alimentos pastosos pela primeira vez entre 0 e 5 - Ingestão mediana de ferro foi menor que a recomendação em todos os grupos etários - Alimentos processados ricos em sódio, conservantes, açúcar e gordura, mas pobres em outros nutrientes, foram consumidos precocemente
Lin 2011 Taiwan	Crianças com idade inferior a um ano nas pesquisas de 2008 (N=71) e 1999 (N=578)	Transversal	Práticas de alimentação no primeiro ano de vida e comparar com os últimos 10 anos	- De 1999 para 2008 diminuiu o número de cuidadores que relataram ter recebido orientação sobre alimentação complementar; - Em 2008 as fontes ou informações mais comuns eram profissionais de saúde (25%) em 1999, (19%)
Wen 2011 Austrália	Mães de primeiro filho (268 intervenção e 259 controle)	Ensaio clínico randomizado	Eficácia de uma intervenção domiciliar sobre as práticas de alimentação infantil no primeiro ano de vida	- Intervenção diminuiu significativamente em 7% a proporção de uso de alimentos de recompensa - Mães foram expostas a muitas mensagens inconsistentes, especialmente sobre período de introdução de sólidos; 68% das mães apresentaram sólidos para os filhos no período de 4 a 5 meses
Louzada 2012 Brasil (São Leopoldo/RS)	Mães selecionadas em uma maternidade (200 intervenção e 300 controle)	Ensaio clínico randomizado	Impacto do aconselhamento dietético dado às mães durante o primeiro ano de vida das crianças sobre consumo alimentar, estado nutricional e perfil lipídico das crianças até aos 7-8 anos de idade	- Dos 12-16 meses, a ingestão de alimentos ricos em lipídeos foi inferior no grupo intervenção em ambos os sexos, menor consumo de alimentos ricos em açúcar nas meninas do grupo intervenção - Impacto da intervenção sobre os alimentos consumidos não se manteve até 7-8 anos
Senarath 2012 Bangladesh, Índia, Sri Lanka, Nepal e Paquistão	1.728 crianças em Bangladesh, 15.028 na Índia, 1428 no Nepal, 2106 no Sri Lanka (6-23 meses de idade) e 443 no Paquistão (6-8 meses)	Transversal	Identificação de fatores que influenciam na AC	- Menor escolaridade materna adiou significativamente a introdução de alimentos - Menos consultas pré-natais associadas com atraso na introdução da AC - Baixa diversidade da dieta esteve positivamente associada à baixa escolaridade materna e baixa renda - Pré-natal inadequado e profissionais de saúde destreinados resultaram em alimentação inadequada
Broilo 2013 Brasil (Porto Alegre/RS)	720 gestantes no 3º trimestre em 20 centros de Saúde sem ESF e crianças	Transversal	Percepção materna sobre recomendações de profissionais de saúde em AM e AC e fatores associados	- Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à percepção materna de aderência as orientações dos profissionais de saúde
Monterrosa 2013 México	Mães de 6 comunidades com crianças entre 6 e 24 meses de idade (45 mães por comunidade para a intervenção e 66 mães por comunidade para o controle)	Ensaio clínico randomizado	Impacto de uma intervenção através de diversos canais na alimentação infantil	- Intervenção propiciou significativa melhoria na frequência das crianças alimentadas com vegetais verdes, carne, e caldos de consistência mais espessa (semisólidos)
Vazir 2013 Índia	600 mulheres grávidas no 3º trimestre da gravidez	Ensaio clínico randomizado	Impacto de uma intervenção educativa com na ingestão alimentar, o estado de ferro, crescimento e desenvolvimento	- Intervenção resultou na melhoria da ingestão de macronutrientes em ambos os grupos de intervenção sem alimentação suplementar adicional - Deficiências de micronutrientes persistiram

Autor principal Ano de publicação País	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Wu 2013 China	110 mães com crianças de 6-23 meses	Ensaio clínico randomizado	Desenvolver receitas acessíveis, adequadas e nutritivas	- Foi verificada baixa diversidade da dieta e carência de determinados micronutrientes como ferro e vitamina A
Zhang 2013 China	Crianças acompanhadas até 18 meses, (251 intervenção e 241 controle)	Ensaio clínico randomizado	Impacto de uma intervenção no desenvolvimento e crescimento infantil	- Grupo de intervenção teve menores taxas de uso de mamadeira, maior frequência refeição, maior variedade de grupos de alimentos e consumo mais frequente de diferentes grupos de alimentos aos 9, 12, 15 e 18 meses de idade
Machado 2014 Brasil (Pelotas/RS)	170 puérperas	Transversal	Intenção de puérperas de amamentar e as perspectivas de introdução de alimentos complementares no primeiro ano de vida da criança	- A introdução precoce de chás foi a mais citada (3º mês) - Menos da metade das mulheres lembrou-se de ter recebido informação sobre amamentação e/ou alimentação complementar durante o pré-natal - Introdução de carnes foi citada como introdução tardia, em média entre o sétimo e o oitavo mês
Vitolo 2014 Brasil (Porto Alegre/RS)	9 UBS-intervenção, 12 UBS-ESF intervenção e 11 UBS-controle e 1044 gestantes selecionadas nas UBS selecionadas	Ensaio clínico randomizado	Impacto da atualização de profissionais de saúde em relação aos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos sobre as práticas alimentares no primeiro ano de vida.	- 72% das crianças deixaram de receber AME antes do 4º mês e 95%, antes do 6º mês - Apesar de o consumo alimentar estar aquém do recomendado, nas crianças de 6 a 9 meses, nos dois grupos de unidades de saúde intervenção, houve impacto positivo na prevalência de lactentes que receberam frutas, carnes e fígado com frequência adequada na última semana - Menor prevalência de crianças que receberam açúcar, bebidas adoçadas e café antes do seis meses vinculadas às UBS-intervenção e US-ESF

AC = Alimentação Complementar; AM = Aleitamento Materno; AI = Alimentação Infantil; MS = Ministério da Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; AME = Aleitamento Materno Exclusivo; PACS= Programa de Agentes Comunitários de Saúde, UBS = Unidade Básica de Saúde e WIC (Special Supplemental Program for Women, Infants, and Children)

Figura 2: Quadro síntese das publicações incluídas na revisão de literatura

Autor principal Ano de publicação País de realização	Amostra (N)	Tipo de Estudo	Principal Variável	Principais Resultados
Leite 2005 Brasil (Ceará)	1.003 pares de mães e seus recém-nascidos	Ensaio Clínico Randomizado	Impacto de um programa de apoio ao AM	- Intervenção aumentou significativamente a prática de aleitamento materno exclusivo
Arimatea 2009 Brasil (Rio de Janeiro)	20 profissionais da área de saúde, dando-se preferência a médicos, nutricionistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários	Qualitativo	Formação e as formas de atualização dos profissionais da área de saúde sobre alimentação no 1º ano de vida; e comparar as orientações dos profissionais com as recomendações oficiais do Ministério da Saúde (MS)	- 2 ACS - profissionais em geral relataram pouca ou nenhuma informação durante a formação - falta de apoio dos serviços para participação em encontros de atualização - apenas 2 profissionais citaram as publicações do Ministério da Saúde - profissionais da ESF relataram ter apoio no incentivo ao aleitamento materno, mas não com relação à alimentação complementar
Ávila 2011 Brasil (Ceará)	16 pares mãe- filho e 15 ACS	Qualitativo	Caracterizar como o ACS realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até um ano de vida em um município de médio porte do estado do Ceará	- A maioria das mães não foi visitada pelo ACS durante o puerpério - ACS não foram capazes de reconhecer situações de risco nutricional - Nenhuma das crianças recebeu AME até o 6º mês - Inadequações na atuação das ACS no monitoramento do peso, ao incentivo ao AM e na orientação sobre AC
Coutinho 2013 Brasil (Recife)	1449 ACS e 1245 pares mãe-filho	Ensaio Clínico Randomizado	Comparar as taxas de AME associada a uma intervenção com ACS	- 73% das mães confiavam no conselho do ACS; - Não houve aumento significativo nas taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo até os 6 meses - Uso de água, chás, sucos e outros leites teve decréscimo significativo

MS = Ministério da Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; AC = Alimentação Complementar; AM = Aleitamento Materno; AI = Alimentação Infantil; AME = Aleitamento Materno Exclusivo.

Figura 3: Quadro artigos que estudaram ACS e alimentação infantil

A partir dos quadros de revisão verificou-se que a alimentação complementar tem sido introduzida precocemente, antes do 6º mês para crianças amamentadas, porém há relatos de mães de baixa renda que introduzem os alimentos tardiamente, prolongando o aleitamento materno por falta de condições econômicas, sendo que o menor poder aquisitivo foi identificado como um fator de risco tanto para introdução precoce quanto tardia de alimentos. Contudo, ambas as situações encontradas são prejudiciais para saúde das crianças, uma vez que condutas inadequadas na prática alimentar e deficiências nutricionais levam a prejuízos imediatos elevando a morbimortalidade infantil, além de deixarem sequelas, tais como, retardo de

crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010b). Concomitante a esta situação, foi possível constatar que a alimentação complementar tem sido de baixo valor nutricional, apresentando elevadas quantidades de açúcares, gorduras e sódio, independentemente do período em que é introduzida. E esta situação é ainda mais preocupante, quando se observa o número de estudos nos quais o conhecimento por parte dos profissionais de saúde mostrou-se inconsistente com as recomendações preconizadas pela OMS e MS e ainda que as orientações por eles indicadas não consideraram a realidade socioeconômica e cultural das famílias. Como solução para este problema, evidenciou-se em ensaios clínicos que a capacitação dos profissionais de saúde teve resultados positivos nas práticas de alimentação nos primeiros anos de vida (SANTOS 2001; COUTINHO 2013; VITOLO 2014).

De acordo a Figura 3, o qual apresentou apenas estudos com ACS, foi possível constatar que, apesar das mães confiarem nos conselhos desses profissionais, os mesmos não se encontravam capacitados para orientar sobre a alimentação infantil, apresentando inclusive, deficiência na execução de práticas como o monitoramento do peso e interpretação do estado nutricional. Além disso, foi possível constatar que o foco de atuação dos ACS se manteve no aleitamento materno, na medida em que nenhum desses estudos avaliou a prática de alimentação complementar.

5. METODOLOGIA

A presente pesquisa terá um delineamento transversal e será realizada nas UBSs da zona urbana do município de Pelotas, RS, que contam com a ESF ou EACS.

Pelotas está localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul e abriga uma população de 342.053 habitantes, destes mais de 90% residem na zona urbana, sendo a terceira cidade mais populosa do Estado e com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0, 739 (IBGE, 2010).

A figura a seguir, apresenta o panorama de UBSs, EACS e ESF no município de Pelotas.

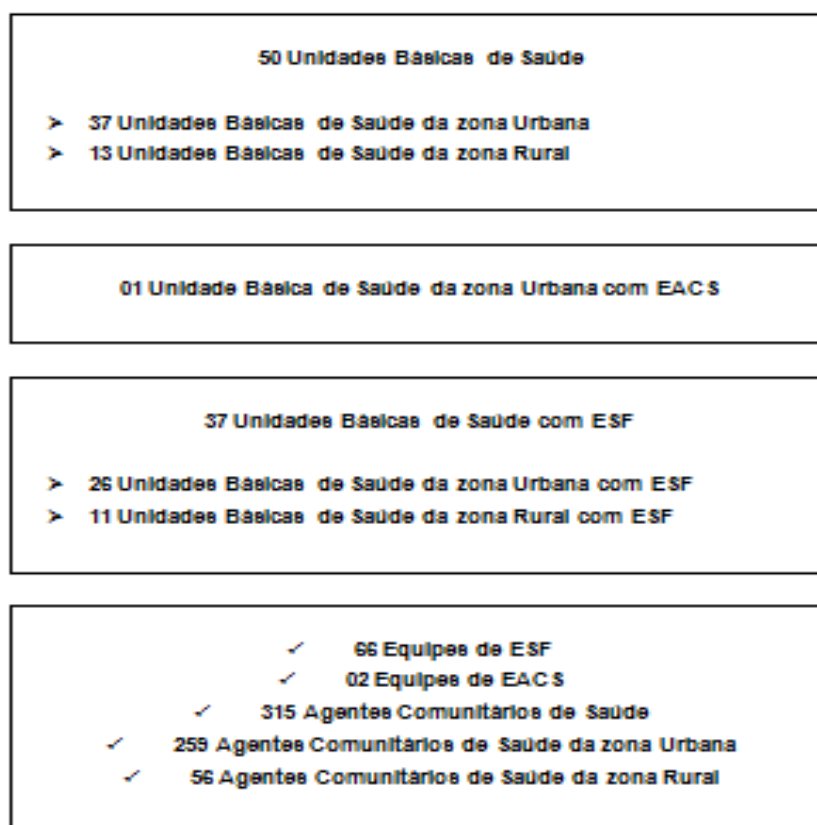


Figura 4: Panorama de UBSs, EACS e ESF em Pelotas

Fonte: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2015

5.1 População Alvo

A população do estudo será um censo dos ACS que atuam na zona urbana do município de Pelotas, RS, em pleno exercício de suas funções. Serão consideradas perdas e/ou recusas os indivíduos elegíveis que, mesmo após três tentativas de contato, não forem encontrados pelo entrevistador ou caso encontrados, não aceitem participar da pesquisa, mesmo após uma última tentativa de convite que será feita pela mestranda.

5.2 Desfechos

Pretende-se descrever os seguintes desfechos:

- Conhecimento em alimentação complementar pelo ACS - resultante de um escore de conhecimento. Este desfecho será avaliado pelo instrumento desenvolvido pela mestranda, utilizando como referências os Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica (BRASIL, 2010b) e a literatura científica (ADJAFRE, 2011; TOMA 2008). Esse escore será produto da razão entre questões respondidas corretamente e número de questões, podendo variar de 0,00 a 1,00 (0,00 – 0 acertos e 1,00 – 25 acertos). De acordo com as proposições, os ACS assinalarão no questionário autopreenchido uma das seguintes alternativas: ERRADO, CERTO, NÃO SEI (esta alternativa será considerada como resposta errada para o cálculo do escore). No instrumento essas questões correspondem aos números 23 a 47 do questionário destinado aos ACS.

- Recursos materiais e humanos das UBS e treinamentos recebidos pelos ACS e/ou demais profissionais de saúde do serviço para obtenção de

orientação adequada, referente à alimentação complementar – este corresponde às questões 07 a 22 do questionário para os ACS e o questionário para as UBS, questões 07 a 24. O mesmo foi elaborado com base em instrumentos previamente utilizados por ADJAFRE, 2011; ASSUNÇÃO, 2002; ROCKEMBACH, 2013; TOMA 2008.

5.3 Variáveis Independentes

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
RELACIONADAS AO CONHECIMENTO DO ACS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Data da entrevista	Em dia, mês e ano	Data
Data de nascimento	Em dia, mês e ano	Data
Idade	Em anos completos	Quantitativa Contínua e Qualitativa Politômica Ordinal
Sexo	Feminino e Masculino	Qualitativa Dicotômica
Cor da pele	Branca, preta, amarela, parda e indígena	Qualitativa Politômica Nominal
Tempo de profissão	Em anos completos	Quantitativa Discreta e Qualitativa Politômica Ordinal
Escolaridade	Ensino fundamental completo e Ensino Médio (série)	Qualitativa Politômica Ordinal
Curso técnico	Não, sim (curso)	Qualitativa Dicotômica e Qualitativa Politômica Nominal
Curso superior	Não, sim (curso)	Qualitativa Dicotômica e Qualitativa Politômica Nominal
Visitas domiciliares às crianças de até 2 anos de idade	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica e
Número de crianças acompanhadas no último mês	-	Quantitativa Discreta
Orientação	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica
Treinamento para o ACS	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica
Responsável Ministério da Saúde	Não; Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, Secretaria Estadual de Saúde	Não; Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, Secretaria Municipal de Saúde	Não; Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, instituição de ensino	Não; Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, outros	Qual e quantos	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Tempo de treinamento	Em dias e horas por dia	Quantitativa Discreta
Data do treinamento	Em ano e mês	Quantitativa Discreta
Caderno de atenção básica	Não, Sim (disponibilidade na UBS e individual)	Qualitativa Dicotômica
Guia alimentar para crianças menores de dois anos	Não, Sim (disponibilidade na UBS e individual)	Qualitativa Dicotômica
Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO	Não, Sim (disponibilidade na UBS e individual)	Qualitativa Dicotômica
Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos	Não, Sim (disponibilidade na UBS e individual)	Qualitativa Dicotômica
Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses	Não, Sim (disponibilidade na UBS e individual)	Qualitativa Dicotômica
Outra fonte de informação	Não, Sim (quais)	Qualitativa Dicotômica e Qualitativa Politômica Nominal
Acompanhamento do crescimento	Não; Sim, pesadas e medidas; Sim, somente pesadas; Sim, somente medidas	Qualitativa Politômica Nominal
Principal dificuldade	-	Qualitativa Politômica Nominal

RELACIONADAS AOS RECURSOS DA UBS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Cargo do entrevistado	-	Qualitativa Politômica Nominal
Turnos que presta atendimento à população	Um turno; dois turnos; três turnos	Qualitativa Politômica Ordinal
Grupo de gestantes ou de mães	Não; Sim (abordagem da alimentação complementar nestes grupos)	Qualitativa Dicotômica
Consultas de puericultura	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Materiais educativos para as famílias e profissionais	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica
Protocolo de atendimento	Não; Sim (qual)	Qualitativa Dicotômica e Qualitativa Politômica Nominal
Treinamento para os profissionais da UBS	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Responsável Ministério da Saúde	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, Secretaria Estadual de Saúde	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, Secretaria Municipal de Saúde	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, instituição de ensino	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Responsável, outros	Qual e quantos	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Público-alvo médicos	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público-alvo pediatras	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público-alvo nutricionistas	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público-alvo ACS	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público-alvo enfermeiros	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público- alvo técnicos de enfermagem	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Público-alvo gestores da UBS	Não, Sim	Qualitativa Dicotômica
Materiais de órgão governamental	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica
Caderno de atenção básica	Não, Sim (distribuição)	Qualitativa Dicotômica
Guia alimentar para crianças menores de dois anos	Não, Sim (distribuição)	Qualitativa Dicotômica
Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO	Não, Sim (distribuição)	Qualitativa Dicotômica
Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos	Não, Sim (distribuição)	Qualitativa Dicotômica
Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses	Não, Sim (distribuição)	Qualitativa Dicotômica
Nutricionista	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Pediatra	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Antropômetro infantil	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Balança portátil	Não, Sim (quantos)	Qualitativa Dicotômica e Quantitativa Discreta
Acompanhamento do crescimento das crianças pelo ACS	Não; Sim	Qualitativa Dicotômica
Principal dificuldade	-	Qualitativa Politômica Nominal

Figura 5: Quadro das variáveis independentes

5.4 Seleção e treinamento dos entrevistadores

O quadro de entrevistadores será composto por estudantes de graduação da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, após seleção considerando disponibilidade de horários.

O treinamento dos entrevistadores será conduzido pela mestranda e consistirá numa breve descrição da pesquisa e apresentação do material que será utilizado (Apêndices A, B, C e D). Num segundo momento, os entrevistadores, organizados em duplas, farão uma simulação da entrevista para eventuais correções no instrumento.

5.5 Estudo-piloto

Com o objetivo de avaliar o questionário autoaplicado dos ACS, o mesmo será testado com graduandos da Faculdade de Nutrição do primeiro semestre de curso e àqueles que concluíram a disciplina de Nutrição materno-infantil. Um segundo estudo-piloto será realizado, visando testar a metodologia e habilitar os entrevistadores, este será desenvolvido em uma UBS com ESF localizada na zona rural em data agendada com o responsável pelo local.

5.6 Coleta de dados

As entrevistas serão realizadas nas UBS, por meio de questionário com os ACS, dividido em duas partes, a primeira será aplicada por entrevistador treinado e a segunda, correspondente ao teste de conhecimentos será autopreenchida na presença do entrevistador, que poderá auxiliar na solução de dúvidas. Outro questionário será realizado com responsável pela UBS aplicado pela mestranda.

5.7 Controle de qualidade

Todos os questionários serão revisados pela mestranda buscando identificar possíveis problemas de preenchimento e caso seja necessário, serão reaplicados. Será realizado *chek-list* com um ACS aleatório de cada unidade.

5.8 Análise Estatística

Os questionários serão avaliados pela mestranda e as notas para o teste de conhecimentos calculadas como proporção de acertos, variando de 0,00 a 1,00. Para a digitação do banco de dados será utilizado o programa estatístico EpiData 3.1, com dupla digitação por pessoas distintas. Após checagem de inconsistências e devidas correções se terá o banco de dados final para análise.

A análise estatística será conduzida no programa Stata 12, no qual serão realizadas análises descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão), bruta e de associação (teste t, análise de variância e qui-quadrado), considerando significância estatística um valor $p < 0,05$.

5.9 Aspectos Éticos

Este projeto será submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, a partir da Plataforma Brasil. Deverá ser aprovado pela Prefeitura Municipal de Pelotas e os ACS participantes receberão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E).

5.10 Divulgação dos Resultados

Os resultados serão submetidos a periódicos científicos e um relatório será enviado a Prefeitura Municipal de Pelotas.

6. CRONOGRAMA

	2015												2016					
ATIVIDADES	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Revisão da literatura																		
Elaboração do projeto																		
Qualificação da dissertação																		
Seleção dos entrevistadores																		
Contato com as UBS																		
Estudo piloto																		
Trabalho de Campo																		
Análise dos dados																		
Redação da dissertação																		
Defesa da dissertação																		

Figura 6: Quadro do cronograma de atividades

7. ORÇAMENTO

A pesquisa envolverá gastos com as passagens de ônibus, cópias de questionários e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Manuais de Instrução para os entrevistadores e canetas, lápis, borrachas, cadernos 1/4, crachás e pranchetas para os mesmos. Para estes gastos será utilizado o valor disponibilizado por mestrando pelo Programa de Pós-Graduação de Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas.

8. REFERÊNCIAS

1. ADJAFRE, R. **Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações**. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
2. ALLCUTT, C.; SWEENEY, M. R. An exploration of knowledge, attitudes and advice given by health professionals to parents in Ireland about the introduction of solid foods. A pilot study. **BMC Public Health**, England, v. 10, 2010.
3. ANDERSON, K. E. et al. Roles, perceptions and control of infant feeding among low-income fathers. **Public Health Nutrition**, England, v.13, n.4, p. 522–530, 2009.
4. ARIMATEA, J. E.; CASTRO, L. M. C.; ROTENBERG, S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. **Ceres**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.65-78, 2009.
5. ÁVILA, M. M. M. et al. Nutrição e saúde: o agente comunitário de saúde e as ações realizadas com crianças de 0-12 meses em Uruburetama (CE). **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 341-347, 2011.
6. ASSUNÇÃO, C. **Fatores relacionados ao controle do diabetes mellitus em pacientes atendidos na rede de atenção primária à saúde**. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2002.
7. BARBOSA, M. B. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-281, 2009.
8. BHANDARI, N. et al. Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twos within child health programmes. **Health Policy Plan**, England, v.20, n.5, p.328-36, 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Programa agentes comunitários de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.: il.

- 11.**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107).
- 12.**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 13.**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b– (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- 14.**BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 300 p. il.–(Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- 15.**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.108 p.: il. – (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 16.**BRASIL. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor / Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 108 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 17.**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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 72 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 18.**BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Ministério da Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde e a IBFAN Brasil - Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos **ÁLBUM SERIADO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 37p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
21. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. 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.
23. BROILO, M. C. et al. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 485-491, 2013.
24. CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.
25. CAMPOS, A.A.O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, nº 2, p.529-538, 2014.
26. COUTINHO, S. B. et al. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. **Public Health Nutrition**, England, v. 17, n. 4, p. 948-955, 2013.
27. 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, São Paulo**, v. 23, nº3, p.475-486, 2010.
28. FERREIRA, J. V.; CASTRO L. M. C.; MENEZES M. F. G. Alimentação no Primeiro Ano de Vida: a conduta dos profissionais de saúde e a prática exercida pela família. **Ceres**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.117-129, 2009.

29. GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 305-316, 2011.
30. GALAVOTE, H.S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 231-240, 2011.
31. GILDEA, A.; SEANEEN, S.; STEWARD, M. Sources of feeding advice in the first year of life: who do parents value?. **Community Practitioner**, England, v.82, n.3, p.27-31, 2009.
32. HORODYNSKI, M. A.; STOMMEL, M. Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. **Pediatric Nursing**, United States, v.31, n.5, p.364-372, 2005.
33. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 de Maio de 2015.
34. KILARU, A. et al. Community-based nutrition education for improving infant growth in rural Karnataka. **Indian Pediatrics**, India, v.42, n.5, p.425-432, 2005.
35. LEITE, A. J. et al. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. **Acta paediatrica**, Norway, v. 94, n. 6, p. 741-746, 2005.
36. LEVINIENE, G. et al. The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breast-feeding. **Medicina (Kaunas)**, Lithuania, v. 45, n.3, p.238-247, 2009.
37. LIN, J.R. et al. Practice to introduce complementary foods to infants in Taiwan--changes from 1997 to 2008. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, Australia, v.20, n.2, p.337-345, 2011.
38. LINDSAY, A.C. et al. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. **Food and Nutrition Bulletin**, Japan, v.29, n.1, p.15-24, 2008.
39. LOUZADA, M. L. et. al. Long-term effectiveness of maternal dietary counseling in a low-income population: a randomized field trial. **Pediatrics**, United States, v.129, n.6, p. 1477-1484, 2012.

40. MACHADO, A. K. F. et al. . Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p.1983-1989, 2014.
41. MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J. Alimentação da criança amamentada. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.80, nº5 (supl), p. 131 – 141, 2004.
42. MONTERROSA E. C. et al. Scripted messages delivered by nurses and radio changed beliefs, attitudes, intentions, and behaviors regarding infant and young child feeding in Mexico. **The Journal of Nutrition**, United States, v.143, n.6, p.915-922, 2013.
43. OLIVEIRA, L. P. M. de. et al . Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 459-469, 2005.
44. OLSON, B. H. et al. Health professionals' perspectives on the infant feeding practices of low income mothers. **Maternal and Child Health Journal**, United States, v.14, n.1, p. 75-85, 2010.
45. PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES M. A. B. L.; JAMAS M.T. Práticas de alimentação complementar em crianças no primeiro ano de vida. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, 2007.
46. PROCHASKA J.O.; REDDING C.A.; EVERS KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. editors. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. 2nd ed. California: Jossey–Bass; 1997.
47. ROCKEMBACH, J. **Aleitamento Materno: conhecimento e manejo dos profissionais da rede básica de saúde em um Município no extremo Sul do Brasil**. 2013.117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.
48. SALDIVA, S. R. D. M. et al . Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 53-58, 2007.
49. SANTOS, I. et al. Nutrition Counseling Increases Weight Gain among Brazilian Children. **The Journal of Nutrition**, United States, v.131, n.11, p.2866-2873, 2001.
50. SENARATH, U. et al. Comparisons of complementary feeding indicators and associated factors in children aged 6-23 months across five South Asian countries. **Maternal & Child Nutrition**, England, v.8, n.1, p.89-106, 2012.

51. SHI, L. et al. Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomised controlled trial. **Public Health Nutrition**, England, v.13, n.4, p. 556-65, 2010.
52. SILVA, L. M. P. et al. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 983-992, 2010.
53. TOMA, T. **Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores de saúde**. 2008.157 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.
54. TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.
55. VITOLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695- 1707, 2014.
56. VAZIR, S. et al. Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. **Maternal & Child Nutrition**, England, v.9, n.1, p.99-117, 2013.
57. WEN, L. M. et al. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and "tummy time": a randomized controlled trial. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, England, v.165, n.8, p. 701-707, 2011.
58. WHO- World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child, 2001.
59. WHO- World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 1. Infant nutrition 2. Guidelines 3. Breast feeding 4. Feeding behavior I. Global Consultation on Complementary Feeding (2001: Geneva, Switzerland) II. Title: Summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child, 2002.
60. WHO- World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatrica**, Geneva, Suppl 450: 27-37, 2006
61. WHO- World Health Organization. 10 facts on breastfeeding. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>> Acesso em: 20 de Abril de 2015.

- 62.WU, Q. et al. Improving the intake of nutritious food in children aged 6-23 months in Wuyi County, China -- a multi-method approach. **Croatian Medical Journal**, Croatia, v.54, n.2, p.157-170, 2013.
- 63.ZAMAN, S.; ASHRAF, R. N.; MARTINES. J. Training in complementary feeding counselling of healthcare workers and its influence on maternal behaviors and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. **Journal of health, population, and nutrition**, Bangladesh, v.26, n.2, p.210-222, 2008.
- 64.ZHANG, J. et al. Effectiveness of an educational intervention to improve child feeding practices and growth in rural China: updated results at 18 months of age. **Maternal & Child Nutrition**, England, v.9, n.1, p. 118-129, 2013.

MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

1. MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Após a qualificação, durante o trabalho de campo e as análises estatísticas algumas modificações foram efetuadas no projeto de pesquisa.

Participaram das entrevistas do segundo estudo piloto em uma UBS da zona rural, a mestranda e a bolsista do projeto, devido ao espaço físico do local inviabilizar a acomodação de todas as entrevistadoras.

Em situações de não encontrar o ACS na data agendada ou este estar em férias, foi necessário realizar mais do que as três tentativas previstas no projeto, a fim de reduzir o número de perdas, pois houve dificuldade em encontrar os ACS, em consequência de suas atividades profissionais serem realizadas no exterior das unidades básicas de saúde.

A questão 28 do teste de conhecimentos tem como gabarito a resposta “*errado*”, pois o Ministério da Saúde lançou em Outubro de 2015, mês de início do trabalho de campo uma nova versão do Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: nutrição infantil, nº 23 (BRASIL, 2015), o qual orienta que as crianças alimentadas com fórmula infantil iniciem a introdução de alimentos a partir dos seis meses de vida e devem seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas.

Durante as primeiras análises estatísticas, verificou-se que o único desfecho do presente estudo é o conhecimento dos ACS quanto à alimentação complementar analisado pelo escore de conhecimento, as demais variáveis como recursos humanos e materiais da UBS e treinamentos foram analisadas como variáveis independentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO INTERLOCUTOR DA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

Francine Silva dos Santos

Pelotas, 2016

1. INTRODUÇÃO

Foi realizado dentro da linha de pesquisa Nutrição, do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos – UFPel, um trabalho de pesquisa no qual o objetivo principal foi descrever o conhecimento dos ACS e os recursos humanos, materiais e treinamentos que a unidade básica de saúde oferece para que tenham conhecimento sobre alimentação complementar.

Previamente ao início do trabalho de campo, em Julho de 2015, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, RS, autorização para o desenvolvimento do estudo piloto e da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município com Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Este mesmo órgão disponibilizou a relação das UBSs de Pelotas, número de equipes de ESF ou EACS, endereço e telefone de contato destas.

Com a autorização do local de estudo, houve a submissão na Plataforma Brasil e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel em Setembro de 2015, sob o número: 1.215.463.

O presente relatório abordará as etapas transcorridas no trabalho de campo desta pesquisa, caracterizada por delineamento transversal.

2. POPULAÇÃO ALVO

A população do estudo foi um censo dos ACS que atuam na zona urbana do município de Pelotas, RS, em pleno exercício de suas funções. Foram consideradas recusas os indivíduos elegíveis que, mesmo após três tentativas não aceitaram participar da pesquisa, sendo que no mínimo uma destas tentativas era feita pela mestranda. Com o intuito de reduzir as perdas,

os entrevistadores e/ou mestrandas retornavam a mesma UBS até que conseguissem fazer contato com todos os ACS elegíveis para o estudo.

O critério de exclusão considerou os indivíduos que se encontravam em licença na data em que foram procedidas as primeiras entrevistas na UBS. Nas unidades básicas de saúde, em que algum ACS estava de férias, em outro momento este indivíduo era procurado para realização da entrevista.

3. INSTRUMENTOS

A principal variável de interesse para este estudo resultou do escore de conhecimento elaborado a partir das questões sobre alimentação complementar incluídas no instrumento aplicado ao ACS (parte II do questionário do ACS), desenvolvido pela mestrandas com base em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) e na literatura científica (TOMA 2008; ADJAFRE, 2011). Esse escore é o produto da razão entre o número de questões com respostas corretas e o número total de questões, podendo variar de 0,00 a 1,00 (0,00 – 0 acertos e 1,00 – 25 acertos). De acordo com as proposições, os ACS assinalaram no questionário autopreenchido uma das seguintes alternativas: CERTO, ERRADO, NÃO SEI (esta alternativa foi considerada como resposta errada para o cálculo do escore). No instrumento aplicado ao ACS, essas questões corresponderam aos números 23 a 47.

A investigação dos recursos materiais e humanos das UBS e treinamentos recebidos pelos ACS e/ou demais profissionais de saúde do serviço para orientação adequada, referente à alimentação complementar correspondeu às questões 07 a 22 do questionário para os ACS e de 07 a 24 no questionário para as UBS. Este último também foi elaborado com base em

instrumentos previamente utilizados por ASSUNÇÃO, 2002; TOMA 2008; BRASIL, 2010a; ADJAFRE, 2011; ROCKEMBACH, 2013.

Questão aberta referente à principal dificuldade para orientação da alimentação complementar, percebida pelo ACS ou pela equipe de saúde, foi incluída no final do questionário aplicado ao ACS ou na UBS, respectivamente.

4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para suporte no trabalho de campo, a mestranda obteve auxílio de uma bolsista de iniciação científica PIBICAF/UFPEL e 23 entrevistadores.

Foi enviado e-mail para as turmas de todos os semestres do curso de Nutrição, com formulário para que os alunos interessados em serem entrevistadores na pesquisa se candidatassem. Seguindo a esse processo, ocorreu a seleção considerando compatibilidade de horários e endereço dos candidatos.

No mês de Setembro de 2015, os 23 entrevistadores selecionados e a bolsista de iniciação científica foram convocados para treinamento de 4 horas, conduzido pela mestranda, com o objetivo de padronizar a coleta de dados e garantir a qualidade do estudo. Neste encontro, houve a leitura conjunta do manual de instruções para pesquisa de campo (apêndice C), aplicação entre os entrevistadores do questionário para os ACS (apêndice A) e explicação de como proceder a codificação do instrumento. No mesmo mês ocorreu um segundo encontro, com igual carga horária, para entrega do material de pesquisa (pasta com folhas de registros, lápis, borracha, caneta esferográfica, crachá e figura das capas dos materiais do Ministério da Saúde – apêndice D)

e para sanar as dúvidas quanto à aplicação dos questionários, logística da pesquisa, codificações e observações referentes ao andamento do estudo.

A bolsista de iniciação científica foi padronizada individualmente para que também estivesse apta a aplicar o questionário da UBS, caso a mestranda não estivesse presente.

5. PERCURSOS DA PESQUISA

5.1 Estudos Piloto

O primeiro estudo piloto foi desenvolvido em Julho de 2015, objetivando avaliar a compreensão do entrevistado da parte II do questionário dos ACS, referente ao teste de conhecimentos. Foi aplicado aos graduandos do Curso de Nutrição do primeiro e sexto semestres, considerando que esses últimos estavam concluindo Nutrição Materno-Infantil, disciplina na qual a alimentação complementar está no conteúdo programático. Discentes do primeiro semestre não haviam tido contato com este tema na graduação.

Previamente a inserção no campo realizou-se o segundo estudo piloto no mês de Setembro de 2015 em uma UBS da zona rural de Pelotas, com o objetivo de avaliar os questionários completos destinados aos ACS, às UBS e quanto à logística para o trabalho de campo. A escolha da UBS considerou a proximidade com a zona urbana do município e compatibilidade de horário. O agendamento deu-se através de contato telefônico com a enfermeira responsável pela ESF da unidade básica.

Houve inviabilidade de todos os entrevistadores participarem do estudo piloto, considerando o espaço físico e o número de entrevistados na UBS. Sendo assim, o mesmo foi conduzido pela mestranda e a bolsista de iniciação científica e os resultados e observações compartilhados com os demais. Foram entrevistados três ACS e a enfermeira responsável pela equipe.

Análises e considerações a respeito da confiabilidade do instrumento, além das críticas e sugestões dos entrevistados nestes dois subestudos foram utilizadas para pequenos ajustes no teste de conhecimentos, a fim de possibilitar melhor compreensão do público-alvo.

5.2 Logística do trabalho de campo

A mestranda, através de contato telefônico, identificava-se e apresentava a pesquisa ao enfermeiro responsável pelos ACS ou pela UBS a fim de proceder o agendamento das entrevistas, conciliando os horários disponíveis dos entrevistadores e do local de estudo. Neste primeiro contato buscava-se confirmar o número de ACS da unidade básica e a linha de transporte coletivo para chegar ao local. Apenas em dois locais foi necessário agendar pessoalmente e, em geral, um dia antes da data marcada, a mestranda confirmava o agendamento das entrevistas, via telefone.

Esse agendamento, incluindo entrevistas a serem realizadas nos próximos 30 dias, era enviado por e-mail aos entrevistadores com antecedência mínima de uma semana, informando a data, nome da UBS, entrevistadoras convocadas por UBS e ponto de encontro central com a

mestranda ou a bolsista que acompanharia os entrevistadores, os quais compareciam, no mínimo, em dupla e, no máximo, em quartetos de acordo com a quantidade de ACS a serem entrevistados. No ponto de encontro realizava-se a distribuição dos questionários, termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e vales- transporte.

Chegando à UBS as entrevistas eram realizadas em sala designada para aplicação dos questionários. Em algumas UBS houve impossibilidade de aplicação das entrevistas individualmente, por falta de espaço físico. Porém, os ACS foram instruídos a responder a parte autopreenchida sem qualquer tipo de consulta e os entrevistadores mantinham-se presentes no local até que todos os participantes concluíssem o autopreenchimento do instrumento.

Em todos os locais era questionado ao enfermeiro da(s) equipe(s) e a, no mínimo, um participante a relação de ACS que estariam em férias ou em licença, além da indicação e solicitação do contato pessoal de todos os indivíduos elegíveis para o estudo que não estavam presentes para posterior retorno à UBS e aplicação do questionário. Para encontrar todos os indivíduos elegíveis, no decorrer da pesquisa, houve o retorno mínimo de uma e máximo de sete vezes às UBS que, no dia agendado para as entrevistas havia ausência de algum participante.

Ao término da coleta de dados, a mestranda ou a bolsista ficavam com os TCLE para controle do número de entrevistados e com o questionário da UBS. As entrevistadoras codificavam o questionário aplicado ao ACS em seu domicílio e entregavam à supervisão do trabalho de campo, no máximo ao final de cada mês.

6. SUPORTE TÉCNICO E CONTROLE DE QUALIDADE

Além das reuniões de treinamento antes do início da coleta de dados, durante todo período de campo foi mantido contato por e-mail e/ou telefônico entre a mestrande e os entrevistadores a fim de solucionar dúvidas ocorridas antes, durante ou após a coleta de dados e nas codificações.

Pelo fato da mestrande ter ido no mínimo uma vez a todas as UBS de estudo, sendo no dia agendado ou nos retornos para entrevistar os participantes que não haviam sido encontrados, neste momento era realizado a confirmação de execução da pesquisa na unidade (*check-list*), como controle de qualidade do estudo.

7. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

Os instrumentos continham um espaço dedicado à codificação das variáveis, em coluna à direita do questionário. Ao final de cada dia de coleta ou a cada devolução por parte dos entrevistadores dos questionários preenchidos, a mestrande procedia a revisão, buscando identificar possíveis problemas no preenchimento e na codificação. Todos os questionários recebidos foram revisados pela mestrande, em dois casos foi necessário contatar o entrevistado novamente para concluir o preenchimento incompleto do instrumento.

Para estruturação do banco de dados, foi utilizado o programa EpiData 3.1 e realizado o processo de dupla digitação por pessoas distintas, sendo uma realizada pela mestrande e outra por graduanda do curso de Nutrição, com o intuito de verificar a inconsistência de dados. Após checagem de inconsistências constituiu-se o banco de dados final para análise.

A análise estatística foi conduzida no programa Stata 12, no qual foram realizadas análises descritivas (frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e de dispersão). Não havendo referencial na literatura, para definição do desfecho foram examinados diferentes pontos de corte para o escore de conhecimentos, bem como sua distribuição em quartil e tercil, porém como o mesmo apresentou uma distribuição normal optou-se por utilizar a média na análise bruta (teste t e análise de variância ou kruskal-wallis) considerando significância estatística um valor $p < 0,05$.

O quadro abaixo apresenta a população do estudo por UBS, total de participantes, perdas, recusas e os que se encaixavam no critério de exclusão.

NOME DA UBS	ACS POR UBS	ENTREVISTADOS	LICENÇA	PERDAS	RECUSAS
Arco Íris	07	06	01	00	00
Areal Fundos	12	12	00	00	00
Areal I	04	04	00	00	00
COHAB Guabiroba	08	08	00	00	00
Barro Duro	10	09	00	00	01
Bom Jesus	14	13	00	00	01
CAIC Pestano	09	09	00	00	00
COHAB Fragata	07	07	00	00	00
COHAB Pestano	04	04	00	00	00
Colônia Z3	06	06	00	00	00
Corrientes	04	04	00	00	00
Dom Pedro I	15	15	00	00	00
Dunas	18	18	00	00	00
Fátima	07	07	00	00	00
Getúlio Vargas	14	13	01	00	00
Laranjal	04	04	00	00	00
Leocádia	04	04	00	00	00
Navegantes	17	10	02	04	01
Obelisco	17	16	01	00	00
Py Crespo	13	11	02	00	00
Sanga Funda	05	05	00	00	00

NOME DA UBS	ACS POR UBS	ENTREVISTADOS	LICENÇA	PERDAS	RECUSAS
SANSCA	08	08	00	00	00
Santa Terezinha	08	07	01	00	00
Simões Lopes	15	14	00	00	01
Sítio Floresta	12	10	02	00	00
União de Bairros	04	03	01	00	00
Vila Municipal	04	03	01	00	00
Vila Princesa	07	07	00	00	00
Virgílio Costa	10	09	00	01	00
TOTAL	267	246	12	05	04

Figura 7: Quadro população do estudo, perdas, recusas e exclusões.

8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão submetidos a periódicos científicos após a defesa da pesquisa e sugestões da banca examinadora, um relatório será enviado à Prefeitura Municipal de Pelotas e aos participantes e UBS que também demonstraram interesse em conhecer o resultado desse estudo nos seus locais de trabalho.

Conhecimento do agente comunitário de saúde e os recursos disponibilizados pelo serviço de saúde sobre alimentação complementar em Pelotas, RS.

Community health worker knowledge and the resources available for health services about complementary feeding in Pelotas, Brazil.

Conocimiento de la agentes comunitarios de salud y los recursos disponibles para los servicios de salud en la alimentación complementaria en Pelotas, Brasil.

Título Abreviado: O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar.

Short Title: The community health worker as interlocutor in complementary feeding.

FRANCINE SILVA DOS SANTOS¹, GICELE COSTA MINTEM², DENISE PETRUCCI GIGANTE³

¹Discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

²Docente da Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

³Docente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Correspondência: Francine Silva dos Santos. Programa de Pós Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas. Rua: Gomes Carneiro, 01, Centro, Pelotas - RS, Brasil - 96010-610. E-mail: fran_12_ss@hotmail.com

O artigo será submetido ao Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

Os agentes comunitários de saúde, devido suas características e atribuições, podem ser interlocutores, melhorando a alimentação complementar, no território nacional. Este estudo descreve o conhecimento desses profissionais e os recursos que a unidade básica de saúde oferece para que tenham conhecimento sobre alimentação complementar no município de Pelotas, RS. Os instrumentos utilizados foram um questionário aplicado ao responsável do serviço de saúde e outro aos agentes comunitários de saúde, este último organizado em duas partes, uma aplicada por entrevistador treinado e outra autoaplicável, sendo um teste de conhecimento que permitiu o cálculo de escores. Análises por meio de teste t para as associações dos escores com variáveis dicotômicas e ANOVA ou Kruskal-wallis com politômicas. Para os escores de conhecimento geral sobre alimentação infantil e de alimentação complementar houve associação positiva com idade, tempo de profissão, visitas domiciliares a crianças com até 24 meses, realizar orientações, buscar informações sobre alimentação complementar e receber treinamento apresentou associação somente com conhecimento geral ($p < 0,05$). Evidenciou-se desacordo entre as respostas do serviço de saúde e dos agentes quanto a treinamentos, materiais governamentais e acompanhamento do crescimento infantil. Portanto, a unidade básica de saúde deve oferecer respaldo e recursos que possibilitem conhecimento sobre alimentação infantil mediante treinamentos e acesso aos materiais governamentais.

Palavras- chave: Nutrição do lactente, agentes comunitários de saúde, estratégia saúde da família, serviços de saúde da criança.

ABSTRACT

The community health workers, due its features and functions, may be interlocutor, improving complementary feeding in the national territory. This study describes the knowledge of these professionals and the resources that the basic health unit offers to have knowledge about complementary feeding in the city of Pelotas, RS. The instruments used were a questionnaire applied with responsible of the health service and another to community health workers, which was organized in two parts, one applied by trained interviewers and other filled by the respondent, this being a knowledge test about complementary feeding, obtaining thus, knowledge scores. In the analysis we used t test in associations scores with dichotomous variables and ANOVA or Kruskal-wallis with polytomic. General knowledge and complementary feeding were positively associated with age, occupation time, home visits to children up to 24 months, conduct guidelines, seek information about complementary feeding and receive training was associated with the general score ($p < 0,05$). It was evident a disagreement between the responses of the health service and agents as training, government materials and monitoring of child growth. Therefore, the basic health unit should provide support and resources to provide knowledge on the subject as an important factor in food and nutrition education community.

Keywords: Infant nutrition, community health workers, family health strategy, child health services.

Introdução

A alimentação é um direito humano fundamental por representar a base para sobrevivência¹ e ser fator essencial para proporcionar plenamente crescimento, saúde e desenvolvimento durante a infância². Assim, os distúrbios que incidem neste período são responsáveis por graves consequências em níveis individuais e comunitários³.

Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intensamente relacionadas à morbimortalidade de crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A^{3,4,5}. A recomendação internacional para os primeiros dois anos de vida é aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre com introdução de alimentos a partir de seis meses, complementando o leite materno até os 24 meses⁶.

Estima-se que ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável podem reduzir até 13% e 6%, respectivamente, a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos no mundo⁷. Estudos demonstram que campanhas de promoção do aleitamento materno têm apresentado resultados positivos ao longo das últimas décadas^{5,8,9}, progresso similar não é verificado com relação à alimentação complementar em nível mundial⁶. Pesquisas divulgam que a introdução de alimentos no Brasil é precoce e de baixa qualidade^{8,9,10,11}, porém, alimentos com alta biodisponibilidade de ferro são introduzidos tardiamente^{11,12,13}. Sendo de forma tardia ou precoce a introdução de alimentos ocorre de forma equivocada e prejudicial à saúde da criança. Há relatos de deficiências nas orientações sobre alimentação infantil, por parte dos profissionais de saúde^{14,15}, inclusive dos agentes comunitários de saúde (ACSs) que têm sua prática focada no aleitamento materno^{14,16,17,18}. Sendo assim, a promoção da alimentação complementar saudável vem se tornando uma prioridade das políticas públicas de alimentação e saúde¹⁹. Atualmente, está vigente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que se propõe a promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde na atenção básica⁴.

No âmbito da atenção básica, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) existe desde o início da década de 90 e foi instituída e regulamentada em 1997²⁰. Entre as diversas atribuições deste profissional constam: visitação às famílias no mínimo uma vez por mês, desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas²¹.

A EACS é considerada uma transição para a Estratégia Saúde da Família (ESF)²² ou como uma maneira de agregar ACSs a outras formas de organização da atenção básica²¹. Nesse modelo, a promoção tem função de destaque¹⁶ tendo os ACSs como profissionais primordiais, por fortalecerem a integração entre os serviços de saúde da atenção básica e a comunidade²³.

Neste contexto, o presente estudo justifica-se considerando as características e atribuições dos ACSs que fazem com que eles tenham papel fundamental na promoção da alimentação complementar saudável, transmitindo para comunidade seus conhecimentos de forma prática, em linguagem simples e acessível. Na revisão da literatura não foi possível identificar qualquer estudo no qual estes profissionais tenham sido avaliados em relação ao tema. Para contribuir com este debate, o presente artigo objetiva descrever o conhecimento dos ACSs e os recursos que a unidade básica de saúde oferece para que tenham conhecimento sobre alimentação complementar.

Metodologia

Para avaliar o *conhecimento em alimentação complementar pelo agente comunitário de saúde*, realizou-se um estudo transversal com um censo dos agentes comunitários de saúde (ACSs) da zona urbana de Pelotas, situada na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Todas as unidades básicas de saúde (UBSs) do município com Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) participaram da pesquisa, totalizando 29 locais. Até outubro de 2015, o município contava com 67 equipes da ESF e 329 ACSs cadastrados no sistema do Ministério da Saúde (MS), proporcionando cobertura estimada de 57,4% da população²⁴ de 329.435 habitantes²⁵. Os ACSs elegíveis deveriam estar em pleno exercício de suas atividades profissionais na zona urbana, portanto, excluíram-se aqueles em qualquer modalidade de licença e que atuassem na zona rural do município.

As entrevistas foram realizadas de outubro de 2015 a março de 2016 nas UBSs em horários previamente marcados por contato telefônico ou presencialmente pelo supervisor do estudo, durante os turnos da manhã ou tarde, e conduzidas por 24 entrevistadores, graduandos do curso de Nutrição, os quais foram selecionados e capacitados para aplicação do instrumento e um nutricionista supervisor do trabalho de campo. Em casos de recusa, o supervisor do estudo era comunicado para fazer, pelo menos, uma tentativa de reversão. Na impossibilidade de encontrar o ACS na data agendada ou este estar em férias, o entrevistador realizava novas tentativas, até concluir a entrevista.

Caracterização dos ACSs

Dados sociodemográficos e relacionados à alimentação complementar (AC) na rotina de trabalho foram obtidos mediante questionário padronizado aplicado por entrevistadores aos ACSs. As variáveis foram as seguintes: sexo (masculino/feminino); idade em anos completos (categorizada em décadas: 19-29/ 30-39/ ≥ 40); cor da pele autorreferida de acordo com as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁶; tempo de profissão (categorizada em meses: <12 / 12-24/ 25-59/ ≥ 60); escolaridade, considerando o grau mais elevado concluído (ensino fundamental ou médio/ curso técnico completo/ curso superior completo); área de conhecimento para aqueles que concluíram curso técnico ou superior (ciências da saúde/ outras); realização de visita domiciliar no último mês para criança com até 24 meses e fazer orientação nestas visitas sobre AC (sim/ não); informação sobre AC relacionada a qualquer tipo de fonte que poderia auxiliar o ACS na orientação da AC, além de treinamentos e/ou os materiais do MS (sim/ não), caso a resposta fosse positiva especificou-se qual a fonte de informação (profissionais da saúde/ mídia) e realização do acompanhamento do crescimento de crianças com até 24 meses (sim/ não).

Escore de conhecimento

O desfecho para o presente estudo foi resultante do escore de conhecimento, avaliado por um instrumento autoaplicado e elaborado com base na literatura científica^{27,28}. As respostas de todas as questões estavam disponíveis em material desenvolvido pelo MS, destinado aos profissionais da atenção básica para orientação da população quanto à alimentação saudável das crianças brasileiras menores de dois anos²⁸. Constituíram este instrumento 25 proposições, para as quais o entrevistado

deveria assinalar (*certo, errado ou não sei*) de acordo com o que considerava ser a recomendação do MS. O escore foi o produto da razão entre as questões respondidas corretamente e o número de questões, variando de 0,00 a 1,00 (0,00 – nenhum acerto e 1,00 – 25 acertos)²⁷. As afirmativas assinaladas como *não sei* foram consideradas como resposta errada no cálculo do escore. Para a descrição dos resultados, o instrumento foi dividido em dois módulos: módulo aleitamento materno, com cinco questões e módulo alimentação complementar, com 20 questões, sendo 06 questões sobre macro e micronutrientes e 14 sobre saúde e comportamento que, somados, constituíram o módulo de conhecimento geral. Os entrevistadores mantiveram-se presentes no local até que todos os ACSs tivessem finalizado o questionário, a fim de garantir que não ocorresse consulta entre os participantes ou a materiais educativos.

Caracterização das UBSs

O supervisor do estudo aplicou um questionário padronizado ao responsável/profissional de nível superior da UBS no qual foram investigadas as seguintes variáveis: profissão do entrevistado (enfermeiro/ médico/ nutricionista), turnos que a UBS presta atendimento à população (manhã/ tarde/ noite); existência de grupo de gestantes ou de mães na UBS; abordagem sobre AC às participantes destes grupos; consultas de puericultura, existência de protocolo de atendimento sobre AC; responsabilidade pela elaboração do protocolo quando referido (instituições governamentais/ profissionais de saúde); presença de recursos humanos com capacitação técnica para orientar sobre AC (nutricionista/ pediatra); disponibilidade de infantômetro e balança portátil na UBS; realização do acompanhamento do crescimento infantil pelos ACSs. Variáveis acima descritas que não foram especificadas, todas são dicotômicas, do tipo (sim/ não).

Informações do ACS e do responsável pela UBS

Os questionários aplicados ao ACS e ao responsável pela UBS continham algumas perguntas com objetivos semelhantes, tais como: dificuldade na orientação sobre AC; realização de treinamento sobre AC; responsável pelo treinamento quando referido (instituições governamentais – composta pelas categorias MS, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde/ instituições de ensino superior – considerando estagiários sob a supervisão de um profissional/ outros, quando não foi possível classificar nas duas primeiras opções); carga horária do treinamento (categorizada em horas: 1 a 4/ > 4 horas), tempo desde o último treinamento

(categorizado em meses: 1 a 12/ > 12). Caso o entrevistado tivesse referido mais de um treinamento foi considerada a seguinte ordem: a instituição governamental idealizadora, o de maior duração ou o mais recente para cada uma dessas variáveis anteriormente relacionadas. Quanto aos materiais do MS, para os ACSs verificou-se o conhecimento sobre qualquer um deles, enquanto que para as UBSs foi considerada a disponibilidade de cada uma das cinco publicações relacionadas à AC^{28,29,30,31,32}. Com o intuito de facilitar a identificação do material informativo, a capa de cada um deles foi impressa e plastificada, sendo apresentadas no momento da entrevista a ambos. As variáveis não especificadas acima foram classificadas como dicotômicas do tipo (sim/ não).

Estudos piloto

Previamente ao início do trabalho de campo verificou-se a efetividade dos instrumentos em dois estudos piloto. O primeiro, realizado com estudantes do início e do final do curso de graduação em Nutrição para avaliar o teste de conhecimento e o segundo, em uma UBS da zona rural testando os dois questionários completos (ACS e responsável). Como estratégias na manutenção do controle de qualidade do estudo pode-se ressaltar o treinamento realizado com os entrevistadores para coleta de dados e o comparecimento do supervisor em todos os locais, no mínimo uma vez durante o período da coleta de dados.

Análise estatística

Os dados coletados foram incluídos no *software* EpiData (3.1), com dupla digitação por pessoas distintas, a fim de avaliar a consistência das informações. O pacote Stata 12.0 foi utilizado para as análises estatísticas. Foram realizadas análises descritivas com as medidas de frequência, média e desvio padrão para as variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas. O escore de conhecimento foi avaliado de forma contínua, sendo assim, na análise bruta utilizou-se o teste-*t* para avaliar as associações com as variáveis independentes dicotômicas. Para estudar a associação do desfecho com as variáveis politômicas utilizou-se análise de variância (ANOVA) ou Kruskal-wallis na ausência de pressupostos para utilização de ANOVA. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado com significância estatística.

Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (parecer nº: 1.215.463). O consentimento informado, por escrito, foi obtido junto a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no presente estudo.

Resultados

Caracterização dos ACSs

Havia 267 ACSs atuando na zona urbana de Pelotas e 21 não foram entrevistados. Destes, 12 estavam em licença (critério de exclusão), quatro recusaram e cinco foram perdas, totalizando 246 participantes com 3,4% de perdas e recusas, em relação ao total de ACSs que fazem o acompanhamento da população urbana. Na Tabela 1 percebe-se que quase 90,0% dos ACSs eram mulheres, com idade média de 36 anos com DP $\pm$ 8,6 (dado não apresentado em tabela) e distribuição semelhante pelas categorias de idade, com predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (39,0%). Setenta e um por cento se autodeclararam brancos e a maioria (54,9%) trabalhava há até dois anos como ACSs, a média do tempo de profissão foi de 41,5 meses, variando de zero a 240 meses (dados não apresentados em tabela).

Quanto à escolaridade, mais da metade concluiu o ensino médio, sendo que oito completaram somente o ensino fundamental. Do total de participantes que completaram o ensino técnico (n=76), cerca de um terço deles foi na área da saúde. Em relação ao ensino superior (n=33), aproximadamente 20,0% concluiu a graduação na área de ciências da saúde. Os cursos técnicos mais referidos foram enfermagem (23,4%) e contabilidade (19,5%), não ocorrendo o mesmo em relação à graduação, cujo maior destaque foi para o serviço social (18,2%) e pedagogia (15,2%) (dados não apresentados em tabela).

Ainda na Tabela 1 observa-se que quase todos os ACSs (93,9%) realizaram visita domiciliar, no último mês, para as crianças menores de dois anos da sua área de abrangência. Porém, apenas pouco mais de um terço destes (37,7%) referiram ter realizado orientação sobre AC nessas visitas, enquanto que procurar informações sobre

AC foi referido por cerca de dois terços dos entrevistados. Essas informações poderiam ter sido obtidas tanto na mídia (45,4%) como via profissionais de saúde (46,7%) (dados não apresentados em tabela).

Escore de conhecimento

Observa-se na Tabela 2 que das cinco questões relacionadas à amamentação, quatro apresentaram proporção de acertos maior de 90,0%, logo, o percentual referente à duração do aleitamento materno exclusivo foi a segunda maior prevalência de acertos (98,0%), abaixo apenas da questão sobre higiene e manuseio adequado dos alimentos ofertados ao lactente (99,6%). Por outro lado, a maior proporção de respostas erradas foi em orientações alusivas à AC, como a de ofertar água entre as refeições em que apenas 17,1% dos entrevistados acertaram. Na Tabela 3 são apresentados os escores de conhecimento geral e para cada módulo. Em média, os entrevistados atingiram quase a nota sete, ou seja, apresentaram um índice de 68,0% de acertos para todas as questões do instrumento autoaplicado. Assim, a média e a mediana do escore de conhecimento foi de 0,68 (DP $\pm$ 0,11), com amplitude de 0,20 a 0,88 acertos, apresentando distribuição normal. Ainda na Tabela 3, podem ser observadas as médias dos escores de conhecimento para cada módulo avaliado, ressaltando-se que o módulo de aleitamento materno (AM) apresentou a maior proporção de acertos (88,0%), enquanto a proporção de acertos para alimentação complementar (AC) foi de 62,0%.

Na Tabela 4, ao analisar essas pontuações em relação às características dos ACSs, observaram-se médias maiores entre os ACSs mais velhos, que trabalham por mais tempo, que realizaram a visita domiciliar no último mês a um menor de 24 meses, que relataram receber informações sobre AC e fizeram orientação nos domicílios. Embora a média do escore de conhecimento tenha sido mais elevada para as mulheres, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p= 0,05$ para o escore geral e $p= 0,10$ para o escore de AC) e receber treinamento foi significativo apenas para o escore geral ($p= 0,04$).

Caracterização das UBSs

Todas as UBSs elegíveis para o presente estudo foram incluídas, uma vez que nenhum responsável (ou outro profissional de nível superior, não sendo ACS) se recusou a participar, totalizando 29 locais. As entrevistas com questões relativas ao

serviço de saúde foram realizadas principalmente com enfermeiros (72,4%). A maioria das UBSs (82,8%) presta atendimento à população nos turnos da manhã e tarde.

Com relação à assistência materno-infantil todos os locais realizavam consultas de puericultura e mais da metade (51,7%) tinham grupo de gestantes ou de mães. Porém, a AC é um tema abordado em apenas 46,7% dos grupos daquelas UBSs. Dos serviços de saúde avaliados, 20 locais (69,0%) referiram ter protocolo para orientação da população assistida. Destes, a maioria (n=12 ou 60,0%) era proveniente de instituições governamentais. Entretanto, em nove UBSs foi relatado que o protocolo de atenção à população assistida foi elaborado pelos profissionais de saúde do serviço, ou seja, em uma das unidades na qual também foi referida a utilização de protocolo proveniente de instituição governamental, houve a elaboração própria de outro protocolo.

De todas as UBSs, o nutricionista estava presente em 15 delas, representando 51,7% do total, não foi encontrada associação entre a presença deste profissional no serviço de saúde e os escores de conhecimento geral e de AC dos ACSs. Já os pediatras estavam presentes em apenas seis UBSs, representando 20,7% do total. Quanto à disponibilidade de recursos para o ACS realizar o acompanhamento do crescimento infantil nas visitas domiciliares, infantômetro esteve presente em 28 locais (96,5%), enquanto a balança portátil foi identificada em apenas 11 UBSs (37,9%).

Informações do ACS e do responsável pela UBS

Na Tabela 5 são apresentadas as distribuições das variáveis avaliadas tanto no questionário aplicado aos ACSs como naqueles aplicados ao profissional responsável pela UBS. Verifica-se que a realização de treinamento sobre AC foi mais frequentemente relatada pelo ACS (37,0% dos entrevistados) do que na UBS, onde apenas três referiram treinamento sobre AC para os ACSs. Entretanto, as respostas foram consistentes quanto ao principal responsável pelo treinamento dos ACSs, uma vez que estes referiram com maior frequência terem recebido treinamento das instituições de ensino superior, que os treinamentos foram de curta duração (até quatro horas) e ocorreram há mais de 12 meses.

Outro resultado que chama atenção é o fato de que em 12 UBSs, foi informado que os ACSs realizavam o acompanhamento do crescimento infantil. Por outro lado,

apenas cinco ACSs, referiram coletar medidas antropométricas das crianças acompanhadas.

Dentre as cinco publicações do MS relacionadas com a AC, o Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23 foi o material mais conhecido pelos ACSs, sendo referido por 15,4% dos entrevistados e o mais presente nas UBSs, encontrado em 20 das 29 unidades (69,0%).

Mais da metade dos entrevistados (57,7%) referiram ter alguma dificuldade na orientação sobre AC, enquanto a quase totalidade das UBSs (96,5%) relataram a ocorrência de alguma dificuldade. Contudo, os ACSs relacionaram essa dificuldade às suas próprias limitações, enquanto 21(75,0%) dos entrevistados nas UBSs atribuíram às dificuldades das famílias para oferecer AC adequada às crianças.

Discussão

Considerando que o ACS é o responsável na atenção básica por ser o vínculo entre as famílias e o serviço de saúde²¹, o conhecimento deste profissional a respeito da orientação adequada às famílias pode ter importante repercussão para melhorar a prática de AC em sua comunidade. Sendo assim, o presente estudo aferiu o conhecimento dos ACSs sobre alimentação complementar por um instrumento constituído de questões de múltipla escolha do tipo: *sim, não e não sei*. Para avaliar a competência clínica de profissionais na área da saúde, as questões de múltipla escolha são largamente utilizadas e podem determinar se o entrevistado possui conhecimento sobre o assunto^{33,34}, apresentando fiabilidade, eficiência e custo-eficácia³⁴. Não foi estabelecido um ponto de corte para determinar o nível de conhecimento dos entrevistados devido à inexistência de referencial teórico para este instrumento. Portanto, ao identificar que o escore de conhecimento apresentou distribuição normal optou-se por apresentar as médias desses escores.

A população estudada era predominantemente composta por mulheres, assim como em pesquisas com os mesmos profissionais, nas quais o sexo feminino representou mais 80% das amostras avaliadas^{35,36,37}, possivelmente por este ser o sexo predominante entre os profissionais de saúde³⁷. O grau mais elevado de escolaridade da maioria dos entrevistados foi o ensino médio completo, corroborando com Florindo *et al.*³⁶ e Ferraz *et al.*³⁸ que demonstraram maior prevalência de ACSs com escolaridade de

9 a 11 anos de estudo. Um resultado que chamou a atenção é o fato de entre aqueles que relataram ter concluído ensino superior, os cursos mais prevalentes não pertencerem à área da saúde e assim como descrito por Musse *et al.*³⁵ predominaram os cursos das áreas humanas e sociais. Tal construção mostra uma tendência à formação humanística entre esses profissionais, o que poderia indicar seu potencial para articular políticas de natureza social e econômica³⁵ e/ou ingresso na profissão de ACS temporariamente como uma oportunidade de emprego³⁷.

Quanto ao desfecho desta pesquisa, identificou-se que pouco mais de um terço (35,0%) dos ACSs sabiam a frequência de orientação de alimentos ricos em ferro e 58,5% conheciam os benefícios dos alimentos fonte de vitamina A, resultado preocupante ao considerar que a anemia e a deficiência de vitamina A, são dois dos principais problemas relacionados à alimentação complementar ofertada de forma inadequada³. Ao analisar o conhecimento dos ACSs sobre a alimentação de crianças até dois anos de idade, verificou-se que o escore do módulo com as questões sobre aleitamento materno (0,88) foi superior ao escore do módulo alimentação complementar (0,62). Esse resultado é semelhante àquele encontrado por Toma²⁷ em estudo de intervenção com profissionais de saúde, exceto ACS, que atendiam crianças cadastradas na ESF. Em outra pesquisa³⁹ com pediatras e nutricionistas, o conhecimento sobre amamentação também foi superior quando comparado à alimentação complementar. Destaca-se que ambos os estudos citados foram realizados no estado de São Paulo e avaliaram a efetividade do Curso Integrado de Aconselhamento em Alimentação Infantil (OMS/UNICEF). O resultado do presente estudo ainda pode ser corroborado com outras duas pesquisas^{14,16}, as quais apontam que o trabalho dos profissionais das equipes de ESF e dos ACSs quanto à alimentação infantil tem sido focado no aleitamento materno, havendo pouca ênfase na alimentação complementar.

Quanto às diferenças de médias nos escores geral e de alimentação complementar encontradas em relação às categorias de idade e tempo de profissão dos entrevistados é possível inferir que essas duas variáveis estejam indicando um conhecimento mais elevado decorrente das experiências profissional e pessoal dos ACSs, embora não tenham sido obtidas informações com respeito à maternidade/paternidade desses profissionais. Sugere-se que a atuação do ACS mostra maior aprendizagem com a experiência acumulada na atividade de saúde e ampliação das informações sobre a comunidade³⁷. Quanto às associações positivas encontradas

entre os escores e as seguintes variáveis: visita domiciliar para menores de dois anos, orientação sobre alimentação complementar e busca de fontes de informação é possível inferir que se justifiquem por maior motivação dos profissionais que orientam as famílias da sua área de atuação e, por sua vez, buscam mais informações e, consequentemente, obtêm maior conhecimento.

De acordo com os resultados é possível constatar que os ACSs referiram ter realizado treinamento com mais frequência do que relatado pelos responsáveis pela UBS. Cabe destacar que as médias dos escores de conhecimento foram maiores para aqueles ACSs que receberam treinamento. Porém, mesmo sabendo-se que a capacitação dos profissionais de saúde objetivando promover as recomendações alimentares é fundamental quando se pretende melhorar o conhecimento e o comportamento materno⁴⁰, apenas cerca de quatro entre dez ACSs relataram ter recebido treinamento. Em artigo de revisão, Campos *et al.*¹⁵ verificaram que ainda existe a necessidade de capacitar os profissionais de saúde a fim de realizar o aconselhamento de crianças menores de dois anos. Como alternativa à qualificação dos profissionais de saúde, a mais recente política do governo brasileiro neste âmbito é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem como um dos principais objetivos a capacitação de recursos humanos na atenção básica para orientar a alimentação saudável de crianças nos primeiros 24 meses de vida⁴. E ainda, ressalta-se no presente estudo a possível falta de informação dos responsáveis pelas UBSs a respeito dos treinamentos oferecidos aos ACS. Esse resultado poderia indicar o desconhecimento e, possivelmente, a pouca oportunidade e/ou valorização da UBS para a qualificação dos seus profissionais. Outros tipos de estudos seriam necessários para a melhor compreensão da relação entre a formação e qualificação dos profissionais de saúde como forma de contribuir com a qualidade da atenção a saúde da população.

Importante ressaltar que aproximadamente a totalidade dos ACSs (98,0%) não faz o acompanhamento do crescimento infantil, embora alguns responsáveis pelas UBSs relataram acreditar que essa tarefa fosse executada por esses profissionais. Estudo de abordagem qualitativa realizado no município cearense de Uruburetama acompanhou durante um ano as visitas domiciliares de 15 ACSs a 16 famílias e mostrou que estes profissionais não estavam adequadamente capacitados para o monitoramento do peso de crianças no primeiro ano de vida e não foram capazes de reconhecer situações de risco nutricional¹⁶.

Embora os responsáveis pelas UBSs tivessem informado que publicações governamentais sobre alimentação das crianças menores de dois anos estavam disponíveis, poucos ACSs referiram conhecê-las, possivelmente por estes materiais não estarem à disposição dos mesmos e/ou os ACSs terem buscado outras fontes de informação como referido pela maioria dos entrevistados. Esse achado deve ser destacado, chamando atenção que pelo menos uma das publicações estava disponível em mais de dois terços das UBSs, enquanto apenas cerca de um de cada seis dos ACSs entrevistados referiram conhecê-la. Assim, embora se saiba que esses documentos são elaborados com o objetivo de qualificar as equipes de atenção à saúde, o presente estudo encontrou que esses materiais não estão disponíveis aos ACSs e, ao mesmo tempo, não se encontrou na literatura qualquer informação a respeito da disponibilização desses materiais às equipes de saúde.

Como limitação do presente estudo, deve ser destacado o fato de que no mesmo mês que iniciou a pesquisa de campo, foi lançada pelo MS uma nova versão do Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança: nutrição infantil, nº 23³. Porém, considerando que não haveria tempo hábil para que este novo material chegasse às UBSs do município, utilizou-se a figura da capa antiga desta publicação³⁰ para apresentar aos entrevistados. Assim, nas análises do conhecimento houve alteração de apenas uma recomendação do módulo alimentação complementar - saúde e comportamento. Dessa forma, o escore apresentado considerou a referência mais atual³. Análises excluindo essa questão do instrumento ou utilizando a recomendação mais antiga foram realizadas, porém os resultados foram semelhantes.

E como vantagens deste estudo destacam-se a coleta de dados primários, o baixo percentual de perdas e recusas (inferior a 5,0%) e a realização de um censo dos ACSs atuantes na zona urbana de uma cidade de médio porte na região sul do país.

Finalmente, destaca-se que o objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos ACSs acerca da alimentação complementar, não refletindo em mudança de comportamento, seja na conduta do profissional, quanto no comportamento das famílias. Cabe ressaltar que o conhecimento é a primeira etapa para que a mudança de comportamento ocorra como descrito no modelo transteórico de mudança de comportamento⁴¹. Assim, os resultados poderão contribuir para a realização de intervenções que sejam capazes de influir na qualificação das ações de profissionais no

que se refere, principalmente, à alimentação complementar de crianças até dois anos de idade corroborando com pesquisa de intervenção em Porto Alegre/RS a qual identificou impacto positivo da atualização dos profissionais da atenção básica em relação aos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos sobre as práticas alimentares das famílias no primeiro ano de vida⁴².

O presente estudo possibilitou constatar que os ACSs têm melhor domínio de informações sobre o aleitamento materno do que sobre alimentação complementar. Embora o fato de receberem treinamento tenha mostrado melhor escore de conhecimento sobre alimentação das crianças nos primeiros dois anos de vida, pouco mais de um terço dos entrevistados referiram ter recebido treinamento para orientar sobre alimentação complementar. Ainda cabe ressaltar que, mesmo tendo disponível na maioria das UBSs, pelo menos um exemplar de publicações institucionais contendo orientações sobre alimentação de crianças menores de dois anos de idade, esse material não esteve acessível para consulta dos ACSs desses locais.

Enfim, considera-se que os ACSs devem auxiliar na promoção da alimentação infantil adequada, possivelmente por suas características de proximidade com as famílias, contato mais frequente, confiança da comunidade e melhor compreensão do que qualquer outro profissional de saúde a respeito das barreiras socioeconômicas e culturais que impossibilitam a introdução de alimentos de forma adequada. Porém, para que possam ser os interlocutores da alimentação complementar nos domicílios é preciso que a UBS ofereça respaldo e os recursos necessários que possibilitem o melhor e mais atualizado conhecimento sobre o assunto, como um fator importante na educação alimentar e nutricional da comunidade, na medida em que não se pode esperar que as famílias tenham práticas corretas de alimentação complementar se não forem adequadamente informadas

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor/Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. 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; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 2016; 387:475-90.
6. World Health Organization. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva; 2002.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, et al. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 2003; 362:65-71.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília; 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
10. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *ActaPædiatrica*, Geneva; 2006; 450: 27-37.

11. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(9): 1759-71.
12. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2): 305-16.
13. Machado AKF, Elert VW, Pretto ADB, Pastore CA. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(7): 1983-89.
14. Arimatea JE, Castro LMC, Rotenberg S. Práticas Alimentares de Crianças Menores de um Ano: as orientações de profissionais de saúde e as recomendações do Ministério da Saúde. *Ceres* 2009; 4(2): 65-78.
15. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(2): 529-38.
16. Ávila MMM, Azevedo DV, Galvão MM, Moraes LM. Nutrição e saúde: o agente comunitário de saúde e as ações realizadas com crianças de 0-12 meses em Uruburetama (CE). *Cad. Saúde Colet* 2011; 19 (3): 341-47.
17. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutrition* 2013; 17(4): 948–55.
18. Leite AJM, Puccini RF, Atalah NA, Cunha ALA da, Machado MT. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: A randomized clinical trial. *Acta Pædiatrica* 2005; 94: 741-46.
19. Oliveira JM, Castro IRR de, Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(2): 377-94.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 18 dez.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

- Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Programa agentes comunitários de saúde (PACS) / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [homepage na internet]. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [acessado 2016 jun. 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. Censo demográfico 2010; características da população e do município de Pelotas-RS. [acessado 2016 jun. 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. Conceitos. [acesso em 2016 ago. 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
 27. Toma T. Alimentação de crianças do Programa Saúde da Família (PSF): fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos de trabalhadores de saúde. 2008.157 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo 2008.
 28. 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/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos/Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e

- alimentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde e a IBFAN Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos *ÁLBUM SERIADO*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 33. Wass V, Vleuten CV, Shatzer J, Jones J. Assessment of clinical competence. *The Lancet* 2001; 357: 945- 49.
 34. Hift RJ. Should essays and other? Open-ended? –type questions retain a place in written summative assessment in clinical medicine? *BMC Medical Education* 2014; 14: 249.
 35. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(2): 525-36.
 36. Florindo AA, Brownson RC, Mielke GI, Gomes GAO, Parra DC, Siqueira FVN et al. Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health* 2015; 15:344.
 37. Santos CW dos, Farias FMC. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(5): 1659-68.
 38. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(2): 347-55.
 39. Bassichetto KC, Réa MF. Infant and young child feeding counseling: an intervention study. *Jornal de Pediatria* 2008; 84 (1): 75-82.
 40. Santos IS, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, Pelto G. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(1): 15-29.
 41. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. editors. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2nd ed. California: Jossey–Bass; 1997.

42. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. Cad. Saúde Pública 2014; 30(8):1695-07.

Tabela 1: Caracterização dos agentes comunitários de saúde. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n=246).

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	28	11,4
Feminino	218	88,6
Idade (em anos completos)		
19-29	74	30,1
30-39	96	39,0
≥40	76	30,9
Cor da pele		
Branca	175	71,1
Preta	52	21,1
Parda	19	7,7
Tempo de profissão (meses)		
< 12	40	16,3
12 – 24	95	38,6
25-59	78	31,7
≥ 60	33	13,4
Escolaridade		
Fundamental ou médio	137	55,7
Curso Técnico completo	76	30,9
Curso Superior completo	33	13,4
VD para menor de 24 meses		
Não	15	6,1
Sim	231	93,9
Orientação na VD*		
Não	144	62,3
Sim	87	37,7
Informação sobre AC		
Não	83	33,7
Sim	163	66,3

VD: visita domiciliar no último mês; AC: alimentação complementar.

*Considerados os que realizaram VD no último mês (n = 231)

Tabela 2: Frequência das respostas para cada uma das vinte e cinco questões do teste de conhecimentos envolvendo agentes comunitários de saúde de Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n=246).

ASSUNTOS DAS QUESTÕES	Frequência das alternativas por questões		
	ACERTOU	ERROU	NÃO SABIA
	n (%)	n (%)	n (%)
1. Duração do AME	241 (98,0)	03 (1,2)	02 (0,8)
2. Não incluir água, chá, suco no AME	225 (91,5)	14 (5,7)	07 (2,8)
3. Período de introdução da AC	222 (90,2)	17 (6,9)	07 (2,9)
4. Duração do AM	172 (69,9)	52 (21,1)	22 (9,0)
5. Consumo de água entre as refeições, na AC	42 (17,1)	189 (76,8)	15 (6,1)
6. Introdução da AC para alimentados por fórmula	66 (26,9)	112 (45,5)	68 (27,6)
7. Período para introdução da alimentação da família	134 (54,5)	75 (30,5)	37 (15,0)
8. Período de introdução de leguminosas (feijão)	124 (50,4)	101 (41,1)	21 (8,5)
9. Frequência de ingestão de vísceras e miúdos	86 (35,0)	97 (39,4)	63 (25,6)
10. Alimentos fonte de vitamina C	202 (82,1)	23 (9,3)	21 (8,6)
11. Evitar alimentos líquidos para iniciar AC	58 (23,6)	164 (66,6)	24 (9,8)
12. Uso de liquidificador e peneira	127 (51,6)	92 (37,4)	27 (11,0)
13. Evitar insistir para criança ingerir toda a refeição	178 (72,3)	59 (24,0)	09 (3,7)
14. Variabilidade de frutas e vegetais na dieta	230 (93,5)	09 (3,7)	07 (2,8)
15. Alimentos fonte de ferro	199 (80,9)	12 (4,9)	35 (14,2)
16. Benefícios dos alimentos fonte de vitamina A	144 (58,5)	14 (5,7)	88 (35,8)
17. Contraindicação do mel	134 (54,4)	40 (16,3)	72 (29,3)
18. Alimentos não nutritivos no primeiro ano de vida	238 (96,7)	05 (2,0)	03 (1,3)
19. Alimentos não nutritivos e relação com doenças	225 (91,4)	11 (4,5)	10 (4,1)
20. Reaproveitamento das refeições	226 (91,8)	10 (4,1)	10 (4,1)
21. Higiene no manuseio e armazenamento adequados	245 (99,6)	01 (0,4)	0 (0,0)
22. Distrações (ex. TV) no momento da refeição	191 (77,6)	31 (12,6)	24 (9,8)
23. Quantidade de alimento ofertada a criança doente	130 (52,8)	77 (31,3)	39 (15,9)
24. Pode orientar refeição extra a criança convalescente	90 (36,6)	111 (45,1)	45 (18,3)
25. Orientações para mãe que trabalha seguir amamentação	222 (90,2)	10 (4,1)	14 (5,7)

AME: aleitamento materno exclusivo; AC: alimentação complementar e TV: televisão.

Tabela 3: Escores de acertos no teste de conhecimentos dos agentes comunitários de saúde de acordo com o módulo das questões. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n=246).

Variáveis	Nº questões	Escore	IC 95%
Escore Geral	25	0,68	0,66 – 0,69
Módulo Aleitamento Materno	05	0,88	0,86 – 0,90
Módulo Alimentação Complementar	20	0,62	0,61 – 0,64
Macro e Micronutrientes	06	0,67	0,64 – 0,69
Saúde e Comportamento	14	0,60	0,59 – 0,62

Tabela 4: Escores de conhecimento conforme as características dos agentes comunitários de saúde. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016 (n=246).

Variável	Escore Geral		Escore AC	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%
Sexo	0,05*		0,10*	
Masculino	0,64	0,58 - 0,69	0,59	0,53 - 0,64
Feminino	0,68	0,67 - 0,69	0,63	0,61 - 0,64
Idade (em anos completos)	0,01***		0,01***	
19-29	0,64	0,61 - 0,67	0,59	0,56 - 0,62
30-39	0,69	0,68 - 0,71	0,64	0,62 - 0,67
≥40	0,68	0,66 - 0,71	0,63	0,60 - 0,66
Cor da pele	0,72**		0,70**	
Branca	0,68	0,66 - 0,70	0,63	0,61 - 0,65
Preta	0,66	0,63 - 0,69	0,61	0,58 - 0,64
Parda	0,68	0,63 - 0,72	0,62	0,56 - 0,67
Tempo de profissão (meses)	0,03***		0,03***	
< 12	0,64	0,60 - 0,68	0,58	0,54 - 0,63
12 - 24	0,68	0,66 - 0,70	0,63	0,61 - 0,65
25-59	0,67	0,64 - 0,70	0,62	0,59 - 0,65
≥ 60	0,72	0,69 - 0,75	0,67	0,64 - 0,70
Escolaridade	0,61**		0,53**	
Fundamental ou médio	0,68	0,66 - 0,70	0,63	0,61 - 0,65
Curso Técnico completo	0,67	0,64 - 0,69	0,61	0,58 - 0,64
Curso Superior completo	0,69	0,66 - 0,72	0,63	0,60 - 0,67
VD para menor de 24 meses	0,02*		0,02*	
Não	0,61	0,52 - 0,70	0,56	0,47 - 0,64
Sim	0,68	0,67 - 0,69	0,63	0,61 - 0,64
Orientação na VD	<0,001*		0,004*	
Não	0,66	0,64 - 0,68	0,61	0,59 - 0,63
Sim	0,71	0,69 - 0,73	0,65	0,63 - 0,67
Informação sobre AC	0,01*		0,002*	
Não	0,65	0,62 - 0,67	0,59	0,56 - 0,62
Sim	0,69	0,67 - 0,70	0,64	0,62 - 0,66
Treinamento	0,04*		0,06*	
Não	0,66	0,65 - 0,68	0,61	0,59 - 0,63
Sim	0,69	0,67 - 0,71	0,64	0,62 - 0,66

AC: alimentação complementar; VD: visita domiciliar no último mês.

*valor-p teste-t

** valor-p ANOVA

***valor-p Kruskal-wallis

Tabela 5: Agentes comunitários de saúde e unidades básicas de saúde, descrição das variáveis semelhantes analisadas. Pelotas. Rio Grande do Sul, 2016.

Variável	ACSs (N=246) N (%)	UBSs (N=29) N (%)
Treinamento		
Não	155 (63,0)	26 (89,7)
Sim	91 (37,0)	03 (10,3)
Responsável pelo treinamento*⁺		
Instituição governamental	34 (38,6)	0 (0,0)
Instituição de ensino superior	37 (42,0)	02 (66,7)
Outros	25 (28,4)	01 (33,3)
Carga horária do treinamento (horas) **		
1-4	55 (67,1)	02 (66,7)
> 4	27 (32,9)	01 (33,3)
Data do treinamento (meses) ***		
1-12	35 (47,9)	01 (33,3)
>12	38 (52,1)	02 (66,7)
Acompanhamento do crescimento		
Não	241 (98,0)	17 (58,6)
Sim	05 (2,0)	12 (41,4)
Materiais⁺		
CAB	38 (15,4)	20 (69,0)
GA	16 (6,5)	13 (44,8)
AS	10 (4,1)	05 (17,2)
DEZPA	13 (5,3)	07 (24,1)
RECREG	08 (3,3)	04 (13,8)
Dificuldades na orientação		
Não	104 (42,3)	01 (3,5)
Sim	142 (57,7)	28 (96,5)
Tipo de dificuldade na orientação^{§+}		
Relacionadas aos ACS/ ES	90 (63,4)	09 (32,1)
Relacionadas às famílias	58 (40,8)	21 (75,0)

ACSs: agentes comunitários de saúde; UBSs: unidades básicas de saúde; CA: Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23; GA: Guia alimentar para crianças menores de dois anos; AS: Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO; DEZPA: Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos; RECREG: Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses; ES: equipe de saúde.

*03 ACS foram ignorados (n=88)

**09 ACS foram ignorados (n=82)

***18 ACS foram ignorados (n=73)

[§] considerados os ACS (n=142) e UBS (n=28) que referiram dificuldade na orientação

⁺ variável que admite mais de uma alternativa como resposta

Apêndices

APÊNDICE A – ENTREVISTA E TESTE DE CONHECIMENTOS COM GABARITO PARA ACS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS
Parte I- ACS (ENTREVISTA)

IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGOS
1. Código do Entrevistador:	ce __
2. Número de identificação (não preencher):	ni __
3. Nome Completo do entrevistado:	
4. Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS):	ubs __
5. Número da equipe da EACS/ ESF: __	neq __
6. Data da entrevista: __ / __ / ____	de - -/ -/ - - -
7. Sexo (OBSERVAR): (0) Masculino (1) Feminino	sex _
8. A sua cor ou raça é: (LER TODAS AS ALTERNATIVAS) (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	cor _
9. Qual a sua data de nascimento: __ / __ / ____	dn - -/ -/ - - -
10. Há quanto tempo trabalhas como agente comunitário de saúde? __ anos (00) se menos de 1 anos	tacs __
11. Até que série estudaste na escola? (0) Fundamental completo (1) Ensino médio, ____ série.	esc __
12. Fizeste ou estás fazendo curso técnico? (0) Não (1) Sim __ semestre, (00) se está concluído, qual: _____	ct ____
13. Fizeste ou estás fazendo curso superior? (0) Não (1) Sim __ semestre, (00) se está concluído, qual: _____	cs ____
14. Visitaste alguma criança com até dois anos de idade de família atendida desde <mês anterior a entrevista> até hoje? (0) Não (1) Sim, quantas? __ crianças	vis ____
15. Desde o <dia da entrevista no mês anterior> até hoje fizeste alguma orientação sobre introdução de alimentos ou alimentação complementar? (0) Não (1) Sim	ori _

16. Alguma vez recebeste treinamento sobre introdução de alimentos/alimentação complementar? (0) Não (1) Sim	trein _
17. Se SIM, qual o responsável por este(s) treinamento (s): (LER TODAS AS ALTERNATIVAS) (1) Ministério da saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (88) NSA (2) Secretaria Estadual de saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (88) NSA (3) Secretaria Municipal de saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (88) NSA (4) Alunos de alguma instituição de ensino (0) Não (1) Sim, quantos ____ (88) NSA (5) Outros. Qual? _____, quantos ____ (88) NSA	ms ____ ses ____ sms ____ ies ____ out ____
Se recebeu mais de um treinamento , as seguintes perguntas dizem respeito ao treinamento de órgão governamental e/ou com maior duração de acordo com o entrevistado.	
18. Qual a duração deste treinamento? ____ dia(s), com ____ horas por dia (88) NSA	dutr _
19. Quando ocorreu este treinamento? Ano: ____ Mês: ____ (8888;88) NSA	qdtr _
20. Conheces algum dos seguintes materiais: (LER TODAS AS ALTERNATIVAS) (1) Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23 (0) Não (1) Sim SE CONHECE: Tem na UBS? (0) Não (1) Sim Tens um teu? (0) Não (1) Sim (888) NSA (2) Guia alimentar para crianças menores de dois anos (0) Não (1) Sim SE CONHECE: Tem na UBS? (0) Não (1) Sim Tens um teu? (0) Não (1) Sim (888) NSA (3) Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO (0) Não (1) Sim SE CONHECE: Tem na UBS? (0) Não (1) Sim Tens um teu? (0) Não (1) Sim (888) NSA (4) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos (0) Não (1) Sim SE CONHECE: Tem na UBS? (0) Não (1) Sim Tens um teu? (0) Não (1) Sim (888) NSA (5) Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses (0) Não (1) Sim SE CONHECE: Tem na UBS? (0) Não (1) Sim Tens um teu? (0) Não (1) Sim (888) NSA	cab ____ gal ____ aser ____ dezpa ____ recreg ____
21. Além dos treinamentos e materiais do Ministério da Saúde, há alguma outra fonte de informação que te ajuda na orientação sobre introdução de alimentos/ alimentação complementar? (0) Não (1) Sim, qual(is)? _____	outfon _
22. Pesas e medes as crianças menores de 2 anos que são acompanhadas por você? (0) Não (1) Sim, pesadas e medidas (2) Sim, somente pesadas (3) Sim, somente medidas	pesmed _

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS

Parte II- ACS (AUTOPREENCHIDO COM GABARITO)

Código do entrevistador:				
Nome Completo do entrevistado:				CÓDIGOS
Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS):				ubs __
Número da equipe da EACS/ ESF: __				neq __
ASSINALE CERTO, ERRADO OU NÃO SEI	CERTO	ERRADO	NÃO SEI	
23. Aleitamento materno exclusivo é recomendado nos 6 primeiros meses de vida da criança.	x			tame __
24. No aleitamento materno exclusivo a criança recebe leite materno, água, chá e suco.		x		alame __
25. A partir dos 6 meses as crianças precisam receber outros alimentos para completar o leite materno.	x			aclm __
26. Aleitamento materno deve ser mantido até os 2 anos de idade.	x			tam __
27. Depois de iniciada a alimentação complementar, a criança deve receber água (tratada, filtrada e fervida) junto com as refeições.		x		agua __
28. A alimentação complementar deve ser iniciada aos 4 meses para as crianças em aleitamento artificial (fórmula).	x			for __
29. Com 8 meses, a criança deve gradativamente receber a alimentação da família.	x			alfam __
30. Leguminosas, como o feijão, e as carnes NÃO podem ser oferecidas para as crianças com 6 meses de idade		x		legcar __
31. A partir dos 6 meses, a criança deve receber vísceras e miúdos (ex.: fígado, coração, moela), no mínimo uma vez por semana	x			visc __
32. A partir dos 6 meses, alimentos fonte de vitamina C (ex.: laranja, limão, tomate) devem ser oferecidos junto ou após a refeição para aumentar a absorção de ferro.	x			vitc __
33. A alimentação complementar deve ser iniciada com alimentos líquidos.		x		liq __
34. NÃO deve ser utilizado liquidificador e peneira no preparo dos alimentos complementares.	x			lipe __
35. Deve-se insistir para que a criança coma tudo que foi servido no prato.		x		prato __
36. A criança deve comer todos os dias as mesmas frutas e vegetais.		x		fruver __
37. Os alimentos de origem animal e os vegetais verde-escuros são importantes fontes de ferro.	x			ferro __

38. Frutas, verduras e legumes amarelos ou alaranjados ajudam a criança a desenvolver olhos saudáveis e ter menos infecções.	x			olho _
39. O mel é contraindicado no primeiro ano de vida.	x			mel _
40. Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos podem ser consumidos livremente nos primeiros anos de vida.		x		gul _
41. O consumo de alimentos não nutritivos (ex.: refrigerantes, salgadinhos, doces, temperos prontos, achocolatados) está relacionado à anemia, excesso de peso e alergias.	x			ane _
42. Se após a refeição, a criança deixar alimentos no prato (restos), estes podem ser guardados e oferecidos novamente.		x		rest _
43. Deve-se cuidar da higiene no manuseio dos alimentos (ex.: lavar as mãos, manter alimentos cobertos) e garantir o seu armazenamento e conservação adequados.	x			hig _
44. Propiciar distrações durante a refeição (ex.: televisão) permite que a criança fique mais relaxada e coma melhor.		x		tv _
45. Quando a criança está doente, a quantidade de alimentos oferecidos deve ser menor que a habitual.		x		det _
46. Após estar doente, quando a criança recupera o apetite, pode-se orientar uma refeição extra ao dia.	x			posdet _
47. Se a mãe tem que voltar ao trabalho e a criança está com 4 meses, deve-se orientar a mãe para a ordenha manual do leite a ser oferecido à criança quando ela estiver trabalhando. Se não estiver capacitado para ensinar a mãe, encaminhá-la para uma unidade de saúde ou banco de leite humano.	x			mtrab _

48. Qual a tua principal dificuldade para orientar quanto à alimentação complementar? difac _ _

APÊNDICE B - ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL PELA UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS

IDENTIFICAÇÃO		
1. Código do Entrevistador:		ce __
2. Número de identificação (não preencher):		ni __
3. Nome Completo do entrevistado:		
4. Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS):		ubs __
5. Números da equipe da EACS/ ESF na UBS: __		neq __
6. Data da entrevista: __/__/____		de- -/- -/- - - -
7. Função do entrevistado na UBS: _____		fent __
8. Quantos turnos esta UBS presta atendimento à população? __ turno(s)		tubs __
9. A unidade tem grupo de gestantes ou grupo de mães? (0) Não (1) Sim, alimentação complementar é tema abordado nos grupos? (0) Não (1) Sim		ggest __
10. A unidade oferece consultas de puericultura/ Crescimento e Desenvolvimento? (0) Não (1) Sim		puer __
11. A unidade tem um protocolo de atendimento para mãe/bebê sobre alimentação complementar? (0) Não (1) Sim, qual _____		prot __ __
12. Alguma vez os profissionais da unidade receberam treinamento sobre introdução de alimentos/alimentação complementar? (0) Não (1) Sim		treiubs __
13. Se SIM, qual o responsável por este(s) treinamento (s): (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)		
(1) Ministério da saúde	(0) Não (1) Sim, quantos __ (888) NSA	ms __ __
(2) Secretaria Estadual de saúde	(0) Não (1) Sim, quantos __ (888) NSA	ses __ __
(3) Secretaria Municipal de saúde	(0) Não (1) Sim, quantos __ (888) NSA	sms __ __
(4) Alunos de alguma instituição de ensino	(0) Não (1) Sim, quantos __ (888) NSA	ies __ __
(5) Outros. Qual? _____, quantos __ (888) NSA		out __ __
Se recebeu mais de um treinamento , as seguintes perguntas dizem respeito ao treinamento de órgão governamental e/ou de maior duração.		
14. Qual a duração deste treinamento? __ dias com __ horas por dia (888) NSA		dtreubs __ __
15. Quando ocorreu este treinamento? Ano: ____ Mês: ____		dattre __ __

(888) NSA		
16. Este treinamento foi dirigido para quais profissionais? (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)		
(1) Médicos	(0) Não (1) Sim (8) NSA	med _
(2) Pediatras	(0) Não (1) Sim (8) NSA	pediat _
(3) Nutricionista	(0) Não (1) Sim (8) NSA	nutri _
(4) Agentes Comunitários de Saúde	(0) Não (1) Sim (8) NSA	acs _
(5) Enfermeiros	(0) Não (1) Sim (8) NSA	enf _
(6) Técnicos de enfermagem	(0) Não (1) Sim (8) NSA	tecenf _
(7) Gestores da unidade básica	(0) Não (1) Sim (8) NSA	gest _
17. A unidade alguma vez recebeu materiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde para distribuir aos profissionais sobre introdução de alimentos/alimentação complementar? (0) Não (1) Sim		matubs _
18. Se SIM, qual destes: (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)		
(1) Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23	(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (888) NSA	cab _ _ _
(2) Guia alimentar para crianças menores de dois anos	(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (888) NSA	ga _ _ _
(3) Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO	(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (888) NSA	as _ _
(4) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos	(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (888) NSA	dezpa _ _ _
(5) Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses	(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (888) NSA	recreg _ _ _
19. A UBS tem nutricionista (s)?	(0) Não(1)Sim. Quantas? _ _	nut _ _ _
20. Há pediatra (s) na UBS?(0) Não (1)Sim. Quantos? _ _		ped _ _ _
21. A UBS tem antropômetro infantil? (0) Não (1) Sim. Quantos? _ _ _		ainf _ _ _
22. A UBS tem balança portátil? (0) Não (1) Sim. Quantas? _ _ _		balpor _ _ _
23. Os ACS fazem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças? (0) Não (1) Sim		credes _

24. Qual a principal dificuldade em relação à alimentação complementar percebida pela equipe de saúde? _____ difes _ _

APÊNDICE C - MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PESQUISA DE CAMPO

Caro entrevistador (a)

O manual de instruções serve para esclarecer praticamente todas as suas dúvidas. **Ele deve estar sempre com você.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **Releia o manual periodicamente.** Não confie na memória! A melhor solução para qualquer dúvida é o manual.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:	
1	Crachá e carteira de identidade;
2	Manual de instruções;
3	Questionários e figura das capas dos materiais;
4	Termo de consentimento livre e esclarecido;
5	Caderno para possíveis anotações da pesquisa;
6	Caneta esferográfica azul.

Apresentação pessoal e postura

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao começar a entrevista;
- Seja sempre gentil e educado;
- Trate o entrevistado por Sr(a)., sempre com respeito. Só mude este tratamento se ele próprio pedir para ser tratado de outra forma;

- Chame o profissional sempre pelo nome (p. ex., Sra. Maria, Sr. João), pois dessa forma, você demonstra interesse no entrevistado;
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o profissional, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao as perguntas;
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário, bem como o do manual do entrevistador. Esteja totalmente familiarizado, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte, caso seja necessário esclarecer possíveis dúvidas do entrevistado no preenchimento do instrumento;
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo;

A rotina de trabalho

Vinte e nove entrevistadoras e a mestrandas trabalharão no projeto. Conforme horário agendado e considerando a disponibilidade da equipe de trabalho, todos irão se dirigir a mesma unidade para aplicação do instrumento com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a mestrandas ficará responsável pela aplicação do questionário destinado ao responsável pela UBS.

Apresentação da entrevistadora ao(s) ACS

- Explicar que és do Curso de Nutrição da UFPEL e que estás fazendo um trabalho sobre o Agente Comunitário de Saúde como interlocutor da

alimentação complementar. Dizer que o trabalho está sendo realizado em todas as UBSs da zona urbana do município com Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS).

- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos avaliar o conhecimento e recursos dos profissionais, ajudando, assim, a melhorá-lo”.
- Se o profissional questionar quanto tempo dura a entrevista sempre responda que o tempo de duração da mesma depende do tempo que ele utilizar para responder as questões. **Nunca** informe um tempo fixo (por ex. 15, 20 minutos), pois os questionários são diferentes e o tempo de duração da entrevista vai depender de cada profissional.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Após a apresentação, explicar para o profissional que você precisa que ele assine um termo de consentimento, do qual ele fica com uma cópia.

➤ **SOMENTE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO DEPOIS DE TER O TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO PELO PROFISSIONAL!**

Recusas

Em caso de recusa, tente explicar melhor de onde você é e a importância da participação de todos. Se não conseguir que o profissional mude de ideia, anote no caderno de registro e entre em contato com um dos coordenadores do estudo. **Não deixar de anotar o nome do entrevistado, número da UBS e número da equipe de ESF ou EACS para tentativa futura da mestrandia.**

Instruções gerais para o preenchimento dos questionários

- Deverá haver entrevistadores no local até que o último questionário seja entregue;
- Não faça qualquer comentário sobre os serviços e profissionais de saúde; não de conselhos sobre qualquer aspecto da saúde e alimentação das crianças ou dos entrevistados;
- **A REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS DEVE SER FEITA NO FIM DE CADA DIA, NÃO SE DEVENDO DEIXAR PARA OUTRO DIA**, caso alguma questão não tenha sido respondida, procure o entrevistado novamente para que este complete o questionário;
- Agradeça a participação.

A SEGUIR ESTÁ A REPRODUÇÃO DO QUESTIONÁRIO COM COMENTÁRIOS SOBRE AS PERGUNTAS QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS ATENTAMENTE NA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA. LEIA O TEXTO EXATAMENTE COMO ESTÁ ESCRITO.

AS FRASES EM ITÁLICO E NEGRITO NÃO DEVERÃO SER LIDAS EM VOZ ALTA, SENDO APENAS INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO.

IDENTIFICAÇÃO:

CÓDIGO DO ENTREVISTADOR, NOME DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E DATA DA ENTREVISTA DEVRÃO SER PREENCHIDOS ANTERIORMENTE.

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SERÁ PREENCHIDO POSTERIORMENTE PELO SUPERVISOR DO TRABALHO DE CAMPO.

AO INICIAR A ENTREVISTA PREENCHA NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO SEM ABREVIACÕES, NÚMERO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (EACS) OU ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) QUE O ENTREVISTADO PERTENCE E OBSERVE O SEXO PARA PREENCHER A OPÇÃO CORRETA.

QUESTÕES- QUESTIONÁRIO ACS PARTE I

8. A sua cor ou raça é: (LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

Pergunte ao ACS qual cor da pele ele autorrefere ser a sua segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cor branca (descendentes de europeus/ocidentais), cor preta (descendentes de africanos/ afro-brasileiros), cor parda (descendentes de indivíduos de cor/etnias diferentes/miscigenação/ mestiçagem), cor amarela (descendentes de asiáticos/ orientais) e indígena (descendentes de índios).

9. Qual a sua data de nascimento: ____/____/____

Pergunte a data de nascimento do entrevistado e preencha dia, mês e ano, por exemplo, 01/01/1981.

10. Há quanto tempo trabalhas como agente comunitário de saúde?

____ anos (00) se menos de 1 anos

Quanto tempo o entrevistado é ACS, considerando o primeiro dia de seu contrato. Preencha conforme os exemplos: 02; 12. Caso o entrevistado trabalhe como agente comunitário de saúde há menos de 1 ano preencha com 00.

11. Até que série estudaste na escola?

(0) Ensino Fundamental Completo

(1) Ensino médio, _____ série.

Pergunte até que série o entrevistado estudou, considerando a última série concluída e aprovada e marque com um X a alternativa, caso seja ensino médio, preencha 1ª, 2ª ou 3ª série.

12. Fizeste ou estás fazendo curso técnico?

(0) Não

(1) Sim __ semestre, (00) se está concluído, qual: _____

Caso o entrevistado tenha concluído preencha conforme o exemplo: 00 semestre, qual: técnico em informática. Se estiver em andamento preencha como no exemplo: 08 semestre, qual: técnico de enfermagem.

13. Fizeste ou estás fazendo curso superior?

(0) Não

(1) Sim __ semestre, (00) se está concluído, qual: _____

Caso o entrevistado tenha concluído preencha da seguinte forma: 00 semestre, qual: educação física. Se estiver em andamento preencha como no exemplo: 08 semestre, qual: nutrição.

14. Visitaste alguma criança com até dois anos de idade de família atendida desde <mês anterior a entrevista> até hoje?

- (0) Não
(1) Sim, quantas ____ crianças.

Se o ACS possuiu registro, anotou o número de crianças visitadas no último mês (excluir períodos de férias, licença, etc.). Caso tenha visitado alguma criança com até dois anos de idade no último mês preencha como no exemplo: 07 crianças. São consideradas crianças do nascimento até 24 meses e 0 dias no dia que ocorreu a visita.

15. Desde o <mês anterior a entrevista> até o hoje fizeste alguma orientação sobre introdução de alimentos ou alimentação complementar?

- (0) Não
(1) Sim

Se o entrevistado fez, no último mês, no mínimo uma orientação sobre introdução de alimentos ou alimentação complementar para as crianças até dois anos de idade visitadas.

16. Alguma vez recebeste um treinamento sobre introdução de alimentos ou alimentação complementar?

- (0) Não
(1) Sim

Se o ACS participou de algum curso formal (treinamento) com enfoque em alimentação complementar.

AS SEGUINTE PERGUNTAS DEVEM SER FEITAS APENAS SE O ACS RESPONDEU SIM PARA A QUESTÃO 16. SE A RESPOSTA TIVER SIDO NÃO MARQUE (8) NSA NAS QUESTÕES 17, 18 E 19 E PULE PARA QUESTÃO 20.

17. Se SIM, qual o responsável por este(s) treinamento(s): **(LER TODAS AS ALTERNATIVAS)**

- | | |
|--|------------------------------|
| Ministério da Saúde | (0) Não(1) Sim, quantos ____ |
| Secretaria Estadual de Saúde | (0) Não(1) Sim, quantos ____ |
| Secretaria Municipal de Saúde | (0) Não(1) Sim, quantos ____ |
| Alunos de alguma instituição de ensino | (0) Não(1) Sim, quantos ____ |
| Outros. Qual(is)? _____ | quantos ____ |

(8) NSA

Caso o ACS, tenha realizado curso formal (treinamento) sobre alimentação complementar leia todas as alternativas e nas respostas positivas especifique o número de treinamentos.

AS PERGUNTAS 18 E 19 SE REFEREM AO TREINAMENTO DE ÓRGÃO GOVERNAMENTAL, OU SEJA, MINISTÉRIO DA SAÚDE OU SECRETARIAS ESTADUAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE CASO, O ACS RELATE MAIS DE UM TREINAMENTO, DEVE SER ESCOLHIDO O MAIS LONGO DE ACORDO COM A RESPOSTA DO ENTREVISTADO. SE O ACS NÃO RECEBEU TREINAMENTO DE ÓRGÃO GOVERNAMENTAL ESCOLHER O TREINAMENTO MAIS LONGO. SE TIVER RECEBIDO

APENAS UM TREINAMENTO ESTE DEVERÁ SER O ESCOLHIDO INDEPENDENTE DE QUEM TENHA SIDO O RESPONSÁVEL PELO MESMO. SE O TEMPO DE TREINAMENTO FOR O MESMO O ACS DEVE ESCOLHER O MAIS RECENTE PARA RESPONDER AS QUESTÕES.

18. Qual a duração deste treinamento? ____ dia(s) e ____ horas por dia. (8) NSA

Tempo que durou este treinamento e dias e horas, como por exemplo, 01 dia e 04 horas por dia.

19. Quando ocorreu este treinamento?

Ano: ____ Mês: ____ (8) NSA

Data que ocorreu este treinamento, por exemplo, Ano: 2005 Mês: agosto= 08.

20. Conheces algum dos seguintes materiais: ***(LER TODAS AS ALTERNATIVAS) e apresente as figuras com as capas de cada material quando for citá-lo.***

(1) Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23? (0) Não (1) Sim

SE CONHECE:

Tem na UBS? (0) Não (1) Sim

Tens um teu? (0) Não (1) Sim

(8) NSA

(2) Guia alimentar para crianças menores de dois anos? (0) Não (1) Sim

SE CONHECE:

Tem na UBS? (0) Não (1) Sim

Tens um teu? (0) Não (1) Sim

(8) NSA

(3) Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO? (0) Não (1) Sim

SE CONHECE:

Tem na UBS? (0) Não (1) Sim

Tens um teu? (0) Não (1) Sim

(8) NSA

(4) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos? (0) Não (1) Sim

SE CONHECE:

Tem na UBS? (0) Não (1) Sim

Tens um teu? (0) Não (1) Sim

(8) NSA

(5) Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses? (0) Não (1) Sim

SE CONHECE:

Tem na UBS? (0) Não (1) Sim

Tens um teu? (0) Não (1) Sim

(8) NSA

Se o ACS referir que SIM, conhece o material pergunte se este material está disponível na UBS e se ele tem um para uso individual. Caso o entrevistado NÃO conheça o material marque (8) NSA.

21. Além dos treinamentos e materiais do Ministério da Saúde, há alguma outra fonte de informação que te ajuda na orientação sobre introdução de alimentos/ alimentação complementar?

(0) Não (1) Sim, qual(is)? _____

Se além dos treinamentos e materiais que foram questionados na perguntas anteriores o ACS costuma usar outras fontes que o ajudam na orientação sobre alimentação complementar, caso SIM, especificar qual(is). Exemplo: Guia alimentar para população brasileira, internet, revistas, jornais, experiência pessoal.

22. Pesas e medes as crianças menores de dois anos que são acompanhadas por ti?

- (0) Não
- (1) Sim, pesadas e medidas
- (2) Sim, somente medidas
- (3) Sim, somente pesadas

Pergunte se o entrevistado pesa e mede as crianças, que são assistidas por ele.

AGORA VOU LHE ENTREGAR UM QUESTIONÁRIO PARA QUE VOCÊ MARQUE A RESPOSTA DE ACORDO COM A OPÇÃO QUE CONSIDERA CORRETA, QUALQUER DÚVIDA NO PREENCHIMENTO PODE ME CHAMAR.

PREENCHA O CÓDIGO DO ENTREVISTADOR, NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO, NOME DA UBS E NÚMERO DA EACS OU ESF ANTERIORMENTE.

ENTREGUE AO AGENTE A PARTE II DO QUESTIONÁRIO QUE DEVERÁ SER AUTOPREENCHIDO

QUESTÕES – QUESTIONÁRIO UBS

7. Função do entrevistado na UBS: _____
Pergunte qual o cargo que o entrevistado executa no serviço.

8. Quantos turnos esta UBS presta atendimento à população? __ turno(s)
Quais os turnos que o serviço está disponível para atender a população (manhã, tarde e noite).

9. A unidade tem grupo de gestantes ou grupo de mães?
(0) Não (1) Sim, alimentação complementar é tema abordado nos grupos? (0) Não (1) Sim
Se há atualmente encontros de gestantes ou mães promovidos pelo serviço. Caso a resposta seja SIM, se a alimentação complementar é discutida nestes grupos.

10. A unidade oferece consultas de puericultura/ crescimento e desenvolvimento?

(0) Não (1) Sim

Se o serviço atualmente tem consultas de puericultura, ou seja, acompanhamento e desenvolvimento das crianças.

11. A unidade tem um protocolo de atendimento para mãe/bebê sobre alimentação complementar?

(0) Não (1) sim, qual _____

Se existe atualmente no serviço um esquema de como deverão ser as orientações referentes a alimentação complementar.

12. Alguma vez os profissionais da unidade receberam treinamento sobre introdução de alimentos/alimentação complementar?

(0) Não (1) sim

Se os profissionais que trabalham no serviço e realizam a assistência a crianças receberam algum curso formal (treinamento) com enfoque em alimentação complementar.

13. Se SIM, qual o responsável por este(s) treinamento(s): **(LER TODAS AS ALTERNATIVAS)**

Ministério da Saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (8) NSA

Secretaria Estadual de Saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (8) NSA

Secretaria Municipal de Saúde (0) Não (1) Sim, quantos ____ (8) NSA

Alunos de alguma instituição de ensino (0) Não (1) Sim, quantos ____ (8) NSA

Outros. Qual(is)? _____ quantos ____ (8) NSA

Caso os profissionais tenham realizado curso formal (treinamento) sobre alimentação complementar leia todas as alternativas e nas respostas positivas especifique o número de treinamentos.

AS PERGUNTAS 14, 15 E 16 SE REFEREM AO TREINAMENTO DE ÓRGÃO GOVERNAMENTAL, OU SEJA, MINISTÉRIO DA SAÚDE OU SECRETARIAS ESTADUAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE CASO, SEJA RELATADO MAIS DE UM TREINAMENTO, DEVE SER ESCOLHIDO O MAIS LONGO DE ACORDO COM A RESPOSTA DO ENTREVISTADO. SE NÃO HOUVE TREINAMENTO DE ÓRGÃO GOVERNAMENTAL ESCOLHER O TREINAMENTO MAIS LONGO. SE TIVER RECEBIDO APENAS UM TREINAMENTO ESTE DEVERÁ SER O ESCOLHIDO INDEPENDENTE DE QUEM TENHA SIDO O RESPONSÁVEL PELO MESMO. SE O TEMPO DE TREINAMENTO FOR O MESMO O ACS DEVE ESCOLHER O MAIS RECENTE PARA RESPONDER AS QUESTÕES.

14. Qual a duração deste treinamento? ____ dia(s) e ____ horas por dia.

(88) NSA

Tempo que durou este treinamento e dias e horas, como por exemplo, 01 dia e 04 horas por dia.

15. Quando ocorreu este treinamento?

Ano: ____ Mês: ____ (8) NSA

Data que ocorreu este treinamento, por exemplo, Ano: 2005 Mês: agosto= 08.

16. Este treinamento foi dirigido para quais profissionais? (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)

(1) Médicos (0) Não (1) Sim (8) NSA

(2) Pediatras (0) Não (1) Sim (8) NSA

(3) Nutricionista (0) Não (1) Sim (8) NSA

(4) Agentes Comunitários de Saúde (0) Não (1) Sim (8) NSA

(5) Enfermeiros (0) Não (1) Sim (8) NSA

(6) Técnicos de enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA

(7) Gestores da unidade básica (0) Não (1) Sim (8) NSA

Quais os profissionais que efetivamente participaram deste treinamento.

17. A unidade alguma vez recebeu materiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde para distribuir aos profissionais sobre introdução de alimentos/alimentação complementar? (0) Não (1) Sim

Se em algum momento já foi disponibilizados pelos órgãos governamentais materiais referentes à alimentação complementar para que fossem entregues aos profissionais de saúde.

18. Se SIM, qual destes: **(LER TODAS AS ALTERNATIVAS)**

(1) Caderno de Atenção Básica, Saúde da criança: nutrição infantil, nº 23?

(0) Não (1) Sim, foi distribuído? (0) Não (1) Sim (8) NSA

(2) Guia alimentar para crianças menores de dois anos?

(0) Não (1) Sim, foi distribuído (0) Não (1) Sim (8) NSA

(3) Alimentação Saudável para crianças menores de dois anos – ÁLBUM SERIADO?

(0) Não (1) Sim foi distribuído (0) Não (1) Sim (8) NSA

(4) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos?

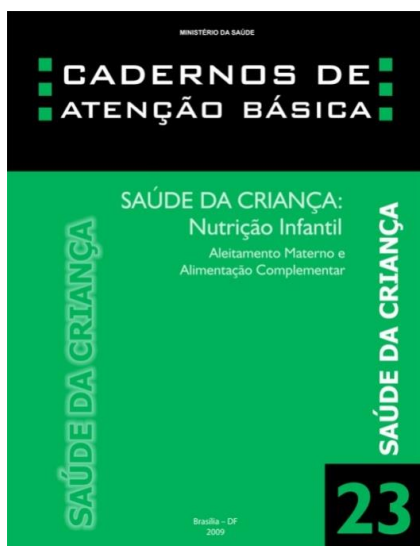
(0) Não (1) Sim foi distribuído (0) Não (1) Sim (8) NSA

- (5) Receitas regionais para crianças de 6 a 24 meses?
 (0) Não (1) Sim foi distribuído (0) Não (1) Sim (8) NSA

Mostre as figuras dos materiais e questione se o serviço distribuiu os materiais aos profissionais de saúde, se estes estiverem guardados considere não. Caso o entrevistado tenha respondido NÃO na questão 16 marque (8) NSA e pule para questão 18.

- 19.** A UBS tem nutricionista(s)? (0) Não (1) Sim. Quantas? ____
Se existe nutricionista no momento no serviço e se a resposta for SIM, a quantidade.
- 20.** Há pediatra(s) na UBS? (0) Não (1) Sim. Quantos? ____
Se existe pediatra no momento no serviço e se a resposta for SIM, a quantidade.
- 21.** A UBS tem antropômetro infantil? (0) Não (1) Sim. Quantos? ____
Considere os antropômetros em condições de uso.
- 22.** A UBS tem balança portátil? (0) Não (1) Sim. Quantas? ____
Considere as balanças portáteis em condições de uso. Balanças fixas não devem ser quantificadas.
- 23.** Os ACS fazem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças? (0) Não (1) Sim
Se o serviço tem a informação se os ACS nas visitas domiciliares realizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.
- 24.** Qual a principal dificuldade em relação à alimentação complementar percebida pela equipe de saúde?
Questione se o entrevistado tem o conhecimento da principal dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde do serviço na orientação da alimentação complementar.

APÊNDICE D - FIGURA DAS CAPAS DOS MATERIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE A SEREM UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS



APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS

O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa: **“O Agente Comunitário de Saúde como interlocutor da alimentação complementar”**.

- **Objetivo Principal:** Estudar os recursos que a unidade básica oferece para que o ACS tenha conhecimento sobre alimentação complementar.
- **Justificativa:** relato na literatura científica de orientações inadequadas por parte dos profissionais de saúde em relação a alimentação complementar, ausência de pesquisas em que os ACS foram avaliados como via de comunicação para orientação das famílias quanto às práticas de alimentação complementar e por todas as características e atribuições dos ACS que fazem com que eles possam ter importante papel para melhorar a alimentação complementar de crianças brasileiras.
- **Benefícios:** Conhecimento da situação atual sobre a orientação da alimentação complementar por parte dos ACS, contribuindo para promoção, proteção e apoio da alimentação complementar na Atenção Básica de Saúde.
- **Confidencialidade:** todas as informações serão sigilosas, ou seja, o Senhor (a) e as Unidades Básicas de Saúde não serão identificados em momento nenhum, sendo assegurada sua privacidade. Os resultados serão publicados em meio científico e enviados a Prefeitura Municipal de Pelotas.

- **Liberdade:** é garantida a liberdade de não responder qualquer pergunta que lhe cause constrangimento, além da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

- **Riscos:** para fins desta pesquisa, não há nenhum risco para os participantes.

- **Contatos:** Em qualquer momento o Senhor (a) poderá entrar em contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida que poderão ser encontrados na Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas no Campus Porto (Endereço: Rua Gomes Carneiro, 01; Bairro: Centro Cidade: Pelotas; UF: RS; CEP: 96010-610. Telefone do Colegiado da Faculdade de Nutrição: 53 – 39211306) e pelos seguintes contatos pessoais: Francine Silva dos Santos (e-mail: nutrifrancinesantos@gmail.com, telefone: 53-84235551); Denise P. Gigante (e-mail: denisepgigante@gmail.com) e Gicele C. Mintem (e-mail: giceleminten.epi@gmail.com).

Abaixo assine se o Sr.(a) aceita participar de livre e espontânea vontade, no que diz respeito ao fornecimento de informações para o preenchimento do questionário da pesquisa.

Pelotas, _____ de _____ de 2015.

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL):
Endereço: Rua Prof. Araújo, 465 sala 301; **Bairro:** Centro; **UF:** RS; **Município:** PELOTAS; **CEP:** 96.020-360; **Telefone:** (53)3284-4960; **E-mail:** cep.famed@gmail.com

APÊNDICE F - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO PILOTO E PESQUISA

Pelotas, __ de Julho de 2015.

Coordenação de Saúde Pública
Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Eu, Francine Silva dos Santos, aluna do Programa de Pós- graduação em nutrição e alimentos da Universidade Federal de Pelotas, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Petrucci Gigante venho, pelo presente solicitar, através da Coordenação de Saúde Pública, autorização, para realizar um estudo piloto e em seguida pesquisa com os agentes comunitários de saúde da atenção básica de saúde da zona urbana do município de Pelotas/RS, com o objetivo de estudar os recursos que a unidade básica oferece para que o ACS tenha conhecimento sobre alimentação complementar.

Francine S. dos Santos - Telefone para contato (53) 84235551; e-mail: nutrifrancinesantos@gmail.com

Denise P. Gigante - e-mail: denisepgigante@gmail.com

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações desta coordenação.

Contando com a autorização desta comissão, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Francine Silva dos Santos

Denise Petrucci Gigante

Coordenação de Saúde Pública