UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CLAUDIA NERY TEIXEIRA PALOMBO

**ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS, ESTADO NUTRICIONAL
E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ANTES E APÓS CAPACITAÇÃO**

**SÃO PAULO
2016**

CLAUDIA NERY TEIXEIRA PALOMBO

**ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS, ESTADO NUTRICIONAL
E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ANTES E APÓS CAPACITAÇÃO**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Fujimori

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catlogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Palombo, Claudia Nery Teixeira

Aconselhamento nutricional na atenção básica: conhecimentos e práticas de profissionais, estado nutricional e alimentação da criança antes e após capacitação / Claudia Nery Teixeira Palombo. São Paulo, 2016.

171 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Fujimori

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Qualificação profissional. 2. Nutrição da criança.
3. Estado nutricional. 4. Saúde da criança. 5. Enfermagem em saúde pública. 6. Atenção primária à saúde. I. Título.

Nome: Claudia Nery Teixeira Palombo

Título: Aconselhamento nutricional na atenção básica: conhecimentos e práticas de profissionais, estado nutricional e alimentação da criança antes e após capacitação

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para os grandes amores da minha vida:

Nilva, Claudio, Cleber e Livia

AGRADECIMENTOS

A palavra gratidão significa 'graça' ou 'gratus' que se traduz como 'agradável'. Por extensão, significa reconhecimento agradável por tudo quanto se recebe ou lhe é concedido (dicionário Houaiss, p.26). A gratidão não é uma coisa "de nada", ela é a memória do coração. Portanto, com todo o meu coração quero agradecer às pessoas que compartilharam esses últimos anos comigo. Agradeço a todos pelo carinho, compreensão, assistência, colo, incentivo, torcida, oração, ombro, bronca, silêncio, ajuda, sorrisos, abraços, cuidado e, especialmente àqueles que me deram as costas para me carregar quando eu estava cansada...

Aos meus pais, Nílva e Claudio, por serem exemplos de força, coragem, perseverança e por todo o apoio e colinho recebido sempre. Talvez não existam palavras suficientes e significativas que me permitam agradecer-los com justiça e com o devido merecimento;

Ao meu esposo Cleber e minha filha Lívia, pela compreensão das minhas ausências e por serem fonte de motivação e apoio constante;

Aos meus irmãos Eretuza, Fabiana, Danilo e minha cunhada Joyce, pelo incentivo, apoio, amizade, torcida, revezamento para cuidar da minha filha e por me ajudarem sempre;

A todos os meus familiares, vovó Sofia, tia Vera, meus sobrinhos Catarina, Gustavo, Heloísa, Beatriz, Murilo, Tales e Miguel; meus sogros Fortunato e Ilda e aos meus cunhados Alison e Renato;

A todos os meus amigos, por compartilharem comigo as dores e as delícias da pós-graduação: Paty, Clari, Dilson, Natália, Osmara, Chris, Priscila, Lú, Karina, Sebastião, Daniel, Gi, Danila, Erika, Line, Fran, Grasi, Pena, Samara, Vini, Jaqui, Leandro, Rosângela, Rog, Fer, Rael, Jacira, Alex, Vivi, Renato, Renata, Neta, Adriana, e especialmente minhas queridas companheiras Aline e Lú Cordeiro que sempre me socorreram prontamente;

À querida Selminha, pelo suporte nas prendas domésticas;

Aos queridos amigos do Colégio Apolônio, que cuidaram tão bem da minha filha e do meu esposo em todos os períodos em que precisei ausentar-me;

Às queridas colegas dos tempos de PSF-Santa Marcelina, Andréia, Yara, Angélica, Fefa, Alê, Consul, Rosário, Márcia, Nina, Sol, Amandita, Glê, Lú, Rosângela, Xuxu, e a chefe Ivani;

Aos alunos de graduação e pós-graduação, que me deram grandes oportunidades de aprendizado, especialmente Sarah, Francine, Cintia, Ana Kamamura, Tereza Beteli, Cláudia Slavez e Mirna Ferré;

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem, especialmente o pessoal da portaria, biblioteca, serviço de pesquisa, à querida Dona Terê, que me ensinou a superar os desafios da vida acadêmica com a cabeça erguida;

Às queridas professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, pelo incentivo e apoio: Sueli Ciozak, Elma Zoboli, Cássia Baldine, Célia, Sayuri, e Lúcia Izumi;

Aos profissionais de saúde, mães, crianças e toda a Diretoria de Saúde do município de Itupeva, que me receberam com muito entusiasmo e auxiliaram em todas as etapas da pesquisa, especialmente à enfermeira Rosali e ao coordenador da Atenção Básica Nilton;

Às colegas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Katherine Sólis, Priscila Carmiol, Vivian Vilchez e Ana Maria;

À minha querida amiga Áurea Tamami, por todas as alegrias, conquistas e também as tristezas e angústias compartilhadas nesses últimos anos;

Às Professoras Ana Paula Sayuri, Ana Luiza Vilela, Anna Chiesa, Maria de La Ó, Sônia Venâncio e Rosângela Augusto, pelas preciosas contribuições ao longo dessa caminhada.

Ao apoio recebido pela FAPESP/Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, CNPq e CAPES.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Querida Professora Elizabeth Fujimori

Agradeço pela oportunidade que me foi dada, por tudo que aprendi com você e graças a você.

Agradeço por sempre ter me tratado com respeito e igualdade e por todas as lágrimas que derramou junto comigo.

Agradeço pela pessoa e profissional extraordinária que você é. Para mim você é uma inspiração e um grande exemplo.

Ter sido sua aluna foi um grande privilégio.

Os seus ensinamentos foram muito além dos conteúdos do currículo. Os seus ensinamentos foram muito além da missão de um orientador.

Muito obrigada pela sua dedicação, paciência e carinho ao me orientar.

Agradeço por ter feito parte da minha vida!

Minha eterna gratidão!

“Depois de voar, você nunca mais será capaz de andar sem olhar para o céu...”

(Leonardo da Vinci)

Palombo CNT. Aconselhamento nutricional na atenção básica: conhecimentos e práticas de profissionais, estado nutricional e alimentação da criança antes e após capacitação. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: O aconselhamento nutricional contribui para a formação de hábitos alimentares saudáveis e promoção do crescimento infantil. No entanto, apesar de investimentos governamentais, diversos estudos mostram problemas para concretização dessa prática, entre os quais se destacam o escasso conhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com aspectos da alimentação das crianças e dificuldades para realizar o acompanhamento do crescimento. **Objetivo geral:** Implementar uma capacitação em aconselhamento nutricional e avaliar conhecimentos e práticas de profissionais de saúde da atenção básica quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o estado nutricional e as práticas de alimentação das crianças, antes e após a capacitação. **Objetivos específicos:** Avaliar o uso e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), especialmente crescimento e desenvolvimento; Implementar capacitação em aconselhamento nutricional, com avaliação do conhecimento dos profissionais antes e após e sua aplicabilidade na atenção à saúde da criança; Conhecer as dificuldades para realizar aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde; Avaliar práticas de alimentação, estado nutricional e acompanhamento do crescimento infantil pelos profissionais de saúde, antes e após a capacitação em aconselhamento nutricional. **Método:** Estudo de intervenção do tipo “antes-depois”, quanti-qualitativo, descritivo-analítico, conduzido em três fases no município de Itupeva, São Paulo. Incluiu amostra representativa de crianças <3 anos cadastradas nas unidades básicas de saúde com suas respectivas mães e profissionais de saúde. Na 1ª fase (antes), verificou-se o uso e o preenchimento das CSC; avaliaram-se as práticas alimentares das crianças e as práticas profissionais por meio de entrevistas com as mães, e o estado nutricional foi avaliado por antropometria e dosagem de hemoglobina sanguínea. Na 2ª fase (intervenção) implementou-se uma capacitação em aconselhamento nutricional que envolveu 53 profissionais de saúde vinculados à atenção básica do município. Os conhecimentos e as práticas dos participantes foram avaliados por testes aplicados antes e depois da capacitação e por meio de grupo focal. Na 3ª fase (depois), os mesmos procedimentos da 1ª fase (antes) foram adotados. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram digitados no software Epi-Info 3.5.2 em dupla entrada. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência absoluta e relativa, teste do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com uso do software Stata 13.1. O nível de significância foi de 5%. Os dados qualitativos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Foram descritos em quatro manuscritos que contemplaram os objetivos específicos. Manuscrito 1: Avaliou uso e preenchimento da CSC com dados da 1ª fase (antes). Apenas 53% das mães portavam a CSC no momento da entrevista, proporção similar à de mães que referiram orientação para levar a CSC aos atendimentos de saúde. Anotações na CSC durante os atendimentos foram referidos por 49%. Esquema vacinal estava completo em 97% das CSC, mas apenas 9% e 8% tinham, respectivamente, gráficos de crescimento e desenvolvimento adequadamente preenchidos. Manuscrito 2: Implementou e avaliou a aplicabilidade da capacitação em aconselhamento nutricional e conhecimento dos profissionais antes e após a capacitação. Quatro oficinas com carga horária mínima de 16 horas cada foram desenvolvidas para implementação da capacitação. Participaram 11 enfermeiras, 14 auxiliares/técnicos de enfermagem e 28 agentes comunitários de saúde. Antes da capacitação 55,8% dos profissionais relataram ‘usar muito’ o aconselhamento nutricional na rotina dos serviços, mas apenas 4% tinham conhecimento satisfatório. Após a capacitação, o conhecimento satisfatório teve incremento de 70%. Foram apontadas potencialidades da capacitação para melhoria dos conhecimentos, mas dificuldades em sua aplicabilidade decorrentes de problemas de infraestrutura dos serviços. Manuscrito 3: Descreveu as dificuldades para realizar aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil na perspectiva dos profissionais. As principais dificuldades para o aconselhamento nutricional referiram-se às suas crenças e experiências pessoais quanto à alimentação infantil. Para o acompanhamento do crescimento, destacaram-se os problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde, além da manutenção do modelo médico hegemônico. Manuscrito 4: Avaliou práticas de alimentação, estado nutricional e acompanhamento do crescimento infantil pelos profissionais de saúde antes e após capacitação em aconselhamento nutricional. Depois da capacitação, constatou-se incremento da prática do aleitamento materno e redução do consumo de alimentos ultraprocessados entre as crianças de 15-23 meses ($p<0,05$). Não houve mudanças no estado nutricional e diminuiu a proporção de gráficos de crescimento adequadamente preenchidos e de mães que receberam orientações sobre a alimentação e crescimento infantil. **Considerações finais:** Evidenciou-se que capacitações em serviço podem ser medidas simples e facilmente exequíveis para ampliar os conhecimentos dos profissionais e melhorar a assistência à saúde da criança. No entanto, as dificuldades identificadas para sua aplicabilidade podem minimizar todo o investimento realizado e impedir que os efeitos desejados sejam obtidos. Destaca-se a necessidade do efetivo envolvimento dos gestores e investimentos na infraestrutura dos serviços, incorporação do aconselhamento nutricional na educação permanente em saúde, bem como maior ênfase dessa temática nos processos formais de ensino à saúde. Por fim, espera-se que os resultados aqui apresentados possam sensibilizar gestores e profissionais para a revisão de suas práticas e contribuir para a formulação de intervenções efetivas, para que o cuidado com a saúde da criança deixe de ser uma preocupação para se tornar, de fato, uma prática.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação Profissional; Nutrição da Criança; Estado Nutricional; Saúde da Criança; Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

Palombo CNT. Nutritional counseling in the primary health care: professional's knowledge and practices, nutritional status and infant feeding before and after training. [PhD Thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional counseling contributes to the development of healthy feeding habits and promotion of children's growth. Despite the Brazilian government incentives, several studies presented problems to implement this practice. Among them, there are knowledge scarcity and unpreparedness of primary health care professionals to deal with infant feeding aspects and children's growth monitoring barriers. **Objective:** To implement primary health care professionals training in nutritional counseling, and to evaluate their knowledge and practices about child growth and development monitoring, the nutritional status and the infant feeding practices before and after training. **Specific Objectives:** To evaluate the use and the filling of the Children Health Handbook (CHH), especially children's growth and development charts. To implement the nutritional counseling training, and evaluate its applicability in the primary health care centers routine and professionals' knowledge before and after training. To identify barriers to perform nutritional counseling and children's growth monitoring in the professionals' perspective. To evaluate infant feeding practices, nutritional status and children's growth monitoring by primary health care professionals, before and after training in nutritional counseling. **Method:** We carried out a 'before-after' intervention study, quanti-qualitative and descriptive-analytic. It was, carried out in three phases in Itupeva city, São Paulo. We used a representative sample of children under three years old enrolled in the primary health care centers (PHCC), their mothers and health care professionals. In the first phase (before), we interviewed mothers to evaluate children's eating habits, the professionals' practices and the use and filling CHH was checked. In this phase, we also evaluated children's nutritional status by anthropometry and blood hemoglobin dosage. In the second phase (intervention), we implemented a nutrition counseling training that involved 53 primary care health professionals. The knowledge and practices of the participants were evaluated by tests performed before and after training and through focus group. In the third phase (after), we adopted the same procedures of the first phase. The Research Ethics Committee of the School of Nursing of University of São Paulo approved the project and all participants signed a Consent Form. Data were entered into Epi-Info 3.5.2 software double entry. Using Stata 13.1 software, we analyzed categorical variables through absolute and relative frequencies, Pearson and Fisher's exact chi-square test. The significance level was 5%. Qualitative data were transcribed and submitted to content analysis. **Results:** We wrote four manuscripts that contemplated the specific objectives. Manuscript 1: In this manuscript, we evaluated the use and the filling of the CHH with data from Phase 1 (before). Only 53% of mothers were carrying the CHH in the interview, similar to the proportion of mothers who reported to have received guidance to take CHH to PHCC. Mothers affirmed (49%) that health care professional took notes during the appointments. The vaccination scheme was completed in 97% of the CHH, however only 9% and 8% had respectively, growth and development charts properly completed. Manuscript 2: Reviewed implementation and applicability of training in nutrition counseling and knowledge of professionals before and after training. Four workshops with minimum workload of 16 hours each was developed to implement the training. Study participants were 11 nurses, 14 nursing assistants and 28 community health workers. Before the training 55.8% of the professionals reported 'use a lot' the nutritional counseling in the services routine, but only 4% had proper knowledge. After the training, this percentage increased 70%. The training had a positive impact in the knowledge improvement, however, according to the health care professionals there are difficulties in its applicability due to the services infrastructure problems. Manuscript 3: We identified the barriers to implement the nutritional counseling and children's growth monitoring, from the perspective of professionals. The main barriers for nutritional counseling were professionals' personal beliefs and experiences regarding infant eating. The health services' infrastructure, functioning and the maintenance of the hegemonic medical model were identified as problems for children growth monitoring. Manuscript 4: This manuscript evaluated the feeding practices, nutritional status and children's growth monitoring by primary health care professionals before and after training in nutrition counseling. After the training there was an increase in breastfeeding practices and a reduction of ultra-processed food consumption between children 15-23 months old ($p < 0.05$). There were no changes in nutritional status and there was a decreased of the proportion of proper completed filling of the growth charts and of mothers who received guidance on nutrition and children's growth. **Final considerations:** It was evident that professional training may be a simple and easily achievable measure to expand the health care professionals' knowledge and to improve children health care. However, the desired effects might not be addressed due to the barriers of the practices implementation. Effective involvement of managers and investment in infrastructure of the services is needed, as far as the incorporation of nutritional counseling in permanent health education, and a stronger emphasis in formal health education processes. Finally, there is hope that the presented results might let managers and professionals aware of their practices and to contribute for the effective interventions development to enable proper children's health care.

KEYWORDS: Professional Training; Child Nutrition; Nutritional Status; Child Health; Public Health Nursing; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama do delineamento do estudo.	43
Figura 2	Mapa de localização do município de Itupeva.	44
Figura 3	Fluxograma das abordagens das mães para entrevista na terceira fase da pesquisa.	52
Figura 4	Classificação final das abordagens realizadas na terceira fase da pesquisa.	53

Manuscrito 2 – Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança.

Figura 1	Proporção de profissionais segundo classificação do conhecimento de acordo com a pontuação atingida no teste de conhecimento antes e após a capacitação. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.	73
-----------------	--	----

Manuscrito 3 – Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais.

Figura 1	Nuvem de palavras da categoria ‘Percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil’.	87
Figura 2	Nuvem de palavras da categoria ‘Problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde’.	89
Figura 3	Nuvem de palavras da categoria ‘Manutenção do modelo médico hegemônico’.	90

Manuscrito 4 – Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring?

Figure 1	Diagram of the study of development before and after intervention.	100
-----------------	--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação da revisão de estudos que avaliaram o efeito da capacitação de profissionais de saúde sobre a saúde infantil e/ou conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.	25
Quadro 2	Critérios de inclusão e exclusão nas três fases da pesquisa.	47
Quadro 3	Temas, objetivos e estratégias pedagógicas utilizadas na capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica. Itupeva, SP, 2013-2014.	49
Quadro 4	Distribuição das oficinas de capacitação por número de participantes, categoria profissional, Unidades de Saúde, período e carga horária. Itupeva, 2013-2014.	50
Quadro 5	Desfechos do estudo e formas de avaliação.	54
 <i>Manuscrito 2 – Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança.</i>		
Quadro 1	Temas, objetivos e estratégias pedagógicas utilizadas na capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.	70
Quadro 2	Apresentação das categorias, subcategorias e frases temáticas da avaliação da aplicabilidade da capacitação na prática profissional. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.	74
 <i>Manuscrito 3 – Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais.</i>		
Quadro 1	Componentes de avaliação, categorias e subcategorias de análise de conteúdo a partir dos grupos focais. Município de pequeno porte do estado de São Paulo, Brasil, 2013-2014.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição percentual das crianças cadastradas por Unidade de Saúde e número de crianças proporcional ao tamanho da amostra. Itupeva, SP, 2012.	45
-----------------	---	----

Tabela 2	Distribuição das categorias profissionais de acordo com as Unidades de Saúde. Itupeva, SP, 2012.	46
-----------------	--	----

Manuscrito 1 – Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento.

Tabela 1	Distribuição das características maternas e infantis. Município do Estado de São Paulo, 2013.	60
-----------------	---	----

Tabela 2	Informações sobre uso e preenchimento da CSC. Município do Estado de São Paulo, 2013.	61
-----------------	---	----

Tabela 3	Características de uso da CSC, estado nutricional, desenvolvimento e faixa etária das crianças segundo mãe com CSC no momento da entrevista. Município do Estado de São Paulo, 2013.	62
-----------------	--	----

Tabela 4	Preenchimento dos itens da CSC segundo estado nutricional, desenvolvimento e faixa etária das crianças. Município do Estado de São Paulo, 2013.	63
-----------------	---	----

Manuscrito 2 – Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança.

Tabela 1	Distribuição dos profissionais com acertos nas questões aplicadas antes e após a capacitação. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.	72
-----------------	---	----

Manuscrito 4 – Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring?

Table 1	Demographic characteristics of children and their respective families before and after the training in nutrition counseling to primary health care professionals, stratified according to the children's age group.	103
----------------	---	-----

Table 2	Maternal Feeding practices before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.	104
----------------	---	-----

Table 3	Nutritional status of children before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.	105
----------------	---	-----

Table 4	Child growth monitoring before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.	106
----------------	--	-----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI -	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSC -	Caderneta de Saúde da Criança
C/D	Crescimento e desenvolvimento infantil
DIR -	Diretoria Regional de Saúde
EAAB -	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FAPESP -	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMCSV -	Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IDI -	Índice de Desenvolvimento Infantil
IMC -	Índice de Massa Corporal
NEPESC -	Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI -	Programa de Desenvolvimento Infantil
PIBIC -	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNDS -	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNEPS -	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH -	Política Nacional de Humanização
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGE -	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF -	Unidade Saúde da Família
VD -	Visita Domiciliária
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Aconselhamento nutricional.....	20
1.2 Práticas de alimentação infantil.....	29
1.3 Acompanhamento do crescimento infantil e a Caderneta de Saúde da Criança.....	33
2. HIPÓTESES.....	37
3. OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos específicos.....	40
4. MÉTODOS.....	41
4.1 Delineamento do estudo.....	42
4.2 Local do estudo.....	43
4.3 População do estudo e amostra.....	45
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	46
4.5 Coleta dos dados.....	47
4.6 Desfechos do estudo.....	53
4.7 Sistematização e análise dos dados.....	54
4.8 Controle de qualidade.....	55
4.9 Orçamento.....	55
4.10 Considerações éticas.....	56
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
Manuscrito 1 – Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento.....	58
Manuscrito 2 - Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança.....	66
Manuscrito 3 - Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais.....	81
Manuscrito 4 - Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring?.....	97
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
8. ANEXO E APÊNDICES.....	130
ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	131
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados da 1ª fase da pesquisa.....	136
APÊNDICE B – Planejamento da Capacitação.....	143
APÊNDICE C – Formulário de caracterização dos profissionais.....	147
APÊNDICE D – Teste objetivo para avaliação dos conhecimentos.....	148
APÊNDICE E – Ficha de Avaliação Final	150
APÊNDICE F – Formulário de coleta de dados da 3ª fase da pesquisa.....	151
APÊNDICE G – Manual do entrevistador.....	160
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - mães.....	169
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - profissionais.....	170
APÊNDICE J - Ficha de resultados/encaminhamento	171

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse e motivação para o desenvolvimento desta pesquisa é parte de uma trajetória acadêmica e profissional que tenho percorrido desde o ensino médio.

Durante a graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos, concluída em 1999, desenvolvi diversas atividades voltadas à saúde coletiva, especialmente à saúde da criança, tais como, estágios extracurriculares em unidades de saúde, creches e escolas infantis, entre outras.

No início da minha carreira, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, em uma unidade da zona leste de São Paulo, em 2000, deparei-me com elevada prevalência de desnutrição entre as crianças cadastradas na minha área de abrangência, aproximadamente 30% entre as crianças menores de 5 anos de idade. A anemia também era uma preocupação constante e me inquietavam as frequentes queixas das mães quanto à alimentação dos seus filhos, o que demandava grande atenção nos atendimentos direcionados ao grupo infantil.

Nesse sentido, tive a necessidade de realizar cursos para qualificar minha prática. Em 2001, participei do treinamento na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) oferecido pelo Polo de Capacitação de Saúde da Família e fiz uma especialização em Desnutrição Energético-Proteica, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2002.

Os conhecimentos adquiridos ampliaram minha compreensão sobre os diversos determinantes dos distúrbios nutricionais e comecei a trabalhar com outros setores da comunidade para promover a alimentação saudável das crianças e prevenir os distúrbios nutricionais. A parceria com o grupo da Pastoral da Criança da Igreja local resultou em diversas capacitações de líderes comunitários e dos próprios Agentes Comunitários de Saúde da unidade. Outra parceria muito produtiva foi com a creche do bairro. Nesse período, em busca de mais conhecimentos, ainda trabalhando na UBS, ingressei no mestrado, e sob orientação da Prof.^a Dra. Elizabeth Fujimori, desenvolvi minha dissertação intitulada “Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche”, apresentada à Escola de Enfermagem da USP em 2005.

Durante os 11 anos de atuação como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, sempre estive à frente de trabalhos que envolviam os aspectos nutricionais para a promoção da saúde infantil, inclusive na capacitação das equipes de saúde e tutoria das equipes de residência multiprofissional para a realização dessas atividades. Destacam-se os grupos educativos: “Grupo de Alimentação e Orientação Nutricional” (GRAON) e o “Programa Bem-Me-Quer”, experiências apresentadas na IV Mostra da Saúde da Família de 2014 em Brasília (disponível em: <http://atencaobasica.org.br/node/5229>, <http://atencaobasica.org.br/relato/4921>). O GRAON tinha como objetivo acompanhar sistematicamente as crianças menores de 5 anos com distúrbios nutricionais.

Mães e crianças participavam de oficinas de manipulação de alimentos, grupos de orientação e consultas com equipe multiprofissional, além das visitas domiciliares. Já o propósito do Programa Bem-Me-Quer era promover e apoiar o aleitamento materno. As atividades eram feitas com as gestantes, com os pais e familiares e posteriormente com as mães e bebês. A equipe multiprofissional também acompanhava as mulheres durante todo o processo gravídico-puerperal e as famílias e crianças até os dois anos de idade. Essa experiência, em particular, foi publicada em um volume do Programa de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente (PROENF), que faz parte do Sistema de Educação Continuada à Distância (Secad), da Artmed/Panamericana Editora, e é chancelado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP).

Infelizmente, essas atividades não tiveram continuidade após meu desligamento da unidade de saúde, em 2011. Isso me fez refletir sobre o quanto a motivação pessoal de cada profissional pode influenciar suas práticas profissionais. Será que minha trajetória pessoal, desde a minha formação no ensino médio como técnica em nutrição, determinou minha prática? Então, será que capacitações ou alguma formação específica em alimentação e nutrição infantil favorecem o desenvolvimento de atividades necessárias à promoção da saúde da criança?

Em 2011, seis anos após a finalização do mestrado, retomei o contato com a Prof.^a Dra. Elizabeth Fujimori com a intenção de retornar aos estudos e reativar minha participação no grupo de pesquisa (Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva - NEPESC). Isso ocorreu quando justamente o projeto *“Efeito do aconselhamento nutricional da estratégia de AIDPI sobre práticas alimentares, estado nutricional e desenvolvimento infantil”* acabara de ser contemplado com auxílio regular da FAPESP. Com o convite da professora para me inserir no projeto, resolvi dedicar-me integralmente aos estudos e dar continuidade às pesquisas iniciadas no mestrado, ainda sobre os conhecimentos e práticas de profissionais, mas agora no âmbito da Atenção Básica e também ampliando para a assistência à saúde da criança.

Nos últimos três anos, como bolsista CAPES do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, além da coleta de dados em Itupeva, que ocorreu em três fases, com o desenvolvimento de uma capacitação para os profissionais de saúde da atenção básica de todo o município, também tive oportunidades incríveis para aquisição de conhecimento por meio da participação nas reuniões do grupo de pesquisa, nas disciplinas cursadas, nos estágios do Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino, no acompanhamento e orientação dos alunos de Iniciação Científica, Especialização e Mestrado, bem como nas apresentações em eventos nacionais e internacionais, inclusive com uma visita técnica de 15 dias à Escola de Enfermagem da Universidade de Costa Rica, entre outras atividades que me proporcionaram amadurecimento quanto ao meu objeto de estudo, além de grande aprendizagem no âmbito da pesquisa e do ensino.

Dessa forma, o desenvolvimento desta tese foi sendo realizada por etapas que se concretizaram em artigos, os quais respondem aos objetivos específicos deste estudo.

A *Introdução* apresenta um panorama geral sobre as práticas de alimentação infantil, o acompanhamento do crescimento da criança e uma revisão da literatura sobre as capacitações em aconselhamento nutricional. Na sequência apresentam-se o *Objetivo Geral* da tese e os *Objetivos específicos*. Os procedimentos metodológicos são detalhadamente descritos na sessão *Método*. Os *Resultados e Discussão* são apresentados na forma de quatro manuscritos, que respondem aos objetivos específicos: *Manuscrito 1* - Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com foco no crescimento e desenvolvimento (publicado); *Manuscrito 2* - Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança (encaminhado); *Manuscrito 3* - Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais (encaminhado); *Manuscrito 4* - Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring? É importante ressaltar que esse último ainda se encontra em fase de revisão. Por fim, as *Considerações finais* articulam todos os resultados obtidos, conduzindo para as conclusões e contribuições do estudo.

A estrutura da tese com apresentação de manuscritos já é adotada em vários Programas de Pós-Graduação, porém é o primeiro no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Espera-se que a experiência contribua para a qualificação do PPGE.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a capacitação em aconselhamento nutricional com foco no conhecimento e práticas de profissionais de saúde da atenção básica e adequação da alimentação e estado nutricional infantil.

A literatura aponta consistentemente que a capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica pode trazer benefícios para a assistência à saúde da criança, pois amplia conhecimentos e melhora as práticas dos profissionais, bem como apresenta impacto positivo na alimentação e no crescimento infantil (Nguyen et al 2013, Sunguya et al 2013, Campos et al 2014).

No entanto, apesar do investimento de políticas públicas para qualificação dos profissionais e incorporação do aconselhamento nutricional na rotina dos serviços de saúde (Brasil 2004a, 2009a, 2012a, 2013a, 2013b, 2015a), diversos estudos mostram que ainda há problemas a serem superados para concretização do aconselhamento nutricional na prática. Os problemas envolvem desde falhas na formação acadêmica (Boog 1999, Arimatea et al 2009, Badagnan et al 2012) que refletem no despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os aspectos da alimentação infantil (Caldeira et al 2007, Mowe et al 2008, Arimatea et al 2009, Alves et al 2011, Almeida et al 2015), até a precariedade na infraestrutura dos serviços, representados principalmente pela falta de equipamentos básicos para a avaliação do estado nutricional das crianças e acompanhamento do crescimento (Fachinni et al 2006, Carvalho et al 2008, Costa et al 2011).

Considerando que práticas saudáveis de alimentação nos primeiros anos de vida previnem morbidades e reduzem a mortalidade infantil (Raisler et al 1999, Jones et al 2003, Bryce et al 2005, Dewey et al 2008, Li et al 2014) e que no Brasil, mais de 50% das crianças menores de dois anos de idade apresentam algum tipo de inadequação quanto às práticas alimentares (Brasil 2009b, Caetano et al 2010, Bortolini et al 2012, 2013, Delgado e Matijasevich 2013, Carvalho et al 2015), faz-se necessária a persistência na implementação e avaliação de intervenções direcionadas à qualificação dos profissionais de saúde para o aconselhamento nutricional.

1.1 Aconselhamento nutricional

Define-se *Aconselhamento Nutricional* como um processo de “escuta ativa, individualizada, em que o profissional consegue estabelecer uma relação de confiança com o

cliente, procura compreendê-lo e oferece ajuda para que ele possa se fortalecer e tomar decisões, aumentando sua autoconfiança e autoestima” (OMS 1997).

Desde o pacto firmado pelos países da Cúpula Mundial para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no final da década de 1990, o Brasil tem se empenhado em desenvolver ações que priorizem os compromissos assumidos, especialmente quanto à erradicação da fome e redução da morbi-mortalidade infantil.

Nesse âmbito, a capacitação de profissionais de saúde em aconselhamento nutricional tem sido incluída em diversas estratégias como resposta ao reconhecimento da sua importância na melhoria das condições de saúde e estado de nutrição das crianças. Essa abordagem fundamentou três cursos da Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF): Aconselhamento em amamentação (WHO 1994), Aconselhamento em HIV e alimentação infantil (WHO 2000) e Aconselhamento em alimentação complementar (WHO 2004), que depois de testados em alguns países, foram reunidos em um único curso: Aconselhamento em alimentação infantil: um curso integrado (WHO 2006a).

No Brasil, o aconselhamento nutricional está incorporado na estratégia ‘Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)’ e na ‘Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS (ENPACS)’ – atual ‘Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil’ (EAAB).

A estratégia de AIDPI reforça o conceito da integralidade da atenção à saúde da criança e resolução dos problemas no nível primário de atenção (Benguigui 2001). No módulo “Aconselhar a mãe”, que se refere essencialmente ao aconselhamento nutricional, inclui recomendações a respeito da alimentação nos primeiros anos de vida, com vistas a promover o aleitamento materno, a alimentação complementar e melhorar a adesão às recomendações referentes à alimentação infantil saudável (Brasil 2002a).

Da mesma forma, a EAAB se propõe a intensificar as ações de promoção das práticas saudáveis de alimentação, mas com foco na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica (Brasil 2013a).

A *Agenda de compromisso para redução da mortalidade infantil* preconiza a capacitação das equipes de saúde como estratégia fundamental para o engajamento de todos os profissionais no cuidado com a criança, a fim de oferecer uma assistência resolutiva e de melhor qualidade (Brasil 2004a).

Numa perspectiva mais ampla, é importante salientar que constitui uma das prerrogativas do Sistema Único de Saúde, a formação dos recursos humanos na saúde. Para

atender a esse compromisso, o Ministério da Saúde e da Educação, desde 2003, promovem iniciativas voltadas à reorientação da formação dos profissionais, tendo como base os aspectos teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil 2004b, 2009a) e da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil 2004c).

A PNEPS tem como objetivo promover mudanças nos processos formativos e na qualificação das práticas de saúde, articulando a educação e o trabalho (Brasil 2004b, 2009a). Pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire (1988, 1997), propõe que a transformação das práticas profissionais tenha como base a reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em sua atuação na rede de serviços, possibilitando o enfrentamento dos problemas de forma criativa e com efetiva articulação das instituições de ensino e as esferas de governo, integrando as ações de saúde e educação (Cecim 2005).

A PNH propõe uma mudança nos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (Santos-Filho 2009). Estrutura-se a partir de princípios que visam a integralidade do cuidado, a integração dos processos de trabalho e a autonomia dos sujeitos coletivos para melhorar os ambientes de cuidado e as condições do trabalho dos profissionais (Brasil 2004c).

Apesar dos esforços governamentais, a literatura mostra que os profissionais apresentam escasso conhecimento e despreparo para lidar com o aleitamento materno (Almeida et al 2015) e com a alimentação das crianças menores de um ano de idade (Alves et al 2011), o que evidencia que o aconselhamento nutricional ainda não está incorporado na prática dos profissionais na rotina dos serviços de saúde.

Pode-se aventar que uma abordagem superficial da temática durante a formação acadêmica dos profissionais seja um dos fatores determinantes para o desinteresse e insegurança no desenvolvimento de ações que envolvem os aspectos nutricionais (Boog 1999, Arimatea et al 2009). Não é de se admirar que esses comportamentos também sejam relatados por profissionais de outros países. Estudo que avaliou conhecimentos e práticas em nutrição de 4512 médicos e enfermeiros da Dinamarca, Noruega e Suécia apontou que 26% dos profissionais tinham dificuldade em identificar pacientes com risco nutricional e que 39% e 60% não conseguiam fazer avaliação e tratamento nutricional em sua prática clínica, respectivamente. A principal causa para as práticas inadequadas foi o baixo conhecimento (cerca de 57%) seguido pela falta de interesse no assunto (cerca de 42%) (Mowe et al 2008).

De fato, nem sempre os cursos de graduação apresentam condições adequadas para o ensino-aprendizagem de estratégias para a promoção da saúde da criança. A exemplo disso, estudo multicêntrico que analisou o ensino da estratégia de AIDPI nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil constatou incorporação teórica da AIDPI em apenas 2/3 (dois terços) dos cursos pesquisados, predomínio de métodos tradicionais de ensino, que fragilizam a aprendizagem, e ensino prático em apenas metade dos cursos estudados. Além disso, o estudo também revelou que menos de 40% dos docentes eram capacitados na estratégia de AIDPI (Fujimori et al 2013).

Por outro lado, estudo que avaliou as barreiras para a realização de aconselhamento nutricional entre 451 médicos de família do Canadá mostrou que, apesar da formação insuficiente e falta de qualificação na temática, os profissionais não apontaram a falta de conhecimento e de habilidade como barreira para a realização de aconselhamento nutricional, mas sim, a falta de tempo durante os atendimentos (Wyn et al 2010).

Vale ressaltar que a assistência e educação alimentar e nutricional são ações privativas do nutricionista (Brasil 1991). No entanto, a promoção da alimentação saudável tem caráter mais amplo e integra a prática cotidiana de outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Tendo em vista o exposto, conduziu-se uma revisão da literatura, com vistas a avaliar a efetividade das capacitações em aconselhamento nutricional.

A busca de artigos foi realizada pelos recursos informacionais Bireme, Scielo e Pubmed, neste último, a ferramenta “Related Links”, que identifica artigos relacionados à sua busca, também foi utilizada. Complementaram a pesquisa: leitura dos artigos com análise de suas referências bibliográficas e a ferramenta Google. Utilizaram-se diferentes combinações dos seguintes descritores: *child health, professional training, nutritional status, nutritional counseling, child nutrition, intervention studies, primary health care*.

A busca incluiu revisões e artigos originais, em português, inglês e espanhol, sem recorte temporal, que tivessem como desfecho a avaliação da saúde da criança ou conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde após a capacitação em aconselhamento nutricional.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos analisados. Embora não houvesse recorte temporal na busca bibliográfica, observa-se que as publicações concentraram-se nos últimos 15 anos, possivelmente pelo maior interesse em se avaliar as estratégias políticas que estavam sendo implantadas após a pactuação mundial para a redução da morbi-mortalidade infantil.

A maioria dos estudos mostra que capacitação em aconselhamento nutricional amplia os conhecimentos e melhora as práticas dos profissionais de saúde, além de impactar positivamente na alimentação e crescimento das crianças (Santos et al 2001, 2002, Bassichetto e Rea 2008, Toma 2008, Zaman et al 2008, Amaral et al 2004, 2008, Nguyen et al 2013, Sunguya et al 2013, El-Sayed et al 2014).

Dentre os estudos elencados, vale destacar o de Santos et al (2001, 2002), que pode ser considerado pioneiro nesse tipo de estudo de intervenção. Conduzido em postos de saúde de Pelotas, região Sul do país, constatou forte associação causal do treinamento em aconselhamento nutricional, com a melhora significativa das práticas maternas de alimentação infantil, ganho ponderal das crianças e desempenho dos médicos.

Em relação ao estado nutricional, apenas um estudo avaliou os níveis de hemoglobina antes e depois da capacitação de profissionais. Mesmo assim, tratava-se de treinamento de líderes da pastoral da criança para o aconselhamento nutricional, com foco na orientação do consumo de micro e macronutrientes (Santos et al 2005).

Quadro 1. Apresentação da revisão de estudos que avaliaram o efeito da capacitação de profissionais de saúde sobre a saúde infantil e/ou conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

Autor/ano/local	Tipo de estudo e método	Objetivo do estudo	População estudada	Principais achados
Westphal et al 1995 Santos/SP, Brasil	Estudo de intervenção randomizado (avaliação das maternidades antes e 6 meses após a capacitação dos profissionais)	Avaliar o impacto de um curso de formação em aleitamento materno sobre o cumprimento dos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em maternidades	8 maternidades (4 no grupo intervenção e 4 no grupo controle)	Instituições do grupo experimental tiveram melhor escore no cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.
Rea & Venâncio 1999 São Paulo/SP, Brasil	Estudo experimental controlado com teste antes e depois da capacitação e observação participante dos profissionais durante atendimento	Avaliar a implementação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF e seu impacto na aquisição de conhecimentos, habilidades no manejo clínico e aconselhamento em amamentação.	20 profissionais de saúde no grupo intervenção e 40 profissionais no grupo controle	Após o curso, a média de acertos do grupo exposto foi 8,35 e do grupo controle 5,54 ($p=0,0000$). Quanto às habilidades clínicas e de aconselhamento, as médias do grupo exposto foram superiores às do grupo controle em todos os itens avaliados.
Santos et al 2001, 2002 Pelotas/RS, Brasil	Estudo de intervenção, randomizado, cego (avaliação do conhecimento dos médicos, observação de consultas e visitas domiciliares aos 8, 45 e 180 dias após a intervenção)	Avaliar o impacto do aconselhamento nutricional, dentro da estratégia AIDPI sobre o desempenho dos profissionais e crescimento infantil.	33 médicos e 12 crianças de 0 a 18 meses de idade atendidas por cada profissional em 28 postos de saúde	O treinamento em aconselhamento nutricional melhorou o desempenho dos médicos, as práticas maternas, a alimentação e o crescimento das crianças.
Pelto et al 2004 Pelotas/RS, Brasil	Estudo de intervenção, randomizado, cego	Avaliar o treinamento em aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI sobre práticas maternas de alimentação infantil	48 pares mãe-criança-grupo intervenção (17 médicos) e 42 pares mãe-criança atendidos - grupo controle (14 médicos)	As mães atendidas por profissionais capacitados apresentaram melhor desempenho quanto à alimentação infantil

Autor/ano/local	Tipo de estudo e método	Objetivo do estudo	População estudada	Principais achados
Amaral et al 2004 Nordeste brasileiro (Bahia, Ceará, Paraíba e Pernambuco)	Estudo de caso retrospectivo-prospectivo	Avaliar o efeito da estratégia AIDPI sobre a qualidade da assistência prestada a crianças menores de cinco anos de idade nos serviços de saúde	24 serviços de saúde do Nordeste (12 com AIDPI e 12 sem AIDPI) e 566 profissionais (222 com AIDPI e 344 sem AIDPI)	Profissionais de saúde capacitados em AIDPI prestavam assistência significativamente melhor, comparada com aqueles sem treinamento em AIDPI.
Santos et al 2005 Pelotas/RS, Brasil	Estudo de intervenção comunitária	Avaliar o treinamento de líderes da Pastoral da criança sobre os níveis de hemoglobina nos menores de seis anos	Grupo intervenção: 10 líderes e 183 crianças Grupo controle: 13 líderes e 179 crianças	Os resultados apresentaram impacto positivo do treinamento de líderes sobre os níveis de hemoglobina das crianças
Amaral et al 2008 Brasil	Revisão sistemática	Analisar o efeito da capacitação na estratégia AIDPI sobre a qualidade do manejo de casos pelos trabalhadores de saúde.	33 artigos foram incluídos, mas apenas 19 avaliaram o desempenho dos profissionais treinados em AIDPI	Os estudos mostraram evidência significativa de melhora no desempenho dos trabalhadores de saúde em unidades com a estratégia AIDPI implantada.
Bassicheto & Réa 2008 São Paulo/SP, Brasil	Estudo de intervenção randomizado (instrumentos avaliaram o perfil do profissional, seus conhecimentos e um roteiro foi utilizado para observação clínica)	Avaliar a efetividade de um curso em aconselhamento nutricional na transformação de conhecimentos, atitudes e práticas de pediatras e nutricionistas da rede municipal de saúde de São Paulo.	29 profissionais (grupo intervenção) 27 profissionais (grupo controle)	O curso foi efetivo no aumento dos conhecimentos e melhoria do desempenho na anamnese alimentar, mas não para propiciar habilidades de aconselhamento.
Zaman et al 2008 Paquistão	Estudo de intervenção, randomizado, cego (réplica do estudo de Santos et al 2001)	Avaliar o impacto do aconselhamento nutricional, dentro da estratégia AIDPI sobre o desempenho dos profissionais e crescimento infantil.	18 UBS intervenção com 151 pares de mãe-criança 18 UBS controle com 169 pares de mãe-criança	O treinamento melhorou o desempenho dos médicos, as práticas maternas, a alimentação e o crescimento das crianças.

Autor/ano/local	Tipo de estudo e método	Objetivo do estudo	População estudada	Principais achados
Machado et al 2010 Botucatu/SP, Brasil	Estudo de intervenção tipo antes-depois (aplicação de questionário antes e depois de oficinas de capacitação)	Avaliar conhecimentos e práticas de agentes comunitários de saúde após capacitação em promoção e apoio ao aleitamento materno.	54 Agentes Comunitários de Saúde	Aumento do escore médio de conhecimentos, mas não houve mudanças na participação dos agentes em ações específicas de saúde, melhora na qualidade e quantidade das orientações prestadas nas visitas domiciliares.
Leite et al 2011 Aracaju/SE, Brasil	Estudo transversal quantitativo (aplicou-se um teste de conhecimento sobre AIDPI para enfermeiros capacitados e não capacitados)	Avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre a estratégia AIDPI.	101 enfermeiros da atenção básica	Não houve diferença significativa entre os enfermeiros capacitados (54,5%) e não capacitados (45,5%) em AIDPI, mas os dois grupos apresentaram conhecimentos aquém do esperado.
Nguyen et al 2013 Canadá	Revisão sistemática com metanálise	Determinar se a capacitação em AIDPI realmente melhora o desempenho dos profissionais de saúde.	46 artigos	Trabalhadores com menor desempenho na baseline mostraram melhorias no aconselhamento nutricional (RR = 10,12, IC 95%: 6,03-16,99)
Sunguya et al 2013 Japão, EUA e Tanzânia	Revisão sistemática	Avaliar a eficácia da capacitação de profissionais de saúde em nutrição sobre seus conhecimentos e práticas em aconselhamento nutricional e manejo da desnutrição infantil.	25 artigos	Os estudos apontaram melhora nos conhecimentos e nas práticas dos profissionais de saúde após o treinamento, tanto no aconselhamento nutricional, quanto no manejo da desnutrição infantil.
Coutinho et al 2014 Recife/PE, Brasil	Estudo tipo antes-depois	Avaliar as taxas de aleitamento materno em crianças menores de 6 meses antes e depois de capacitação dos agentes comunitários de saúde.	1449 agentes comunitários de saúde capacitados 1226 crianças antes 1245 crianças depois	As taxas de aleitamento materno exclusivo melhoraram após a intervenção e foram significativamente maiores nas idades de 3 e 6 meses, quando comparadas com as taxas de pré-intervenção (p <0,05).

Autor/ano/local	Tipo de estudo e método	Objetivo do estudo	População estudada	Principais achados
El-Sayed et al 2014 Ismailia, Egito	Estudo de intervenção randomizado	Avaliar o treinamento em aconselhamento nutricional da OMS sobre o desempenho dos profissionais e crescimento infantil.	40 médicos e 480 pares de mãe-criança (6-18 meses de idade) em 40 unidades básicas de saúde	O treinamento em aconselhamento nutricional melhorou o desempenho dos médicos, as práticas maternas, a alimentação e o crescimento das crianças.
Kushwaha et al 2014 India	Estudo tipo antes-depois, com avaliação em 3 tempos, durante um período de 5 anos	Avaliar o efeito de treinamento de líderes comunitários em aconselhamento nutricional sobre práticas de alimentação infantil	1426 pares mãe-criança	O aconselhamento nutricional melhorou as práticas de alimentação infantil
Vitolo et al 2014a Porto Alegre/RS, Brasil	Estudo de intervenção randomizado	Avaliar o 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	355 gestantes em 11 UBS- controle e 689 gestantes em 21 UBS- intervenção foram visitadas aos 6 e 9 meses após o parto	Houve melhora no tempo médio de aleitamento materno e na alimentação complementar das crianças das mães do grupo intervenção
Vitolo et al 2014b Porto Alegre/RS, Brasil	Estudo de intervenção randomizado	Avaliar o 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	311 crianças do grupo controle e 538 do grupo intervenção foram acompanhadas de 6 a 15 meses quanto aos desfechos	Houve melhora no tempo médio de aleitamento materno e na alimentação complementar das crianças do grupo intervenção

1.2 Práticas de alimentação infantil

Nos últimos 25 anos, avanços importantes no conhecimento científico conduziram novas recomendações sobre alimentação infantil. Portanto, na atualidade, considera-se “prática alimentar saudável”, a combinação de aleitamento materno exclusivo até os seis meses com manutenção até os dois anos de idade e introdução de alimentação complementar oportuna a partir dos seis meses, em quantidade e qualidade adequadas às fases do crescimento da criança (Brasil 2015b).

A partir dos dois anos de idade, recomenda-se que a criança receba alimentos variados, distribuídos em pelo menos três refeições e dois lanches por dia, evitando-se a oferta de alimentos gordurosos, refrigerantes, doces e outras guloseimas (Brasil 2008).

Indicadores para monitorar o progresso das práticas de alimentação das crianças têm sido desenvolvidos e utilizados em pesquisas de base populacional em todo o mundo e abordam, além do aleitamento materno, dimensões da alimentação complementar, tais como a diversidade alimentar e a frequência das refeições (WHO 2008a).

No Brasil, desde 2008, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) disponibiliza formulários de marcadores do consumo alimentar que permitem avaliação da população atendida na Atenção Básica. Os marcadores possibilitam a identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e, principalmente, viabilizam a realização da Vigilância Alimentar e Nutricional por todo profissional de saúde, independentemente da sua formação. Estão disponíveis três formulários (para crianças até seis meses, para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade e outro para crianças com dois anos de idade ou mais), revisados em 2013 para facilitar a avaliação do consumo alimentar pelos profissionais de saúde (Brasil 2015a).

Para as crianças de zero a seis meses, o foco é para que o aleitamento materno exclusivo seja bem-sucedido. Para isso, o profissional de saúde deve saber resolver os problemas mais comuns enfrentados durante a amamentação e sempre deve procurar manter a motivação da mãe para o aleitamento materno exclusivo (Brasil 2015a).

Apesar dos inúmeros benefícios já bem estabelecidos do aleitamento materno, especialmente na redução da morbi-mortalidade infantil (Jones et al 2003, Horta et al 2013) e no efeito positivo sobre o coeficiente de inteligência, desempenho escolar e renda na idade adulta (Victora et al 2015, 2016). No cenário mundial, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês ainda não atinge 40% das crianças (Victora et al 2016), similar aos dados referentes às crianças brasileiras, que se mantém em 41% (Brasil 2009b).

A duração mediana do aleitamento materno no Brasil vem aumentando nas últimas três décadas, passando de 2,5 meses em 1975 para 11,3 meses em 2008 (Venancio et al 2013), possivelmente como reflexo das políticas públicas de incentivo a essa prática. No entanto, os indicadores de prevalência e duração mediana do aleitamento materno em nosso país, ainda estão aquém das recomendações da Organização Mundial da Saúde, que preconiza como nível ‘bom’ de prevalência, pelo menos 50% de aleitamento materno exclusivo e como ‘satisfatório’, a duração mediana de no mínimo 20 meses (WHO 2003).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas Capitais e Distrito Federal (Brasil 2009c) mostrou grande heterogeneidade dos indicadores de aleitamento materno entre as capitais e regiões, como constatado em Cuiabá e Belém, que apresentaram prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de 27% e 56%, com oscilação da duração mediana entre 0,7 a 88,8 dias, respectivamente. Um outro exemplo refere-se à duração mediana do aleitamento materno que variou de 293 dias (3,1 meses) em São Paulo a 601 dias (20,0 meses) em Macapá (Brasil 2009c; Venâncio et al 2010).

Esses contrastes podem ser explicados pela grande influência das características socioeconômico-culturais, familiares, maternas e infantis de cada população sobre o aleitamento materno (Oliveira et al 2013, Colombara et al 2015, Rigotti et al 2015). Ademais, tem sido constatado que a prática do aleitamento materno também é determinada pelas ações de incentivo ao aleitamento materno na atenção pré-natal, na maternidade e durante a puericultura (Rollins et al 2016).

Nesse quesito, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fazem parte do elenco de estratégias para redução da mortalidade infantil, compromisso assumido pelo Brasil no âmbito internacional, por meio dos ‘Objetivos do Desenvolvimento do Milênio’, e nacional, conforme o ‘Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal’, o ‘Pacto pela Vida’ e o ‘Programa Mais Saúde’ (Alencar et al 2008, Frias et al 2008). Vale destacar a ‘Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil’, lançada em 2012, que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como base legal, políticas e programas já existentes como a Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>).

A partir dos seis meses de idade, deve-se iniciar a alimentação complementar, mas recomenda-se a continuidade do leite materno até os dois anos ou mais. Nessa fase da vida, o profissional de saúde deve estar bem atento quanto aos tipos de alimentos oferecidos à criança, à qualidade e consistência (Brasil 2015a).

As crianças maiores de dois anos devem receber atenção especial quanto aos padrões alimentares ‘saudáveis’ e ‘não saudáveis’. Para isso, recomenda-se o uso de marcadores de consumo para avaliação da alimentação habitual da criança, tais como, frutas, verduras e feijão, que identificam ‘comportamentos saudáveis’, enquanto os ‘comportamentos não saudáveis’ estariam representados pelo hábito de se alimentar assistindo televisão e o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados (Brasil 2015a).

Nesse sentido, o novo Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2014, apresenta um conjunto de recomendações sobre alimentação que objetivam promover a saúde da sociedade brasileira como um todo. Especial atenção foi dada à prevenção de enfermidades em ascensão, como a obesidade, o diabetes e outras doenças crônicas relacionadas à alimentação (Brasil 2014). O Guia Alimentar propõe quatro categorias segundo o grau de processamento: Alimentos in natura ou minimamente processados, Ingredientes culinários processados, Alimentos processados e, Alimentos ultraprocessados (Monteiro et al 2016). Para o consumo, apresenta uma regra de ouro simples: ‘prefira sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados’ (Brasil 2014).

Os alimentos ultraprocessados são essencialmente formulações da indústria que contém pouco ou nenhum alimento integral. O consumo desses produtos tem participação crescente na dieta brasileira desde a década de 1980 em todos os estratos sociais (Martins et al 2013), inclusive já afetando as crianças menores de um ano (Saldiva et al 2014). Certamente isso se associa às características que favorecem o consumo de tais alimentos, como a hiperpalatabilidade, sua longa duração, fácil transporte e baixo custo (Monteiro et al 2016). É muito preocupante a falta de políticas públicas que controlem e regulamentem a produção, distribuição e as persuasivas estratégias de marketing (Sawaya e Filgueiras 2013), pois o consumo de alimentos ultraprocessados tem sido associado ao excesso de peso e suas

consequências, especialmente distúrbios cardiometabólicos que já afetam a população infantil (Otto et al 2016, Canella et al 2014, Popkin et al 2012).

Dados de consumo alimentar revelam tendências pouco saudáveis na alimentação da população brasileira. Relatório da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada no Brasil entre 2008/2009 apontou redução do consumo de arroz e feijão e aumento do consumo de biscoitos, refrigerantes e refeições prontas, comparando-se com dados de 2002/2003. O consumo de frutas, verduras e legumes se manteve muito abaixo do recomendado nos dois períodos (IBGE 2010a).

Quanto à alimentação infantil, análise dos dados da PNDS-2006 mostrou que 50% e 26% das crianças avaliadas não haviam consumido verduras de folhas e legumes, respectivamente, nos sete dias anteriores à entrevista. Além disso, 60% haviam consumido frituras e 82% refrigerantes/sucos artificiais pelo menos em um dia da semana anterior (Alves et al 2013).

Revisão que avaliou o consumo alimentar de crianças brasileiras mostrou que há elevado percentual de inadequação no consumo de micronutrientes, sobretudo ferro, vitamina A e zinco. Essas inadequações não se apresentam apenas sob o aspecto da deficiência, mas também por meio de excessos, como observado para o consumo energético (Carvalho et al 2015).

Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intimamente relacionadas a elevados índices de morbimortalidade infantil, desnutrição, carências específicas de micronutrientes como ferro e vitamina A e também com excesso de peso (Dewey et al 2008; Roth et al 2008; Chisti et al 2009). Nesse sentido, vale ressaltar que a anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo as crianças menores de cinco anos as mais afetadas, com prevalência estimada em torno de 50% (WHO 2008b). No Brasil, a prevalência de anemia afetava 20,9% das crianças menores de cinco anos e quase um quarto das crianças menores de dois anos de idade, na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Brasil 2009b; Konstantyner et al 2012).

A prática alimentar saudável na infância deve ser priorizada pelos pais e profissionais de saúde, pois é nessa fase que se determinam preferências, escolhas e rejeições de alimentos até a vida adulta (Skinner et al 2002) e cada vez mais se reconhece que essa prática não depende apenas da qualidade dos alimentos, mas também de como, quando, onde e por quem a criança está sendo alimentada (Silva et al 2016).

Nesse sentido, recomenda-se destaque especial às circunstâncias que envolvem o ato de comer, aconselhando-se regularidade e atenção, ambientes apropriados e, sempre que

possível, fazer as refeições em companhia. Os benefícios referem-se à melhor digestão e aproveitamento dos alimentos, controle mais eficiente do quanto se come, mais oportunidades de convivência com familiares e amigos, maior interação social e, de modo geral, mais prazer com a alimentação (Brasil 2014). Comportamentos que devem ser incentivados desde a infância.

É notório que a prática alimentar envolve o contexto social e individual das famílias e os pais têm influência direta na formação dos hábitos alimentares das crianças pequenas, seja pela disposição hereditária, moderada por diferenças culturais na exposição de sabores e texturas dos alimentos (Harris 2008) ou pela responsabilidade na aquisição dos alimentos. Além disso, os pais podem estimular o consumo inadequado de alimentos pela dificuldade em reconhecer o estado nutricional do filho, especialmente porque tendem a subestimar aqueles com excesso de peso (Duarte et al 2016).

Por fim, não se pode deixar de considerar que as práticas alimentares também sofrem influência dos aspectos econômicos das famílias. Dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) mostram que 30% dos domicílios brasileiros encontram-se em algum grau de insegurança alimentar, o que representa mais de 65 milhões de pessoas vivendo com alguma restrição alimentar, ou pelo menos, alguma preocupação com a possibilidade de ocorrer restrição devido à falta de recursos para adquirir mais alimentos (IBGE 2010b). A insegurança alimentar é reflexo da pobreza e da desigualdade social e no campo da saúde coletiva, que concebe o processo saúde-doença como socialmente determinado, a saúde da criança é resultado da forma como a família se insere no trabalho e na vida. Assim, acredita-se que os aspectos psicossociais e socioculturais das práticas alimentares têm como base a estrutura social (Laurell 1983; Breilh & Granda 1986).

Assim, cabe ao profissional de saúde abordar o consumo alimentar em todas as oportunidades de atendimento à criança, tanto individual quanto coletivo, considerando os aspectos socioculturais com vistas a promover melhoria no padrão alimentar e no perfil nutricional da população infantil.

1.3 Acompanhamento do crescimento infantil e a Caderneta de Saúde da Criança

As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança alcance seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, pois sabe-se hoje que esse investimento contribui para

diminuir as desigualdades sociais, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade mais justa (OPAS 2005; Young 2010).

Desde a década de 1970, na Conferência de Alma-Ata, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é reconhecido como principal eixo do cuidado à saúde da criança. Isso porque, o crescimento representa um dos sinais mais importantes de saúde da criança, sendo considerado o pré-requisito para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil (Fujimori & Borges 2009).

O crescimento infantil mantém estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais com a criança e de higiene, condições de habitação, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Portanto, a avaliação do crescimento físico normal, não é somente uma forma importante de conhecer e vigiar o estado geral da saúde de uma criança, mas também constitui importante indicador do desenvolvimento socioeconômico e de saúde da comunidade onde ela vive (Brasil 2002b).

No Brasil, o tema começou a ter maior relevância em 1984, com a criação do ‘Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)’, que tinha como objetivo assegurar a atenção integral na assistência prestada pelos serviços de saúde por meio de ações básicas, priorizando a prevenção e deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para uma modalidade de atenção que contemplasse a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e permitisse evidenciar, de maneira precoce, os transtornos que afetam a saúde, a nutrição e o desenvolvimento da criança (Trapé et al 2009).

Posteriormente, para fazer frente aos compromissos assumidos com os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Ministério da Saúde propôs cinco linhas de cuidado para garantir a saúde integral da criança, dentre as quais destacou-se o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (Brasil 2004a).

A avaliação periódica do crescimento e da saúde geral da criança permite o acompanhamento do progresso individual, identificando aquelas de maior risco para distúrbios nutricionais e morbidades. Cada atendimento realizado no serviço de saúde, deve ser encarado como oportunidade para ações de promoção da saúde, especialmente para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e orientação adequada da introdução da alimentação complementar, prevenindo problemas comuns durante o primeiro ano de vida (Brasil 2002b).

Recomenda-se que a vigilância desse crescimento no primeiro ano de vida seja realizada mensalmente, uma vez que permite localizar o início de qualquer desvio de normalidade, mas na impossibilidade de avaliações mensais, o Ministério da Saúde propõe o

Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança: sete consultas no primeiro ano de vida e pelo menos uma consulta anual até os cinco anos de idade (Brasil 2002b).

Na avaliação do crescimento infantil, devem-se considerar algumas medidas antropométricas e a evolução de certas estruturas físicas conhecidas como indicadores do crescimento, sendo os mais comuns o peso, a estatura, os perímetros cefálico (PC), torácico e braquial, a erupção dentária, o fechamento das fontanelas e suturas e, eventualmente, a idade óssea da criança. Entretanto, o Ministério da Saúde considera que o peso, a estatura e o perímetro cefálico são as medidas antropométricas básicas a serem utilizadas na avaliação do crescimento infantil nos serviços da atenção básica (Brasil 2002b).

A avaliação antropométrica é o método mais recomendado para avaliar o crescimento e estado nutricional da criança, pois é um procedimento de baixo custo e pode ser facilmente realizado nos serviços de saúde ou na comunidade (Brasil 2011). Consiste na verificação do peso e altura, que quando combinados formam os índices antropométricos: peso-para-idade, peso-para-estatura, estatura-para-idade e Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade que expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado de sua estatura (Brasil 2011). Esses índices antropométricos devem ser comparados às curvas de crescimento de referência para avaliar sua adequação (Brasil 2011).

Na década de 1990, a OMS conduziu um estudo multicêntrico internacional para o desenvolvimento de um novo padrão de referência das curvas de crescimento infantil que envolveu seis países: Estados Unidos, Omã, Noruega, Índia, África do Sul e Brasil. As curvas de crescimento construídas a partir desse estudo foram publicadas em 2006 e compõem um padrão normativo de referência que retrata o crescimento normal de meninos e meninas de zero a cinco anos de idade sob condições ambientais adequadas, o qual pode ser empregado independente de raça/etnia, nível socioeconômico e práticas alimentares (WHO 2006b).

No que se refere especificamente ao acompanhamento do crescimento infantil, apesar de tratar-se de um elemento nucleador da assistência à saúde da criança, preconizado há mais de 30 anos, a literatura mostra que essa prática pode ainda não estar incorporada na rotina dos serviços pela precariedade das instalações e falta de equipamentos básicos para pesar e medir as crianças (Facchini et al 2006, Costa et al 2011). Além disso, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para lidar com as curvas de referência em escore-z e o gráfico de IMC-para-idade (Abreu et al 2012), o que pode ser verificado pelo baixo preenchimento do gráfico de crescimento nas Cadernetas de Saúde da Criança (Vieira et al 2005, Alves et al 2009, Palombo et al 2014).

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um documento destinada a todos os nascidos em território brasileiro e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde da criança. O preenchimento deve ter início na maternidade com o registro das informações sobre o parto, peso e comprimento ao nascer, condições de alta, vacinas e exames ou testes realizados, e sua continuidade deve ser dada, preferencialmente, pelos profissionais da atenção básica onde a análise da CSC deve ser o primeiro cuidado prestado ao recém-nascido (Brasil 2004a).

Apesar disso, estudos que avaliaram o uso da CSC constataram falhas importantes, no seu preenchimento, principalmente no que se refere aos gráficos de crescimento (Adub & Gaíva 2015, Gaíva & Silva 2014, Alves et al 2009, Goulart et al 2008, Vieira et al 2005).

Revisão da literatura publicada no Brasil de 2005 a 2011 acerca dos aspectos que dificultam a utilização adequada da CSC por profissionais de saúde aponta como principais fatores, a desvalorização e o desconhecimento de mães/familiares sobre a CSC e a falta de capacitação dos profissionais para o seu uso correto (Abreu et al 2012).

O precário uso da CSC também foi destaque em estudo de revisão que analisou a prática da integralidade em publicações que abordavam a saúde da criança na atenção básica, reforçando a necessidade de investimentos na organização dos serviços e na formação e capacitação dos profissionais de saúde (Cursino e Fujimori 2012).

Assim, vale ressaltar a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o monitoramento do crescimento da criança, com a inclusão de orientações aos pais sobre o estado nutricional do filho, tanto nas consultas de puericultura, como em qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, domicílio ou espaços coletivos, conforme recomenda a ‘Agenda de compromissos para redução da mortalidade infantil’ (Brasil 2004a).

Da mesma forma que a promoção da prática alimentar saudável, a promoção do crescimento infantil também requer que o profissional de saúde considere aspectos da vida da criança, tais como, seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, político e cultural em que está inserida (Brasil 2002b).

Ademais, embora esforços governamentais estejam sendo realizados para a redução da mortalidade infantil, acredita-se que ainda são necessárias iniciativas locais de capacitação contínua dos profissionais que atuam na atenção básica para que os mesmos possam ter o olhar na direção da promoção da saúde integral da criança.

HIPÓTESES

2. HIPÓTESES

Este estudo apresenta as seguintes hipóteses:

- 1) A implementação de uma capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais de saúde da atenção básica aumenta os conhecimentos e melhora as práticas desses profissionais na rotina dos serviços;
- 2) O baixo conhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os aspectos da alimentação infantil e com os registros e interpretação das curvas de crescimento/desenvolvimento, além de problemas de infraestrutura dos serviços, dificultam a incorporação do aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil na prática assistencial;
- 3) Crianças atendidas por profissionais de saúde capacitados apresentam maior adequação quanto às práticas saudáveis de alimentação e estado nutricional, comparadas com as crianças atendidas por profissionais não capacitados.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Implementar uma capacitação em aconselhamento nutricional e avaliar conhecimentos e práticas de profissionais de saúde da atenção básica quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ao estado nutricional e às práticas de alimentação das crianças, antes e após a capacitação.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram desenvolvidos em quatro manuscritos:

- ✓ Avaliar o uso e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, especialmente crescimento e desenvolvimento;

Manuscrito 1: Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento (publicado)

- ✓ Implementar capacitação em aconselhamento nutricional, com avaliação do conhecimento dos profissionais antes e após e sua aplicabilidade na atenção à saúde da criança;

Manuscrito 2: Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança (encaminhado)

- ✓ Conhecer as dificuldades para realizar aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde;

Manuscrito 3: Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais (encaminhado)

- ✓ Avaliar práticas de alimentação, estado nutricional e acompanhamento do crescimento infantil pelos profissionais de saúde antes e após capacitação em aconselhamento nutricional.

Manuscrito 4: Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring? (em fase de revisão)

MÉTODO

4. MÉTODO

Este projeto de pesquisa integra uma investigação mais ampla denominada “*Efeito do aconselhamento nutricional na estratégia de AIDPI sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil*”.

Em 2001, estudo conduzido com crianças menores de dois anos em município de pequeno porte do Estado de São Paulo e coordenado por membros do grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva” (NEPESC) evidenciou a necessidade de intervenções direcionadas às práticas de alimentação infantil. A pesquisa apontou duração mediana de aleitamento materno de 7,2 meses e de aleitamento materno exclusivo de apenas 28 dias (Minagawa et al 2005, Fujimori et al 2010), elevada prevalência de anemia (41,7%), com baixa frequência de desnutrição crônica (estatura/idade) e aguda (peso/estatura), 3,5% e 2,4%, respectivamente (Fujimori et al 2008a), além de outros resultados interessantes como associação entre substituição parcial ou total do leite materno e menor nível de hemoglobina (Duarte et al 2007); associação entre alimentação complementar e níveis de hemoglobina (Fujimori et al 2008b); relação entre formas de trabalho/viver das famílias e características de saúde e alimentação das crianças (Fujimori et al 2007, 2008b).

Após 12 anos, a oportunidade de desenvolver outro estudo no mesmo município, não poderia ter desconsiderado tais resultados.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo ‘antes-depois’, quanti-qualitativo, conduzido em três fases, conforme apresenta a Figura 1.

Estudo de intervenção é aquele em que o pesquisador provoca uma modificação intencional, ou seja, ele manipula o fator de exposição, que no presente estudo referiu-se à implementação de uma capacitação. Quando não há grupo-controle, denomina-se estudo de intervenção do tipo ‘antes e depois’ (Escosteguy 2009). Primeiramente, a escolha por esse tipo de delineamento, mostrou-se como alternativa mais adequada para o alcance dos objetivos propostos no estudo, pois tratando-se de um município de pequeno porte, não haveria possibilidade de se isolar completamente os grupos de intervenção e controle.

Ademais, intervenções sabidamente eficazes podem dispensar a utilização de estudos randomizados (Black 1996, Victora et al 2004).

Figura 1. Diagrama do delineamento do estudo.

Para que se pudesse ampliar o entendimento do objeto de estudo para além de uma abordagem quantitativa, utilizou-se também uma abordagem qualitativa. Isso porque, a pesquisa qualitativa permite que os sujeitos descrevam suas próprias experiências da forma como sentem e acreditam, o que possibilita a compreensão da subjetividade e complexidade que envolve as relações e estruturas sociais (Minayo 2000).

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em Itupeva que se localiza a 70 km a oeste da capital de São Paulo (Figura 2). Justifica-se a escolha desse município, a experiência com estudo anterior denominado “*Diagnóstico das condições de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos do município de Itupeva – SP*”, desenvolvido em 2001 com amostra representativa da população de crianças menores de dois anos de idade, e o fato de Itupeva ser um dos 6 municípios parceiros do Programa de Desenvolvimento Infantil (PDI) da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), a qual, juntamente com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), havia aberto edital para pesquisas de intervenção nesses municípios.

Figura 2. Mapa de localização do município de Itupeva no Estado de São Paulo.

Fonte: www.itupeva.sp.gov.br

Em 2012, a população de Itupeva era de 47.971 habitantes (IBGE 2010c). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio era de 0,807, inferior ao do município (0,841) e Estado de São Paulo (0,820), da mesma forma que o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) de Itupeva (0,515) em relação ao município de São Paulo (0,680) e Estado de São Paulo (0,657) (PNUD 2000). Em 2014, o Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI), que reflete a capacidade dos municípios do Estado de São Paulo de promover o desenvolvimento infantil por meio do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de seis anos, era de 0,5682, também inferior ao do Estado e capital de São Paulo, que eram respectivamente, 0,7296 e 0,6924 (<http://www.ippi.seade.gov.br/frontend/#/perfil>).

Itupeva integra a microrregião de Jundiaí e a Diretoria Regional de Saúde de Campinas (DIR XII-Campinas) e se destaca como importante polo industrial, comercial e empresarial da região. A rede pública de atenção à saúde dispõe de três ambulatorios de especialidades, um centro de atenção psicossocial (CAPS), um hospital municipal de pequeno porte (50 leitos) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais oito são tradicionais, uma UBS é do tipo mista com Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três são unidades com Estratégia Saúde da Família (USF). As equipes da atenção básica são formadas por 13 médicos (9 pediatras e 4 médicos da saúde da família), 12 enfermeiros, 26 auxiliares de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde (Relatório Anual de Gestão, 2010).

Esses equipamentos de saúde articulam-se, via rede hierarquizada e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) com instituições dos municípios de Jundiaí, Campinas e São Paulo, que respondem por ações dos níveis secundário e terciário.

4.3 População de estudo e amostra

Na **primeira fase** do estudo, a população foi constituída por crianças menores de 3 anos de idade e suas respectivas mães cadastradas nas 12 UBS do município de Itupeva, e na **terceira fase**, os mesmos pares de mães-crianças foram avaliados.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se $p=50\%$, que se refere a estimativa da proporção de crianças com práticas alimentares inadequadas (Alves et al 2013, Broilo et al 2013, Garcia et al 2011, Brasil 2009b, Saldiva et al 2007), população de 3904 crianças menores de três anos cadastradas nas UBS, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. O cálculo indicou a necessidade de uma amostra de 350 crianças.

Para viabilizar a seleção de uma amostra representativa e proporcional ao total de crianças cadastradas nas Unidades de Saúde, calculou-se a distribuição percentual de crianças cadastradas em cada unidade em relação ao total (3904 crianças) e para calcular o número de mães a serem entrevistadas em cada unidade, aplicou-se esse percentual no tamanho amostral (350 crianças) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual das crianças cadastradas por Unidade de Saúde e número de crianças proporcional ao tamanho da amostra. Itupeva, SP, 2012.

Unidades de Saúde	Nº de crianças < 3 anos cadastradas	% em relação ao total	Nº de crianças proporcional ao tamanho da amostra
UBS CSII	948	24%	84
UBS Chave	128	3%	10
UBS Guacuri	124	3%	10
UBS Medeiros	91	2%	8
UBS Monte Serrat	247	6%	21
UBS Nova Era	36	1%	4
UBSF Jd. Guiomar	420	11%	39
UBSF Rio das Pedras	498	13%	45
UBSF Santa Elisa	103	3%	10
UBS Santa Fé	786	20%	70
UBS Vl. São João	501	13%	45
UBS Quilombo	22	1%	4
TOTAL	3904	100%	350

Fonte: Diretoria de Saúde de Itupeva, SP, 2012.

Na **segunda fase** do estudo, a população foi constituída pelos profissionais de saúde vinculados à atenção básica do município. Nessa fase, não houve cálculo amostral, pois, todos os profissionais de saúde que trabalhavam nas 12 Unidades de Saúde do município foram considerados elegíveis para participar da pesquisa. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde por categoria de acordo com as Unidades de Saúde do município.

Tabela 2. Distribuição das categorias profissionais de acordo com as Unidades de Saúde. Itupeva, SP, 2012.

Unidades de Saúde	Médicos*	Enfermeiros*	Auxiliares/ Técnicos de enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde
UBS CSII	02	02	06	--
UBS Chave	01	Rotativo	01	--
UBS Guacuri	01	01	01	--
UBS Medeiros	01	Rotativo	01	--
UBS Monte Serrat	01	01	01	--
UBS Nova Era	Rotativo	01	01	--
USF Jd. Guiomar	01	01	01	07
USF Rio das Pedras	01	01	03	10
USF Santa Elisa	01	01	02	05
UBS Santa Fé	02	01	05	--
UBS Vl. São João	02	02	03	10
UBS Quilombo	Rotativo	01	01	--
TOTAL	13	12	26	32

*Rotativo: alguns profissionais de saúde cobriam mais de uma UBS.

Fonte: Diretoria de Saúde de Itupeva, SP, 2012.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Na **primeira fase** do estudo, todas as mães que estivessem acompanhadas por seus filhos biológicos, não gemelares e sem problemas de saúde, com idade inferior a três anos e fossem cadastradas nas Unidades de Saúde do município, poderiam participar da pesquisa. Na **terceira fase**, como os mesmos pares de mães-crianças foram avaliados, a mudança da família para outro município foi um dos principais critérios de exclusão. No caso dos profissionais de saúde, que fizeram parte da **segunda fase** do estudo, todos que tivessem frequência menor a 75% nas oficinas de capacitação, seriam excluídos do estudo (Quadro 2).

Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão nas três fases da pesquisa.

Fases da pesquisa	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
1ª Fase	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crianças com idade até 2 anos 11 meses e 29 dias ✓ Residentes em Itupeva ✓ Cadastradas em uma das 12 UBS do município ✓ Caso a mãe tivesse mais de um filho menor de 3 anos, a entrevista seria relativa ao filho mais novo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Filhos não biológicos ✓ Gemelares ✓ Crianças com algum problema de saúde, como síndromes metabólicas, problemas genéticos e/ou neurológicos, além de crianças com diagnóstico prévio de anemia falciforme
2ª Fase	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser profissional de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde) da Atenção Básica do município 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frequência <75% nas oficinas de capacitação em aconselhamento nutricional
3ª Fase	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãe/criança terem participado da primeira fase 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãe/criança com problemas de saúde atual e/ou internadas no período da coleta de dados

4.5 Coleta dos dados

Primeira fase (antes da intervenção)

Essa fase, de abordagem quantitativa, ocorreu de fevereiro a abril de 2013. A coleta de dados foi realizada por 11 enfermeiras e uma estudante de graduação em enfermagem, as quais, mesmo após treinamento teórico e prático foram supervisionadas pela própria pesquisadora, por uma pós-doutoranda e uma mestranda vinculadas ao projeto maior.

Das 399 mães abordadas nas UBS/USF de Itupeva, 35 não aceitaram participar da pesquisa e 6 foram excluídas (três eram gemelares, dois portavam doenças neurológicas e uma criança não era filha biológica). Assim, participaram do estudo 358 pares de mães-crianças.

As entrevistas foram realizadas com uso de formulário próprio (Apêndice A) e incluía questões relativas às mães (gravidez, parto e puerpério), características das crianças (peso ao nascer, frequência à creche, uso de chupeta, atividade física, sono, entre outras), condições de saúde e nutrição da criança (adoecimento, internação, anemia e tratamento realizado), história alimentar da criança (aleitamento materno, introdução de alimentação complementar), consumo habitual da criança (Recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência alimentar da criança), acompanhamento da criança pelos profissionais de saúde (orientações quanto ao crescimento, desenvolvimento e alimentação da criança, realização de visitas domiciliares, grupos educativos, uso e preenchimento da CSC), características das formas de viver e trabalhar da família (número de integrantes da família, escolaridade, trabalho, registro em carteira, renda e

benefícios, condições de moradia, entre outros), estado nutricional de crianças e mães (peso, comprimento/estatura, nível de hemoglobina) e encaminhamentos.

As crianças foram pesadas e medidas conforme técnicas padronizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil 2011). Utilizou-se balança pediátrica digital (marca Welmy) e antropômetro de madeira para crianças menores de dois anos. Para as crianças de dois a três anos, balança tipo plataforma com antropômetro acoplado (marca Welmy).

O estado nutricional foi classificado de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) para idade em: baixo peso (<-2 escore z), peso adequado (≥ -2 a $\leq +1$ escore z) e excesso de peso ($>+1$ escore z), conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO 2006b).

O nível de hemoglobina (Hb) foi obtido por punção da região lateral do calcâneo nas crianças menores de quatro meses e extremidade do dedo médio da mão para as crianças de quatro meses ou mais. Utilizou-se a segunda gota de sangue, coletada em micropipeta de 10 microlitros. A dosagem de Hb foi realizada imediatamente em hemoglobinômetro portátil Agabe® que utiliza método fotométrico de análise da cianometa-hemoglobina, com leitura imediata do resultado.

Foram consideradas anêmicas as crianças maiores de seis meses com nível de hemoglobina inferior a 11g/dL, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS 1968; Demayer 1989).

Segunda fase (intervenção)

A intervenção consistiu em uma capacitação em aconselhamento nutricional para todos os profissionais da rede da atenção básica do município e ocorreu de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foi planejada e conduzida pela própria pesquisadora, uma pós-doutoranda e uma mestranda com supervisão da coordenadora do projeto maior.

A capacitação teve como base técnica os documentos do Ministério da Saúde: Manual da estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (Brasil 2002a); Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (Brasil 2012b); Estratégia Nacional de Promoção à Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (Brasil 2010); Dez passos para uma alimentação saudável (Brasil 2013b); Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (Brasil 2013c).

Adotou-se como referencial pedagógico, os princípios da educação crítico-reflexiva de Freire (1997), que norteia a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil 2004b, 2009a). De acordo com a pedagogia transformadora e emancipatória de Paulo Freire (1988, 1997), a educação deve ter como ponto de partida os elementos da prática dos sujeitos para que a aprendizagem seja realmente significativa. Para isso, o desenvolvimento de

todas as atividades partiu do conhecimento do grupo a respeito do tema e os conteúdos foram trabalhados em acordo com as questões levantadas pelo próprio grupo.

Os conteúdos abordados enfatizaram a avaliação e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil com uso e preenchimento adequado da CSC, distúrbios nutricionais prevalentes na infância e aconselhamento nutricional, conforme apresentado de forma sintética no Quadro 3. A programação detalhada da capacitação encontra-se no Apêndice B.

Para o desenvolvimento das habilidades de comunicação, que permearam todos os temas abordados, consideraram-se as técnicas propostas pela AIDPI, ou seja, perguntar e ouvir empaticamente; elogiar a mãe por condutas adequadas; aconselhar em uma linguagem compreensível; e, checar se a mãe compreendeu a recomendação recebida (Brasil 2002a).

Quadro 3. Temas, objetivos e estratégias pedagógicas utilizadas na capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica. Itupeva, SP, 2013-2014.

Temas	Objetivos	Estratégias pedagógicas
A caderneta de saúde da criança (CSC)	Refletir sobre a importância da CSC como um instrumento de vigilância e acompanhamento da saúde da criança	Exposição dialogada com discussão em grupo e dramatização sobre uso da CSC na rotina do serviço
Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (C/D)	Refletir sobre a importância do acompanhamento do C/D Reconhecer C/D como processo biológico e fatores determinantes Avaliar o C/D Preencher e interpretar os gráficos de C/D da CSC	Exposição dialogada com uso da CSC para prática de medidas antropométricas e avaliação dos marcos do desenvolvimento Discussão de casos com apresentação de intervenção por meio de dramatização
Distúrbios nutricionais mais prevalentes na infância	Refletir sobre a transição nutricional na saúde da criança Conhecer os determinantes dos principais distúrbios nutricionais, aspectos epidemiológicos, sinais e sintomas, tratamento e intervenções na atenção básica	Discussão de cada distúrbio nutricional em subgrupos e apresentação em plenária Apresentação e discussão de vídeo sobre o excesso de peso infantil
Dez passos para uma alimentação saudável	Oferecer elementos para aprofundar a compreensão da alimentação saudável para crianças e atuação dos profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável	Construção coletiva da pirâmide alimentar Discussão de caso com apresentação de intervenção por meio de dramatização
Técnicas de comunicação	Desenvolver habilidades de comunicação para a prática do aconselhamento nutricional	Apresentação dialogada, discussão de casos com dramatização

Os profissionais foram organizados pela diretoria de saúde do município em 4 grupos (Quadro 4) e todos os encontros foram realizados no auditório do Paço Municipal.

A proposta inicial era a realização de oficinas com carga horária de 20 horas, o que não foi possível pela organização do processo de trabalho dos profissionais nas UBS. Portanto, reorganizou-se a capacitação para o cumprimento de uma carga horária de 16 horas, ou seja, dois dias disponibilizados pela diretoria de saúde do município (8 horas cada). Apenas o grupo I, formado pelas enfermeiras, conseguiu se organizar e foi autorizado pela diretoria de saúde a

participar de mais um dia de capacitação, cumprindo então 24 horas de carga horária. Isso ocorreu pela intensa discussão e participação do grupo nas atividades apresentadas, demonstrando a relevância dos temas propostos. Não houve participação dos médicos, justificada por impossibilidade de organização da agenda.

Quadro 4. Distribuição das oficinas de capacitação por número de participantes, categoria profissional, Unidades de Saúde, período e carga horária. Itupeva, 2013-2014.

Oficina	Nº de Participantes	Categoria Profissional	Unidades de Saúde	Período	Carga horária
I	12*	Enfermeiros	Todas	Set-Out/2013	24h
II	17	Aux/Téc. Enf. ACS	Chave, Monte Serrat, Rio das Pedras, Santa Elisa	Nov/2013	16h
III	20	Aux/Téc. Enf. ACS	Guacuri, Nova Era, Medeiros, São João, CSIII, Santa Fé, Guiomar	Dez/2013	16h
IV	05	Aux/Téc. Enf. ACS	Guiomar, Rio das Pedras, CSIII	Fev/2014	16h

*Uma enfermeira foi excluída posteriormente por não ter participação suficiente (<50%).

Os ACS foram incluídos na capacitação por fazerem parte das equipes de saúde da atenção básica e por sua importante atuação na promoção da saúde da criança, especialmente na recomendação de práticas alimentares adequadas e saudáveis (Brasil 2012c, 2015a). Ademais, todo o material utilizado na capacitação, elaborado pelo Ministério da Saúde, é direcionado a todos os profissionais das equipes de saúde, sem distinção de conteúdo por categoria profissional.

Antes da capacitação, aplicou-se um questionário estruturado para caracterização dos profissionais quanto a: sexo, idade, tempo de trabalho na atenção básica (anos), capacitação para trabalhar na atenção básica (sim/não), capacitação em alimentação infantil (sim/não) e percepção dos profissionais sobre seus conhecimentos (excelente, bom, razoável e ruim) e suas práticas (utiliza muito na rotina, utiliza pouco na rotina, não utiliza) referentes ao aconselhamento nutricional (Apêndice C).

Posteriormente, aplicou-se um teste de conhecimento individual e sem identificação dos profissionais, o qual também foi aplicado após a capacitação. Replicou-se o teste utilizado na ENPACS (Brasil 2010), que consiste de 13 questões do tipo múltipla escolha e verdadeiro/falso que abordam os aspectos relativos à amamentação e alimentação complementar. Para avaliar todo o conteúdo da capacitação, incluíram-se três questões sobre: Caderneta de Saúde da Criança (Q1), avaliação nutricional (Q15) e condutas a partir da avaliação nutricional (Q16) (Apêndice D).

Para mensurar e avaliar o conhecimento dos profissionais, atribuiu-se uma pontuação às questões: tipo verdadeiro/falso valiam um ponto (Q6,7,8,9,10,11), múltipla escolha, dois pontos (Q1,2,3,4,5,12,13,14) e as questões que tratavam da avaliação do estado nutricional (Q15) e condutas tomadas após avaliação (Q16), quatro pontos. A pontuação máxima do teste foi de 30 pontos e o nível de conhecimento foi classificado em: satisfatório (21-30 pontos), razoável (11-20 pontos) e insatisfatório (0-10 pontos).

Após a capacitação, foi solicitado aos participantes que avaliassem as oficinas quanto à estrutura geral, temas abordados e conteúdo, além de críticas e sugestões que possibilitaram a avaliação da aplicabilidade da capacitação na rotina dos serviços (Apêndice E).

Durante as oficinas, ao término de cada período (manhã e tarde), realizavam-se grupos focais, onde os participantes eram convidados a contar suas experiências e dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil na rotina dos serviços. Grupo focal é uma técnica de pesquisa que tem como objetivo capturar a percepção dos sujeitos sobre determinado assunto. Consiste em sessões com grupos de 5 a 15 participantes em que o moderador/pesquisador introduz os temas para conversação, encorajando a interação e participação do grupo na exposição de ideias e opiniões. Essa técnica permite um aprofundamento dos conteúdos e respostas bem diversificadas, com riquezas de detalhes e informações (Polit 2011).

Terceira fase (depois)

A coleta dos dados ocorreu entre junho e agosto de 2014 e a amostra dessa fase foi constituída pelos mesmos pares de mães-crianças avaliados na primeira fase da pesquisa em 2013.

Para essa fase, utilizou-se o mesmo instrumento de coleta de dados da primeira fase, mas para contemplar o projeto maior, algumas questões foram incluídas (Apêndice F). Assim, as práticas alimentares, estado nutricional (crescimento e anemia) e acompanhamento do crescimento infantil pelos profissionais de saúde foram avaliados igualmente como na primeira fase do estudo, conforme já descrito anteriormente.

Participaram da coleta, seis alunas de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, uma mestrande e uma nutricionista vinculadas ao projeto maior, além da própria pesquisadora que também supervisionou o trabalho de campo em conjunto com uma docente do grupo de pesquisa.

As principais estratégias para captação das mães e crianças participantes da primeira fase da pesquisa foram os agendamentos nas UBS por contato telefônico e abordagem por visitas domiciliárias (VD).

Inicialmente, as 358 fichas foram agrupadas por UBS e por endereço. A equipe foi dividida em dois grupos de trabalho: um grupo permanecia em uma UBS central e por contato telefônico agendava as mães que moravam nas áreas mais dispersas (fazendas, chácaras) para entrevista na UBS, enquanto outro grupo realizava as abordagens por VD nas áreas de maior aglomeração de participantes.

As fichas que não possuíam endereço completo, contatos telefônicos sem sucesso (caixa postal, número inexistente, etc) e fichas com informação de mudança de endereço após VD eram atualizadas pelo cadastro do cartão do SUS na UBS central (CSII). A partir daí, fazia-se uma nova tentativa de abordagem por contato telefônico ou VD (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma das abordagens das mães para entrevista na terceira fase da pesquisa.

As entrevistas não concluídas após esses procedimentos eram classificadas conforme os seguintes critérios:

- a) *Recusa*: após abordagem por contato telefônico ou por visita domiciliária, a mãe não deseja participar da reavaliação;
- b) *Mudança de endereço com perda*: informação de mudança da cidade pela própria mãe ou

familiares após contato telefônico, ou informações de vizinhos em abordagem domiciliária com dados não atualizados no cadastro SUS;

c) *Endereços não localizados*: endereços não disponíveis nos mapas e nem conhecidos por funcionários das UBS ou moradores da região, ausência ou indisponibilidade de telefone para contato e dados não atualizados no cadastro SUS;

d) *Excluída*: visitas realizadas mais de três vezes com indisponibilidade de contato telefônico; endereços de difícil acesso com pelo menos uma visita realizada com indisponibilidade materna de horário para possível agendamento; crianças ou mães com doenças graves e/ou internadas no período da coleta de dados.

Vale destacar que a maior parte das entrevistas foi realizada no período noturno (entre as 17 e 21h), para captar as mães que trabalhavam e as crianças ficavam nas creches.

Das 358 entrevistas realizadas na primeira fase, 213 (59,5%) foram concluídas na terceira fase. Das 116 famílias que mudaram de endereço, 46 foram recuperadas por meio do cadastro no Cartão SUS. Das perdas de seguimento, a maior porcentagem foi, notadamente, das famílias que mudaram de endereço (Figura 4).

Figura 4. Classificação final das abordagens realizadas na terceira fase da pesquisa. Itupeva, 2014.

4.6 Desfechos do estudo

Os desfechos analisados nesse estudo foram: conhecimento dos profissionais; práticas

dos profissionais quanto ao acompanhamento do crescimento infantil; estado nutricional das crianças e as práticas de alimentação infantil. Todos esses desfechos foram analisados antes e depois da capacitação em aconselhamento nutricional, conforme apresenta o Quadro 5.

Quadro 5. Desfechos do estudo e formas de avaliação.

Desfechos	Formas de avaliação
Conhecimentos dos profissionais	Aplicação de Teste de Conhecimento antes e depois da capacitação
Práticas dos profissionais quanto ao aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil	Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança Orientação às mães quanto ao crescimento infantil (na perspectiva da mãe) Orientação às mães quanto à alimentação infantil (na perspectiva da mãe)
Estado nutricional das crianças	Índice de Massa Corporal para idade Nível de hemoglobina
Práticas de alimentação infantil	Marcadores do consumo alimentar de acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional à partir do Recordatório alimentar de 24 horas da criança

4.7 Sistematização e análise dos dados

Análise qualitativa

Os dados obtidos nos grupos focais e na pergunta aberta foram transcritos na íntegra, organizados com apoio do software webQDA e submetidos a análise de conteúdo, que possibilita descobrir os núcleos de sentido, relações e encadeamentos nas falas dos sujeitos, identificando-se categorias, subcategorias e frases temáticas (Minayo 2000). No grupo focal, para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelas letras ‘E’ (Enfermeiro), ‘AE’ (Auxiliar de Enfermagem) e ‘ACS’ (Agente Comunitário de Saúde), seguidas de números de 1 a 53. Enquanto que na pergunta aberta (espaço para críticas e sugestões da avaliação da capacitação), como as respostas eram anônimas, identificou-se as falas pela letra ‘P’ seguida dos números de 1 a 53, conforme entrada no banco de transcrições.

Para auxiliar a análise dos dados obtidos no grupo focal, utilizou-se a técnica de nuvem de palavras (tag cloud), que permite a construção de uma imagem composta por palavras em tamanhos diferentes, organizadas do centro para o entorno, de acordo com a frequência com que aparecem no texto analisado (Cidell 2010). A figura, visualmente rica, possibilita uma validação dos resultados da análise de conteúdo e pode ser facilmente executada por meio de sítios da internet, como o Tagul (<https://tagul.com>).

Análise quantitativa

A construção do banco de dados quantitativos foi realizada com uso do software EpiInfo 5.4.1 e para processamento e análise dos dados, utilizou-se o software Stata 13.0. As variáveis

categorías foram analisadas por meio de frequência absoluta e relativa, teste do Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher. Para as variáveis contínuas utilizou-se estatística descritiva, e comparação de médias. O nível de significância foi de 5%.

4.8 Controle de qualidade

Para adequações no formulário da primeira fase, procedeu-se um pré-teste com 12 mães de crianças menores de três anos de idade que aguardavam atendimento em UBS do município de São Paulo. A partir disso, algumas alterações foram realizadas nesse instrumento para incorporar todas as variáveis consideradas necessárias para o estudo e aprimorar a abordagem das mães para obtenção dos dados.

Na terceira fase, como algumas questões foram incluídas ao formulário utilizado na primeira fase, também foi necessário um pré-teste para ajustar o instrumento e garantir que as questões contemplassem os objetivos propostos, que foi conduzido com 15 mães abordadas em domicílio pelas pesquisadoras após contato telefônico.

Assim, com formulário pré-testado e padronizado, elaborou-se um manual com orientações detalhadas para a realização das entrevistas e preenchimento adequado de todas as informações do formulário (Apêndice G), o qual foi reproduzido para toda a equipe de campo em treinamento minucioso realizado antes do início da coleta de dados, sendo uma primeira turma em janeiro de 2013 (antes da primeira fase do estudo) e outra turma em maio de 2014 (antes da terceira fase do estudo). Além disso, todo o trabalho de campo foi supervisionado pelas próprias pesquisadoras (uma mestranda, uma doutoranda e uma pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), que também repetiram uma amostra aleatória de 5% das entrevistas para verificar a qualidade e veracidade das informações coletadas.

Quanto ao banco de dados, procedeu-se dupla digitação de todos os formulários e, posteriormente, compararam-se os bancos para avaliação da consistência da digitação.

4.9 Orçamento

O projeto maior foi contemplado com auxílio financeiro regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)/Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) (processo número 2011/509309) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo número 480255/2012-1).

4.10 Considerações ética

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo nº 193.468) (Anexo 1) e pela Diretoria de Saúde do município de Itupeva, SP, conforme determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Todas as mães e profissionais de saúde que participaram da pesquisa foram consultados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H e I).

Mães ou crianças que apresentavam alterações nas avaliações realizadas (baixo/excesso de peso, alteração no desenvolvimento infantil ou anemia) foram encaminhadas ao serviço de saúde ao qual estavam cadastradas (Apêndice J).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DOI: 10.1590/S0080-62342014000060009

Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento

USE AND FILLING OF CHILD HEALTH HANDBOOK FOCUSED ON GROWTH AND DEVELOPMENT

USO Y LLENADO DE LA LIBRETA DE SALUD INFANTIL CON EL FOCO EN EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO

Claudia Nery Teixeira Palombo¹, Luciane Simões Duarte², Elizabeth Fujimori³, Áurea Tamami Minagawa Toriyama⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), especialmente crescimento e desenvolvimento. **Método:** Estudo transversal com 358 pares mãe-criança atendidos em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de município de pequeno porte. As mães foram entrevistadas nas UBS, de fevereiro a abril de 2013, com o uso de questionário. Utilizou-se softwares Epi-info e Stata. **Resultados:** No momento da entrevista, 53% das mães portavam a CSC, proporção similar à de mães que referiram orientação para levar a CSC aos atendimentos de saúde. Anotações na CSC durante os atendimentos foram referidos por 49%. Esquema vacinal estava completo em 97% das CSC, mas apenas 9% e 8% das CSC tinham, respectivamente, gráficos de crescimento e desenvolvimento adequadamente preenchidos. **Conclusão:** O uso e o preenchimento insatisfatório da CSC reforçam a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na sensibilização da comunidade para que a CSC se torne efetivamente um instrumento de promoção da saúde infantil.

DESCRIPTORES

Saúde da criança
Crescimento e desenvolvimento
Promoção da Saúde
Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the use and records of the Child Health Handbook (CHH), especially growth and development. **Method:** Cross-sectional study with 358 mother-child pairs registered in 12 Primary Health Centers (PHCs) of a small municipality. Mothers were interviewed at the PHC from February to April 2013 using a questionnaire. Data analysis was done using WHO Anthro software, Epi Info™ and Stata. **Results:** Fifty-three percent of the mothers were carrying the CHH at the time of the interview, similar to the proportion of mothers who were instructed to bring the CHH to health appointments. Annotations in the CHH during the visits were reported by 49%. The vaccination schedule was completed in 97% of the CHH, but only 9% and 8% of the CHH, respectively, contained growth charts and properly completed developmental milestones. **Conclusion:** Low rates of use and unsatisfactory record-keeping in the CHH reinforce the need for investment in professional training and community awareness for the CHH to become an effective instrument of promotion of child health.

DESCRIPTORS

Child health
Growth and development
Health Promotion
Primary Health Care

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el uso y llenado de la Libreta de Salud Infantil (LSI), especialmente el crecimiento y el desarrollo. **Método:** Estudio transversal con 358 pares de madres e hijos matriculados en 12 Unidades Básicas de Salud (UBS) de una ciudad pequeña. Las madres fueron entrevistadas en el UBS desde febrero a abril 2013 mediante un cuestionario. Se utilizó Epi-info y software SPSS. **Resultados:** 53% de las madres estaban llevando LSI durante la entrevista, proporción similar a las madres que recibieron instrucciones para llevar el LSI a la atención de la salud. Anotaciones en LSI durante las visitas se registraron en un 49%. Calendario de vacunas fue completa en el 97% de LSI, pero sólo el 9% y el 8% de LSI tenido, respectivamente, las curvas de crecimiento y desarrollos debidamente cumplimentados. **Conclusión:** El uso y el relleno satisfactorio de LSI refuerzan la necesidad de inversión en la formación profesional y el acercamiento a la comunidad para la LSI se convierte efectivamente en un instrumento de promoción de la salud infantil.

DESCRIPTORES

Salud del niño
Crecimiento y desarrollo
Promoción de la Salud
Atención Primaria de Salud

¹ Doutoranda em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Mestranda em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ³ Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. ⁴ Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é destinada a todos os nascidos em território brasileiro e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde da criança. O preenchimento deve ter início na maternidade com o registro das informações sobre o parto, condições de alta do bebê, primeiras vacinas e exames ou testes realizados, e sua continuidade deve ser dada, preferencialmente, pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a análise da CSC deve ser o primeiro cuidado prestado ao recém-nascido⁽¹⁾.

Apesar disso, estudos sobre o uso da CSC ainda são escassos e todas as publicações destacam falhas importantes, envolvendo principalmente o seu preenchimento⁽²⁻⁶⁾. Revisão de literatura publicada no Brasil entre 2005 e 2011, acerca dos fatores que dificultam a utilização adequada da CSC por profissionais de saúde, aponta como principais fatores a desvalorização e o desconhecimento de mães/familiares sobre a CSC e a falta de capacitação dos profissionais para o seu uso correto⁽⁷⁾.

Acredita-se que a valorização e a apropriação da CSC por mães/familiares podem estar fortemente ligadas à utilização adequada da CSC pelos profissionais de saúde, o que inclui registro da avaliação do peso, altura, estado nutricional e de desenvolvimento, vacinação e intercorrências, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados de alimentação, higiene, estimulação e vacinação em todos os atendimentos⁽⁸⁾.

Tendo em vista essas considerações, este estudo teve como objetivo avaliar o uso e o preenchimento das CSC, especialmente crescimento e desenvolvimento, em unidades básicas de saúde, com vistas a promover a utilização desse importante instrumento para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento, bem como para qualificar a atenção à saúde da criança.

MÉTODO

Este estudo observacional de corte transversal integra projeto mais amplo intitulado *Efeito do aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI sobre práticas alimentares, estado nutricional e desenvolvimento infantil*, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº 193.468). Foi desenvolvido em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, com cerca de 45 mil habitantes, que possui 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam 13 médicos, 12 enfermeiros, 26 auxiliares de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde.

O tamanho da amostra foi calculado no software Epi-Info, considerando-se uma estimativa de 50% de crianças com práticas alimentares inadequadas⁽⁹⁻¹²⁾, população de 3.904 crianças menores de três anos cadastradas nas UBS, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. O cálculo indicou a necessidade de 350 pares mãe-criança. A seleção da amostra foi representativa e proporcional ao número de crianças cadastradas em cada UBS. De um total de 399 mães abordadas nas UBS, 35 não aceitaram participar da pesquisa e 6 não atendiam aos critérios de inclusão: três eram gemelares, duas portavam doenças neurológicas e uma criança não era filha biológica. Assim, participaram do estudo 358 pares mãe-criança.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2013 por 11 enfermeiras e uma graduanda em enfermagem, devidamente treinadas. As mães foram entrevistadas nas UBS com questionário pré-testado. O uso da CSC foi avaliado com as seguintes questões: A mãe está com a CSC no momento da entrevista? A mãe leva a CSC nas consultas da criança? Foi orientada a levar a CSC nos atendimentos de saúde? A mãe observa profissionais de saúde fazendo anotações na CSC? Para avaliar o preenchimento, procedeu-se à verificação direta das CSC quanto à identificação da criança, informações sobre o nascimento, registro das medidas antropométricas, preenchimento das curvas de peso e altura, preenchimento do gráfico de desenvolvimento e vacinação. Foram consideradas incompletas as CSC com ausência de um dos itens referentes a cada tópico, respeitando a idade e o calendário de acompanhamento da criança⁽¹³⁾.

Para este artigo, as mães foram caracterizadas quanto a idade, escolaridade, paridade e trabalho fora do lar. As crianças foram caracterizadas quanto a idade, sexo, peso e comprimento ao nascer, frequência à creche, principal cuidador e estado nutricional e desenvolvimento infantil. Para avaliar o estado nutricional, verificou-se peso e comprimento/estatura das crianças conforme as técnicas padronizadas pelo Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾.

Utilizou-se balança pediátrica digital (marca Welmy) e antropômetro de madeira para crianças menores de dois anos e balança antropométrica tipo plataforma (marca Welmy). Para crianças de dois a três anos, o estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade expresso em escore-z e classificado em: baixo peso (magreza acentuada <-3 ; magreza ≥ -3 e <-2), peso adequado (≥ -2 e $<+1$) e excesso de peso (risco de sobrepeso $>+1$ e $\leq +2$; sobrepeso $>+2$ e $\leq +3$; obesidade $>+3$)⁽¹⁵⁾. Para análise do estado nutricional, utilizou-se o programa WHO Anthro versão 3.1.0. O desenvolvimento infantil foi avaliado com a Ficha de

Acompanhamento do Desenvolvimento adotada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾, categorizando-se como *Desenvolvimento normal* (presença de todos os marcos de desenvolvimento para a faixa etária avaliada) e *Alerta para o desenvolvimento* (ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento)⁽¹³⁾. Os dados foram inseridos em banco elaborado no software Epi-info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com dupla digitação para verificação de

consistência, e para análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher no programa Stata.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características maternas e infantis. A maioria das mães tinha idade superior a 19 anos (87,5%), mais de 8 anos de estudo (64,9%) e não trabalhava fora do lar (61,3%).

Tabela 1 - Distribuição das características maternas e infantis - Município do Estado de São Paulo, 2013.

Variáveis ^a	n	%
Características maternas		
Idade materna (anos)		
≤ 19	43	12,5
> 19	302	87,5
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 8	124	35,1
> 8	229	64,9
Paridade		
Primípara	153	42,7
Múltipara	205	57,3
Trabalha fora do lar		
Sim	137	38,7
Não	217	61,3
Características infantis		
Idade da criança (meses)		
< 6	129	36,2
6 12	81	22,8
12 18	51	14,3
18 24	40	11,2
24 30	26	7,3
≥ 30	29	8,2
Sexo		
Masculino	196	54,7
Feminino	162	45,3
Peso ao nascer (gramas)		
< 2.500	42	11,7
≥ 2.500	315	88,3
Comprimento ao nascer (centímetros)		
< 47	69	21,4
≥ 47	253	78,6
Frequenta creche (período integral ou parcial)		
Sim	46	12,9
Não	311	87,1
Principal cuidador (exceto criança que frequenta creche em período integral)		
Mãe	279	88,3
Outros	37	11,7
Estado nutricional		
Baixo peso	25	7,2
Peso adequado	213	61,2
Excesso de peso	110	31,6
Desenvolvimento Infantil		
Normal	165	49,4
Alerta	169	50,6

^a Não há informações para a totalidade da amostra.

Quanto às crianças, houve predominância de menores de 1 ano (59%), do sexo masculino (54,7%) e com peso ao nascer maior que 2.500g (88,3%). A maioria não frequentava creche (87,1%) e tinha a mãe como a principal cuidadora (88,3%). O baixo peso afetava 7,2% e o excesso de peso quase um terço das crianças.

Quanto ao desenvolvimento, metade das crianças apresentava ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, das quais 56,8% (n=96) tinham ausência de dois ou mais marcos do desenvolvimento (dado não apresentado na Tabela 1).

Constata-se na Tabela 2 que apenas cerca de metade das mães portavam a CSC no momento da entrevista, proporção similar à de mães que haviam sido orientadas a

levar a CSC aos atendimentos da criança e também à de mães que referiram observar que profissionais faziam anotações na CSC. Em relação ao preenchimento, a identificação da criança e as informações sobre o nascimento estavam ausentes ou incompletos em mais da metade das CSC avaliadas. Só um terço (33,8%) das CSC apresentava registro completo das medidas antropométricas, e os gráficos de peso e estatura estavam adequadamente preenchidos em menos de 10% das CSC, da mesma forma que o gráfico de desenvolvimento. Contudo, o esquema vacinal estava completo em 96,6% das CSC (Tabela 2). Independentemente de portar ou não a CSC no momento da entrevista, todas as mães foram questionadas sobre o uso desse instrumento pelos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Informações sobre uso e preenchimento da CSC - Município do Estado de São Paulo, 2013.

Variáveis	n	%
Uso da CSC		
Mãe estava com a CSC no momento da entrevista ^a	185	53,2
Mãe refere ter sido orientada a levar a CSC nos atendimentos de	183	52,0
Mãe refere levar a CSC nos atendimentos de saúde ^a	271	76,6
Mãe observa que o profissional de saúde faz anotações na CSC	173	49,0
Preenchimento completo dos itens da CSC		
Identificação da criança ^a	85	48,0
Informações sobre nascimento ^a	84	47,5
Folha de registro das medidas antropométricas ^a	53	33,8
Gráfico de altura ^a	14	8,9
Gráfico de peso ^a	14	8,9
Gráfico de desenvolvimento ^a	13	8,3
Esquema de vacinação ^a	169	96,6

^aNão há informações para a totalidade da amostra.

Ter sido orientada sobre a importância de levar a CSC aos atendimentos de saúde da criança, informada sobre o crescimento da criança, observar que o profissional faz anotações na CSC e a criança ter idade menor ou igual a um ano associou-se estatisticamente com portar a CSC no momento da entrevista (Tabela 3).

Não se observou associação entre o preenchimento dos itens da CSC com o estado nutricional, o desenvolvimento e a faixa etária das crianças (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde em 2005 para substituir o Cartão da Criança, inicialmente divulgado na década de 1970 para acompanhar o crescimento da criança.

Com a instituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, tornou-se indispensável para atender à criança, considerando que o crescimento e o desenvolvimento passaram a constituir eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança⁽¹⁷⁾.

Apesar desse histórico, apenas metade das mães em atendimento nas UBS portavam a CSC no momento da entrevista (53,2%). Trata-se de um percentual baixo, comparado a outros inquéritos desenvolvidos em UBS, nos quais 81%⁽¹⁸⁾ e 77%⁽¹⁹⁾ das mães entrevistadas portavam a CSC.

Esses percentuais são mais similares ao de mães que referiram ter o hábito de levar a CSC aos atendimentos de saúde (76,6%), mas que no dia da entrevista não estavam com o documento. Destaca-se o percentual de mães sem a CSC nos atendimentos de saúde na UBS (46,8%).

Tabela 3 - Características de uso da CSC, estado nutricional,.

Características	Mães com CSC ^a				p ^b
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Mãe orientada a levar a CSC aos atendimentos^a					
Sim	112	61,9	67	41,9	<0,001
Não	69	38,1	93	58,1	
Mãe observa que profissional faz anotações^a					
Sim	125	68,7	85	52,8	0,012
Não	57	31,3	76	47,2	
Mãe é orientada sobre o ganho de peso e estatura desenvolvimento e faixa etária das crianças					
Sim	161	88,0	126	78,8	0,029
Não	22	12,0	34	21,2	
Estado nutricional^a					
Baixo peso	12	6,5	13	8,4	0,788
Peso adequado	112	60,9	93	60,4	
Excesso de peso	60	32,6	48	31,2	
Desenvolvimento adequado^a					
Normal	84	51,2	87	54,0	0,611
Alerta	80	48,8	74	46,0	
Faixa etária^a					
≤1 ano de idade	122	66,0	75	50,7	0,005
>1 ano de idade	63	34,0	73	49,3	

^aNão há informações para a totalidade da amostra.^bTeste qui-quadrado

Entretanto, observa-se associação entre a faixa etária menor ou igual a um ano e a posse da CSC pelas mães no momento da entrevista. As crianças menores de um ano estão em fase de maior vulnerabilidade, em que o acompanhamento deve ser mais frequente.

O Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de sete consultas médicas no primeiro ano de vida da criança⁽¹³⁾. Ademais, o calendário de vacinação atual impõe retornos mensais aos menores de um ano, fazendo com que pelo menos nesse tipo de atendimento a mãe esteja com a CSC em mãos. Independentemente do motivo, cada contato entre a criança e o serviço de saúde deve ser visto como oportunidade para uma avaliação integrada e resolutive de sua saúde, e a CSC poderia ser ainda mais benéfica como instrumental para essa assistência.

Desvalorização e desconhecimento das mães sobre o uso da CSC têm sido apontados como um dos principais desafios ao uso efetivo desse instrumento nas ações de saúde⁽⁷⁾. Possivelmente isso se relaciona às questões históricas e culturais, pois as ações de saúde sempre foram delegadas aos profissionais, não sendo permitida ou estimulada a interferência ativa das mães nesse processo⁽⁵⁾. Entretanto, os profissionais de saúde também não valorizam esse importante instrumento de acompanhamento da saúde, nutrição e desenvolvimento infantil⁽¹⁾.

Os gráficos de peso e estatura apresentaram ainda baixo percentual de preenchimento (8,9%), corroborando com resultados de estudos semelhantes^(2-4,19-20). O baixo percentual de preenchimento dos gráficos de peso e estatura é extremamente preocupante quando se observa o estado nutricional das crianças avaliadas neste estudo, uma vez que os extremos antropométricos (baixo peso em 7,2% e excesso de peso em 31,6% das crianças) se apresentaram acima das médias nacionais. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) mostram que déficits de peso em relação à altura, indicativos de casos agudos de desnutrição, não ultrapassam 2% das crianças em qualquer região ou estrato social da população. Já o excesso de peso afeta 7,4% das crianças brasileiras⁽¹²⁾. Certamente, se a CSC estivesse sendo utilizada de forma adequada, cumpriria seu papel na vigilância e promoção da saúde da criança.

Estudo recente mostra que os temas crescimento e desenvolvimento são abordados em 90% das consultas de enfermagem⁽²¹⁾; porém, o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os novos conceitos incorporados à caderneta, como, por exemplo, as curvas de referência em escores-z e o gráfico de IMC-para-idade, poderia justificar, em parte, o baixo percentual de preenchimento dos gráficos de crescimento encontrado no presente estudo⁽⁷⁾.

Tabela 4. Preenchimento dos itens da CSC segundo estado nutricional, desenvolvimento e faixa etária das crianças. Município do Estado de São Paulo, 2013.

Preenchimento dos itens da CSC ^a	Estado nutricional ^a		p ^d	Desenvolvimento ^a		p ^d	Faixa etária		p ^d
	Adeq ^b	Inadeq ^c		Normal	Alerta		≤1 ano	>1 ano	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<i>Folha de registro</i>									
Completo	29 (30,5)	24 (39,3)	0,300	27 (40,3)	22 (28,6)	0,160	36 (36,7)	17 (28,8)	0,384
Incompleto	66 (69,5)	37 (60,7)		40 (59,7)	55 (71,4)		62 (63,3)	42 (71,1)	
<i>Gráfico de peso</i>									
Completo	8 (8,0)	6 (10,5)	0,576	6 (9,1)	7 (8,7)	1,000	11 (11,1)	3 (5,0)	0,255
Incompleto	92 (92,0)	51 (89,5)		60 (90,9)	73 (91,3)		88 (88,8)	56 (94,9)	
<i>Gráfico de altura</i>									
Completo	9 (8,9)	5 (8,9)	1,000	6 (9,0)	7 (8,7)	1,000	10 (10,0)	4 (6,9)	0,576
Incompleto	92 (91,1)	51 (91,1)		61 (91,0)	73 (91,3)		90 (90,0)	54 (93,1)	
<i>Gráfico Desenv.</i>									
Completo	7 (53,9)	6 (10,5)	0,550	5 (7,7)	6 (7,5)	1,000	9 (9,1)	4 (6,7)	0,768
Incompleto	92 (64,3)	51 (89,5)		60 (92,3)	74 (92,5)		89 (90,8)	55 (93,2)	

^a Não há informações para a totalidade da amostra.^b Adeq = adequado^c Inadeq = inadequado (Baixo peso e excesso de peso)^d Teste exato de Fisher

Contudo, revisão de literatura que analisou a prática da integralidade em publicações que abordavam a saúde da criança na atenção básica evidenciou que a precária utilização da CSC é uma constante, o que levou os autores a reforçar a necessidade de se investir na organização dos serviços e na formação e capacitação dos profissionais, uma vez que a CSC é um instrumento essencial para a garantia da integralidade na atenção à criança⁽²²⁾.

O pequeno percentual de crianças com gráfico de desenvolvimento preenchido também chama a atenção, especialmente porque metade das crianças avaliadas apresentava ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento, que caracteriza situação de alerta⁽¹³⁾. Ressalta-se que o fato de o profissional de saúde preencher o gráfico de desenvolvimento é fundamental para orientar as mães/familiares quanto à importância da observação e estimulação da criança para a aquisição de novas habilidades. Essa simples ação assistencial adquire um papel vital na promoção do desenvolvimento adequado e prevenção de possíveis atrasos⁽²³⁾.

Assim como em outros estudos que avaliaram o preenchimento da CSC⁽²⁻³⁾, os dados referentes à vacinação estavam completos em quase a totalidade das CSC avaliadas (96,6%).

Certamente esse resultado se deve à excelência do Programa Nacional de Imunização que mobiliza toda a população há mais de 40 anos em torno das campanhas de vacina em escala nacional⁽²⁴⁾. Ademais, o PNI possui estrutura de capacitação continuada de recursos humanos, vigilância e supervisão das atividades em sala de vacina que padronizam os procedimentos e proporcionam estabilidade nas ações voltadas à vacinação. O não preenchimento ou o preenchimento incompleto dos outros itens da CSC induzem as famílias a pensar que a CSC é pouco importante no acompanhamento da criança; assim, não são levadas às UBS, são mal conservadas e perdem seu caráter de documento de saúde. A utilização adequada da CSC consiste no registro correto das informações do acompanhamento de saúde da criança e no esclarecimento das famílias sobre suas anotações e conteúdos, possibilitando inclusive a valorização e a apropriação da CSC pela família⁽³⁾.

Se a família compreendes-se a função desse instrumento, poderia valorizá-lo mais e cobrar o seu adequado preenchimento. Além disso, a falta de sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da CSC sugere que ela seja apenas um formulário a ser preenchido⁽³⁾.

O estado nutricional e o desenvolvimento das crianças foram avaliados neste estudo com o propósito de verificar as seguintes hipóteses: 1) crianças com estado nutricional e desenvolvimento adequados teriam gráficos de crescimento e/ou de desenvolvimento preenchidos em maior proporção, evidenciando que a CSC cumpre seu papel na vigilância e promoção da saúde da criança; 2) crianças com estado nutricional e desenvolvimento inadequados teriam gráficos de crescimento e/ou de desenvolvimento preenchidos em maior proporção, indicando a prioridade no acompanhamento dessas crianças pelos profissionais de saúde; ou 3) crianças de um ano ou menos teriam o preenchimento dos gráficos de crescimento e/ou de

desenvolvimento em maior proporção, indicando a prioridade na vigilância dessas crianças pelos profissionais de saúde. Nenhuma dessas hipóteses pôde ser confirmada, pois, além do número reduzido de gráficos preenchidos, a condição de crescimento, desenvolvimento e faixa etária das crianças não se associou estatisticamente com o preenchimento adequado da CSC.

Embora estudos sobre a CSC sejam escassos, todos são unânimes em afirmar que é necessário um trabalho de divulgação, sensibilização e capacitação dos profissionais, potencializando o uso da CSC para uma abordagem integral da saúde da criança⁽⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília; 2013.
2. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2009;25(3):583-95.
3. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev Paul Pediatr. 2008;26(2):106-12.
4. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LJES. Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. Ver Baiana Saúde Pública. 2007;31(2):212-22.
5. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005;5(2):177-84.
6. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(1):44-53.
7. Abreu T, Viana L, Cunha C. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. J Manag Prim Health Care. 2012;3(2):80-3.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília; 2004.
9. Alves MN, Muniz LC, V MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(11):3369-77.
10. Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. J Pediatr. 2013;89(5):485-91.
11. 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.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília; 2012. (Caderno da Atenção Básica, nº 33).
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília; 2011.
15. World Health Organization (WHO). Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
17. Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O Sistema Único de Saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 25-43.
18. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação dos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):675-85.
19. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3229-40.
20. Moreira MDS, Gaíva MAM. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [Internet]*. 2013 [citado 2014 mar. 15];5(2):3757-66. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_774
21. Loureiro FM, Silva JANF, Quiterio MMSL, Charepe ZB. Participated observation of nursing child health consultation. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2014 Mar 15];46(6):1294-99. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_02.pdf
22. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(n.esp1):676-80.
23. Clendon J, Dignam D. Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *J Adv Nurs*. 2010;66(5):968-77.
24. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Imunização: 30 anos. Brasília; 2003.

Financiamento

Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa – FAPESP/FMCSV (Processo nº 2011/509309).

Correspondência: Claudia Nery Teixeira Palombo
 Rua Osvaldo Guimarães Lanza, 197 – Vila Maria de Maggi
 CEP 08680-070 – Suzano, SP, Brasil e-mail: claudiapalombo@usp.br
Rev Esc Enferm USP 2014; 48(Esp):60-7
www.ee.usp.br/reeusp/

CAPACITAÇÃO EM ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E APLICABILIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Palombo, Claudia Nery Teixeira; Fujimori, Elizabeth; Toriyama, Áurea Tamami Minagawa; Duarte, Luciane Simões. *Manuscrito encaminhado para a Revista Latino-americana de Enfermagem em fevereiro/2016.*

RESUMO

Objetivo: Implementar capacitação em aconselhamento nutricional, com avaliação do conhecimento dos profissionais antes e após e sua aplicabilidade na atenção à saúde da criança. **Método:** Estudo de intervenção não controlado do tipo ‘antes e depois’, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em município de pequeno porte. Capacitação foi baseada no referencial da educação crítico-reflexiva e em documentos do Ministério da Saúde. Conhecimento foi avaliado por teste aplicado antes e após e classificado em satisfatório, razoável ou insatisfatório. Uso de aconselhamento nutricional e sua aplicabilidade, respectivamente, foram avaliados antes, por questão fechada e após por questão aberta. Realizou-se análise de conteúdo dos dados qualitativos e os quantitativos foram processados no software Stata 13.1. **Resultados:** Foram realizadas quatro oficinas com 53 profissionais da atenção básica. Antes da capacitação 55,8% dos profissionais relataram usar muito o aconselhamento nutricional na rotina dos serviços, mas apenas 4% tinham conhecimento satisfatório. Após a capacitação, o conhecimento satisfatório teve incremento de 70%, sendo apontadas potencialidades da capacitação, mas dificuldades de sua aplicabilidade. **Conclusão:** A implementação da capacitação apresentou resultados positivos no teste de conhecimento, porém na perspectiva dos profissionais, sua aplicabilidade depende do suporte da gestão e da reorganização dos serviços de saúde.

Descritores: Capacitação Profissional; Nutrição da Criança; Saúde da Criança; Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors: Professional Training; Child Nutrition; Primary Care; Children's Health; Intervention Study; Nursing.

Descriptores: Formación Profesional; Nutrición Infantil; Atención Primaria; Salud Infantil; Estudio de Intervención; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida afetam diretamente o crescimento e o desenvolvimento e aumentam os índices de morbimortalidade infantil¹. Além disso, há forte associação entre práticas alimentares inadequadas na infância e prejuízos no desenvolvimento intelectual, nível de escolaridade e inserção social na vida adulta².

No Brasil, mais de 50% das crianças de dois a cinco anos apresentam algum tipo de inadequação alimentar³ e a literatura mostra que a capacitação de profissionais em aconselhamento nutricional melhora significativamente as práticas maternas de alimentação infantil, o ganho ponderal das crianças e o desempenho dos profissionais, além de ampliar seus conhecimentos⁴⁻⁵.

Como resposta ao reconhecimento da importância da alimentação saudável na promoção da saúde da criança, técnicas de aconselhamento nutricional encontram-se inseridas em diversos documentos e estratégias governamentais⁶⁻⁸ destinadas a equipes multiprofissionais, incluindo agentes comunitários de saúde, com vistas a apoiar as orientações sobre práticas alimentares saudáveis⁸.

Contudo, não há evidências de que essa prática esteja efetivamente incorporada na atenção à saúde da criança, na rotina dos serviços de saúde. Esse panorama aponta a necessidade de investimento contínuo na qualificação dos profissionais de saúde para que mudanças na prática sejam realmente efetivadas, o que justificou o desenvolvimento do presente estudo, que teve como objetivo implementar capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica, com avaliação do conhecimento antes e após e sua aplicabilidade na saúde da criança.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção, não controlado do tipo ‘antes e depois’, de abordagem quanti-qualitativa, conduzido em município de pequeno porte do estado de São Paulo, com cerca de 48 mil habitantes. Integra investigação longitudinal mais ampla, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº 193.468) e Diretoria de Saúde do município, que teve como objetivo avaliar o efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, crescimento e desenvolvimento infantil, desenvolvido de fevereiro/2013 a agosto/2014, em três fases: avaliação de 350 crianças antes da intervenção, implementação da intervenção (capacitação de profissionais em aconselhamento nutricional) e avaliação das mesmas crianças após a intervenção.

A implementação da capacitação em aconselhamento nutricional ocorreu de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, após autorização da Diretoria de Saúde e convite a todos os profissionais da atenção básica do município. Foi realizado por enfermeiras, alunas de pós-graduação em enfermagem, supervisionadas pela coordenadora do projeto maior.

Adotou-se como referencial pedagógico, os princípios da educação crítico-reflexiva⁹, que parte de elementos da prática dos sujeitos para que a aprendizagem seja realmente significativa. Para isso, o desenvolvimento de todas as atividades partiu do conhecimento prévio do grupo a respeito dos temas a serem abordados, considerando a heterogeneidade do grupo participante, no que se refere à formação e às atribuições na atenção à saúde da criança. Assim, os conteúdos foram trabalhados em acordo com as questões levantadas pelo próprio grupo, tendo como base técnica os documentos: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento¹⁰; Estratégia Nacional de Promoção à Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)⁶; Dez passos para uma alimentação saudável⁷; Caderneta de Saúde da Criança (CSC)¹¹. Esses documentos foram elaborados pelo Ministério da Saúde para nortear as ações de promoção da saúde da criança de todos os profissionais das equipes da atenção básica.

Os temas abordados nas oficinas incluíram ações relacionadas à prática do aconselhamento nutricional, contextualizada à atuação dos diferentes profissionais, e envolveram: identificação dos principais problemas nutricionais que ocorrem na infância; aspectos relacionados à avaliação do crescimento/desenvolvimento e registro adequado na CSC; e habilidades de comunicação para a promoção da alimentação saudável.

Foram realizadas quatro oficinas, com carga horária mínima de 16 horas cada (dois dias não consecutivos). Para que todos os profissionais tivessem a oportunidade de participar da capacitação sem prejuízo à rotina dos serviços, a Diretoria de Saúde fez a seguinte distribuição: uma oficina para médicos e enfermeiros e três oficinas para auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

No início da capacitação, após esclarecimentos sobre a pesquisa, os profissionais foram convidados a participar do estudo, sendo informado que em caso de recusa não haveria prejuízo quanto à participação na capacitação. Não houve recusa quanto à participação na pesquisa. Na sequência, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preencheram um *formulário de caracterização geral* e responderam ao *teste de conhecimento*.

O *formulário de caracterização geral*, questionário estruturado, incluiu informações sobre: sexo (masculino/feminino), idade (anos), categoria profissional (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde), tempo de trabalho na atenção básica (anos), capacitação para trabalhar na atenção básica (sim/não), capacitação em

alimentação infantil (sim/não), percepção de seu conhecimento sobre aconselhamento nutricional (excelente, bom, razoável e ruim) e utilização do aconselhamento nutricional na rotina do serviço (usa muito, usa pouco e não usa).

O *teste de conhecimento* individual e sem identificação dos profissionais, aplicado *antes* e *após* a capacitação, replicou o teste utilizado na ENPACS⁶, que consiste em 13 questões do tipo múltipla escolha e verdadeiro/falso que abordam aspectos relativos à amamentação e alimentação complementar. Incluiu também questões sobre Caderneta de Saúde da Criança (Q1), avaliação nutricional (Q15) e condutas a partir da avaliação nutricional (Q16), tendo em vista sua relação com o aconselhamento nutricional, que justificou sua abordagem na capacitação. Para avaliar o nível de conhecimento, as questões tiveram pontuações distintas: verdadeiro/falso valiam um ponto (Q6,7,8,9,10,11), múltipla escolha, dois pontos (Q1,2,3,4,5,12,13,14) e as questões que tratavam da avaliação do estado nutricional (Q15) e condutas tomadas após avaliação (Q16), quatro pontos. A pontuação máxima do teste foi de 30 pontos e o nível de conhecimento foi classificado em: *satisfatório* (21-30 pontos), *razoável* (11-20 pontos) e *insatisfatório* (0-10 pontos).

No final da capacitação, aplicou-se novamente o mesmo *teste de conhecimento* e os participantes foram solicitados a responder por escrito uma questão aberta: Como você avalia a aplicabilidade da capacitação em aconselhamento nutricional na sua prática profissional?

Os dados qualitativos, obtidos com a questão aberta, foram submetidos à análise de conteúdo, realizada por meio de leitura exaustiva do material em busca de núcleos de sentido para identificação de categorias e subcategorias empíricas¹². Considerando o anonimato dos participantes em todas as etapas, os mesmos foram identificados com a letra “P” seguidos pelos números 1 a 53, de acordo com a ordem de entrada na digitação do banco de dados, sem possibilidade de identificação das categorias profissionais.

Para análise descritiva dos dados quantitativos e análise estatística do teste de conhecimento, utilizou-se o *software Stata 13.0*. Como os testes não foram identificados, não foi possível o pareamento dos profissionais antes e depois, portanto utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5% para comparar apenas o número de acertos antes e depois da aplicação do teste.

RESULTADOS

Todos os profissionais eram do sexo feminino, com idade média de 37,4 anos (dp=8,8) e tempo médio de trabalho na atenção básica de 4,5 anos (dp=4,8). A maioria (61,5%) teve capacitação para trabalhar na atenção básica (curso introdutório), porém nenhum recebeu capacitação em alimentação infantil, exceto em aleitamento materno, referido por 19,2%.

Dos 83 profissionais de saúde que trabalhavam nas 12 unidades básicas do município, participaram efetivamente da capacitação 53 profissionais (64% do total): 11 enfermeiros, ou seja, 92% do total de enfermeiros vinculados à rede da atenção básica do município, 14 auxiliares/técnicos de enfermagem (54%) e 28 agentes comunitários de saúde (88%), com média de 13 participantes por oficina. Não houve participação dos médicos.

Os temas abordados foram: uso da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de promoção da saúde e nutrição infantil; avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; vigilância dos distúrbios nutricionais; dez passos para alimentação saudável para crianças menores de dois anos; técnicas de comunicação e aconselhamento nutricional (Quadro 1).

Quadro 1. Temas, objetivos e estratégias pedagógicas utilizadas na capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais da atenção básica. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.

Temas	Objetivos	Estratégias pedagógicas
A caderneta de saúde da criança (CSC)	Refletir sobre a importância da CSC como um instrumento de vigilância e acompanhamento da saúde da criança	Exposição dialogada com discussão em grupo e dramatização sobre uso da CSC na rotina do serviço
Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (C/D)	Refletir sobre a importância do acompanhamento do C/D Reconhecer C/D como processo biológico e fatores determinantes Avaliar o C/D Preencher e interpretar os gráficos de C/D da CSC	Exposição dialogada com uso da CSC para prática de medidas antropométricas e avaliação dos marcos do desenvolvimento Discussão de casos com apresentação de intervenção por meio de dramatização
Distúrbios nutricionais mais prevalentes na infância	Refletir sobre a transição nutricional na saúde da criança Conhecer os determinantes dos principais distúrbios nutricionais, aspectos epidemiológicos, sinais e sintomas, tratamento e intervenções na atenção básica	Discussão de cada distúrbio nutricional em subgrupos e apresentação em plenária Apresentação e discussão de vídeo sobre o excesso de peso infantil
Dez passos para uma alimentação saudável	Oferecer elementos para aprofundar a compreensão da alimentação saudável para crianças e atuação dos profissionais de saúde na promoção da alimentação saudável	Construção coletiva da pirâmide alimentar Discussão de caso com apresentação de intervenção por meio de dramatização
Técnicas de comunicação	Desenvolver habilidades de comunicação para a prática do aconselhamento nutricional	Apresentação dialogada, discussão de casos com dramatização

Considerando tratar-se de um grupo heterogêneo quanto à formação e atribuições na atenção à saúde da criança, as estratégias pedagógicas incluíram situações práticas e da rotina dos serviços, que foram contextualizadas, quanto à sua abordagem, em acordo com as atribuições de cada categoria profissional, com o intuito de articular os saberes e as experiências ao conteúdo informativo, para facilitar a participação e o envolvimento de todos nas atividades propostas. Dessa forma, embora o conteúdo abordado tenha sido o mesmo, as

oficinas foram diferentes entre os quatro grupos, pois as experiências do cotidiano de trabalho de cada participante delineavam as discussões.

As pesquisadoras conduziram as oficinas com foco na comunicação e interação do grupo para criar um espaço de afetividade, confiança e respeito. Técnicas de “quebra-gelo”, encorajamento dos participantes a compartilharem suas experiências e flexibilidade nas atividades planejadas para contemplar as necessidades dos profissionais foram algumas estratégias utilizadas para contribuir no processo de aprendizagem.

Análise da percepção dos profissionais sobre seus conhecimentos relativos ao aconselhamento nutricional antes da capacitação mostrou que 71,7% dos participantes consideravam seus conhecimentos como “bom” e 28,3% como “razoável”. O teste de conhecimento aplicado antes e após a capacitação mostrou incremento de 7,8 pontos na média, que aumentou de 14,5 (dp=3,5) para 22,3 (dp=4,5) pontos, com valor mínimo que passou de oito para 11 pontos e valor máximo de 24 para 30 pontos após a capacitação.

A Tabela 1 mostra que em oito das 16 questões aplicadas, o percentual de acertos foi significativamente maior ($p<0,05$) após a capacitação, com destaque para as condutas a serem tomadas (Q16), que aumentou de 9% para 62% de acertos; avaliação nutricional (Q15) de 11% para 58%; técnicas de comunicação (Q14) de 30% para 76%; e técnicas de aconselhamento nutricional (Q13), de 11% para 48%. Nas questões relacionadas ao aleitamento materno (Q2) e à alimentação complementar (Q3, 4, 7, 8 e 11), não se observou diferença estatística significativa no percentual de acertos. Vale destacar que a questão sobre a idade de início da alimentação complementar (Q3), apesar do elevado percentual de acertos antes da capacitação (98%), foi a única que apresentou discreta diminuição (94%), porém sem significância estatística ($p=0,569$).

Tabela 1. Distribuição dos profissionais com acertos nas questões aplicadas antes e após a capacitação. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.

	Tema das Questões	Antes n⁵³ (%)	Após n⁵⁰ (%)	p*
1	Uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança	35 (66,0)	37 (74,0)	0,506
2	Posição do bebê no aleitamento materno	28 (52,8)	32 (64,0)	0,343
3	Idade de início da alimentação complementar	52 (98,1)	47 (94,0)	0,569
4	Forma como introduzir outros alimentos	41 (77,4)	44 (88,0)	0,245
5	Frequência da alimentação complementar	21 (39,6)	36 (72,0)	0,002
6	Horários da alimentação	07 (13,2)	19 (38,0)	0,008
7	Consistência dos alimentos	43 (81,1)	46 (92,0)	0,186
8	Grupos de alimentos oferecidos na papa	53 (100,0)	50 (100,0)	1,000
9	Oferta de legumes, verduras e frutas	46 (86,8)	50 (100,0)	0,023
10	Consumo de alimentos não nutritivos	46 (86,8)	50 (100,0)	0,023
11	Cuidados de higiene com os alimentos	48 (90,6)	50 (100,0)	0,077
12	Alimentação da criança doente	42 (79,2)	47 (94,0)	0,058
13	Técnica de aconselhamento nutricional: orientação e apoio	06 (11,3)	24 (48,0)	0,000
14	Técnicas de comunicação para aumentar autoconfiança da mãe	16 (30,2)	38 (76,0)	0,000
15	Classificação do estado nutricional	06 (11,3)	29 (58,0)	0,000
16	Condutas após avaliação nutricional	05 (9,4)	31 (62,0)	0,000

*Teste Qui-quadrado

Quanto à classificação do nível de conhecimento, a Figura 1 mostra a proporção de profissionais com conhecimento insatisfatório, razoável e satisfatório, antes e após a capacitação. Constata-se que houve incremento estatisticamente significativo de profissionais com conhecimento satisfatório após a capacitação ($p < 0,001$).

Antes da capacitação, 55,8% dos profissionais relataram “usar muito” o aconselhamento nutricional na prática profissional, 42,3% relataram “usar pouco” e 1,9% referiram “não usar” na rotina dos serviços.

Figura 1. Proporção de profissionais segundo classificação do conhecimento de acordo com a pontuação atingida no teste de conhecimento antes e após a capacitação. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.

*Teste Qui-quadrado

Após a capacitação, da totalidade dos profissionais capacitados, 60,4% (n=32) manifestaram, anonimamente, suas opiniões na questão aberta que avaliou a aplicabilidade da capacitação na prática profissional. Vale lembrar que um dos grupos era formado apenas por enfermeiros e os outros três grupos por auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A análise de conteúdo identificou duas categorias: “potencialidades da capacitação” e “dificuldades para aplicabilidade da capacitação na rotina dos serviços” (Quadro 2).

DISCUSSÃO

No que se refere à implementação da capacitação, a utilização de manuais e documentos do Ministério da Saúde, que são especialmente direcionados à atenção básica, aliada a uma abordagem participativa, mostrou-se muito favorável ao desenvolvimento do diálogo e reflexão durante as oficinas. Todo o conteúdo e as situações exploradas faziam parte da rotina dos profissionais, o que deu sentido ao processo de aprendizagem e destacaram-se como potencialidades da capacitação na perspectiva dos profissionais, sendo apontada a necessidade de novas e contínuas oportunidades de qualificação, como a vivenciada, ampliando-as para profissionais da gestão e demais profissionais da atenção básica.

Quadro 2. Apresentação das categorias, subcategorias e frases temáticas da avaliação da aplicabilidade da capacitação na prática profissional. Município do estado de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013/2014.

Categorias	Subcategorias	Frases Temáticas
Potencialidades da capacitação	A capacitação contribui para ampliar os conhecimentos, que podem ser aplicados na rotina dos serviços	<p><i>Achei muito importante, todos os itens podem ser aplicados no nosso dia a dia de trabalho (P17)</i></p> <p><i>Achei muito aproveitável todo o conteúdo do curso, pois abordaram de uma maneira simples e prática como se usa no dia a dia, pois trabalhamos com a comunidade e usando uma linguagem simples (P35)</i></p> <p><i>Os temas abordados foram muito importantes para somar com nossos conhecimentos profissionais para aplicar na comunidade (P51)</i></p>
	Oportunidade de qualificação profissional continuada e ampliada a todos os profissionais	<p><i>Que possam voltar para dar outros cursos na mesma linha deste, pois é muito importante para nosso dia a dia (P6)</i></p> <p><i>Encontros como esses deveriam ser mais frequentes, pois sanam nossas dúvidas e contribuem para melhora na atenção (P7)</i></p> <p><i>Foi ótimo, pois aprendi muitas coisas. Deve ter mais dessas capacitações para nós ACS (P24)</i></p> <p><i>Necessita-se de participação daqueles que estão acima da equipe, médicos, enfermeiros, gestores (P15)</i></p> <p><i>Gostaria que todo o profissional tivesse a oportunidade de fazer esse curso, pois foi muito bom para mim. Vou procurar fazer na prática tudo o que aprendi. Acho que se fosse de fim de semana, mais profissionais participariam do curso (P16)</i></p>
Dificuldades para aplicabilidade da capacitação na rotina dos serviços	Falta suporte político e organização dos serviços	<p><i>No município (...) pouco investem em pessoas, em capacitações (P14)</i></p> <p><i>Gostaríamos de fazer grupos de tudo o que aprendemos, mas não temos ajuda da prefeitura (P28)</i></p> <p><i>(...) Há também um jogo de empurra-empurra (...) faltam profissionais, equipe sobrecarregada e sem tempo (P14)</i></p>

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza que para a transformação das práticas profissionais, deve-se valorizar os conhecimentos e as experiências dos sujeitos envolvidos no processo educativo, e que isso esteja baseado na reflexão crítica da realidade¹³. Ademais, ressalta que a ação educativa orientada para a transformação das práticas, além dos diversos trabalhadores dos serviços, deve atingir também os gestores técnico-políticos do sistema¹³.

Assim, considera-se que a heterogeneidade do grupo participante, do ponto de vista da formação, inserção em diferentes posições hierárquicas nos serviços de saúde e atribuições na atenção à saúde da criança, ou seja, a participação de enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, aliada ao referencial utilizado, proporcionou

espaço para o desenvolvimento de competências e capacidades específicas que se espera, sejam incorporadas às práticas de trabalho. Além disso, contemplou diretriz da PNEPS destinando-se a múltiplos profissionais do campo da saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, que têm a função de interlocutores entre a equipe de saúde e a população, com atribuições específicas de desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade¹⁴.

Contudo, há que se considerar que a ausência da equipe médica na capacitação e a participação de apenas metade dos auxiliares de enfermagem possam interferir na transformação das práticas coletivas. Soma-se a isto, o fato de não se ter previsto maior participação de gerentes e gestores, que poderiam ser destacados como limitação do estudo.

Ainda nesse âmbito, deve-se considerar que a maioria dos participantes era de nível técnico (auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que podem não ter formação específica para a realização de tais atividades. Vale lembrar, no entanto, que esses profissionais tinham em média, mais de quatro anos de serviço na atenção básica, e de acordo com a PNEPS¹³ a capacitação do profissional e sua qualificação continuada é de responsabilidade dos serviços de saúde, articulados com as instituições de ensino e as esferas de governo. Todavia, salienta-se que esse processo sofre forte influência das condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais que determinam os limites e as possibilidades da aplicabilidade das capacitações¹⁵.

Quanto ao teste de conhecimento, os resultados mostraram que a capacitação em aconselhamento nutricional contribuiu para a aquisição de conhecimentos, evidenciada pelo aumento significativo de acertos no teste aplicado após a capacitação e com incremento expressivo na proporção de profissionais com conhecimento “satisfatório”. Esses resultados reiteram o que se aponta na literatura, quando se avalia conhecimento de profissionais de saúde antes e após intervenções educativas sobre alimentação infantil, com resultados positivos no pós-teste⁵.

Apesar dos avanços observados, deve-se destacar que antes da capacitação, verificou-se menor proporção de acertos nas questões referentes à avaliação nutricional e condutas tomadas após a avaliação, indicando que existe déficit no conhecimento quanto ao manejo clínico nutricional, interpretação dos índices antropométricos e preenchimento das curvas de crescimento. Neste sentido, estudo que avaliou o uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) mostrou que os gráficos de crescimento não são preenchidos pelos profissionais de

saúde¹⁶. Do mesmo modo, revisão que avaliou a integralidade na assistência à saúde da criança evidenciou que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não era realizado em todas as crianças, conforme preconizado¹⁷.

O acompanhamento do crescimento da criança, a promoção da alimentação saudável e a prevenção de distúrbios nutricionais constituem ações básicas para a prevenção da morbimortalidade infantil desde a década de 1980 e permanece como prioridade, pois integra o rol dos sete eixos estratégicos de cuidado da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)¹⁸. Apesar disso, estudo realizado em Pernambuco, em 2008, observou que a desinformação dos profissionais de saúde sobre os cuidados básicos para a realização da vigilância e acompanhamento nutricional das crianças e a inadequação da infra-estrutura dos serviços de saúde, com falta de balanças, infantômetros, CSC e formulários para o acompanhamento do crescimento ainda persistiam¹⁹.

É preocupante constatar que, a despeito das políticas implementadas, a atenção com os aspectos nutricionais não consegue avançar como ocorre em outros programas, como por exemplo, o de imunização. Desde o final do século passado, estudo, que analisou a situação de implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em unidades de referência no interior de Pernambuco já mostrava que imunização e aleitamento materno apresentavam melhores percentuais de implantação, comparado às ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil²⁰.

Ainda na avaliação dos conhecimentos, observou-se que o percentual de profissionais com acertos antes da capacitação foi muito baixo nas questões relativas às técnicas de aconselhamento nutricional e de comunicação. Nesse aspecto, vale destacar que apesar de não terem recebido capacitação específica na temática, antes da capacitação mais de 70% dos profissionais consideravam seus conhecimentos em aconselhamento nutricional como “bom”, sendo que apenas 4% atingiram pontuação “satisfatória”, evidenciando que os participantes superestimavam seus conhecimentos. Isso também foi constatado em médicos de família do Canadá que não apontaram a falta de conhecimento e de habilidade como barreira para a realização de aconselhamento nutricional, apesar da formação insuficiente e falta de qualificação na temática²¹.

Em relação ao aleitamento materno, temática com amplo investimento e capacitações bem consolidadas, pouco mais da metade dos profissionais acertaram a questão que tratava da avaliação da posição do bebê para mamar. Mesmo após a capacitação, o percentual de acertos não apresentou diferença significativa, sequer atingindo dois terços, e esperava-se maior

proporção de acertos nessa questão, pois foi a única capacitação referida por alguns participantes. Contudo, pesquisa semelhante ao presente estudo também observou baixo conhecimento de profissionais de saúde sobre aleitamento materno²².

Nas questões sobre alimentação complementar, similarmente não se observou diferença estatística significativa antes e após a capacitação, mas o percentual de acertos para algumas questões foi bastante superior em ambas as fases, comparada à questão sobre o aleitamento materno.

De forma geral, constatou-se que os profissionais tinham mais conhecimento teórico sobre os aspectos nutricionais do que sobre a prática de seu manejo clínico, pois apresentaram menos conhecimento em relação às habilidades de como fazer a avaliação nutricional, que condutas tomar após a avaliação e como fazer o aconselhamento nutricional utilizando técnicas de comunicação adequadas. Entretanto, há evidências de que a maioria dos profissionais apresenta dificuldade em aplicar o aconselhamento nutricional na prática dos serviços de saúde²³, não reconhecendo seu papel na prestação da assistência²⁴. Sabe-se que, além do conhecimento, é necessário o desenvolvimento de habilidades de comunicação para que o processo de aconselhamento atinja seu objetivo de apoio e encorajamento aos cuidadores no que se refere à alimentação saudável²³.

Há que se considerar que o uso do mesmo teste de conhecimento para diferentes categorias profissionais possa ter influenciado os resultados, porém salienta-se que o teste aplicado replicou o teste da ENPACS, utilizado para capacitar todos os integrantes das equipes de saúde da atenção básica para fortalecer as ações de apoio e promoção da alimentação complementar saudável⁶, e que após a capacitação, o número de acertos foi muito maior em praticamente todas as questões.

Quanto à aplicabilidade da capacitação na atenção à saúde da criança, os profissionais apontaram potencialidades e dificuldades. Ampliação dos conhecimentos e oportunidade de qualificação de todos os profissionais que atuam na atenção à saúde da criança foram apontadas como potencialidades. Com efeito, ações de capacitação profissional são essenciais para fortalecer conhecimentos, práticas e formação para o trabalho em equipe multidisciplinar¹³.

Quanto aos aspectos que dificultam a aplicabilidade dos conhecimentos obtidos com a capacitação, foi apontada a falta de suporte político e de organização dos serviços. Esse resultado reforça a forte influência que as condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais imprimem nas possibilidades de transformação das práticas, indicando que as

capacitações representam apenas uma parte do processo e que modificações de práticas institucionalizadas requerem o envolvimento não apenas dos profissionais dos serviços, mas também daqueles que decidem e coordenam as políticas¹⁵.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que os profissionais não tinham qualificação prévia em alimentação infantil e apresentavam baixo conhecimento quanto à avaliação nutricional e condutas que devem ser tomadas após essa avaliação. Também apresentaram déficits de conhecimento nas questões relativas ao aconselhamento nutricional e às técnicas de comunicação. Antes da capacitação, um quarto dos profissionais apresentava conhecimento insatisfatório ou razoável. A capacitação proporcionou incremento no conhecimento dos profissionais, com maior número de acertos em praticamente todas as questões do teste aplicado, de forma que três quartos passaram a apresentar conhecimento satisfatório. Contudo, vale destacar que a questão sobre aleitamento materno não atingiu dois terços de acertos, mesmo após a capacitação, evidenciando que ainda é necessário investimento nessa temática.

Reitera-se que a implementação de uma capacitação em aconselhamento nutricional, com referencial crítico-reflexivo, é favorável para o desenvolvimento de diálogo e reflexão acerca da transformação das práticas profissionais e contribui para ampliar os conhecimentos, o que reforça a necessidade de maior investimento nas qualificações em serviço. No entanto, na perspectiva dos profissionais, a aplicabilidade dessas práticas na atenção à saúde da criança depende do efetivo envolvimento dos gestores e da reorganização dos serviços, para que de fato favoreçam sua incorporação na rotina dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- 1.Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* [internet]. 2013 [acesso em: 24 jun 2016];382(9890):427-51. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361360937X>
- 2.Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* [internet]. 2015 [acesso em: 21 out 2015];3:e199-205. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext)

3. Alves MN, Muniz LC, V MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2013 [acesso em: 22 jun 2016];18(11):3369-3377. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100026&lng=en.
4. 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 [internet]. 2014 [acesso em: 11 nov 2015];19(2):529-538. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200529&lng=en.
5. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Urassa DP, Yasuoka J, Jimba M. Nutrition training improves health workers' nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. Front Publ Health [internet]. 2013 [acesso em: 11 nov 2015];1(37):2-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3859930/pdf/fpubh-01-00037.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em: 03 mai 2013] 112p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_alimentacao_complementar_saudavel_caderno_tutor.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. [acesso em: 03 mai 2013] 75p. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/images/arquivos/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação saudável para crianças menores de dois anos. Álbum seriado. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 24 jun 2016] 32p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/album_seriado_10_passos.pdf
9. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. [internet]. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997. [acesso em: 20 mai 2013]. Disponível em: http://www.apoesp.org.br/sistema/ck/files/4-20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em: 03 mai 2013] 274p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em: 05 mai 2013] 96p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_9ed.pdf
12. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ªed. Rio de Janeiro-São Paulo: Abrasco-Hucitec; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em: 27 abr 2013] 63p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em: 01 jul 2016] 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

- 15.Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em: 12 dez 2015] 63p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
- 16.Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toryiama ÁTM. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2014 [acesso em: 23 set 2015];48(nspe):59-66. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf
- 17.Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. Rev Enferm UERJ [internet].2012 [acesso em: 23 set 2015];20(nesp1):676-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a21.pdf>
- 18.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130 de 5 de agosto de 2015.Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. [Acesso 20 nov 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
- 19.Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad Saúd Públ [internet]. 2008 [acesso em: 09 ago 2015];24(3):675-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300021>.
- 20.Vidal SA, Frias PG, Marques NM. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. Rev Bras Saúd Mater Infant [internet]. 2001 [acesso em: 09 ago 2015];1(2):129-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200006&lng=en.
- 21.Wynn K, Trudeau JD, Tauton K, Gowans M. Nutrition in primary care: current practices, attitudes and barriers. Can Fam Phys [internet]. 2010 [acesso em: 13 ago 2015];56:e109-16. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/56/3/e109.long>
- 22.Silvestre PK, Carvalhaes MABL, Venâncio SI, Tonete VLP, Parada CMGL. Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2009 [acesso em: 02 ago 2015];17(6):953-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600005&lng=en.
- 23.Chaturvedi A, Nakkeeran N, Doshi M, Patel R, Bhagwat S. Capacity of Frontline ICDS: Functionaries to Support Caregivers on Infant and Young Child Feeding (IYCF). Practices in Gujarat, India. Asia Pac J Clin Nutr [internet]. 2014 [acesso em: 20 set 2015];23S1:s29-s37. Disponível em: <http://www.apjcn.org/update%5Cpdf%5C2014%5C5%5CS29>
- 24.Alcutt C, Sweeney MR. 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 Publ Health [internet] 2010. [acesso em: 23 set 2015];10:1-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868001/pdf/1471-2458-10-201.pdf>

DIFICULDADES NO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS

Palombo, Claudia Nery Teixeira; Fujimori, Elizabeth; Toriyama, Áurea Tamami Minagawa; Duarte, Luciane Simões; Borges, Ana Luiza Vilela. *Manuscrito encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem em outubro/2016.*

RESUMO

Introdução: Aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento são prioritários na assistência à criança, porém ainda não estão plenamente incorporados na atenção básica.

Objetivo: Conhecer as dificuldades para realizar aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, fundamentado no referencial de Donabedian, desenvolvido com 53 profissionais de saúde da atenção básica. Dados foram obtidos por grupos focais e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** As principais dificuldades para o aconselhamento nutricional reuniram-se na categoria ‘percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil’. Para o acompanhamento do crescimento, as categorias ‘problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde’ e ‘manutenção do modelo médico hegemônico’ representaram as principais dificuldades. **Considerações finais:** Além de investimentos na infraestrutura, é imprescindível que capacitações em serviço considerem crenças e experiências dos profissionais, para que, de fato, o aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil sejam incorporados na atenção básica.

Descritores: Nutrição da criança; Cuidado da criança; Enfermagem de atenção primária.

Palabras Clave: Nutrición del niño; Cuidado del niño; Enfermería de atención primaria.

Key words: Child nutrition; Child care; Primary care nursing.

INTRODUÇÃO

No cenário mundial, as mudanças no padrão alimentar são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. A população tem diminuído o consumo de elementos saudáveis como grãos e produtos integrais, feijões e legumes, e tem incluído cada vez mais, produtos processados ou ultraprocessados, ricos em gordura saturada, sódio e carboidratos

refinados¹. Essas mudanças afetam diretamente o perfil nutricional da população com reflexos importantes na saúde da criança, como aumento dos distúrbios nutricionais e suas consequências. Estima-se que o excesso de peso afete 42 milhões de crianças menores de cinco anos no mundo e 156 milhões ainda sofram de desnutrição crônica². No Brasil, o excesso de peso e a desnutrição crônica atingem 7,3% e 7,0% das crianças nessa faixa etária, respectivamente³.

Há evidências exaustivas de que os distúrbios nutricionais na infância se associam a maior mortalidade, doenças infecciosas, prejuízo no crescimento e desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta⁴.

Por essas razões, no âmbito da assistência à saúde da criança na atenção básica, destacam-se o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento – nosso foco neste estudo – justamente porque a detecção precoce de alterações nutricionais possibilita intervenções em tempo hábil e contribui para que a criança tenha oportunidade de desenvolver todo o seu potencial⁵. Sabe-se que a prática alimentar saudável na infância constitui base para se atingir o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento e os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, assumem importante responsabilidade no apoio às práticas maternas, orientando escolhas, preparo e oferta de uma alimentação saudável, oportuna e de acordo com os aspectos culturais da população⁶⁻⁷.

Quanto ao acompanhamento do crescimento infantil, esse tem sido recomendado como eixo principal de cuidado à saúde da criança desde a década de 1970 e se mantém como importante ação para redução da morbimortalidade e promoção da saúde da criança⁵. Além disso, também compõe um dos indicadores de avaliação da qualidade da assistência à criança no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde⁸.

Apesar de se tratarem de procedimentos de baixo custo e facilmente exequíveis nos serviços de saúde, estudos mostram diversos problemas na concretização dessas práticas, tais como, escasso conhecimento e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com o aleitamento materno⁹ e com a alimentação das crianças menores de um ano de idade¹⁰, baixa frequência de registro na CSC¹¹, dificuldades para realização e interpretação das curvas de crescimento¹², além de problemas de infraestrutura dos serviços, que não dispõem de equipamentos mínimos para acompanhar o crescimento, como balanças e antropômetros¹³.

Todos esses problemas levam a crer que o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento infantil ainda não estão plenamente incorporados à prática assistencial. No entanto, não se tem conhecimento da perspectiva dos profissionais da atenção

básica sobre essas questões. Assim, o objetivo do presente estudo é conhecer as dificuldades para realizar aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde da atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, subprojeto de investigação mais ampla, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº 193.468) e Diretoria Municipal de Saúde, que teve como objetivo geral avaliar o efeito de uma capacitação em aconselhamento nutricional sobre as práticas profissionais, nutrição, crescimento e desenvolvimento infantil. O estudo foi conduzido em município de pequeno porte do estado de São Paulo, com população estimada de 48 mil habitantes e rede de atenção básica constituída por 12 unidades de saúde, sendo oito unidades básicas tradicionais, três unidades com Estratégia Saúde da Família e uma unidade mista.

Todos os profissionais de saúde da atenção básica foram convidados e autorizados a participar da capacitação em aconselhamento nutricional, realizada no período de setembro/2013 a fevereiro/2014, em quatro oficinas com carga horária de 16h distribuída em dois dias não consecutivos. Os temas abordados foram: dez passos para alimentação saudável para crianças menores de dois anos, técnicas de comunicação para o aconselhamento nutricional, avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, principais distúrbios nutricionais na infância e uso da Caderneta de Saúde da Criança. O cronograma das oficinas foi organizado pela Diretoria Municipal de Saúde, de acordo com a conveniência dos serviços para que todos os 83 profissionais (13 médicos, 12 enfermeiros, 26 auxiliares/técnicos de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde – ACS) pudessem participar, sem prejuízo aos atendimentos nas unidades de saúde. Apesar disso, nem todos participaram, de forma que cada oficina reuniu em média 13 participantes, sendo uma formada por 11 enfermeiros e as outras três, compostas por 14 auxiliares/técnicos de enfermagem (AE) e 28 ACS, que totalizaram 53 profissionais (64% do total de profissionais vinculados à atenção básica do município). Os ACS foram incluídos por fazerem parte das equipes de saúde da atenção básica e por sua importante atuação na promoção da saúde da criança, especialmente na recomendação de práticas alimentares adequadas e saudáveis⁶⁻⁷. Não houve participação dos médicos, justificada por impossibilidade de organização da agenda.

Os profissionais foram informados que a capacitação integrava uma pesquisa e que a recusa em participar não prejudicaria sua participação nas oficinas. Após exposição dos

objetivos do estudo e esclarecimentos, não houve recusas e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados do presente estudo foram coletados por meio de grupos focais, técnica que permite captar a percepção dos sujeitos sobre determinado assunto, em sessões com grupos de 5 a 15 participantes, com um moderador que introduz os temas para que o grupo exponha ideias e opiniões. Obtém-se, assim, um aprofundamento dos conteúdos, com respostas diversificadas e riqueza de detalhes e informações¹⁴.

Ao final de cada período (manhã e tarde) dos dias de capacitação, foram realizados os grupos focais, no total de 16, com duração aproximada de 90 minutos e gravados na íntegra. Os participantes eram convidados a discorrer sobre suas experiências na rotina dos serviços, a partir da seguinte questão norteadora, que tinha desdobramentos para cada tema abordado na capacitação: “Quais dificuldades vocês enfrentam na rotina dos serviços para realizar o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento na assistência à criança?”

Os dados obtidos foram transcritos, organizados com apoio do software webQDA e submetidos à análise de conteúdo, realizada por meio de leitura exaustiva do material em busca de núcleos de sentido para identificação de categorias e subcategorias empíricas¹⁵. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelas letras E (Enfermeiro), AE (Auxiliar/Técnico de Enfermagem) e ACS (Agente Comunitário de Saúde), seguidas de números de 1 a 53. Para auxiliar a análise dos dados, utilizou-se a técnica ‘nuvem de palavras’ (*tag cloud*), que permite a construção de uma imagem composta por palavras em tamanhos diferentes, organizadas do centro para o entorno, de acordo com a frequência com que aparecem no texto analisado. A figura possibilita uma validação gráfica dos resultados da análise de conteúdo e pode ser facilmente executada por meio de sítios da internet, como o Tagul, utilizado neste estudo (<https://tagul.com>).

A análise dos dados fundamentou-se no referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian, que tem como base a tríade: *Estrutura*, *Processo* e *Resultado*. *Estrutura* relaciona-se às condições e recursos físicos, humanos e organizacionais nas quais se estabelece o cuidado à saúde, o que inclui instalações, equipamentos, financiamento e mão-de-obra qualificada; *Processo* refere-se à inter-relação entre o prestador e o receptor do cuidado e envolve toda a dinâmica do cuidado à saúde; e, *Resultado* é o produto final da assistência¹⁶.

RESULTADOS

Os 53 profissionais de saúde participantes do estudo eram do sexo feminino, tinham de 25 a 58 anos e trabalhavam na atenção básica há 4,5 anos, em média. Apenas dois participantes referiram ter recebido alguma capacitação em serviço sobre alimentação infantil.

O Quadro 1 apresenta os componentes *Processo* e *Estrutura* de acordo com as categorias e as subcategorias extraídas da análise de conteúdo. O componente *Resultado* não foi identificado nas análises.

Quadro 1. Componentes de avaliação, categorias e subcategorias de análise de conteúdo a partir dos grupos focais. Município de pequeno porte do estado de São Paulo, Brasil, 2013-2014.

Componente de avaliação*	Categorias	Subcategorias
<i>Dificuldades para realizar o Aconselhamento nutricional</i>		
Processo	Percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil	Condições sociais, econômicas e culturais da população Trabalho materno fora do lar Consumo de alimentos industrializados Experiências pessoais com alimentação infantil
<i>Dificuldades para acompanhar o crescimento infantil</i>		
Estrutura	Problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde	Inadequação da estrutura física dos serviços Falta de equipamentos e impressos para o atendimento da população Conflitos entre mães e profissionais relacionado à organização/funcionamento da unidade de saúde
Estrutura e Processo	Manutenção do modelo médico hegemônico	Valorização da assistência médica Desvalorização da Enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde

* De acordo com o referencial de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian, que tem como base a tríade: *Estrutura*, *Processo* e *Resultado*¹⁶

No que se a refere às dificuldades para a realização do aconselhamento nutricional, a análise de conteúdo evidenciou a categoria ‘Percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil’ que se relaciona ao componente *Processo*. Para a realização do acompanhamento do crescimento, destacaram-se as categorias ‘Problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde’ – componente *Estrutura*, e ‘Manutenção do modelo médico hegemônico’, que se relaciona aos componentes *Estrutura* e *Processo*.

Percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil

Nessa categoria, as profissionais apontaram que as dificuldades para realizar o aconselhamento nutricional referem-se às condições sociais, econômicas e culturais da população, especialmente quanto ao trabalho materno fora do lar e o consumo de alimentos industrializados. Além disso, as próprias experiências pessoais com a alimentação infantil

também foram destacadas como intervenientes em tal prática. Esses temas agregam elementos constitutivos da inter-relação entre o prestador e o receptor de cuidados e, portanto, referem-se ao componente *Processo*.

Os excertos abaixo mostram que, na perspectiva das profissionais, as precárias condições socioeconômicas comprometem a aquisição e diversificação de alimentos nas famílias, e também constitui fator limitante para a promoção da saúde da criança:

Onde eu trabalho, não é que as pessoas não comem, elas se alimentam mal, têm dificuldade pra ter os alimentos (...). Tem o arroz, feijão, mas a diversificação é muito pouca (...). Tem as farinhas fortificadas, mas grande parte da população não tem acesso a esses produtos, não são produtos de cesta básica, então acho que esse fator é bem forte nas famílias (E2).

[sobre a alta prevalência da anemia entre as crianças] É que tem muita mãe que tá dando Sulfato Ferroso, mas a alimentação é difícil dentro de casa, a mãe não dá a comida que precisa, a gente tenta fazer, mas não depende só da gente (ACS47).

A inserção da mulher no mercado de trabalho é percebida pelas profissionais como um aspecto negativo para o cuidado com a alimentação dos filhos, pois as mães que trabalham fora de casa precisam buscar alimentos práticos, de fácil manuseio e rápido preparo:

É por causa das mães trabalharem fora, é muito mais fácil chegar em casa e dar um lanche do que você lavar um legume, refogar esses legumes, esperar ele cozinhar (...) (ACS29).

As crianças comem muita bobeira, e não é só falta de condições de comprar comida, mas a correria das mães que trabalham, então às vezes as crianças passam o dia só no leite (AE 22).

Na percepção das profissionais de saúde, os alimentos industrializados não nutritivos, tais como salgadinhos de pacote, doces e refrigerantes, são alimentos de baixo custo, fácil acesso e alta praticidade, e tem grande aceitação pelas crianças, o que facilita e contribui para o consumo excessivo desses produtos:

(...) esses salgadinhos mais baratos então, que parece um isopor, a população tem acesso e mata a fome (...) é prático, em qualquer lugar tem um carrinho, um bar, no supermercado (E7).

Eu acho assim, o salgadinho é muito disponível, barato, infelizmente toda criança adora. Põe um pacote de salgadinho e um prato de comida na frente da criança, eles vão no salgadinho (E1).

Para as profissionais, a escolha e oferta de alimentos para as crianças não é apenas uma questão econômica, envolve também os costumes familiares, além da dificuldade em lidar com a recusa alimentar da criança. Na percepção delas, os pais oferecem alimentos de mais fácil aceitação pela criança e diante disso, o profissional se sente impotente:

(...) não é questão financeira, não é que não tem orientação, porque eu mesma falo que não pode ficar dando bala, pirulito, salgadinho, mas não adianta a gente falar (E3).

(...) eu oriento a mãe da maneira técnica, mas eu não concordo, porque eu criei as minhas filhas de forma diferente, da forma antiga, como minha mãe, minha vó criou a gente, e elas são saudáveis, então eu acho que é muita cobrança para as mães e aí é que a gente acaba afastando elas, eu faço a orientação do jeito que tem que ser, mas eu não concordo (ACS 43).

Nessa categoria, as palavras evidenciadas pela “nuvem de palavras” foram: ‘Crenças’, ‘Crendices’, ‘Não concordo’ e ‘Valores’ (Figura 1).

Figura 1. Nuvem de palavras da categoria ‘Percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil’.

Problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde

Como aspectos que dificultam o acompanhamento do crescimento da criança, as profissionais relataram inadequação da estrutura física dos serviços, falta de equipamentos e

impressos para o atendimento da população e conflitos entre mães e profissionais relacionados à organização/funcionamento da unidade de saúde, os quais se referem ao componente *Estrutura*.

A falta de espaço físico para realizar a assistência adequada, a falta de materiais e equipamentos obsoletos, tais como balanças pediátricas, são exemplos da inadequação estrutural dos serviços de saúde, como mostram os excertos abaixo:

(...) na minha Unidade a gente só tem uma sala pra fazer tudo (...) e aí tem mães que moram na fazenda a uns 30km do posto, então elas chegam lá e se eu acabei de fazer um curativo não posso fazer outro procedimento (...) (AE14).

Na minha unidade o recurso [a balança] é muito ruim, então não tem como deixar na sala [consultório], ainda não é aquela balança digital, leva 5 minutos para pesar uma criança (...) (E5).

A falta de impressos e outros instrumentos para registro do acompanhamento da saúde da criança nas unidades de saúde também foi apontada como problema. Destaca-se a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que além de faltar nas unidades, na percepção das profissionais, as mães não a reconhecem como sendo importante para a saúde de seus filhos e não cuidam adequadamente desse instrumento:

(...) tem criança que não faz a vacina no hospital, daí a criança vem fazer a primeira vacina no posto e eu não tenho essa carteirinha (E7).

(...) não é toda consulta que a mãe traz [a CSC], a mãe perde a carteirinha (...) (E2).

Outra dificuldade é a condição organizacional dos serviços, que provoca conflitos entre mães e profissionais, especialmente quanto aos horários de atendimento à população. Para as profissionais, as mães não respeitam as normas de funcionamento das unidades de saúde e querem um atendimento imediato, como exemplificado pelos excertos abaixo:

A mãe fala: ‘olha, eu tenho que entrar uma hora no trabalho, tem como você atender agora?’ Porque ela chegou lá quer ser exclusiva, a primeira a ser atendida, tem outras pessoas aguardando (...) (AE15).

É exatamente assim, lá onde eu trabalho por ser difícil o acesso, elas vão justamente no horário do seu almoço só que se você abre exceção pra uma, você tem que abrir pra todas e aí vira obrigação, todos os dias, sempre. É complicado! Por mais que você orienta, por mais que tenha cartazes com horário (...) (AE14).

A Figura 2, que apresenta a imagem gerada pela técnica nuvem de palavras, corrobora o resultado da análise de conteúdo referente a essa categoria, com destaque para as palavras ‘Problema’, ‘Estrutura’, ‘Unidade’.

Figura 2. Nuvem de palavras da categoria ‘Problemas de infraestrutura e funcionamento dos serviços de saúde’.

Manutenção do modelo médico hegemônico

Nessa categoria, há valorização da assistência médica e desvalorização da Enfermagem e dos ACS pela população, que se vincula ao componente *Processo*. A valorização e a desvalorização ocorrem também entre os próprios profissionais e, por se referirem aos recursos humanos e organizacionais em que se estabelece o cuidado à saúde, integram o componente *Estrutura*.

Os excertos abaixo mostram que, na perspectiva das profissionais, a população reconhece apenas o médico como profissional capaz de cuidar da sua saúde:

Eu tive uma experiência com uma gestante ontem, eu expliquei pra ela a alimentação que ela tem que ter, os cuidados com gestação, daí ela falou pra mim assim: ‘tudo bem, agora eu vou passar com o médico e vê o que ele me fala, porque você tá me falando um monte de coisas e ele sempre me diz que tá tudo bem’(…) foi um balde de água fria (AE 19).

As ACS também não se sentem reconhecidas e valorizadas pela população, pois durante as visitas domiciliares, percebem resistência das mães, inclusive para consultar a CSC:

Ah, nós pedimos toda vez pra olhar a carteirinha [CSC], só que elas falam que perderam, que tá guardado e não acham, que não têm tempo de procurar na hora (ACS 32).

Daí as mães falam: ‘ah, eu não tenho tempo de procurar agora, estou ocupada, não quero mostrar [a CSC], não sou obrigada (...) você não é enfermeira, então não precisa ver’(...) (ACS30).

Pelos excertos abaixo, percebe-se que a consulta de acompanhamento da criança está centrada no médico, e à enfermagem cabe apenas pesar e medir a criança:

Eu nem uso esses impressos [gráficos de crescimento do prontuário], nem sabia onde ficavam, a médica tranca dentro do armário (...) (E7).

(...) na minha unidade a pediatra quer que a gente pese e meça a criança (...) mas a balancinha nem fica com a gente, fica lá no consultório dela. (E4).

As enfermeiras também não valorizam a importância de suas condutas, atribuindo ao médico o ‘poder’ e a responsabilidade pela avaliação do crescimento:

(...) eu por exemplo olho se ‘cresceu’ ou ‘não cresceu’ [falando com a mãe]. Às vezes a mãe fala assim: ‘nossa, não cresceu?’ daí eu: ‘mas ganhou peso’ (...) então, não necessariamente vai crescer todo mês. Isso na parte da enfermagem, mas daí, dentro do consultório [médico], eu espero que seja feita uma avaliação (E2).

Eu gosto de anotar na CSC, mas eu tenho medo de a médica não ver na consulta (E5).

(...) e o médico não vai anotar nos dois lugares, por isso a gente anota no prontuário (E3).

A técnica nuvem de palavras ratificou a análise dessa categoria evidenciando as palavras ‘Médico’, ‘Saúde’, ‘Criança’, ‘Poder’, conforme apresenta a Figura 3.

Figura 3. Nuvem de palavras da categoria ‘Manutenção do modelo médico hegemônico’.

DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades para realizar o aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde da atenção básica. Os resultados mostram que as principais dificuldades no aconselhamento nutricional se referem às percepções e crenças relacionadas à alimentação infantil e para o acompanhamento do crescimento, as dificuldades se concentram nos problemas de infraestrutura e organização dos serviços de saúde, além da manutenção do modelo médico hegemônico.

Com base no referencial de Donabedian¹⁶, esses resultados relacionam-se aos componentes *Processo* e *Estrutura*, da mesma forma que encontrado em estudo realizado com médicos do Distrito Federal que, ao avaliar as barreiras para a promoção da alimentação saudável na prática profissional, também evidenciou a relevância dos aspectos socioculturais da população, infraestrutura inadequada dos serviços de saúde e falta de capacitação dos profissionais¹⁷.

Constatou-se que as condições sociais, econômicas e culturais da população, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o uso de alimentos ultraprocessados dificultam o aconselhamento nutricional e geram uma sensação de impotência nas profissionais. Para as profissionais, as famílias não têm poder aquisitivo para comprar alimentos diversificados e oferecem às crianças uma alimentação monótona, em sua maioria, com alimentos da cesta básica. Ao mesmo tempo, revelam que o consumo de alimentos ultraprocessados é generalizado, pela praticidade, fácil aceitação das crianças e baixo custo. De fato, no Brasil, estudo mostra que esses aspectos justificam a opção das famílias por tais alimentos, inclusive nas camadas mais pobres da população, com redução do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados¹⁸.

Ademais, a má alimentação e o consumo de alimentos ultraprocessados têm sido responsáveis pelo aumento do excesso de peso em todas as faixas etárias¹, bem como das doenças crônicas a ela associadas, com importante impacto na saúde da população¹⁹, o que confirma a importância do aconselhamento nutricional, especialmente nos primeiros anos de vida.

Por outro lado, a possibilidade de melhoria no poder aquisitivo das famílias com a inserção da mulher no mercado de trabalho, interfere negativamente na alimentação das crianças, na perspectiva das profissionais, pois as mães passam a comprar alimentos prontos para o consumo, de mais fácil e rápido preparo. São incipientes os estudos que exploram a associação específica do trabalho materno fora do lar com o crescimento ou práticas de

alimentação infantil, possivelmente pela diversidade de fatores envolvidos, tais como a escolaridade materna, o tipo e o vínculo com o trabalho, o tempo gasto em transporte, tempo em que a mãe fica fora do lar, entre outros. No entanto, estudo que avaliou associação entre a prática do aleitamento materno exclusivo e as características maternas identificou associação negativa com o trabalho fora do lar, evidenciada pela menor prevalência de aleitamento materno exclusivo entre essas mães²⁰. Na Índia, estudo qualitativo realizado com mulheres trabalhadoras destacou que, na perspectiva das mães, o trabalho fora do lar compromete os cuidados com a alimentação dos filhos²¹.

Além da questão econômica, as profissionais salientaram aspectos culturais e costumes familiares como outra dificuldade para lidar com a alimentação das crianças. De fato, os pais influenciam a formação dos hábitos alimentares das crianças pequenas, tanto pela genética, quanto pela exposição aos sabores e texturas, vinculadas às características culturais²². Além disso, os pais são os responsáveis pela provisão dos alimentos e sofrem influência da percepção que têm do estado nutricional do filho. Nesse âmbito, destaca-se que em nosso meio, as mães têm dificuldade para reconhecer o estado nutricional do filho, especialmente daqueles com excesso de peso, subestimando-o²³, de forma que podem estimular maior consumo de alimentos.

Ainda sobre as percepções e as crenças das profissionais relacionadas à alimentação infantil, é importante destacar que embora não concordem com algumas recomendações, as profissionais afirmam que suas experiências e crenças não influenciam suas práticas no aconselhamento nutricional. Percebe-se assim que há um conflito entre a experiência de vida e o conhecimento científico, sendo possível que a primeira prevaleça. Estudo qualitativo desenvolvido com médicos e enfermeiros sobre as dificuldades encontradas na abordagem dos problemas alimentares também identificou conflitos entre o conhecimento teórico e a prática vivencial dos profissionais²⁴. No entanto, deve-se considerar que as questões relativas à alimentação envolvem memórias e despertam diferentes sentimentos e, talvez por isso, dificilmente em nosso meio esses aspectos são explorados.

Quanto às dificuldades no acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva das profissionais, as precárias condições de instalações, falta de equipamentos e inclusive de impressos, foi apontada como um problema recorrente dos serviços de saúde. Surpreendentemente, estudo realizado há 10 anos em 41 municípios de sete Estados das Regiões Nordeste e Sul do país, já constatava precariedade e improvisação da estrutura física das unidades de saúde¹³, o que parece ser uma realidade até os dias atuais.

É difícil quantificar a influência ou contribuição exata do componente *Estrutura* na qualidade final da assistência prestada, mas há evidência de que a qualidade da assistência é melhor quando a *Estrutura* é mais adequada¹⁶. Nesse âmbito, estudo que avaliou a percepção de 397 enfermeiras canadenses sobre a qualidade do cuidado e a satisfação profissional, mostrou que ambientes de trabalho com estrutura adequada relacionam-se diretamente com a satisfação do profissional no serviço de saúde, a qual favorece a qualidade da assistência²⁵. Assim, para se obter melhorias no acompanhamento do crescimento, investimentos na infraestrutura básica dos serviços devem ser considerados.

Outro aspecto revelado pelas profissionais como dificuldade para o acompanhamento do crescimento referiu-se à falta da CSC, embora o preenchimento e a utilização desse instrumento não ocorram de forma adequada, especialmente em relação aos gráficos de crescimento e desenvolvimento¹¹. Ademais, na percepção das profissionais, as mães não usam a CSC e não a valorizam, talvez da mesma forma que as próprias profissionais, o que pode acarretar falhas importantes no acompanhamento do crescimento infantil e dificultar a detecção precoce de problemas facilmente evitáveis.

Os resultados também mostram descontentamento e situações de conflito entre mães e profissionais decorrentes da organização e funcionamento dos serviços de saúde, especialmente no que se refere à pressão por atendimento imediato. Tal insatisfação com os fluxos de atendimento e relações conflituosas entre profissionais e usuários dos serviços representa condição recorrente e de difícil solução, como constatado em revisão sistemática de estudos qualitativos que analisou as práticas de humanização na atenção básica²⁶.

A valorização do médico, em detrimento dos outros membros da equipe, como enfermeiros e ACS, destacou-se nos grupos focais como outra dificuldade no que concerne ao aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento. De fato, o modelo hegemônico, com a centralidade na prática médica, não valoriza e não reconhece o núcleo de competências do enfermeiro e sua autonomia no cuidar, o que distancia esse profissional do processo de produção em saúde²⁷. Contudo, constatou-se que a sustentação desse modelo também é mantida pelas próprias profissionais, que o reforçam quando não conseguem tomar decisões clínicas e não tomam para si a responsabilidade do cuidado dentro de suas atribuições legais. É possível que tal comportamento seja resquício do desenvolvimento histórico que caracterizou a enfermagem como prática submissa²⁸. Vale destacar que nenhum médico participou da capacitação, embora os gestores tenham organizado os cronogramas para que todos participassem.

Em relação aos ACS, agrega-se o fato de que por residirem no mesmo território, esses profissionais sofrem constrangimentos e resistência da população no desempenho de suas atividades²⁹. Além disso, há evidência de que, apesar de serem elo entre a comunidade e o serviço de saúde, os próprios ACS não reconhecem sua importância, o que prejudica e limita suas ações³⁰. Entretanto, o cuidado integral da saúde da criança exige atenção de todos os profissionais, cada qual em sua missão, com agir compartilhado, para compreender as características peculiares do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Considerando que o aconselhamento nutricional envolve o contexto social e individual das famílias, conhecer as dificuldades apenas na perspectiva dos profissionais pode ser uma limitação deste estudo. No entanto, sinalizam a necessidade da realização de futuros estudos que avaliem a perspectiva dos múltiplos atores sociais implicados nesse processo, tais como gestores, médicos, nutricionistas e as próprias mães/cuidadores/familiares.

Ademais, visto que os pais determinam as práticas alimentares dos filhos, é imprescindível intervir para que a família tenha hábitos saudáveis de alimentação e a criança possa atingir seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento. Nesse quesito, o enfermeiro deve assumir seu papel de orientar e apoiar as mães e familiares na adoção de práticas alimentares mais saudáveis.

Em síntese, os resultados obtidos evidenciam que, para a efetiva incorporação do aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil na rotina dos serviços da atenção básica, e assim, melhoria na atenção integral à saúde da criança, os investimentos devem ser direcionados ao componente *Estrutura*. No entanto, é imprescindível que as capacitações em serviço tenham uma abordagem crítica e reflexiva sobre a prática dos profissionais de saúde e sobretudo, considerem suas crenças e experiências pessoais, pois profissionais qualificados somados à estrutura adequada dos serviços resultam em melhoria no *Processo*, ou seja, na dinâmica do cuidado à saúde, e consequentemente, nos *Resultados*: a saúde da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que as dificuldades para o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento referem-se às suas percepções e crenças dos profissionais da atenção básica quanto às práticas alimentares da população e suas próprias experiências com alimentação infantil; além de problemas na infraestrutura e funcionamento dos serviços, e manutenção do modelo médico hegemônico.

REFERÊNCIAS

1. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. The global nutrition transition: The pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev.* 2012;70(1):3-21.
2. UNICEF/WHO/World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition. [internet] WHO: Geneva, 2016. [Acesso em: 31 maio 2016]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/jointchildmalnutrition_2016_estimates.pdf
3. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet.* 2008;371:340-70.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015a. [citado em 20 de março de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 33 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
9. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(3):355-62.
10. Alves TD, Pereira GA, Bonfim SFSF, Javorski M, Vasconcelos MGL, Leal LP. Prática dos enfermeiros no manejo da alimentação de crianças menores de um ano de idade. *Rev enferm UFPE.* 2011;5(spe):2651-9.
11. Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):97-105.
12. Abreu T, Viana L, Cunha C. Challenges in utilization of Child Health Booklet: between real and ideal. *JMPHC.* 2012;3(2):80-3.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006;11(3):669-81.
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ªed. Rio de Janeiro-São Paulo: Abrasco-Hucitec; 2000.

16. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nurs Stand.* 1992;7(11 Suppl QA):4-5.
17. Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barriers to the promotion of healthy eating perceived by doctors. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(3):260-5.
18. Martins APB, Levy RB, Claro FM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). *Rev. Saúde Públ.* 2013;47(4):656-65.
19. Otto MCO, Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S, Singh G, et al. The Impact of Dietary and Metabolic Risk Factors on Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes Mortality in Brazil. *PLoS ONE.* 2016;11(3):e0151503.
20. Damião JJ. Influence of mothers' schooling and work on the practice of exclusive breastfeeding. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(3): 442-52.
21. Nair M, Ariana P, Webster P. Impact of mothers' employment on infant feeding and care: a qualitative study of the experiences of mothers employed through the Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act. *BMJ Open.* 2014;4:e004434.
22. Harris G. Development of taste and food preferences in children. *Clinical Nutr Metabolic Care.* 2008;11(3):315-9.
23. Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM, Palombo CNT, Borges ALV, Kurihayashi AY. Brazilian Maternal Weight Perception and Satisfaction with Toddler Body Size: A Study in Primary Health Care. *J Ped Nursing.* 2016;31:1-8.
24. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutrição.* 1999;12(3):261-72.
25. Laschinger HKS, Zhu J, Read E. New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *J Nurs Manag.* 2016;1-10.
26. Nora CRD, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Públ.* 2013;47(6):1186-200.
27. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2672.
28. Andrade AC. Nursing is no longer a submissive profession. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(16):96-8.
29. Jardim TA, Lancman S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. *Interface.* 2009;13(28):123-35.
30. Santos CW, Farias Filho MC. Community Health Workers: a perspective of the social capital. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016;21(5):1659-67.

DOES TRAINING IN NUTRITIONAL COUNSELING TO PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS IMPROVE MATERNAL FEEDING PRACTICES, NUTRITIONAL STATUS AND CHILD GROWTH MONITORING?

Palombo, Claudia Nery Teixeira; Fujimori, Elizabeth; Toriyama, Áurea Tamami Minagawa; Kurihayashi, Aline Yukari; Ramos, Clariana Vitória; Santos, Osmara; Castro, Natália Nascimento; Borges, Ana Luiza Vilela. *Manuscrito a ser encaminhado (em revisão)*.

ABSTRACT

Background: Evidence of randomized controlled trials suggests that training in nutritional counseling has a positive effect on primary health care professional practices and nutritional status of children. However, the question remains whether those results can be translated into real-world of setting. **Objective:** To evaluate maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring before and after training in nutritional counseling to primary health care professional in the real-world of setting. **Method:** We conducted a before-and-after interventional study, using repeated cross-sectional panels, developed in a small city of the state of São Paulo, Brazil. The study carried out with children enrolled in primary health care centers. We evaluated 93 children before intervention and 140 children, after, allocated into two age groups: 15-23 and 24-30 months. The intervention was a training in nutritional counseling for primary health care professionals of the municipality. The mothers were interviewed about feeding practices of their children and receiving guidance by health practitioners. Weight, length/height and hemoglobin level of the child were measured and child growth charts were checked. **Results:** After the training, breastfeeding increased, and ultra-processed food consumption decreased among children of age group 15-23 months. There was no difference of nutritional status among children assessed before and after intervention. There was no improvement in filling the child growth charts and we identified lower proportion of mothers that received growth and child nutritional guidance. **Conclusions:** In the real-world of setting, training of primary health care professionals can lead to positive results in maternal feeding practices, but might not be enough to make changes in their practices and improve the nutritional status of children.

Descriptors: Professional Practice, Child Nutrition, Child Health, Primary Health Care, Nursing in Primary Health Care.

INTRODUCTION

The world has seen changes in children-feeding practices and nutritional status with drastic consequences on infant overweight involving 42 million of the children under five years old in the world. On the other side of the spectrum, undernutrition remains alarming with 50 million of the children with wasting and 156 million of the stunting children, affecting especially lower-middle income countries (Unicef/WHO/World Bank 2016).

Early detection of malnutrition is major challenge to primary health care professionals since it allows rapid and effective interventions to promote children's healthy growth and development. This can be done by growth and development monitoring and nutritional counseling during the many opportunities of contact between primary health care professionals and the families, such as home visiting, educational groups, immunization, childcare medical and nursing consultation.

Mothers are often closely involved in their own children nutrition and their feeding practices can be improved by nutritional counseling provided by health professionals. Indeed, studies comprising low-income and middle-income countries show that nutritional counseling has a positive impact in exclusive breastfeeding (Kimani-Murage et al 2016, Agbozo et al 2015), optimum timing complementary feeding (Agbozo et al 2015), improve parental feeding practices (Vitolo et al 2010, 2014) and anthropometric indicators of children (Santos 2001, Zaman 2008, El-Sayed 2013, Agbozo 2015).

Therefore, based on positive results all these randomized controlled trials, training of primary health care professionals in nutritional counseling has been highly recommended as an effective approach to improve parental feeding practices and lead to the enhancement of children's nutrition status and growth (Nguyen et al 2013, Sunguya et al 2013). Although, they are difficult to replicate considering the changes and limitations that involve the development these complex evaluations of randomized controlled trials in the primary health care centers routine (Glaslow et al 2003).

Thus, studying everyday clinical practices adopted by the health professionals of 12 primary health care centers, we examined whether, training improves the nutritional counseling carried out by health practitioners on maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring.

METHOD

Study design

This is an intervention study, before-and-after, using repeated cross-sectional panels. It was part of a wider research, that aimed to evaluate the effect of nutritional counseling on feeding practices and nutritional status and development of children under three years old enrolled in primary health care centers.

Study population, sample and exclusion criteria

The study was developed in a small city of the state of São Paulo, Brazil, with about 48 thousand habitants. The public primary health care network included 13 physicians, 12 nurses, 26 nursing assistants and 32 community health workers (CHW), distributed in all 12 primary health care centers of municipality.

Convenience sample of children aged from 15 to 30 months which participated of the wider study were selected: 93 children before of the training in nutrition counseling and 140 children, after.

We excluded twins, or that one with any neurological, metabolic problems, special health care needs or with sickle cell anaemia, the most likely changes in nutritional status.

Data collection

The data collection occurred in the primary health care centers of municipality. Before intervention, it was occurred from February to April 2013, and after, from June to August 2014. Nurses and graduate nursing students, properly trained, performed it.

The mothers were interviewed through a questionnaire developed by the researchers and pretested. It included information of children's characteristics (age, sex, birth weight, attend daycare centers, take a vitamin supplement or Ferrous Sulfate), family's characteristics (family income, number of members family, maternal age, educational and work), and children's dietary consumption (24 hours dietary recall). The questionnaire also contained information about health professional guidance of growth and child eating for the mothers.

For the anthropometric measures, children under two years of age were weighed while undressed using a digital scale, and length was measured using a mobile stadiometer. Children older than two years of age were weighed and measured while dressed in light clothing using a digital column scale with a stadiometer. The weight was measured to the nearest 0.1 kilogram (kg), and length and height were measured to the nearest 0.1 centimeter (cm) (WHO 1995).

Blood samples were obtained by the fingerstick method: capillary blood was drawn from the tip of the left middle finger and the second drop was collected with a 10- μ l micropipette. Hb measurements were performed immediately with an Agabe® (Exa-m, Brazil) portable hemoglobinometer. This device uses photometric cyanmethemoglobin estimation to determine Hb levels and allows single-step measurement, providing an immediate reading.

In sequence, the child growth charts of the ‘Child Health Handbook’ were checked. It is a document developed by the Health Ministry of Brazil, delivered in the maternity for mothers containing data children's health from birth and follow-up data such as vaccination, child development, weight, height/length, vitamins and others (Brasil 2013). It is used by health professionals in Brazil and must be completed every childcare consultation.

Intervention

The intervention consisted of a training in nutritional counseling for two thirds primary health care professionals of the municipality (11 nurses, 14 nurses assistants and 28 CHW). We performed four groups of training with at least 16 hours for each group, developed from September/2013 to February/2014.

The topics included: the identification of the child nutritional problems; evaluation of the growth with appropriate registered in the growth charts; healthy child nutrition and communication skills. The approach of subjects respected the work of different professionals in the practice of nutritional counseling into routine primary health care centers (Figure 1).

Figure 1. Diagram of the study of development before and after intervention.

Outcomes

The following outcomes were assessed before and after training: maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring by primary health care professionals.

The maternal feeding practices were assessed by applying 24 hours dietary recall. The markers of dietary intake of the National Surveillance System for Food and Nutrition (Brazil 2015) were used to identify the food groups (milk, fruit, cooked food home, vegetables, meats, beans and ultra-processed food). Consumption of ultra-processed food was defined, as consumption on the day of at least one of the following foods: sweetened beverages (soda, processed juice, powder juice, coconut water in box, guarana syrup/blackcurrant, fruit juice with added sugar), instant noodles, snacks, crackers, sandwich cookies or sweets like candies, lollipops, chewing gum, caramel, gelatin and their daily consumption (yes or no), presence of meals (yes or no) and to watch television during meals (yes or no).

The nutritional status was assessed by body mass index (BMI) for age and anaemia. The children's BMI-for-age z score were categorized as underweight (accentuated thinness < -3 z score and thinness < -2 e ≥ -3 z score); adequate weight (≤ 1 e ≥ 2 z score); at risk for overweight (≤ 2 e > 1 z score) and overweight (≤ 3 e ≥ 2 z score); and, obesity (> 3 z score) (WHO 2006). However, the child's actual weight status was grouped into the following two categories: underweight+adequate weight (because underweight accounted for just 1.7% of all children assessed) and overweight (risk for overweight + overweight + obesity). Cutoff points for diagnosis of anaemia were set at circulating Hb values $< 11\text{mg/dL}$, as recommended by WHO (2001). Children with a diagnosis of anaemia were referred to local primary health care center.

The child growth monitoring were assessed by filling child weight and length/height charts (complete or incomplete/not set); and whether mothers received health professional guidance regarding children's growth and eating practices (yes/sometimes or no).

All of these results were analyzed in terms of "real world" which considers the clinical practice run through many influences of routine services (Glaslow et al 2003). Thus, we consider the results regardless of the children studied had received assistance of professional trained.

Statistical Analysis

The database was created in Epi Info version 3.5.1 software and confronted by double entry to check the accuracy of data entry. The Anthro software, version 3.2.2 of the World Health Organization (WHO 2011) was used for the analysis of BMI-for-age z-score.

The continuous data were described using simple frequency distribution, averages and their standard deviation. The comparison of outcomes before and after the intervention was investigated by the chi-square test of Pearson and Fisher's exact test, with significance level of 5%. We used mixed-effects logistic regression models and we created the variable 'social conditions' (if the family had water, electricity and sewerage in their houses) for adjusted the outcome variables.

The presentation of the data was stratified by age into two groups: children from 15 to 23 months and children aged from 24 to 30 months. It was carried out because at 24 months the evaluation of child growth monitoring and eating habits changes

Ethical aspects

The study was approved by the Research Ethics Committee (Process No. 193468), authorized by Health Directors of the municipality and all mothers signed the Informed Consent Form.

RESULTS

Table 1 describes the characteristics of the children and their families before and after the training in nutritional counseling to the primary health care professionals studied. The results were stratified according to the children's age group (15-23 and 24-30 months). Most of the demographic characteristics did not show significant differences in each age group, before and after the training intervention, except for the factors birth weight and family income for both age groups and maternal work only for group of 24-30 months, even after adjusting for social conditions.

Table 1. Demographic characteristics of children and their respective families before and after the training in nutrition counseling to primary health care professionals, stratified according to the children's age group.

Characteristics	15-23 months (n=150)			24-30 months (n=83)		
	Before ⁵⁹ n(%)	After ⁹¹ n(%)	p	Before ³⁴ n(%)	After ⁴⁹ n(%)	p
Children						
Age (months) mean (sd)	19.5(2.6)	19.5(2.3)	0.986	27.4(2.3)	26.9(1.9)	0.285
Sex						
Male	38(64.4)	52(57.1)	0.375	16(47.1)	24(49.0)	0.863
Female	21(35.6)	39(42.9)		18(52.9)	25(51.0)	
Birth Weight*(g)mean (sd)	3035 (77.3)	3323 (58.4)	0.003	3138 (107.2)	3451 (299.1)	0.039
Attend Daycare Centers						
Yes	16(27.1)	32(35.2)	0.302	06(17.6)	18(36.7)	0.059
No	43(72.9)	59(64.8)		28(82.4)	31(63.3)	
Take a vitamin supplement or Ferrous Sulphate*						
Yes	22(37.3)	37(40.7)	0.342	6(17.6)	6(12.8)	0.278
No	37(62.7)	54(59.3)		28(82.4)	41(87.2)	
Families						
Social conditions (water, eletricity and sewerage)*						
Yes	45(77.6)	75(85.3)	0.238	25(73.5)	37(75.5)	0.838
No	13(22.4)	13(14.7)		9(26.5)	12(24.5)	
Family Income (minimum wages) mean(sd)	1.52 (0.1)	1.78 (0.0)	0.001	1.47 (0.1)	1.71 (0.1)	0.025
Family Income OR(95%CI)^a	1	3.2(1.6-6.5)	0.001	1	2.8(1.1-7.0)	0.027
Number of members of the family*						
< 3 members	24(40.7)	27(26.7)	0.164	09(26.5)	19(38.8)	0.243
3 - 5 members	22(37.3)	48(52.7)		24(70.6)	24(49.0)	
>5 members	13(22.0)	16(17.6)		01(2.9)	06(12.2)	
Maternal age (y)*						
< 20 years	08(13.6)	08(8.8)	0.355	01(3.2)	03(6.1)	0.562
≥ 20 years	51(86.4)	83(82.2)		30(96.8)	46(93.9)	
Maternal educational						
<9 years	19(32.2)	26(28.6)	0.635	11(32.4)	14(28.6)	0.711
>9 years	40(67.8)	65(71.4)		23(67.6)	35(71.4)	
Maternal work						
Yes	23(39.0)	35(38.5)	0.948	13(38.2)	30(61.2)	0.039
No	36(61.0)	56(61.5)		21(61.8)	19(38.8)	
Maternal work OR(95%CI)^a	--	--	--	1	2.98(1.2-7.4)	0.019

* It was not possible to contemplate the total number of children in the group.

^aP values were determined by testing the null hypothesis that each variable is equal between groups by using mixed-effects logistic regression models, adjusted for social condition.

The training intervention of primary health care professionals on the children's eating habits was evaluated by interviewing the mothers (Table 2). There was an increase of 17% in the consumption of breast milk after the intervention ($p = 0.028$), but only 40% of the children aged 15-23 months were in breastfeeding. Consumption of ultra-processed foods also reduced 27% ($p < 0.001$) after the intervention in the children's age group 15-23 months. Although, it

is important to note that more than 50% these children consumed ultra-processed foods, after the intervention. The significant differences were maintained after adjusting for social conditions and maternal education. Training did not affect the others dietary intake markers in the age groups studied.

Table 2. Maternal Feeding practices before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.

Food consumption indexes	15-23 months (n=150)			24-30 months (n=83)		
	Before ⁵⁹ n(%)	After ⁹¹ n(%)	p	Before ³⁴ n(%)	After ⁴⁹ n(%)	p
Breast milk*						
Yes	13(22.0)	31(39.7)	0.028	--	--	--
No	46(78.0)	47(60.3)		--	--	
Breast milk OR(95%CI)^{ab}	1	3.24(1.5-6.8)	0.002	--	--	--
Another milk than breast milk*						
Yes	51(86.4)	83(93.2)	0.165	32(100)	46(93.9)	0.216†
No	08(13.6)	06(6.8)		00(0.0)	03(6.1)	
Fruits*						
Yes	33 (55.9)	63 (70.8)	0.064	23 (74.2)	32 (65.3)	0.403
No	26 (44.1)	26 (29.2)		8 (25.8)	17 (34.4)	
Salt food*						
Yes	57(96.6)	90(100)	0.155†	--	--	--
No	02(3.4)	0 (0)		--	--	
Vegetables*						
Yes	10 (17.9)	28 (31.5)	0.070	14 (43.8)	17 (34.7)	0.412
No	46 (82.1)	61 (68.5)		18 (56.2)	32 (65.3)	
Legume*						
Yes	40 (70.2)	61 (68.5)	0.835	28 (82.4)	32 (65.3)	0.088
No	17 (29.8)	28 (31.5)		6 (17.6)	17 (34.7)	
Meat*						
Yes	53 (89.8)	75 (83.3)	0.265	32 (94.1)	45 (91.3)	1.00†
No	6 (10.2)	15 (16.7)		2 (5.9)	4 (8.7)	
Bean*						
Yes	53 (91.4)	81 (90.0)	0.780	33 (97.1)	45 (91.8)	0.644†
No	5 (8.6)	9 (10.0)		1 (2.9)	4 (8.2)	
Ultra-processed food*						
Yes	48 (82.8)	49(55.1)	<0.001	21 (65.6)	28(57.1)	0.445
No	10 (17.2)	40(44.9)		11 (34.4)	21(28.9)	
Ultra-processed food OR(95%CI)^{ab}	1	4.2(1.3-14.4)	0.012	--	--	--
Daily meals						
Breakfast						
Yes	--	--	--	34 (100)	49 (100)	--
No	--	--		0 (0)	0(0)	
Morning snack						
Yes	--	--	--	25 (73.5)	35(71.4)	0.833
No	--	--		09 (26.5)	14(28.6)	

Lunch						
Yes	--	--	--	34 (100)	49 (100)	--
No	--	--	--	0 (0)	0 (0)	--
Afternoon snack						
Yes	--	--	--	31 (91.2)	49 (100)	0.065†
No	--	--	--	03 (8.8)	0(0)	
Dinner						
Yes	--	--	--	30 (88.2)	48(98.0)	0.088†
No	--	--	--	04 (11.8)	01 (2.0)	
Evening snack						
Yes	--	--	--	25 (73.5)	32(65.3)	0.427
No	--	--	--	09 (26.5)	17(34.7)	
Usually eat watching TV						
Yes	--	--	--	17 (53.1)	28(57.1)	0.722
No	--	--	--	15 (46.9)	21(42.9)	

* It was not possible to contemplate the total number of children in the group. † Fisher's exact test.

^{ab}P values were determined by testing the null hypothesis that each variable is equal between groups by using mixed-effects logistic regression models, adjusted for social condition and maternal education.

The training health professionals on the nutritional status of children was assessed by directly measuring and weighting the children of the two age groups studied, before and after the intervention (Table 3). The nutritional status indicators BMI for the age and anaemia did not change significantly. However, it is important to note the percentage of overweight and anaemia among children studied.

Table 3. Nutritional status of children before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.

Nutricional status	15-23 months (n=150)			24-30 months (n=83)		
	Before ⁵⁹ n(%)	After ⁹¹ n(%)	p	Before ³⁴ n(%)	After ⁴⁹ (n=49)	p
BMI for age*						
Adequate/ Underweight	52 (91.2)	81(90.0)	0.804	27 (96.4)	42(85.7)	0.245†
Overweight	05 (8.8)	09(10.0)		01 (3.6)	07(14.3)	
Anaemia*						
Yes	17 (28.8)	20(22.7)	0.404	11(35.5)	10(4.7)	0.166
No	42 (71.2)	68(77.3)		20 (64.5)	37(95.3)	

† Fisher's exact test

The child growth monitoring before and after training of primary health care professional was evaluated by checking the filling of child weight and length/height charts and by interviewing the mothers of the children of both age groups regarding the guidance received from the health professional about child growth and eating practices (Table 4). No statistically significant difference was detected in regards to the filling of growth charts. Furthermore, surprisingly, after training we observed that the number of mothers who

acknowledged having received guidance about child growth and feeding practices reduced significantly.

Table 4. Child growth monitoring before and after training primary health care professionals on nutritional counseling practices, stratified according to the children's age group.

Child growth monitoring	15-23 months (n=150)			24-30 months (n=83)		
	Before ⁵⁹ n(%)	After ⁹¹ n(%)	p	Before ³⁴ n(%)	After ⁴⁹ n(%)	p
Filling of child growth charts						
Registration of anthropometrics measures*						
Complete	08(32.0)	16(23.9)	0.430	01(9.1)	06(20.0)	0.381†
Incomplete/Not filled	17(68.0)	51(76.1)		10(90.9)	24(80.0)	
Weight chart*						
Complete	01(4.2)	0(0)	0.267†	01(8.3)	01(3.3)	0.495†
Incomplete/Not filled	23(95.8)	66(100)		11(91.7)	29(96.7)	
Height/length chart*						
Complete	01(4.4)	0(0)	0.263†	01(8.3)	01(3.3)	0.495†
Incomplete/Not filled	22(95.6)	63(100)		11(91.7)	29(96.7)	
Professional guidance (mother's perspective)						
Heath professional guided about the child growth?*						
Yes/Sometimes	49(89.1)	65(71.4)	0.012	27(75.0)	30(65.2)	0.104
No	06(10.9)	26(28.6)		06(25.0)	16(34.8)	
Heath professional guided about the child growth? OR(95% IC)^{ab}	1	0.30(0.1-0.8)	0.013	--	--	--
Heath professional guided about the child eating?*						
Yes/Sometimes	43(78.2)	40(44.0)	<0.001	21(65.6)	19(41.3)	0.034
No	12(21.8)	51(56.0)		11(34.4)	27(58.7)	
Heath Professional guided about the children eating? OR(95% IC)^{ab}	1	0.33(0.2-0.7)	0.002	1	0.40(0.1-1.0)	0.059

*It was not possible to contemplate the total number of children in the group. †Fisher's Exact Test.

^{ab}P values were determined by testing the null hypothesis that each variable is equal between groups by using mixed-effects logistic regression models, adjusted for social condition and maternal education.

DISCUSSION

Training in nutritional counseling has a positive effect to improve feeding practices and children's nutrition status, based in randomized controlled trials (Nguyen et al 2013, Sunguya et al 2013), but few studies have been developed in real conditions of routine services. Thus, in this study, we evaluated maternal feeding practices, child nutritional status and child growth monitoring carried out by health practitioners, before and after training in nutritional counseling, considering the real-world setting of primary health care centers.

The results show that training in nutritional counseling did not significantly enhance practices adopted by primary health care professionals regarding child growth monitoring and diminished mothers who recognized having received child growth and feeding

practices guidance. In the same way, the child nutritional status did not change too. However, the number of mothers' breastfeeding increased and consumption of ultra-processed foods lowered.

Maternal feeding practices

The promising results showing breastfeeding improvements after training may have benefited by well-established breastfeeding programs in the municipality. This finding did not come as a surprise, because since the 1980s the Brazilian Health Ministry has implemented strategies to promote and support breastfeeding, keeping the breastfeeding practice praised among Brazilian society. Furthermore, there was the creation of the national program 'Brazilian Breastfeeding Network' to promote breastfeeding in primary health care (Venancio 2016). Here, it is worth noting that our results refer to children age group of 15-23 months. This result is similar to the study carried out in India that objective was to evaluate the effect of peer counseling by mother support groups improving the infant and young child feeding practices in the community, which also showed enhance on the rates of continued breastfeeding (Kushwaha et al 2014). Despite these data represents a progress in the continuity of breastfeeding, they are still far from meeting the WHO recommendation to maintain breastfeeding up to two years of age or older (WHO 2009).

The reduction of ultra-processed foods consumption after the training, which observed in this study, is a very important result. Several studies have associated ultraprocessed foods intake with overweigh and its consequences, specially metabolic disorders, diabetes mellitus, high blood pressure, already affecting the child population (Otto et al 2016, Canella et al 2014, Popkin 2012). However, the consumption of unhealthy foods by Brazilian children under one year is very high (Saldiva et al 2014). Despite this, in Brazil there are not public policies to control the production, distribution and marketing of the ultra-processed food (Sawaya e Filgueiras 2015) and the population has easy access, because they are cheap, easy to prepare and highly palatable food (Monteiro et al 2016). Thus, our results reinforce the need to control the sale and marketing of ultra-processed foods directed to children, in order to prevent overweight and its consequences.

Our results about the rise in the number of mothers' breastfeeding and the reduction in consumption of ultra-processed foods were the most encouraging. It shows the importance of training in nutritional counseling considering the real setting of primary health care centers. Even considering that mothers did not recognize an improvement on guidance of feeding practices, the training in nutritional counseling to primary health care professionals shows

repercussion in maternal feeding practices, as evidenced in the literature (Vitolo et al 2010, 2014; Sunguya et al 2013).

Nutrition status and child growth monitoring

Training intervention did not translate in improvements on the professional practices regarding the filling of growth charts or on the actual nutritional status of the studied children according to their BMI and anaemia data. This is worrisome because filling these charts are important for the early detection of children's growth problems such as overweight and undernutrition, which will support the proposal of effective interventions aiming to promote their healthy development. Indeed, after of training, 10% of the children of the age group 15-23 months and almost 15% of the 24-30 months group showed overweight on BMI to age. This percentage is higher than that the last national survey which found overweight in 7.8% of Brazilian children. In addition, it is important to highlight that the prevalence of overweight among preschool children increased by 160% in Brazil from 1989 to 2006 (Silveira et al 2014).

Thus, if the professionals had filled the charts they would detect these problems and proceed with some intervention. Perhaps training was unable to revert the poor filling of these health documents because many other factors are relevant for this practice. Problems with the health unit structure, lack of equipment, and poor knowledge of practitioners about how to perform and interpret the anthropometric measurements may interfere with chart filling (Onis et al 2004, Malik et al 2015). To our knowledge none of the previous studies evaluated the filling of growth charts by the health professionals before and after training.

Unexpectedly, after training the number of mothers who recognized having received child growth and feeding practices health professional guidance diminished. Our results differ of the others studies, which evaluated the positive changes in professional guidance about the feeding practices after training in nutritional counseling (Santos et al 2001, Zaman et al 2008). One explanation for these findings is that all these studies were randomized controlled trials, which was performing in ideal conditions, different to our study that evaluated the professional practices in routine of primary health care centers. Furthermore, it is so difficult to change established practice patterns.

This gap between ideal and real-world research is the influence of several interacting factors on the results, including in particular, inadequate infrastructure, improper systems organization to support translation (Moura et al 2010) and high turnover of health professionals at primary health care centers (Medeiros et al 2010). Thus, the professionals

who participate the training might not be working in the same place for longer. We noticed that this situation occurred during the period when this investigation was taking place. There was a major change of the local health authority leaders who, in turn, interfered with the routines previously established in these primary health care centers.

In Brazil, the public health system provides universal, preventive and curative care, involving different services and levels of coverage (Paim 2011). In this setting, the primary health care has wide potential to performing actions regarding nutritional counseling to improve child health. The attention in the family and community provides access to the most vulnerable populations and these health services are feasible way for sustainable educational interventions.

The present study employed a simple design that can be easily implemented in the setting of primary health care centers. Our research reflected circumstances that happen in the real-world of setting, which not restricted to Brazil and that affect even the most basic procedures such as anthropometric measurements, thereby compromising primary health care efforts.

LIMITATIONS

We consider as a limitation of this study the evaluation of professional practices only in the mother's perspective. Also, just a question about whether the mother received or not some guidance on infant eating may not fully capture how much the training in nutrition counseling was incorporated in professional practices. However, we believe that evaluation of mother's opinion is very important, because the way of guidance were performed by primary health care professionals may not induce enough impact on mothers and must be focused in other training in nutritional counseling of health care professionals.

CONCLUSION

After the training, it had improvements only in continued breastfeeding and ultraprocessed food consumption rates. Our findings show that interventions in primary health care centers, in the real world, might not be enough to make changes in child growth monitoring and nutritional status. We believe that the success of the training counseling requires the support of others strategies, especially of public policies, to promote child health.

REFERENCES

- Agbozo F, Colecraft E & Basma E. Impact of type of child growth intervention program on caregivers' child feeding knowledge and practices: a comparative study in Ga West Municipality, Ghana. *Food Science & Nutrition*. 2016;4(4):562–72.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderneta de Saúde da Criança. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [cited: 2016 Sept 29] Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. [cited: 2016 Jul 13] 33 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
- Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*. 2014; 9(3):e92752.
- El-Sayed H, Martines J, Rakha M, Zekry, Abdel-Hak M, Abbas H. The effectiveness of the WHO training course on complementary feeding counseling in a primary care setting, Ismailia, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2014;89(1):1–8.
- Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health*. [internet] 2003 (cited 2016 Oct 19);93(8):1261-7. Available: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.93.8.1261>
- Kimani-Murage EW, Muthuri SK, Oti SO, Mutua MK, van de Vijver S, Kyobutungi C. Evidence of a double burden of malnutrition in urban poor settings in Nairobi, Kenya. *PLoS ONE*. 2016;10(6):e0129943.
- Kushwaha KP, Sankar J, Sankar MJ, Gupta A, Dadhich JP, et al. Effect of peer counselling by mother support groups on infant and young child feeding practices: The Lalitpur Experience. *PLoS ONE*. 2014;9(11):e109181.
- Malik A, Bhilwar M, Rustagi N, Taneja DK. An assessment of facilities and services at Anganwadi centers under the Integrated Child Development Service scheme in Northeast District of Delhi, India. *Intern J Quality in Health Care*. 2015;27(3):201–6.
- Medeiros CRG, Junqueira AGQ, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Suppl.1):1521-31
- Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Jaime PC, Martins APB, Canella D, et al. NOVA. A estrela brilha. [Classificação dos alimentos. Saúde Pública] *World Nutrition*. 2016;7(1-3):28-40.

Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Queiroz AL, et al. Primary health care: the structure of units as a component of health care. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010;10 (Supl.1):S69-S81.

Nguyen DTK, Leung KK, McIntyre L, Ghali WA, Sauve R. Does Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e66030.

Onis M, Wijnhoven TMA, Onyango AW. Worldwide practices in child growth monitoring. *J Pediatr*. In Press 2004.

Otto MCO, Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S, Singh G, et al. The Impact of Dietary and Metabolic Risk Factors on Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes Mortality in Brazil. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0151503.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377:1778–1797.

Popkin BM, Adair LS, Ng SW. The global nutrition transition: The pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012;70(1):3-21.

Saldiva SR, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escuder MM, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutrition Journal*. 2014; 13:33.

Santos I, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, Pelto G. Nutrition Counseling Increases Weight Gain among Brazilian Children. *J Nutr*. 2001;15:2866-73.

Sawaya AL, Filgueiras A. “Abra a felicidade”? Implicações para o vício alimentar. *Estudos avançados*. 2013. [Internet]. 27(78) [cited 2016 Oct 01] 53-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200005

Silveira JAC, Colugnati FAB, Cocetti M, Taddei JAAC. Secular trends and factors associated with overweight among Brazilian preschool children: PNSN-1989, PNDS-1996, and 2006/07. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Oct 17];90(2):258-266. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000200258&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.09.003>.

Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Urassa DP, Yasuoka J, Jimba M. Nutrition training improves health workers’ nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2013;1(37):2-21.

UNICEF/WHO/World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition. [Internet] WHO: Geneva, 2016. [cited: 2016 May 31]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/jointchildmalnutrition_2016_estimates.pdf

Venancio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benicio MHD, Reis MCG, et al. Association between the degree of implementation of the Brazilian breastfeeding Network and breastfeeding indicators. *Cadernos de Saúde Pública* (Online). 2016;32:e00010315.

Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. *Rev. bras. epidemiol.*

[Internet]. 2014 Dez [cited 2016 Out 17];17(4):873-886. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400873&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040007>.

Vitolo MR, Rauber F, Campagnolo PDB, Feldens CA, Hoffman DJ. Maternal dietary counseling in the first year of life is associated with a higher healthy eating index in childhood. *J Nutr*. 2010;15:2002-7.

World Health Organization. WHO. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Technical report series 854. Geneva: WHO, 1995.

World Health Organization. WHO. Iron Deficiency Anaemia – Assessment, Prevention and Control: a guide for programme managers. [Internet] WHO/UNICEF: Geneva; 2001. [cited 2013 Jan 19]. Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/docs/anaemia.pdf>

World Health Organization. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: WHO; 2009.

World Health Organization. Child growth standards. WHO Anthro (version 3.2.2. January 2011) and macros. [Internet]. Geneva; 2011. [cited 2013 May 06]. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>

World Health Organization WHO (2013). Child growth standards: WHO Anthro (version 3.2.2, January 2011) and macros. The World Health Organization website. Retrieved April 1, 2013 from <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>

Zaman S, Ashraf RN, Martines J. training in complementary feeding counseling of healthcare workers and its influence on maternal behaviors and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore. Pakistan. *J Health Popul Nutr*. 2008;26(2):210-22.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese foram obtidos a partir da implementação de uma capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais de saúde da atenção básica de Itupeva, SP, com o objetivo de avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais antes e depois da capacitação, as práticas de alimentação e o estado nutricional de crianças menores de três anos de idade, cadastradas nas unidades de saúde do município.

Foram desenvolvidos quatro manuscritos para atingir esse objetivo e responder às seguintes perguntas: 1) A implementação de uma capacitação em aconselhamento nutricional para profissionais de saúde da atenção básica é capaz de incrementar os conhecimentos e melhorar as práticas desses profissionais na rotina dos serviços? 2) Quais desafios os profissionais de saúde da atenção básica enfrentam para implementar o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento/desenvolvimento infantil na rotina dos serviços? 3) Profissionais de saúde capacitados conseguem melhorar as práticas alimentares e o estado nutricional das crianças?

O primeiro manuscrito, intitulado “*Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento*”, publicado em agosto de 2014 na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REEUSP), apresentou um baseline das práticas dos profissionais de saúde do município quanto ao acompanhamento do crescimento infantil, avaliando como proxy, o uso e preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Os resultados desse manuscrito mostraram que, apenas um pouco mais da metade das mães portavam a CSC no momento da entrevista, proporção similar à de mães que referiram orientação para levar a CSC aos atendimentos de saúde e que observavam alguma anotação dos profissionais na CSC durante os atendimentos. Quase a totalidade das CSC estavam com o esquema vacinal completo, mas apenas 9% e 8% das CSC tinham, respectivamente, gráficos de crescimento e desenvolvimento adequadamente preenchidos. Esse manuscrito mostrou que o uso e o preenchimento da CSC eram muito insatisfatórios, especialmente no que se refere aos gráficos de crescimento e desenvolvimento e, portanto, reforça a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na sensibilização da comunidade para que a CSC se torne efetivamente um instrumento de promoção da saúde infantil.

O segundo manuscrito apresentado como “*Capacitação em aconselhamento nutricional: conhecimento de profissionais e aplicabilidade na atenção à saúde da criança*”

foi submetido para a Revista Latino-americana de Enfermagem (RLAE) em fevereiro de 2016 e até o momento encontra-se em avaliação pelos revisores. Esse artigo teve como objetivo apresentar a implementação da capacitação em aconselhamento nutricional, propriamente dita; avaliar os conhecimentos dos profissionais por meio de teste aplicado antes e depois da capacitação; e, avaliar a aplicabilidade da capacitação na rotina dos serviços por meio da opinião dos profissionais. Foram realizadas quatro oficinas com 53 profissionais da atenção básica. Os resultados mostraram que os profissionais não tinham qualificação prévia em alimentação infantil, embora mais da metade tenha referido usar muito o aconselhamento nutricional na prática profissional. O teste de conhecimento antes da capacitação constatou, de fato, baixo conhecimento quanto ao aconselhamento nutricional, especialmente nas questões relativas à avaliação nutricional, condutas que devem ser tomadas após essa avaliação e técnicas de comunicação com as mães. Felizmente, depois da capacitação, houve maior número de acertos em praticamente todas as questões e incremento de 70% no conhecimento ‘satisfatório’ dos profissionais. A opinião dos profissionais sobre a aplicabilidade da capacitação, avaliada por questão aberta, apresentou aspectos positivos, como sendo a capacitação uma oportunidade para qualificação e aquisição de conhecimentos, mas também mostrou a necessidade de suporte dos gestores para que mudanças na prática fossem efetivadas.

Esses resultados corroboraram com os achados do terceiro manuscrito, intitulado “*Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais*”, que foi encaminhado em outubro desse ano para a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). O objetivo do estudo foi conhecer as dificuldades para realizar o aconselhamento nutricional e o acompanhamento do crescimento infantil, na perspectiva de profissionais de saúde. Análise qualitativa de grupos focais realizados durante as oficinas de capacitação apontou dificuldades pertinentes à rotina dos serviços que incluíam problemas na infraestrutura e funcionamento das unidades de saúde e a manutenção do modelo médico hegemônico. Inesperadamente, destacaram-se, as percepções e crenças dos profissionais a respeito das práticas alimentares da população, além de suas próprias experiências pessoais com a alimentação infantil como uma das principais dificuldades para a realização do aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil. Isso mostra que, para que as capacitações façam sentido na prática e realmente possam ser incorporadas na rotina dos serviços, deve-se, sobretudo, considerar os aspectos pessoais, os valores e as crenças de cada profissional, como já preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, desde 2004. Reitera-se que programas de qualificação profissional

desenvolvidos com base no referencial crítico-reflexivo, favoráveis ao desenvolvimento de diálogo e reflexão acerca da transformação das práticas profissionais, contribuem para ampliar os conhecimentos, mas necessitam de suporte político para que as transformações esperadas se tornem realidade na prática assistencial.

Esses problemas que dificultam a aplicabilidade da capacitação na perspectiva dos profissionais, por certo, podem minimizar todo o investimento realizado e impedir os efeitos desejados quanto às mudanças nas práticas profissionais para a promoção da saúde da criança.

Naturalmente, em virtude de todas essas dificuldades, os avanços observados nas práticas profissionais avaliadas depois da capacitação mostraram-se aquém do esperado. Foi o que apresentou o quarto manuscrito desta tese, com o título “*Does training in nutritional counseling to primary health care professionals improve maternal feeding practices, nutritional status and child growth monitoring?*” Esse manuscrito ainda se encontra em fase de revisão para submissão e o objetivo foi avaliar as práticas de alimentação, estado nutricional das crianças e acompanhamento do crescimento infantil antes e depois da capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica. Os resultados mostraram-se muito preocupantes, visto a manutenção da precariedade de preenchimento dos gráficos de crescimento, presentes na Caderneta de Saúde da Criança, mesmo depois da capacitação, considerando que esse instrumento foi amplamente discutido durante as oficinas. Além disso, menor proporção de mães reconheceu ter recebido orientações sobre o crescimento e alimentação da criança depois da capacitação. O estado nutricional das crianças, avaliado pelo Índice de Massa Corporal para idade e nível de hemoglobina, também não diferiu significativamente antes e depois da capacitação.

É provável que mudanças no âmbito da gestão política da atenção básica do município, situação comum à rotina de qualquer serviço público de saúde, além de todas as dificuldades apontadas pelos profissionais para a efetividade de ações no âmbito do acompanhamento do crescimento infantil e aconselhamento nutricional, possam ter contribuído para resultados não satisfatórios.

Nesse sentido, pode-se dizer que a utilização de métodos mistos foi notadamente importante para a observação desses resultados.

Frente a esse contexto, consideram-se como inesperados os resultados positivos referentes à avaliação das práticas alimentares das crianças avaliadas. A prevalência do aleitamento materno continuado aumentou e o consumo de alimentos ultraprocessados diminuiu. Nesse quesito, acredita-se que o intenso investimento do país em políticas públicas de promoção e apoio ao aleitamento materno tenha favorecido esse resultado, pois no teste de

conhecimento, a questão sobre aleitamento materno não atingiu dois terços de acertos, mesmo após a capacitação, evidenciando que ainda é necessário investimento nessa temática (manuscrito 2). Ademais, deve-se considerar que Itupeva integrou o Programa de Desenvolvimento Infantil da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e, portanto, o município contou, desde 2011, com outras ações intersetoriais de promoção ao cuidado da criança, que incluiu de certo, a promoção do aleitamento materno e os cuidados com a alimentação infantil.

Nessa perspectiva, este estudo destaca como implicações para a prática, a necessidade do efetivo envolvimento dos gestores e investimentos na infraestrutura dos serviços, o que se traduz em: maior oferta de qualificação em aconselhamento nutricional com foco no acompanhamento do crescimento infantil para todos os profissionais da rede de atenção básica, especialmente para aqueles que estejam ingressando no serviço; investimento na contratação e incorporação efetiva do nutricionista nas equipes de saúde; monitoramento das ações realizadas pelos profissionais no acompanhamento do crescimento infantil, podendo-se valer do uso de indicadores; acompanhamento mais minucioso das crianças cadastradas na rede de atenção básica, podendo-se ampliar a Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF) no município; aquisição e manutenção de equipamentos básicos para o acompanhamento do crescimento infantil, tais como balanças pediátricas digitais e antropômetro/estadiômetros; desenvolvimento de ações intersetoriais com as maternidades para que as crianças recém-nascidas sejam encaminhadas para a unidade de saúde de referência do seu bairro; parcerias com as creches, possibilitando que crianças matriculadas sejam acompanhadas pela unidade de saúde de referência do bairro; e por fim, incorporação de políticas já existentes, como a Política Nacional de Humanização que preconiza a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho e do trabalhador, o acolhimento, a defesa do usuário, entre outras prerrogativas que podem melhorar as relações de trabalho entre os profissionais e com a comunidade, com vistas a melhorar a saúde da criança.

Quanto às implicações para o ensino, considerando que o déficit de conhecimento dos profissionais, desde sua formação técnica ou acadêmica, produz práticas inadequadas que podem prejudicar ou retardar intervenções importantes para a promoção da saúde da criança, esses resultados mostram a importância de maior ênfase nos processos formais de ensino dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação em saúde em relação aos conteúdos que tratam da saúde da criança, especialmente quanto aos aspectos nutricionais, que inclui a avaliação do estado nutricional da criança com verificação das medidas antropométricas, anotação e

interpretação adequada nos gráficos de crescimento, identificação dos distúrbios nutricionais, bem como o aconselhamento nutricional, utilizando técnicas apropriadas de comunicação. Recomenda-se também maior envolvimento das unidades de ensino com os serviços que prestam assistência à saúde. Nessa perspectiva, retoma-se mais uma vez, a necessidade da incorporação de políticas já existentes, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), e a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entre outros que constituem ações estruturantes interministeriais para reordenação da formação na área da saúde com o preparo e desenvolvimento de potenciais humanos, com vistas à integração educação-trabalho, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com as necessidades reais da população (Ferraz et al 2012).

As implicações para a pesquisa apontam a necessidade de investigações a respeito das crenças, valores e experiências pessoais dos profissionais de saúde com a alimentação infantil. Observou-se uma grande carência de estudos com essa abordagem e os resultados aqui apresentados mostraram que esses aspectos podem ter fundamental influência na prática profissional. Ademais, pode-se pensar em outros desdobramentos relativos à implementação de capacitações em serviço que envolvam o uso da Caderneta de Saúde da Criança, com avaliações antes e depois de intervenções, pois ao que se sabe, ainda não há publicações com essa temática. Nesse sentido, vale destacar o grande investimento na confecção e distribuição das Cadernetas de Saúde da Criança em todo o território nacional. Acredita-se que essas pesquisas podem ampliar a compreensão sobre os motivos que dificultam a efetividade de ações já tão bem estabelecidas para a atenção integral da saúde da criança, como o acompanhamento do crescimento infantil e o aconselhamento nutricional.

Pode-se considerar como uma das limitações do estudo, a não participação dos médicos nas oficinas de capacitação, considerando a predominância do papel do médico nas unidades de saúde e na comunidade. No entanto, a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde desempenham papel fundamental no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil, visto as diversas oportunidades de contato com as famílias durante as visitas domiciliares, grupos educativos com a comunidade, acolhimento na unidade de saúde, vacinação da criança, dispensação de medicamentos na farmácia, entre outros.

Outro aspecto relevante, considerado também como limitação do estudo, foram os intervalos entre as coletas de dados (antes e depois) com relação à implementação das

capacitações. O intervalo entre a primeira fase do estudo e a capacitação foi de cinco meses e dessa para a terceira fase foi de quatro meses. Além disso, a intervenção levou cinco meses para ser concluída. Assim, acredita-se que esses intervalos possam ter reduzido a observação de maiores mudanças quanto os desfechos analisados, inclusive pela possibilidade do viés de memória das mães. No entanto, essas circunstâncias sinalizam as fragilidades da implementação de intervenções dessa natureza, ou seja, intervenções realizadas e avaliadas em condições reais da rotina dos serviços, em que deve-se considerar os diversos aspectos inerentes à prática profissional: organização dos serviços para garantir a participação de todos os profissionais vinculados à rede de atenção básica do município nas oficinas de capacitação, sem prejuízo ao atendimento da população; e, descontinuidade do atendimento das crianças pela alta rotatividade dos moradores e dos profissionais nas unidades de saúde.

A partir das limitações deste estudo, sugere-se que esses elementos devam ser considerados no desenvolvimento de futuras pesquisas que envolvam a capacitação de profissionais de saúde, uma vez evidenciado que as capacitações podem ser medidas simples e facilmente exequíveis nos serviços de saúde para ampliar os conhecimentos dos profissionais e melhorar a assistência à saúde da criança.

Por fim, espera-se que os resultados aqui apresentados possam sensibilizar gestores e profissionais para revisão de suas práticas e contribuir para a formulação de intervenções efetivas, para que o cuidado com a saúde da criança deixe de ser uma preocupação para se tornar, de fato, uma prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu T, Viana L, Cunha C. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *JMPHC*. 2012;3(2):80-3.

Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):97-105.

Alencar SMSM. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: Issler H (coord). O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. Cap. 3 pg 70-101.

Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(3):355-62.

Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):583-95.

Alves MN, Muniz LC, V MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(11):3369-77.

Alves TD, Pereira GA, Bonfi m SFSF, Javorski M, Vasconcelos MGL, Leal LP. Prática dos enfermeiros no manejo da alimentação de crianças menores de 1 ano de idade. *Rev Enferm UFPE*. 2011;5(nesp):2651-9.

Amaral JJF, Gouws E, Bryce J, Leite ÁJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl2:S209-19.

Amaral JJF, Victora CG, Leite AJM, Cunha AJLA. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(4):598-606.

Arimatea JE, Castro LMC, Rotemberg 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.

Badagnan HF, Oliveira HS, Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Conhecimento de estudantes de um curso de Enfermagem sobre aleitamento materno. *Acta Paul Enf*. 2012;25(5):708-12.

Bassichetto KC, Réa MF. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. *J. Pediatr*. 2008;84(1):75-82.

Benguigui Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): an innovative vision for child health care. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2001;1(3):223-36.

Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996;312:1215-8.

Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad. Saúde Pública* (Rio J). 1999;15 Supl2:139-147.

Bortolini GA, Vitolo MR. The impact of systematic dietary counseling during the first year of life on prevalence rates of anemia and iron deficiency. *J Pediatr* (Rio J). 2012;88(1):33-9.

Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LM. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. *J Pediatr* (Rio J). 2013;89:608-13.

Brasil. Lei 8.234/1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. Brasília; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: Aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 80 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p

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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Brasília: 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

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. 2013a. [citado em 5 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/enpacs_10passos.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2015a. [cited: 2016 Jul 13] 33 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23 atualizado).

Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: Guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Abrasco, 1986.

Broilo MC, Louzada MLC, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. J Pediatr. 2013;89(5):485-91.

Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. Who estimates of the causes of death in children. Lancet. 2005;365:1147–52.

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

Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1965-70.

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

Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*. 2014; 9(3):e92752.

Carvalho CA, Fonsêca PCA, Priore SE, Franceschini SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Rev Paulista Ped*. 2015;33(2):211-21.

Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):675-85.

Cecim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-77.

Chisti MJ, Tebruegge M, La Vincente S, Graham SM, Duke T. Pneumonia in severely malnourished children in developing countries - mortality risk, etiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2009;14(10):1173-89.

Cidell J. Content clouds as exploratory qualitative data analysis. *Area*. 2010;42(4):514-23.

Colombara DV, Hermánez B, Gagnier MC, Johanns C, Desai SS, Haakenstad A, et al. Breastfeeding practices among poor women in Mesoamerica. *J Nutr*. 2015;145(8):1958-65.

Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da Atenção à Saúde da Criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira-Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3229-40.

Coutinho SB, Lira PI, 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 Nutr*. 2014;17(4):948-55.

Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(nesp1):676-80.

Delgado C e Matijasevich A. Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development: a systematic review. *Cad. Saúde Pública, (Rio J)*. 2013;29(2):243-256.

DeMaeyer EM. Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care. Geneva, Switzerland: WHO 1989.

Dewey KG, Adu-Afarwuah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Matern Child Nutr.* 2008;4 Suppl1:24-85.

Duarte LS, Fujimori E, Minagawa AT, Schoeps FA, Monteiro RMJM. Aleitamento materno e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos em município do estado de São Paulo. *Rev Nutr.* 2007;20(2):149-57.

Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM, Palombo CNT, Borges ALV, Kurihayashi AY. Brazilian Maternal Weight Perception and Satisfaction With Toddler Body Size: A Study in Primary Health Care. *J Ped Nursing.* 2016; 31:1-8.

El-Sayed H, Martines J, Rakha M, Zekry, Abdel-Hak M, Abbas H. The effectiveness of the WHO training course on complementary feeding counseling in a primary care setting, Ismailia, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association.* 2014;89(1):1-8.

Escosteguy CC. Estudos de intervenção. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Ronir RL, Werneck GL, editores. *Epidemiologia.* 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. cap.13, p. 251-63.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006;11(3):669-81.

Ferraz F, Vendruscolo C, Kleba ME, Prado ML, Reibnitz KS. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. *O Mundo da Saúde.* 2012;36(3):482-93.

Freire P. *Pedagogia do oprimido.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

Frias PG, Vidal SA, Cavalcanti IT, Serva VB. Aleitamento materno: intervenções no Sistema Local de Saúde no contexto do SUS. In: Issler H (coord). *O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas.* São Paulo: Sarvier, 2008. Cap.3 pg 105-15.

Fujimori E, Laurenti D, Minagawa AT, Montero RMJM. Selección e introducción de alimentos complementarios y reproducción social. *Rev Paul Enferm.* 2007;26(4):241-9.

Fujimori E, Schoeps FA, Minagawa AT, Duarte LS, Laurenti D, Montero RMJM. Alimentação e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos de idade. *Rev Paul Enferm.* 2008a;27(1):4-11.

Fujimori E, Duarte LS, Minagawa AT, Laurenti D, Montero RMJM. Reprodução social e anemia infantil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008b;16(2):245-51.

Fujimori E & Borges ALV. Avaliação do Crescimento. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs). *Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica*. São Paulo - Manole, 2009. Cap. 6 pg 121-50.

Fujimori E, Minagawa AT, Laurenti D, Montero RMJM, Borges ALV, Oliveira IMV. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sociais? *Revista Bras Saúde Materno Infantil*. 2010;10:39-49.

Fujimori E, Higuchi CH, Cursino EG, Veríssimo MDLOR, Borges ALV, Mello DF, et al. Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):1-8.

Gaíva MAM & Silva FB. Caderneta de Saúde da Criança: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(3):742-9.

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.

Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(2):106-12.

Harris G. Development of taste and food preferences in children. *Clinical Nutr Metabolic Care*. 2008;11(3):315-9.

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva, Switzerland: World health Organization; 2013.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro, 2010b.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico de 2010c. [homepage na internet] Brasil; [acesso em 08 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362:65–71.

Konstantyner T, Oliveira TCR, Taddei JAAC. Risk Factors for Anemia among Brazilian Infants from the 2006 National Demographic Health Survey. *Anemia*. 2012;(2012):1-7.

Kushwaha KP, Sankar J, Sankar MJ, Gupta A, Dadhich JP, Gupta Yp, Bhatt GC, Ansari DA, Sharma B. Effect of Peer Counselling by Mother Support Groups on Infant and Young Child Feeding Practices: The Lalitpur Experience. *Plos One*. 2014;9(11):e109181.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. P.133-58.

Leite MS, Andrade ASA, Lima LMD. AIDPI: Conhecimento dos enfermeiros da Atenção básica do município de Aracaju/SE. Rev Min Enferm. 2011;15(4):481-490.

Li R, Dee D, Li CM, Hoffman HJ, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding and Risk of Infections at 6 Years. Pediatrics. 2014;134 Supl1:S13-20.

Machado MCHS, Oliveira JS, Parada CMGL, Venâncio SI, Tonete VLP, Carvalhaes MABL. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010;10(4):459-468.

Martins APB, Levy RB, CLaro FM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). Rev. Saúde Públ. 2013;47(4):656-65.

Minagawa AT, Oliveira IMV, Fujimori E, Laurenti D, Monteiro RMJM. Perfil do aleitamento materno em menores de 2 anos na cidade de Itupeva, SP, Brasil. Arch Latinoam Nutr. 2005;55(2):132-9.

Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ªed. Rio de Janeiro-São Paulo: Abrasco-Hucitec; 2000.

Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Jaime PC, Martins APB, Canella D, et al. NOVA. A estrela brilha. [Classificação dos alimentos. Saúde Pública] World Nutrition. 2016;7(1-3):28-40.

Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun O. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition. 2008;27:196-202.

Muito além do peso. Direção: Estela Renner e Marcos Nisti: Maria Farinha Filmes, 2012. (84min). Acessado em: 5 de julho de 2013. Disponível em: www.youtube.com/watch?v=8UGe5GiHCT4

Nguyen DTK, Leung KK, McIntyre L, Ghali WA, Sauve R. Does Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE. 2013;8(6):e66030.

Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista Filho M, Lima MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(1):178-89.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Anemias nutricionais. Ginebra, (Série de informes técnicos, n. 405), 1968.

OMS (Organização Mundial da Saúde), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1997.

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.

Otto MCO, Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S, Singh G, et al. The Impact of Dietary and Metabolic Risk Factors on Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes Mortality in Brazil. *PLoS ONE*. 2016;11(3): e0151503.

Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toryama ÁTM. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Rev Esc enferm. USP* [online]. 2014;48(nspe):59-66.

Pelto G; Santos IS; Gonçalves H; Victora CG; Martines J; Habicht JP. Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. *The Journal of Nutrition*. 2004;134:357-362.

PNUD (Programas das Nações Unidas para o Desenvolvimento) - Brasil. Tabelas de ranking do IDH-M (dados de 2000). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Now and then: the global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012; 70(1): 3–21.

Raisler J, Alexander C, O'Ciamnpo P. Breast-Feeding and Infant Illness: A Dose-Response Relationship? *Am J Public Health*. 1999;89:25-30.

Rea MF, Venâncio SI. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. *J.Pediatr. (Rio J.)*. 1999;75(2):112-18.

Relatório Anual de Gestão 2010 – Diretoria de Saúde – Itupeva, SP.

Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. *Cienc Saúde Coletiva* 2015; 20(4):1235-44.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest and what it will take to improve breastfeeding practice? *Lancet*. 2016;387:491-504.

Roth DE, Caulfield LE, Ezzat M, Black RE. Acute lower respiratory infections in childhood: opportunities for reducing the global burden through nutritional interventions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:356–64.

Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(1):53-8.

Saldiva SRDM, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escuder MM, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutrition Journal*. 2014;13:33.

Santos-Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface*. 2009;13(Supl1):603-13.

Santos I, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *J Nutr*. 2001;131:2866-73.

Santos I, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ. et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). *Rev bras epidemiol*. 2002;5(1):15-29.

Santos I, Cézar JA, Minten G, Marco PL, Valle N. Efetividade do aconselhamento nutricional da Pastoral da Criança sobre a variação de hemoglobina entre menores de seis anos de idade. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(1):130-140.

Sawaya AL, Filgueiras A. “Abra a felicidade”? Implicações para o vício alimentar. *Estudos avançados*. 2013. [Internet]. 27(78) [cited 2016 Oct 01] 53-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200005

Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Ped*. 2016;92(3 Supl 1):S2-S7.

Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children’s food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(11):1638-47.

Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Urassa DP, Yasuoka J, Jimba M. Nutrition training improves health workers’ nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2013;1(37):2-21.

Toma TS. Alimentação de crianças do programa saúde da família: fatores associados à amamentação plena e impacto de um curso de aconselhamento em alimentação infantil nos conhecimentos dos trabalhadores de saúde. São Paulo; 2008. Tese de doutorado [Faculdade de Saúde Pública da USP].

Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O Sistema Único de Saúde e as políticas de à saúde da criança. In: Fujimori E, Silva CV, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Editora Manole; 2009. Cap. 2. p. 25-43.

Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Ped*. 2010;86:317-24.

Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1205-8.

Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health. Moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*. 2004;94(3):400-5.

Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e199-205.

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(10017):475-90.

Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(2):177-84.

Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. *Rev bras Epidemiol [online]*. 2014a;17(4):873-86.

Vitolo MR, Louzada MLC, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad saúde Pública*. 2014b;30(8):1695-1707.

Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*. 1995;73(4):461-468.

WHO (World Health Organization). Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 1994.

WHO (World Health Organization). HIV and infant feeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 2000.

WHO (World Health Organization). Infant and young child feeding a tool for assessing national practices, policies and programmes. Washington, D.C., 2003.

WHO (World Health Organization). Complementary feeding counselling: a training course. Geneva: WHO; 2004.

WHO (World Health Organization). Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Geneva: WHO; 2006a.

WHO (World Health Organization). Child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO. Geneva, Switzerland: WHO, 2006b.

WHO (World Health Organization). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. Geneva: WHO; 2008a.

WHO (World Health Organization). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia. Geneva: WHO, 2008b.

Wynn K, Trudeau JD, Tauton K, Gowans M. Nutrition in primary care: current practices, attitudes and barriers. *Canadian Family Physician*. 2010;56:e109-16.

Young ME. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

Zaman S, Ashraf RN, Martines J. training in complementary feeding counseling of healthcare workers and its influence on maternal behaviors and child growth: a cluster-randomized controlled trial in Lahore, Pakistan. *J Health Popul Nutr*. 2008;26(2):210-22.

ANEXO E APÊNDICES

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E MATERNO

Pesquisador: ELIZABETH FUJIMORI

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02081612.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 193.468

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa parte da hipótese de que a capacitação em aconselhamento nutricional contribui para melhorar conhecimentos e práticas das mães em relação ao correto manejo da alimentação infantil; contribui para melhorar o consumo alimentar, o crescimento e o desenvolvimento das crianças e também a capacidade de mães reconhecerem o estado nutricional das crianças. Afirma que há associação entre estado nutricional da criança e da mãe.

ME TODO: o estudo será desenvolvido com crianças cadastradas nos serviços de saúde da atenção básica de Itupeva, SP, que conta com 12 UBS, 8 tradicionais, 1 mista com Programa Agentes Comunitários de Saúde e 3 unidades de saúde da família. Critério de Inclusão dos sujeitos do estudo:

Crianças 3 anos cadastradas nas unidades básicas de saúde (UBS) e suas mães. Para se obter a amostra, todas as crianças que buscarem atendimento de puericultura nas UBS, em determinado período, serão incluídas, até se alcançar a amostra mínima.

Critério de Exclusão:

Crianças com diagnóstico de problemas de saúde que afetem o crescimento/desenvolvimento

Trata-se de um estudo de intervenção do tipo antes-depois a ser desenvolvido em três fases.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Na 1a fase (antes), de abordagem quantitativa, serão avaliados cerca de 375 pares mãe-criança (10 atendimentos de cada profissional de saúde, médico e enfermeiro) para verificar, por meio de modelagem de equações estruturais, o efeito dos construtos condições socio-econômicas, características maternas e da criança, conhecimento e prática materna relacionadas à alimentação da criança sobre o estado de nutrição, desenvolvimento infantil e estado nutricional materno. Na 2a fase (intervenção), de abordagem qualitativa, os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) serão convidados a participar de capacitação com foco no aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI, que será avaliada por grupo focal ao final, para documentar a efetividade do treinamento. A 3a fase (depois), de abordagem quantitativa avaliará o efeito do aconselhamento nutricional (capacitação), por meio da re-avaliação do consumo alimentar, estado nutricional, desenvolvimento das crianças e conhecimento e prática materna e sua capacidade de reconhecer o estado nutricional das crianças. O efeito será avaliado em sub-amostra das crianças inicialmente avaliadas, cerca de 60 dias após consulta pós-intervenção, incluindo-se 4 pares mãe-crianças atendidas por profissional capacitado, que deverá resultar em cerca de 100 pares. Na 1a e 3a fase, o estado nutricional da criança será caracterizado por avaliação antropométrica do crescimento, comparando-se ganhos em escore Z e classificação segundo índices antropométricos de peso/idade (P/I), estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E) e da mãe pelo cálculo do índice de massa corporal. Anemia será avaliada por meio da dosagem de hemoglobina em Hemocue, a ser realizada na 1a fase, na criança e na mãe. A prática alimentar será obtida por recordatório de 24h e será avaliada segundo recomendação de energia, nutrientes, presença dos grupos alimentos e no de refeições. O desenvolvimento será avaliado pela aplicação do teste de Denver.

Pesquisa com financiamento FAPESP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito do aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI sobre a prática alimentar, estado de nutrição e desenvolvimento de crianças menores de três anos, capacidade de mães reconhecerem o estado nutricional das crianças e estado nutricional materno.

Objetivo Secundário:

a) avaliar condições socioeconômicas, características maternas, incluindo seu estado nutricional e características infantis, estado de nutrição e de desenvolvimento da criança, conhecimento e prática materna relativa à alimentação da criança, além da capacidade de mães reconhecerem o estado nutricional das crianças; b) avaliar efetividade da capacitação em aconselhamento nutricional por grupo focal ao final; c) avaliar o efeito do aconselhamento

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

nutricional sobre o estado nutricional e de desenvolvimento da criança; d) avaliar o efeito do aconselhamento nutricional sobre o conhecimento e a prática materna relativa à alimentação da criança e capacidade de mães reconhecerem o estado nutricional das crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode-se considerar que a punção digital para colheita de sangue para determinação da concentração de hemoglobina sanguínea possa causar dor física leve em algumas crianças.

Benefícios:

1) Espera-se que as crianças participantes do estudo sejam beneficiadas com o atendimento prestado por profissionais capacitados e que as mães sejam orientadas para ampliar conhecimentos e práticas sobre alimentação e nutrição infantil, com vistas à formação de hábitos alimentares saudáveis. 2) Espera-se que os resultados forneçam uma ampla base de referência diagnóstica sobre o estado de nutrição e desenvolvimento infantil que oriente as políticas locais de saúde. 3) Espera-se contribuir para aumentar o conhecimento sobre a eficácia do modelo de intervenção proposto (aconselhamento nutricional) para a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade infantil, de forma a subsidiar o aperfeiçoamento, tanto das políticas de educação permanente, como da implementação de estratégias de sensibilização e capacitação de profissionais com vistas à formação de hábitos alimentares saudáveis na prevenção e controle dos problemas nutricionais e de desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, partindo-se da justificativa do estudo, em que a pesquisadora afirmou que: "apesar da melhoria nas condições de saúde e nutrição observada nas últimas três décadas, a redução das disparidades regionais permanece como desafio (Victora et al 2011), pois ainda persistem desigualdades importantes, refletindo as diferentes condições de acesso às tecnologias disponíveis para prevenção e controle de doenças e à informação, que confere poder para evitar mortes por doenças preveníveis (Brasil 2006; 2009). A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI foi concebida para reduzir a mortalidade infantil e contribuir para que a criança atinja o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes, por meio da capacitação dos profissionais para resolução dos problemas no nível primário, colocando à disposição do pessoal da saúde, ferramentas apropriadas para lidar com os agravos prevalentes na infância (Benguigui 2001). Uma dessas ferramentas é o aconselhamento nutricional, que inclui recomendações sobre importância e frequência da amamentação e introdução da alimentação complementar de qualidade, em tempo oportuno para promover a formação de hábitos alimentares saudáveis (Brasil 2002a)".

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais explicita a coleta de dados com a criança e com a mãe, dirigidos às mães, que concordarão ou não com a coleta de dados. Os Termos incorporaram as recomendações da resolução 196/96.

Recomendações:

devolução dos resultados da pesquisa às instituições envolvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, a pesquisadora incorporou as recomendações deste CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do projeto por este CEP não substitui a aprovação das instituições co-participantes antes do início da coleta de dados.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 05 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DA 1ª FASE DA PESQUISA

Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil

1 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
1. Nome do entrevistador: _____	1. entrev _____
2. Data da entrevista: _____	2. dataentr ____/____/____
3. Unidade de saúde: _____	3. ubss _____
4. Nome da mãe: _____	4. nomemãe _____
5. Nome da criança: _____	5. nomecri _____
6. Data de nascimento da criança: _____	6. idade ____/____/____
7. Sexo da criança: [1] Masculino [2] Feminino	7. sexocri _____
8. Há quanto tempo a sra mora em Itupeva? _____	8. temltup _____
9. Matrícula/Prontuário: _____	9. matric _____
10. Endereço: _____	10. endço _____
11. Fone de contato: _____	11. fone _____
12. Horário de início da entrevista: _____ h _____ min	12. duracao _____

2 INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	
13. (Nome da mãe) quantos filhos a sra tem? _____	13. quantfilho _____
14. (Nome da mãe) qual a ordem de nascimento de (nome da criança)? [1] 1º filho [2] 2º filho [3] 3º filho [4] 4º filho ou mais	14. ordnasc _____
15. Fez pré-natal na gravidez de (nome da criança)? [0] Não → pule para a questão nº 22 [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	15. prenatal _____
16. Onde fez o pré-natal? [1] Centro ou Posto de saúde [2] Hospital público [3] Hospital privado [4] Médico particular [5] Médico de convênio [9] Não sabe/não lembra	16. onprenat _____
17. Em que mês da gravidez fez a 1ª consulta de pré-natal? _____ meses [9] Não sabe/não lembra	17. inprenat _____
18. Quantas consultas de pré-natal fez na gravidez? _____ consultas [9] Não sabe/não lembra	18. ncprenat _____
19. O seu peso foi verificado nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma consulta [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9] Não lembra/não sabe	19. ganhopes _____
20. A sua pressão foi medida nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma das consultas [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9] Não sabe/não lembra	20. prespre _____
21. No pré-natal, a sra recebeu orientação sobre como evitar filhos após o parto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	21. orievfi _____
22. Quanto ganhou de peso nessa gravidez? _____ Kg [99] Não sabe/não lembra	22. ganhopes _____
23. Durante a gravidez, recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde? (pode assinalar mais que uma resposta) [0] Não [1] Sim, ACS [2] Sim, enfermeiro [3] Sim, médico [4] Sim, outro [9] Não sabe/não lembra [8] Não se aplica	23. visitpn _____
24. A sra fuma? [0] Não → pule para a questão nº 29 [1] Sim	24. fuma _____
25. Há quantos anos a sra fuma? _____ anos [99] Não sabe/não lembra	25. tempfum _____
26. Quantos cigarros por dia? _____ cigarros [99] Não sabe/não lembra	26. ncigdia _____
27. Fumou durante a gravidez? [0] Não → pule para a questão nº 29 [1] Sim [9] Não lembra/não sabe	27. fumog _____
28. Quantos cigarros por dia fumava na gravidez? _____ cigarros [99] Não sabe/não lembra	28. fumodiag _____
29. A sra tomou bebida alcoólica durante a gravidez? [0] Não bebe, nunca bebeu [1] Sim, sempre [2] Sim, algumas vezes [3] Não, mas bebia antes da gravidez [9] Não sabe/não lembra	29. alcolg _____
30. Durante a gravidez a sra teve: (Pode assinalar várias respostas) [1] Anemia [2] Infecção urinária [3] Pressão alta [4] Diabetes gestacional [5] Hemorragia [6] Internação por qualquer motivo [7] Outro: _____ [0] Nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	30. compgest _____
Durante a gravidez a sra tomou:	
31. Sulfato Ferroso Tempo de uso: _____ meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou	31. gestfe _____
32. Ácido Fólico Tempo de uso: _____ meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou	32. Ácidfo _____
33. Qual foi o tipo de parto de (nome da criança)? [1] Normal [2] Cesárea [3] Fórceps	33. tipoparto _____

34. Em que lugar (nome da criança) nasceu? [1] Em casa → <i>pule para a questão nº 37</i> [2] Hospital público [3] Hospital particular/convênio [9] Não sabe/não lembra	34. nasclocal_____
35. Na maternidade (nome da criança) ficou junto com a sra no quarto? [0] Não [1] Sim, o tempo todo [2] Sim, parte do tempo [9] Não sabe/não lembra	35. nascquat_____
36. (Nome da criança) saiu de alta da maternidade junto com a sra? [1] Sim [0] Não Motivo: _____ [9] Não sabe/não lembra	36. altajunt_____
37. Durante o parto ou nos primeiros dias após o parto a sra ou (nome da criança) tiveram algum problema? [0] Não [2] Sim, mãe Qual problema? _____ [3] Sim, bebê Qual problema? _____ [9] Não sabe/não lembra	37. probnasc_____
38. A sra teve alguma consulta nos primeiros 42 dias após o parto (no posto de saúde, hospital ou recebeu visita domiciliar do médico ou enfermeiro)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	38. conspuer_____

3 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	
39. Com quanto de peso (nome da criança) nasceu? (Se necessário, anote da caderneta ou prontuário) _____ gramas [0] Sem informação	39. peson_____
40. Com qual tamanho (nome da criança) nasceu? (Se necessário, anote da caderneta ou prontuário) _____ cm [0] Sem informação	40. compn_____
41. (Nome da criança) frequenta creche? [0] Não → <i>pule para a questão nº 44</i> [1] Sim	41. crech_____
42. Com qual idade (nome da criança) entrou na creche? _____ anos _____ meses	42. inicrech_____
43. Em qual período (nome da criança) fica na creche? [1] Integral [2] parcial	43. percrech_____
44. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, onde (nome da criança) fica? [1] Em casa [2] Com os Avós [3] Outro familiar [4] Na Vizinha [5] com Crecheira	44. crifica_____
45. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, quem cuida de (nome da criança) a maior parte do dia? (pode assinalar mais de uma resposta) [1] Mãe [2] Pai [3] Avó [4] Avô [5] Familiar < 10 anos [6] Familiar > 10 anos [7] Empregada [8] Crecheira [11] Outros, quem? _____	45. quemcrifica_____
46. (Nome da criança) está inscrita em algum desses programas? [1] Bolsa família [2] Leve Leite [3] Pastoral da criança [4] Outros [0] Não [9] Não sabe/não lembra	46. inscprog_____
47. (Nome da criança) recebe algum medicamento/vitamina como suplementação? [0] Não [1] Sulfato Ferroso [2] Aditil (Vitamina A+D) [3] Polivitamínico [4] Outro, qual _____ [9] Não sabe/não lembra	47. suplem_____
48. Quanto ao uso de chupeta, (Nome da criança): [0] Nunca usou [1] Já usou, mas não usa mais [2] Ainda usa chupeta	48. usachupeta_____
49. (Nome da criança) já teve anemia ou diagnóstico de anemia em algum momento? [0] Não → <i>pule para a questão nº 51</i> [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	49. anemia_____
50. Como a sra tratou a anemia de (nome da criança)? [0] Não tratou [1] Fez uso de ferro [2] Tratou com alimentos Quais? _____ [9] Não sabe/não lembra	50. tranemia_____
51. (Nome da criança) teve nos últimos 15 dias: (pode assinalar mais que uma resposta) [1] febre [2] tosse/problema respiratório [3] problema de garganta [4] diarreia... Outro: _____ [0] Não teve nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	51. dçacr_____
52. (Nome da criança) foi internada alguma vez?..... [0] Não → <i>pule para a questão nº 55</i> [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	52. internac_____
Se SIM, qual o motivo e o período da última internação?	
53. Motivo: _____	53. motint_____
54. Período: _____	54. perint_____
55. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme durante o dia? _____ horas [0] Não dorme durante o dia [99] Não sabe	55. sonodia_____
56. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme a noite? _____ horas [99] Não sabe	56. sononoite_____
APENAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO	
Quais são as atividades de lazer de (nome da criança) e quantas horas por dia ou vezes por semana?	
57. TV/Videogame: _____ horas/dia [0] Não	57. ativtv_____
58. Boneca/carrinho/joguinhos: _____ horas/dia [0] Não	58. ativbon_____
59. Jogar bola/andar de triciclo/bicicleta: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	59. atibol_____
60. Natação/Ballet: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	60. ativnad_____
61. Brincar na rua/playground/parque: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	61. ativrua_____
62. Outros: _____ horas/dia e _____ vezes/semana	62. _____

4 HISTÓRIA ALIMENTAR DA CRIANÇA	
63. (Nome da criança) mama no peito? [0] Não [1] Sim → <i>pule para a questão nº 65</i>	63. mampeit_____

64. Por que a sra não amamentou ou deixou de amamentar (nome da criança)? (pode assinalar mais que uma resposta) [1] Problemas mamários [2] Problemas durante o parto/puerpério [3] Retorno ao trabalho [4] Nova gravidez [5] Orientação profissional [6] Opção própria [7] Criança com idade maior de 2 anos Outro: _____	64. naomam_____
65. Quantas vezes por dia (nome da criança) mama no peito ? _____	65. mampeit_____
66. A sra amamenta no período noturno ? [0] Não [1] Sim	66. mamnot_____
67. Durante o pré-natal a senhora recebeu alguma orientação e/ou incentivo para a amamentação? [0] Não → pule para a questão nº 70 [1] Sim [9] Não lembra/não sabe	67. oripnmam_____
68. Quais profissionais forneceram orientação e/ou incentivo sobre amamentação? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos [4] Outros _____	68. proforie_____
69. Como foi realizada essa orientação e/ou incentivo à amamentação? [1] Individual [2] Grupo/Curso [3] Outros _____	69. orimam_____
70. (Nome da criança) mamou no peito logo que nasceu (na 1ª hora após o parto)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	70. peitnasc_____
71. Na maternidade (nome da criança) mamou no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente no peito [2] Sim, mas recebeu outros alimentos também (água glicosada, fórmulas lácteas) [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra	71. matmam_____
72. Na maternidade a sra recebeu orientação e/ou ajuda para amamentar? [0] Não → pule para a questão nº 74 [1] Sim [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra	72. orimatmam_____
73. Quem forneceu essa orientação e/ou ajuda na maternidade? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos Outros: _____ [9] Não sabe/não lembra	73. profmat_____
74. Logo que chegou em casa, a sra deu de mamar no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente o peito [2] Sim, mas deu outros alimentos também (água, chá, fórmulas lácteas) [9] Não sabe/não lembra	74. casamam_____
75. A sra teve alguma dificuldade ou problema para amamentar em casa? (pode assinalar mais que uma resposta) [0] Não [9] Não sabe/não lembra [1] Sim Qual? _____	75. probmam_____
76. A sra amamentou o filho anterior? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica	76. filmam_____
77. A sra tinha o desejo de amamentar (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	77. desmam_____
78. Até que idade (nome da criança) recebeu só leite materno, sem nenhum outro alimento (água/chás)? _____ dias ou _____ meses [0] Nunca mamou no peito [99] Não sabe/não lembra [88] Ainda recebe só leite materno (sem água ou chá) → pule para a avaliação do desenvolvimento	78. iddpei_____
Qual outro alimento (nome da criança) recebe além do leite materno?	
79. Água [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	79. agua_____
80. Chá [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	80. cha_____
81. Leite de vaca [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	81. leitvac_____
82. Leite em pó [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	82. leitpo_____
83. Outros: _____	83. _____
84. Com que idade começou a receber leite diferente do leite materno? _____ dias OU _____ meses [999] Não sabe/não lembra	84. outrlm_____
85. Com que idade deixou de receber o leite materno? _____ dias OU _____ meses [999] Não sabe/não lembra	85. paroulm_____
86. Quanto ao uso de mamadeira: [0] Nunca usou → pule para a questão nº 89 [1] Já usou e ainda usa [2] Já usou e não usa mais [9] Não sabe/não lembra	86. mamde_____
87. Com qual idade iniciou o uso da mamadeira? _____ dias OU _____ meses [888] Não se aplica [999] Não sabe/não lembra	87. idmadei_____
88. Com qual idade deixou de usar a mamadeira? _____ dias OU _____ meses [888] Não se aplica [999] Não sabe/não lembra	88. semadei_____
89. Com que idade (nome da criança) começou a receber papa (frutas amassadas, alimentação pastosa)? _____ dias OU _____ meses [888] Ainda só recebe leite/líquidos [999] Não sabe/não lembra	89. pastosa_____
90. Com que idade (nome da criança) iniciou a alimentação sólida (comida de panela/ da família)? _____ dias OU _____ meses [888] Ainda só recebe leite/líquidos [999] Não sabe/não lembra	90. solida_____
91. (Somente para os maiores de 1 ano) (Nome da criança) costuma comer assistindo televisão? [0] Não [2] Sim, sempre [3] Sim, às vezes	91. comtv_____

5 CONSUMO ALIMENTAR HABITUAL DA CRIANÇA:**Pergunte para mãe tudo que a criança come e bebe durante um dia comum de alimentação (rotineiro).**

Horário	Quantidade (medida caseira)	Alimento

6 CONSUMO ALIMENTAR (SOMENTE PARA AS CRIANÇAS ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE)**Agora serão feitas algumas perguntas sobre a alimentação de (nome da criança). Para cada alimento citado, favor informar se (nome da criança) come (SIM ou NÃO). Se come, quantas vezes come por dia, semana ou mês.**

ALIMENTOS	+6 x/dia	4-6 x/dia	2-3 x/dia	4-6 x/sem	1-3 x/sem	1-3 x/mês	1 x/mês	Não come/ raramente
	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
92. Leites e derivados: queijo, requeijão, iogurte								
93. Suco de frutas (natural)								
94. Frutas: laranja, banana, mamão								
95. Cereais/pães e tubérculos: arroz, pão, macarrão, batatas, mandioca, farinhas (fubá, maisena)								
96. Legumes/verduras: chuchu, cenoura, tomate, folhas cruas ou cozidas								
97. Feijões: ervilha, lentilha, grão de bico								
98. Carnes, miúdos, ovos: boi, porco, aves, peixe, lingüiça, salsicha								
99. Açúcares e doces: chocolate, bala, etc								
100. Alimentos industrializados: papinha, miojo, gelatina, suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho)								
101. Refrigerantes								
102. Salgadinhos								

Marque somente um X para cada linha e responda todas as linhas. Não deixe linhas em branco.

7 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto
fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite
Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva
Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela
Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras
Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)						Idade (anos)								
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6
Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista
Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu
Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfinteriano
Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)
Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco

■ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado

Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

8. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE				
103. A sra faz acompanhamento de (nome da criança) com médico ou enfermeiro? [0] Não → pule para a questão nº 105 [1] Sim, com que frequência _____ e por quê _____ [3] Só quando está doente			103. consfreq_____	
104. Em que serviço de saúde costuma levar (nome da criança)? [1] Centro /Posto de Saúde [2] Médico do convênio/particular [3] Outro, qual _____ [9] Não sabe/não lembra			104. consserv_____	
105. Quando (nome da criança) tem consulta, a sra leva a caderneta de saúde? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes			105. conscad_____	
106. A sra foi orientada a trazer a caderneta de saúde nas consultas de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [9] Não lembra			106. orientcad_____	
107. O profissional de saúde faz anotações na caderneta de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não sabe/não lembra			107. profanot_____	
108. O profissional de saúde fala sobre o ganho de peso e do tamanho de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra			108. propeso_____	
109. A sra está com a caderneta de saúde de [nome da criança] em mãos? [0] Não → pule para a questão nº 117 [1] Sim			109. caderncr_____	
Verificar o Cartão da Criança e anotar:				
110. Identificação da criança	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	110. identcad_____
111. Dados do nascimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	111. nascad_____
112. Acompanhamento do crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	112. crescad_____
113. Registro de peso no gráfico de crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	113. pesocad_____
114. Registro de altura no gráfico de crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	114. altcad_____
115. Registro no gráfico de desenvolvimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	115. descad_____
116. Vacinação	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto	116. vacicad_____
117. O profissional de saúde costuma orientar a sra sobre como alimentar (nome da criança)? [0] Não → pule para a questão nº 120 [1] Sim [3] Às vezes [9] Não sabe/não lembra			117. profalim_____	
118. A sra consegue se lembrar das orientações sobre alimentação? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes Quais _____ _____ _____			118. qualori_____	
119. A sra costuma seguir as orientações fornecidas? [0] Não [1] Sim [3] Quando possível			119. seguiori_____	

9 PERCEPÇÃO MATERNA

120. Como a sra avalia o estado nutricional de (nome da criança)? [1] Muito magro [2] Magro [3] Peso adequado [5] Gordo [6] Muito gordo			120. perestnu_____
121. Você acha que (nome da criança) tem anemia? [0] Não → pule para a questão nº 123 [1] Sim			121. peranemi_____
122. Por que você acha que (nome da criança) tem anemia? [1] Muito branquinho [2] Come pouco, não se alimenta bem [3] Outro, qual _____			122. perpqane_____
Somente para as crianças maiores de 1 ano.			
123. Com qual dessas figuras a sra acha que (nome da criança) se parece? Nº _____			123. permatfig_____
124. Com qual dessas figuras a sra gostaria que (nome da criança) se parecesse? Nº _____			124. figmatcr_____

10. CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS DE VIVER E TRABALHAR DA FAMÍLIA								
139. Primeiro nome dos integrantes da família	140. Relação	141. Sexo	142. Idade (em anos)	143. Anos completos de escolaridade:	144. Trabalha	145. Registro em carteira	146. Renda (em reais)	147. Benefícios
Identificar o Chefe da família com um "X"	[1] Pai [2] Mãe [3] Cr1 [4] Avó [5] Avô [6] Cr2 [7] Cr3 [8] Outro Qual?	[1] Masc [2] Fem		[1 - 8] 1ª -8ª série [9] Supl Ens Fund [10] 1ºEns médio [11] 2ºEns médio [12] 3ºEns médio [13] Supl Ens Médio [14] Sup. incom. [15] Sup. compl. [16] Pós-Grad. [17] Nenhum	[0] Não [1] Não, mas está procurando emprego [2] Sim	[0] Não [1] Sim	(por membro da família)	[0] Nenhum [1] Vale transporte [2] Cesta básica [3] Assistência à saúde [4] Vale refeição [5] Outros

(As perguntas devem ser feitas mesmo que as pessoas não estejam trabalhando no momento)			
134. Chefe da família fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra			134.curschef____
135. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho do chefe da família: _____ [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra			135.ocupchef____
136. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho da mãe: _____ [8] Não se aplica			136. ocupmae____
137. Mãe fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica			137. cursmae____
138. Outros rendimentos? [0] Não [1] Aluguel [2] Aposentadoria [3] Pensão [4] Donativos [5] Outros: _____ R\$ _____			138.outsrend____

139. Propriedade do domicílio: [0] Cedida/Outros [1] Alugada [2] Financiada [3] Própria regular/irregular [9] Não sabe				139.propdom____
140. Paga IPTU? [0] Não [1] Sim [2] Isento [9] Não sabe				140.iptu____
141. Recebe conta de água? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe				141.contagua____
142. Recebe conta de luz? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe				142.contaluz____
143. Acesso ao serviço público de esgoto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe				143.esgoto____
144. Quantos cômodos possui para dormir? [0] Nenhum [1] Um [2] Dois [3] Três ou +				144.comodos____
145. Algum membro da família frequenta cultos religiosos? [0] Não [1] Sim				145.cultost____
146. Qual a principal atividade de lazer da família? [1] TV/ vídeo [2] esporte [3] Parque [4] Shopping [5] videogame [9] Outra: _____				146.outlazer____
147. Alguma pessoa da família participa de algum grupo/associação/sindicato ligado a (pode ter mais de uma resposta): [0] Não [1] Escola [2] Igreja [3] Bairro [4] Trabalho [5] Trabalho voluntário [6] Outro tipo de agrupamento [9] Não sabe				147.partgrup____

11. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DAS MÃES

CRIANÇA:	
148. Peso (em gramas): _____ gr	148. pesocr____
149. Comprimento (em centímetros): _____ cm	149. compcr____
150. Hemoglobina: _____ mg/dL	150. Hbcr____
MÃE:	
151. Peso (em gramas): _____ kg	151. pesomae____
152. Altura (em centímetros): _____ cm	152. alturmae____
153. IMC: _____	153. IMC____
154. Hemoglobina: _____ mg/dL	154. Hb____
Horário de término da entrevista: _____ h _____ min	
12 ENCAMINHAMENTOS	
155. CRIANÇA [0] Não [1] Sim	155. Encr____
156. MÃE [0] Não [1] Sim	156. Encmae____

APENDICE B - PLANEJAMENTO DA CAPACITAÇÃO

Dia/Período	Tema	Objetivos	Tópicos a serem abordados	Procedimentos	Tempo	Materiais
1º ENCONTRO M A N H Ã	- Recepção dos participantes - Abertura do encontro	- Acolhimento dos participantes - Apresentação dos objetivos do encontro	- Objetivos do encontro - Aspectos gerais da pesquisa - Apresentação dos participante - Expectativas em relação à capacitação	- Exposição dialogada - Dinâmica dos crachás	30 min.	- Revistas, cola, tesoura, barbante e cartolina
	- Apresentação dos resultados da 1ª etapa da pesquisa			- Exposição dialogada	30 min.	- Data show
	- Apresentação de vídeo (A árvore e o menino)				5 min.	- Data show - Vídeo
	COFFE BREAK				15 min.	
	- A caderneta de saúde da criança (CSC)	- Refletir sobre a importância da (CSC) como um instrumento de vigilância do C/D	- A implantação e uso da CSC no Brasil - Conteúdo da CSC	- Exposição dialogada - Manuseio da caderneta	30 min.	- Data show - Cadernetas
	Avaliação do crescimento da criança	- Refletir sobre a importância do acompanhamento do crescimento da criança; - Reconhecer o processo biológico do crescimento e seus fatores determinantes; - Avaliar o crescimento a partir de medidas antropométricas; - Interpretar as curvas de crescimento.	- A importância do acompanhamento do crescimento da criança; - O processo biológico do crescimento e seus fatores determinantes; - Avaliação do crescimento a partir de medidas antropométricas; - Interpretação das curvas de crescimento.	- Exposição dialogada - Prática de medidas antropométricas - Exercício prático (os grupos receberão um caso que deverá ser avaliado e discutido. O grupo deve elaborar uma intervenção e apresentar em forma de dramatização)	90 min.	- Data show - Bonecas - Régua antropométrica - Balança - Fita métrica - Papel Kraft - Canetões - Fita crepe - Cadernetas
	- GRUPO FOCAL	- Os resultados da pesquisa realizada refletem a realidade de vocês na prática? - O quanto isso está relacionado com suas práticas? - Ao que vocês atribuem esses resultados? - Quais são nossos desafios na atenção à saúde da criança? - Como temos enfrentado esses desafios?		- Discussão em grupo	90 min.	- Gravador

ALMOÇO					60 min.	
1º ENCONTRO T A R D E	Avaliação do desenvolvimento da criança	- Reconhecer as diferentes áreas do desenvolvimento infantil - Identificar as fases do desenvolvimento infantil - Realizar o preenchimento do gráfico de desenvolvimento da caderneta da criança	- As diferentes áreas do desenvolvimento infantil - As fases do desenvolvimento infantil - As principais características das fases do desenvolvimento infantil	- Exposição dialogada	30 min.	Data Show
				- Exercício prático (os grupos receberão um caso que deverá ser avaliado e discutido. O grupo deve elaborar uma intervenção e apresentar em plenária)	40 min.	- Papel Kraft - Canetões - Fita crepe - Cadernetas
	Distúrbios nutricionais mais prevalentes na infância	- Refletir sobre transição nutricional nos últimos anos; - Conhecer os aspectos epidemiológicos dos principais distúrbios nutricionais; - Identificar as causas, sinais e sintomas, tratamento. - Realizar um plano de ação real para combater e prevenir distúrbios nutricionais	- Transição nutricional - Aspectos epidemiológicos - Desnutrição - Obesidade - Anemia - Hipovitaminose A	- Dividir o grupo em 4 subgrupos. Cada subgrupo irá discutir o conceito, as causas, os sinais e sintomas e o tratamento. - Apresentação dos grupos em plenária e discussão geral	30 min. 20 min	- Papel Kraft - Canetões - Fita crepe - Cadernetas
				COFFE BREAK		
				- Exposição dialogada - Vídeo “ Muito além do peso”	30 min	- Data show
- GRUPO FOCAL	- Como a avaliação do crescimento e desenvolvimento ocorre na rotina de vocês? – Quais desafios vocês encontram na prática para a aplicabilidade do que fizemos e discutimos hoje nesta capacitação?		- Discussão em grupo	90 min.	- Gravador	
2º ENCONTRO M A N H Ã	- - Dinâmica de quebra-gelo				10 min.	- Música
	- Aconselhamento em aleitamento materno	- Refletir sobre a importância do aleitamento materno - Identificar precocemente os problemas que dificultam a manutenção do AM - Aconselhar a mãe/família em AM	- Vantagens/Desvantagens - Tempo ideal de AME/AM - Principais problemas no AM - Técnicas de aconselhamento em AM	- Exposição dialogada - Debate (dividir o grupo em 2 turmas. Uma turma deve apoiar e defender o aleitamento materno e a outra deve falar das desvantagens do AM. Fazer	40 min. 20 min.	- Data show - Mamas de crochê - Papel Kraft - Canetões - Bonecas - Acessórios para

<div>2º ENCONTRO</div> <div>TARDE</div>				uma grande discussão ao final) - Exercício prático (os grupos receberão casos para discutir e apresentar em plenária) - Dramatização sobre aconselhamento - Dinâmica verdade ou mito	60 min. 20 min. 20 min.	dramatização - Cartões verde e vermelho
	- GRUPO FOCAL	- O que vocês têm feito para promover o AM na rotina dos serviços? – Quais desafios vocês encontram nessa prática?		- Discussão em grupo	90 min.	- Gravador
	ALMOÇO					
	- Dinâmica para reflexão e aquecimento	- Ver as coisas de maneira diferente e ampliada		Dinâmica dos 9 pontos	10 min.	- Papéis impressos
	- Os 10 passos para uma alimentação saudável	- Aprofundar a compreensão da alimentação saudável para as crianças menores de 2 anos; -Fornecer orientação segura e adequada para a introdução da alimentação complementar; - Identificar as características da alimentação adequada para as crianças menores de 2 anos; - Descrever a atuação do profissional de saúde na promoção da alimentação saudável nas diferentes faixas etárias.	- A importância da alimentação e nutrição para promoção da saúde - Atributos básicos para uma alimentação saudável - Os grupos de alimentos - Alimentação nos dois primeiros anos de vida - Atuação do profissional de saúde na promoção da alimentação saudável	- Exposição dialogada - Construção de uma pirâmide alimentar - Dinâmica em grupo (dividir o grupo em subgrupos e dar para cada subgrupo um caso a ser discutido, avaliado e feito a intervenção. Cada subgrupo deverá apresentar uma dramatização do seu caso)	10 min. - Data show - Bonecas - Papel Kraft - Canetões - Fita crepe	
	- Encerramento	- Avaliação do encontro - Reaplicação do Teste de Conhecimento			20 min.	- Fichas de avaliação - Fichas de pós-teste
	GRUPO FOCAL	- O que vocês acharam dessa capacitação? - Atendeu às suas expectativas? – O que mudou na sua prática?		- Discussão do grupo	90 min.	- Gravador

APENDICE C- FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**Ficha de identificação**

1. Categoria profissional: () Enfermeiro () Médico () Aux/Téc Enfermagem () ACS
2. Sexo: () Fem () Masc 3. Idade: _____ 4. Mora em Itupeva? () Sim () Não
5. UBS/ESF que trabalha atualmente _____
6. Tempo que trabalha na atenção básica _____ 7. Outro vínculo empregatício () Sim () Não
8. Tempo de formação profissional: _____ 9. Pós- Graduação: () Especialização _____
() Mestrado () Doutorado
10. Recebeu alguma capacitação específica para trabalhar na atenção básica? () Sim () Não
11. Cursos/Capacitações sobre a Atenção Básica: _____
12. Realiza atividades para crianças <2 anos na sua rotina de trabalho na UBS/ESF () Sim () Não
13. Se sim, indique quais e com qual frequência (apenas atividades com crianças menores de 2 anos:
Consulta de acompanhamento () diária () semanal () mensal () raramente () não faz
Acolhimento () diária () semanal () mensal () raramente () não faz
Visita domiciliária () diária () semanal () mensal () raramente () não faz
Grupos educativos () diária () semanal () mensal () raramente () não faz
14. Quais são as principais dificuldades que você enfrenta na assistência à saúde da criança:
() Falta de capacitação () Excesso de serviço burocrático () Equipe incompleta
() Falta de organização do serviço () Alta demanda da comunidade
() Baixa demanda da comunidade
() Outro: _____
15. Quais problemas mais comuns relacionados às crianças menores de 2 anos você observa na sua rotina de trabalho? _____

Quanto ao aconselhamento nutricional classifique:

16. Seus conhecimentos: () Excelente () Bom () Razoável () Ruim
17. Suas práticas: () Utilizo muito na rotina () Utilizo pouco na rotina () Não utilizo

APENDICE D – TESTE OBJETIVO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO**TESTE DE CONHECIMENTO**

Data ____/____/2013.

1. Quanto a caderneta de saúde da criança é incorreto afirmar:
 - a) No Brasil, a caderneta de saúde da criança é considerada documento
 - b) É um instrumento de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil
 - c) Deve ser preenchida somente na sala de vacina
 - d) É um instrumento de comunicação entre a equipe multiprofissional

2. Para uma mamada ser eficaz é importante que:
 - a) A mãe fique sentada, o bebê com a cabeça elevada, sempre acima do tórax
 - b) A boca do bebê esteja bem aberta, seu queixo encostado na mama e a bochecha redonda
 - c) A boca do bebê esteja pegando o mamilo, lábio inferior virado para dentro, com a bochecha fazendo pressão negativa
 - d) O bebê mame 15 minutos em cada mama

3. Os alimentos complementares devem ser introduzidos
 - a) A partir do terceiro mês de idade, com introdução de suco de fruta e água em regiões de clima quente
 - b) A partir do quarto mês de idade, pois muitas mães voltam a trabalhar
 - c) A partir dos seis meses de idade. Até essa idade o leite materno supre todas as necessidades do bebê.
 - d) A partir de um ano de idade, porque a criança já tem dente

4. Sobre a introdução de alimentos complementares, assinale a incorreta:
 - a) Deve ser lenta e gradual, priorizando as frutas e hortaliças produzidas regionalmente.
 - b) A criança tende a rejeitar as primeiras ofertas de alimentos, pois tudo é novo, a consistência, o sabor, a textura dos alimentos.
 - c) Deve substituir a amamentação, para que a criança acostume com os novos alimentos.
 - d) Os novos alimentos devem complementar a amamentação e não substituí-la.

5. Sobre a frequência da alimentação complementar para crianças amamentadas:
 - a) Após completar seis meses oferecer duas papas de frutas e uma salgada. Após completar sete meses introduzir mais uma refeição salgada e após completar 12 meses acrescentar às quatro refeições, o desjejum.
 - b) Após completar quatro meses oferecer duas papas de frutas e uma salgada. Após completar seis meses introduzir mais uma refeição salgada e após completar nove meses acrescentar às quatro refeições, o desjejum.
 - c) Após os seis meses oferecer três refeições e dois lanches contendo fruta, mantendo sempre a amamentação
 - d) Nenhuma das anteriores

6. Para criar hábitos saudáveis é importante estabelecer horários fixos, com intervalos rígidos entre uma refeição e outra.

Verdadeiro ()	Falso ()	Não sei ()
------------------	-------------	---------------

7. A sopa da criança deve conter variedade de alimentos, porém deve ser líquida para não dificultar a deglutição, visto que a criança está aprendendo a se alimentar.

Verdadeiro ()	Falso ()	Não sei ()
------------------	-------------	---------------

8. A papa deve conter um cereal ou tubérculo, uma leguminosas (grãos ou feijões), um tipo de verdura e/ou um legume e um tipo de carne (ou frango ou peixe ou ovo).

Verdadeiro ()	Falso ()	Não sei ()
------------------	-------------	---------------

9. A partir dos seis meses de vida é recomendado o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições da criança.

Verdadeiro ()	Falso ()	Não sei ()
------------------	-------------	---------------

10. O consumo de alimentos não nutritivos como refrigerantes, doces, salgadinhos, enlatados, balas e outras guloseimas está associado à presença de anemia, desenvolvimento de excesso de peso e alergias alimentares. Verdadeiro () Falso () Não sei ()

11. Cuidados como a lavagem de mãos antes de preparar e ou oferecer a alimentação para a criança, manter os alimentos cobertos, usar água tratada, fervida e filtrada e não oferecer sobra de alimentos da refeição anterior evitam contaminação e doenças como diarreia.

Verdadeiro () Falso () Não sei ()

12. Em relação a alimentação de criança doente e ou convalescente, assinale a incorreta:

- a) É importante separar a refeição em prato individual para ter certeza do quanto a criança ingeriu.
- b) Não apressar a criança, alimentá-la tão logo demonstre sinais de fome e não forçá-la a comer são atitudes importantes para garantir uma refeição tranquila e aumentar as chances da criança aceitar a comida.
- c) Manter e estimular as mamadas ao seio. O leite materno é com frequência o alimento que a criança doente aceita melhor.
- d) Ofereça somente alimentos de preferência da criança, mesmo que sejam guloseimas como balas, bolachas recheadas, salgadinhos, refrigerantes.

13. Ao orientar uma mãe sobre alimentação de seu filho, o profissional deve:

- a) Falar sempre sobre todos os benefícios de uma alimentação saudável
- b) Corrigir uma ideia errada imediatamente
- c) Usar termos técnicos para que ela confie nas suas orientações
- d) Elogiar aquilo que ela está fazendo de certo

14. Assinale o que aumenta a autoconfiança da mãe:

- a) Aceitar aquilo que a mãe pensa e sente
- b) Falar para a mãe aquilo que ela deve fazer
- c) Dizer à mãe que ela deve se sentir mais autoconfiante
- d) Melhorar as condições socioeconômicas da mãe

15. Criança de 1 ano e 5 meses, peso para estatura >-1 escore- z <-2 , pode ser classificada:

- a) Obesidade ou sobrepeso
- b) Eutrofia
- c) Magreza
- d) Magreza acentuada

16. Conforme sua classificação, cite três condutas a serem tomadas nesse caso:

APENDICE E - FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL

1. Opinião geral sobre a estrutura do encontro	Ótimo	Bom	Ruim
Estrutura física do local
Recursos audiovisuais
Carga horária
Equipe de facilitadores
2. Opinião geral sobre os temas abordados			
A caderneta de saúde da criança
O crescimento infantil
O desenvolvimento infantil
Os distúrbios nutricionais mais prevalentes na infância
Aconselhamento em aleitamento materno
Os 10 passos para uma alimentação saudável
3. Os temas são aplicáveis à sua prática profissional?
4. O conteúdo teórico foi suficiente?
5. As dinâmicas em grupos auxiliaram na fixação do conteúdo?
3. Como você avalia sua participação no curso
4. O encontro contemplou suas expectativas?

Críticas/Sugestões: _____

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DA 3ª FASE DA PESQUISA

Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil

1 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
01. Nome do entrevistador:	01. entrev
02. Data da entrevista:	02. datent __/__/__
03. Unidade de saúde:	03. ubs
04. Nome da mãe:	04. nomemãe
05. Nome da criança:	05. nomecri
06. Endereço: (apenas atualização s/n)	06. endço
07. Fone de contato: (apenas atualização s/n)	07. fone
08. Horário de início da entrevista:	08. duracao
2 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	
09. (Nome da criança) está frequentando creche/escolinha? [0] Não → <i>pule para a questão nº 12</i> [1] Sim	09. crech_____
10. Com qual idade (nome da criança) entrou na creche? _____ anos _____ meses	10. inicrech_____
11. Em qual período (nome da criança) fica na creche? [1] Integral [2] parcial	11. percrech_____
12. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, quem cuida de (nome da criança) a maior parte do dia? (pode assinalar mais de uma resposta) [1] Mãe [2] Pai [3] Avó [4] Avô [5] Familiar < 10 anos [6] Familiar > 10 anos [7] Empregada [8] Vizinha [11] Outros, quem? _____	12. quemcrifica_____
13. Quanto ao uso de chupeta, (Nome da criança): [0] Nunca usou [1] Já usou, mas não usa mais [2] Ainda usa chupeta	13. usachupeta_____
14. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme durante o dia? _____ horas [0] Não dorme durante o dia [99] Não sabe	14. sonodia_____
15. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme a noite? _____ horas [99] Não sabe	15. sononoite_____
APENAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO	
Quais são as atividades de lazer de (nome da criança) e quantas horas por dia ou vezes por semana?	
16. TV/Videogame: _____ horas/dia [0] Não	16. ativtv_____
17. Boneca/carrinho/joguinhos: _____ horas/dia [0] Não	17. ativbon_____
18. Jogar bola/andar de triciclo/bicicleta: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	18. atibol_____
19. Natação/Ballet: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	19. ativnad_____
20. Brincar na rua/playground/parque: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não	20. ativrua_____
21. Outros: _____ horas/dia e _____ vezes/semana	21. ativout_____
22. (Nome da criança) está inscrita em algum desses programas? [1] Bolsa família [2] Leve Leite [3] Pastoral da criança [4] Outros [0] Não [9] Não sabe/não lembra	22. inscprog_____
3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA	
23. (Nome da criança) adoeceu nos últimos 15 dias: (pode assinalar mais que uma resposta) [1] febre [2] tosse/problema respiratório [3] problema de garganta [4] diarreia Outro: _____ [0] Não teve nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	23. dçacr_____
24. (Nome da criança) foi internada no período entre a última entrevista até agora? [0] Não → <i>pule para a questão nº 27</i> [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	24. internac_____
Se SIM, qual o motivo e o período da última internação?	
25. Motivo: _____	25. motint_____
26. Período: _____	26. perint_____
27. (Nome da criança) teve diagnóstico de anemia após a última entrevista? (exceto na 1ª fase da pesquisa) [0] Não → <i>pule para a questão nº 33</i> [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	27. anemia_____
28. A sra lembra a data em que isso aconteceu? ____/____/____ [9] Não sabe/não lembra	28. datnemia_____
29. Quem fez o diagnóstico? [0] Médico da UBS [1] Médico do convênio [2] Enfermeiro da UBS [9] Não sabe/não lembra	29. diagemia_____
30. Como foi feito o diagnóstico da anemia? [0] Exame de sangue [1] Exame clínico [2] Ambos [9] Não sabe/não lembra	30. comodiag_____

31. Como a anemia foi tratada? [0] Não tratou [9] Não sabe/não lembra [1] Fez uso de ferro [2] Tratou com alimentos Quais? [3] ambos		31. tranemia_____
32. A sra seguiu o tratamento prescrito corretamente? [1] Sim [2] Parcialmente [0] Não Por que?		32. segtrat_____
33. (Nome da criança) está recebendo algum medicamento/vitamina como suplementação? [0] Não [1] Sulfato Ferroso [2] Aditil (Vitamina A+D) [3] Polivitamínico [4] Outro, qual _____ [9] Não sabe/não lembra		33. suplem_____
34. (Nome da criança) teve encaminhamento na primeira fase da pesquisa? [0] Não → pule para a questão nº57 [1] Sim		34. encam1_____
APENAS PARA CRIANÇAS ENCAMINHADAS NA 1ª FASE DA PESQUISA		
Motivo do encaminhamento:		35. motnemia_____
35. Anemia	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	36. motexc_____
36. Excesso de peso	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	37. motbpx_____
37. Baixo peso	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	38. motdesen_____
38. Atraso no desenvolvimento	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	
39. Após o nosso encaminhamento, a Sra conseguiu agendamento na UBS? [1] Sim [0] Não [2] Não procurou atendimento Por que? _____ [9] Não sabe/não lembra [3] Procurou atendimento no convênio		39. agenubs_____
O que foi realizado a partir desse encaminhamento?		40. oriemed_____
40. Orientação nutricional pelo médico	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	41. orieenf_____
41. Orientação nutricional pelo enfermeiro	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	42. sulfmed_____
42. Prescrição de sulfato ferroso pelo médico	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	43. sulfenf_____
43. Prescrição de sulfato ferroso pelo enfermeiro	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	44. hmgmed_____
44. Solicitação de Hmg pelo médico	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	45. hmgenf_____
45. Solicitação de Hmg pelo enfermeiro	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	46. encprof_____
46. Encaminhamento para outro profissional	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	47. encgrup_____
47. Encaminhamento para Grupo Educativo	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	48. retcons_____
48. Retornos em consulta mais frequente	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra	49. outro_____
49. Outro _____		
50. A sra teve dificuldade em realizar algum desses procedimentos? [0] Não [1] Sim Por quê? _____ [9] Não sabe/Não lembra		50. procdific_____
Algum profissional de saúde forneceu informações/orientações específicas sobre anemia/excesso de peso/baixo peso/atraso no desenvolvimento?		51. infomed_____
51. Médico	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra [8] Não se aplica	52. infoenf_____
52. Enfermeiro	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra [8] Não se aplica	53. infoae_____
53. Aux. Enfermagem	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra [8] Não se aplica	54. infoacs_____
54. ACS	[0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra [8] Não se aplica	
55. A sra modificou algum cuidado da criança a partir do diagnóstico de anemia/excesso de peso/baixo peso/atraso no desenvolvimento? [0] Não [1] sim [9] Não sabe/Não lembra		55. moddiag_____
56. O que foi modificado? [1] incluiu novos alimentos Quais? _____ [2] excluiu algum alimento Quais? _____ [3] Passou a criança com mais frequência na UBS [4] incluiu atividade física [5] Outros _____		56. qmodif_____
4 HISTÓRIA ALIMENTAR DA CRIANÇA		
57. Na 1ª entrevista (Nome da criança) estava em aleitamento materno? [0] Não → pule para a questão nº75 [1] Sim		57. amprimfase_____
58. (Nome da criança) ainda mama no peito? [0] Não [1] Sim → pule para a questão nº 67		58. mampeit_____

6 CONSUMO ALIMENTAR (SOMENTE PARA AS CRIANÇAS ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE)

Agora serão feitas algumas perguntas sobre a alimentação de (nome da criança). Para cada alimento citado, favor informar se (nome da criança) come (SIM ou NÃO). Se come, quantas vezes come por dia, semana ou mês.

ALIMENTOS	+6 x/dia (7)	4-6 x/dia (6)	2-3 x/dia (5)	4-6 x/sem (4)	1-3 x/sem (3)	1-3 x/mês (2)	1 x/mês (1)	Não come/ raramente (0)
82. Leites e derivados: queijo, requeijão, iogurte								
83. Suco de frutas (natural)								
84. Frutas: laranja, banana, mamão								
85. Cereais/pães e tubérculos: arroz, pão, macarrão, batatas, mandioca, farinhas (fubá, maisena)								
86. Legumes/verduras: chuchu, cenoura, tomate, folhas cruas ou cozidas								
87. Feijões: ervilha, lentilha, grão de bico								
88. Carnes, miúdos, ovos: boi, porco, aves, peixe, lingüiça, salsicha								
89. Açúcares e doces: chocolate, bala, etc								
90. Alimentos industrializados: papinha, miojo, gelatina, suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho)								
91. Refrigerantes								
92. Salgadinhos								

Marque somente um X para cada linha e responda todas as linhas. Não deixe linhas em branco.

7 ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Desde a última entrevista, que tipo de atendimento a senhora procurou na UBS?						
93. Acompanhamento de rotina da criança	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		93. acorot_____	
94. Acolhimento (se a criança ficou doente)	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		94. acolhi_____	
95. Vacinação	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		95. vacin_____	
96. Farmácia	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		96. farmac_____	
97. Grupo educativo	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		97. grupo_____	
Desde a última entrevista a senhora recebeu visita domiciliária de algum profissional da UBS?						
98. ACS	[8] N/A	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		98. acs_____
99. Auxiliar de Enfermagem	[8] N/A	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		99. ae_____
100. Enfermeiro	[8] N/A	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		100. enf_____
101. Médico	[8] N/A	[0] Não	[1] sim	Data da última: __/__/__		101. med_____
102. Desde a última entrevista, Em algum tipo de atendimento (EXCETO NA VACINAÇÃO) algum profissional pediu para ver a caderneta de Saúde da Criança?						102. solcadern_____
[0] Não [1] Sim [9] Não sabe/Não lembra						—

Se sim, qual profissional?		103.profacs____
103. ACS	[0] Não [1] sim [8] Não se aplica	104.profae____
104. Aux. Enfermagem	[0] Não [1] sim	105.profenf____
105. Enfermeiro	[0] Não [1] sim	106.profmed____
106. Médico	[0] Não [1] sim	
107. Desde a última entrevista, em algum momento a sra foi orientada a levar a caderneta de saúde da criança em todos os atendimentos da UBS?		107. orientcad____
[0] Não [1] Sim [9] Não sabe/Não lembra		
108. E a sra tem levado a caderneta de saúde em todos os atendimentos de (nome da criança)?		108. levcad____
[0] Não [1] Sim [3] Às vezes		
109. A sra observa que o profissional de saúde tem feito anotações na caderneta nesse último ano?		109.profanot____
[0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não sabe/não lembra		
110. Desde a última entrevista, algum profissional de saúde falou com a sra sobre a importância da Caderneta de saúde da Criança?		110.imporcad____
[0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra		
111. A sra está com a caderneta de saúde de [nome da criança] em mãos?		111. maoscad____
[0] Não → <i>pule para a questão nº120</i> [1] Sim		
112. Verificar tipo de Caderneta de Saúde:		112. tipocad____
[1] Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (a partir de 2005)		
[2] Cartão da Criança do Ministério da saúde (antes de 2005)		
[3] Outro tipo de Cartão (serviço particular)		
Verificar a Caderneta de saúde da Criança e anotar:		
113. Identificação da criança	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	113. identcad____
114. Dados do nascimento	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	114. nasccad____
115. Acompanhamento do crescimento	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	115. crescacad____
116. Registro de peso no gráfico de cresc	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	116. pesocad____
117. Registro de altura no gráfico de cresc	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	117. altcad____
118. Registro no gráfico de desenv	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	118. descad____
119. Vacinação	[0] Sem preenchimento [1] Completo [2] Incompleto	119. vacicad____
120. Nos últimos atendimentos, o profissional de saúde tem orientado a sra sobre o peso e o tamanho de (nome da criança)?		120.profpeso____
[0] Não → <i>pule para a questão nº122</i> [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra		
121. Que tipo de orientação sobre o peso/tamanho da criança a sra recebeu? (nas últimas consultas)		121. proforep____
[0] Não recebeu [1] O profissional apenas falou sobre o estado nutricional da criança		
[2] O profissional mostrou o gráfico de crescimento da criança e falou sobre o estado nutricional da criança		
[3] Outra _____ [9] Não lembra		
122. Nos últimos atendimentos, o profissional de saúde tem orientado a sra sobre os marcos de desenvolvimento da criança?		122. profdes____
[0] Não → <i>pule para o nº126</i> [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra		
Que tipo de orientação sobre o desenvolvimento da criança a sra recebeu? (nas últimas consultas)		
123. O profissional falou sobre a avaliação do desenvolvimento da criança		123. oravald____
[0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra		
124. O profissional mostrou o gráfico de desenvolvimento da criança		124.grafdes____
[0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra		
125. O profissional orientou sobre como estimular o desenvolvimento da criança		125.estimdes____
[0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra		
126. Nos últimos atendimentos, o profissional de saúde tem falado sobre a alimentação de (nome da criança)?		126. profalim____
[0] Não → <i>pule para o nº136</i> [1] Sim. O		
que? _____ [3] Às vezes [9] Não lembra		

<p>Que tipo de orientação sobre alimentação da criança a sra consegue se lembrar? (VERIFIQUE A IDADE DA CRIANÇA NA PRIMEIRA ENTREVISTA)</p> <p><u>APENAS PARA MENORES DE 6 MESES NA 1ª ENTREVISTA</u></p> <p>127. Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento? [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>128. Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais (3x ao dia). [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>129. A alimentação complementar ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família. [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>130. Não processar os alimentos no liquidificador e não passar na peneira. [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p><u>PARA TODAS AS CRIANÇAS</u></p> <p>131. A alimentação ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares. [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>132. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia, estimulando o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>133. Evitar oferecer: açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>134. Cuidados de higiene no preparo e manuseio dos alimentos, armazenamento e conservação adequados [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p> <p>135. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação [0] Não recebeu orientação [1] Recebeu e segue [2] Recebeu e segue parcialmente [3] Recebeu e não segue [9] Não lembra</p>	<p>127. inicame____</p> <p>128. inalimcop____</p> <p>129. alcomconsis</p> <p>130. peneiraliqui</p> <p>131. alcominter_</p> <p>132. consflv</p> <p>133. evitarofer</p> <p>134. cuidarhig</p> <p>135. cçdoente</p>
9 PERCEPÇÃO MATERNA	
<p>136. Atualmente, como a sra avalia o estado nutricional de (nome da criança)? [1] Muito magro [2] Magro [3] Peso adequado [5] Gordo [6] Muito gordo</p>	<p>136. perestnu____</p>
<p>Somente para as crianças maiores de 1 ano.</p>	
<p>137. Com qual dessas figuras a sra acha que (nome da criança) se parece? Nº _____</p>	<p>137. permatfig____</p>
<p>138. Com qual dessas figuras a sra gostaria que (nome da criança) se parecesse? Nº _____</p>	<p>138. figmatcr____</p>

10. CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS DE VIVER E TRABALHAR DA FAMÍLIA

[illegible]

11 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO															
Data de nascimento _/_/	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)														
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada														
	Olha para a pessoa que a observa														
	Dá mostras de prazer e desconforto
Fixa e acompanha objetos em seu campo visual														
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente														
	Arrulha e sorri espontaneamente														
	Começa a diferenciar dia/noite
Postura: passa da posição lateral para linha média														
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço														
	Emite sons - Balbucia														
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva
Rola da posição supina para prona														
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo														
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro														
	Reconhece quando se dirigem a ela
Senta-se sem apoio														
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra														
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos														
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras
Arrasta-se ou engatinha														
	Pega objetos usando o polegar e o indicador														
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido														
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)														
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)							Idade (anos)						
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6
Anda sozinha, raramente cai														
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário														
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras														
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista
Leva os alimentos à boca com sua própria mão														
	Corre e/ou sobe degraus baixos														
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente														
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu
Veste-se com auxílio														
	Fica sobre um pé, momentaneamente														
	Usa frases														
	Começa o controle esfinteriano
Reconhece mais de duas cores														
	Pula sobre um pé só														
	Brinca com outras crianças														
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)
Veste-se sozinha														
	Pula alternadamente com um e outro pé														
	Alterna momentos cooperativos com agressivos														
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias														

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco

■ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado

Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

(As perguntas devem ser feitas mesmo que as pessoas não estejam trabalhando no momento)			
148. Chefe da família fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra			148.curschef_____
149. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho do chefe da família: _____ [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra			149.ocupchef_____
150. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho da mãe: _____ [8] Não se aplica			150.ocupmae_____
151. Mãe fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica			151.cursmae_____
152. Outros rendimentos? [0] Não [1] Aluguel [2] Aposentadoria [3] Pensão [4] Donativos [5] Outros: _____ R\$ _____			152.outsrend_____

153. Propriedade do domicílio: [0] Cedida/Outros [1] Alugada [2] Financiada [3] Própria regular/irregular [9] Não sabe			153.propdom_____
154. Paga IPTU? [0] Não [1] Sim [2] Isento [9] Não sabe			154.iptu_____
155. Recebe conta de água? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe			155.contagua_____
156. Recebe conta de luz? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe			156.contaluz_____
157. Acesso ao serviço público de esgoto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe			157.esgoto_____
158. Quantos cômodos possui para dormir? [0] Nenhum [1] Um [2] Dois [3] Três ou +			158.comodos_____
159. Algum membro da família frequenta cultos religiosos? [0] Não [1] Sim			159.cultost_____
160. Qual a principal atividade de lazer da família? [1] TV/ vídeo [2] esporte [3] Parque [4] Shopping [5] videogame [9] Outra: _____			160.outlazer_____
161. Alguma pessoa da família participa de algum grupo/associação/sindicato ligado a (pode ter mais de uma resposta): [0] Não [1] Escola [2] Igreja [3] Bairro [4] Trabalho [5] Trabalho voluntário [6] Outro tipo de agrupamento [9] Não sabe			161.partgrup_____

12. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DAS MÃES

CRIANÇA:			
162. Peso (em gramas): _____ gr			162. pesocr_____
163. Comprimento (em centímetros): _____ cm			163. compcr_____
164. Hemoglobina: _____ mg/dL			164. Hbcr_____
MÃE:			
165. Peso (em gramas): _____ kg			165. pesomae_____
166. Altura (em centímetros): _____ cm			166. alturmae_____
167. IMC: _____			167. IMC_____
168. Hemoglobina: _____ mg/dL			168. Hb_____
Horário de término da entrevista: _____ h _____ min			
12. ENCAMINHAMENTOS			
169. CRIANÇA [0] Não [1] Sim			169. Enccr_____
170. MÃE [0] Não [1] Sim			170. Encmae_____

APENDICE G - MANUAL DO ENTREVISTADOR

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Coordenadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Fujimori

MANUAL DO ENTREVISTADOR

1. Apresentação

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito do aconselhamento nutricional da estratégia AIDPI sobre a prática alimentar, estado de nutrição e desenvolvimento de crianças menores de três anos cadastradas nos serviços de saúde da atenção básica do município de Itupeva, SP.

Espera-se que os resultados forneçam uma base de referência mais ampla sobre o efeito do aconselhamento nutricional de forma a subsidiar o aperfeiçoamento, tanto das políticas de educação permanente, como da implementação de estratégias de sensibilização e capacitação de profissionais com vistas à formação de hábitos alimentares saudáveis na prevenção e controle dos problemas nutricionais e de desenvolvimento infantil.

A pesquisa será realizada em três fases. A primeira e a terceira serão realizadas com as mães através de entrevistas individuais e grupos focais. A segunda fase será uma capacitação para os profissionais dos serviços de saúde da atenção básica. A amostra será constituída por 357 crianças e respectivas mães atendidas nas UBS. A distribuição de entrevistas por UBS foi determinada pela proporção do número total de crianças cadastradas em cada UBS e o número total da amostra, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1. Amostra da população de crianças menores de 3 anos de Itupeva, 2012.

UNIDADES DE SAÚDE	Nº TOTAL DE CRIANÇAS < 3 ANOS CADASTRADAS	% EM RELAÇÃO À AMOSTRA	Nº DE CRIANÇAS QUE SERÃO ENTREVISTADAS
CSII	948	24%	85
UBS Chave	128	3%	11
UBS Guacuri	124	3%	11
UBS Medeiros	91	2%	8
UBS Monte Serrat	247	6%	21
UBS Nova Era	36	1%	4
UBSF Jd. Guimar	420	11%	39
UBSF Rio das Pedras	498	13%	46
UBSF Santa Elisa	103	3%	11
UBS Santa Fé	786	20%	71
UBS Vl. São João	501	13%	46
UBS Quilombo	22	1%	4
TOTAL	3904	100%	357

A primeira etapa da pesquisa deverá ocorrer entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2013. As entrevistas serão realizadas prioritariamente nas unidades de saúde, mas também poderão ocorrer nos domicílios até que se alcance o número de crianças estipulado para cada unidade.

2. ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

A) Rapport

- ✓ Apresente-se às mães e explique brevemente os objetivos da pesquisa. Nesse momento é importante que se use sempre o mesmo discurso, pois é necessária a uniformidade na abordagem das mães.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César,
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11) 3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.
Coordenadora: Prof.^a Dra Elizabeth Fujimori

RAPPORT

Olá, meu nome é e estou realizando uma pesquisa para a USP sobre as condições de saúde, nutrição e desenvolvimento das crianças menores de 3 anos do município de Itupeva. É uma entrevista bem rápida e depois vou pesar e medir a sra e seu filho.

Essa pesquisa também vai verificar anemia nas crianças, portanto vou colher uma gota de sangue do dedo de seu filho. A sra gostaria de participar? Para isso é necessário que a sra dê seu consentimento, lendo e assinando esse termo.

(apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciar a entrevista)

B) Critérios de inclusão/exclusão

- ✓ Serão elegíveis para a pesquisa apenas crianças menores de 3 anos, ou seja, com idade até 2 anos 11 meses e 29 dias;
- ✓ A entrevista deve ser realizada somente COM A MÃE BIOLÓGICA da criança;
- ✓ Mães com mais de um filho menor de 3 anos, a entrevista deve ser referente ao filho mais novo;
- ✓ Gemelares e crianças com necessidades especiais NÃO SERÃO ELEGÍVEIS PARA A PESQUISA.

C) Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

- ✓ As mães que aceitarem participar da pesquisa devem ler e assinar o TCLE antes de iniciar a entrevista. Caso a mãe não saiba ler, fazê-lo por ela. Em seguida, dê as explicações necessárias e tire as dúvidas. A mãe deverá assinar o TCLE em duas vias. Uma via deve ficar com a mãe e outra deverá ser anexada ao questionário realizado.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César,
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11) 3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui convidada a participar de uma pesquisa que busca avaliar o efeito de um aconselhamento nutricional dos profissionais de saúde na prática alimentar e estado nutricional e de desenvolvimento das crianças de Itupeva. A pesquisa será desenvolvida com minha participação em duas entrevistas, respondendo questionário com perguntas sobre as condições sócioeconômicas de minha família, cuidados que tive na gestação e parto de meu filho e sobre sua saúde e alimentação. Além disso, fui informada sobre a necessidade de verificação do meu peso e altura, bem como a de meu filho, e a realização de exame para avaliar presença de anemia em mim e em meu filho através da coleta de uma gota de sangue do dedo médio (no caso de bebês com menos de 6 meses, do calcanhar). Também fui informada que a coleta de sangue será feita por profissional treinado e não implicará em risco para a criança, pois todo o material utilizado é estéril e descartável. Receberei o resultado logo após a realização do exame, e caso seja necessário, meu filho receberá tratamento no próprio serviço ou será encaminhado. Minha participação é voluntária e terei total liberdade de não participar da pesquisa, ou se aceitar participar, poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Foi-me garantido que as informações são sigilosas e confidenciais. Satisfeita com as explicações, concordo em participar como voluntária da pesquisa e assino duas cópias deste documento, uma para mim e outra para o pesquisador. Caso eu tenha alguma dúvida, reclamação ou necessite algum tipo de esclarecimento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dra. Elizabeth Fujimori (11) 3061 7652 ou (11) 9835 9399 ou se for relacionado aos aspectos éticos, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP no fone (11) 3061-7548.

ITUPEVA, ____/____/2013.

Assinatura da Mãe

Assinatura do entrevistador

D) Preenchimento do formulário

- ✓ O formulário está dividido em 11 blocos sobre informações socioeconômicas, características maternas, saúde e nutrição da criança, entre outras;
- ✓ Esteja atento às indicações de preenchimento no próprio formulário;
- ✓ Todas as respostas devem ser anotadas diretamente sobre a alternativa desejada, NÃO utilizar a coluna de códigos;
- ✓ Procure utilizar sempre o nome da mãe e da criança ao fazer as perguntas;
- ✓ NÃO TENHA DECODIFICAR as respostas da mãe (não as interpretar). Em caso de dúvida, registre a resposta com detalhes, usando as próprias palavras da entrevistada, entre aspas.
- ✓ Em caso de impedimento de iniciar ou prosseguir com a entrevista, AGENDE com a mãe um novo dia e horário viável para ambos.

BLOCO 1. Identificação da criança

- ✓ Todos os dados devem ser preenchidos da forma mais completa possível;

UBS onde a criança é cadastrada

Não utilize essa coluna

1 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
1. Entrevistador (1º nome):	1. entrev...
2. Data da entrevista:	2. dataentr...
3. Unidade de saúde:	3. un...
4. Nome da mãe:	4. nmame...
5. Nome da criança:	5. nmecri...
6. Data de nascimento da criança:	6. data...
7. Sexo da criança: [1] Masculino [2] Feminino	7. sexo...
8. Há quanto tempo a senhora mora em Itupeva?	8. tpo...
9. Matrícula/Prontuário:	9. matric...
10. Endereço:	10. endco...
11. Fone de contato:	11. fone...
12. Horário de início da entrevista: h min	12. duracao...

Pode-se copiar essas informações de algum documento, cartão de registro na

BLOCO 2. Informações sobre a gravidez, parto e puerpério

- ✓ Utilize sempre o nome da mãe ao fazer as perguntas;
- ✓ Atenção às questões que podem ser assinaladas mais que uma alternativa;
- ✓ Atenção às indicações no formulário para “pular” questões.

Não utilize essa coluna

Atenção! Pode-se assinalar mais que uma

Atenção!

Especificar a doença

2 INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	
13. (Nome da mãe) quantos filhos a sra tem?	13. quantfilho...
14. (Nome da mãe) qual a ordem de nascimento de (nome da criança)? [1] 1º filho [2] 2º filho [3] 3º filho [4] 4º filho ou mais	14. ordnasc...
15. Fez pré-natal na gravidez de (nome da criança)? [0] Não → pule para a questão nº 22 [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	15. prenatal...
16. Onde fez o pré-natal? [1] Centro ou Posto de saúde [2] Hospital público [3] Hospital privado [4] Médico particular [5] Médico de convênio [9] Não sabe/não lembra	16. oprenat...
17. Em que mês da gravidez fez a 1ª consulta de pré-natal? meses [9] Não sabe/não lembra	17. inprenat...
18. Quantas consultas de pré-natal fez na gravidez? consultas [9] Não sabe/não lembra	18. ncprenat...
19. O seu peso foi verificado nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma consulta [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9] Não lembra/não sabe	19. ganhopos...
20. A sua pressão foi medida nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma das consultas [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9] Não sabe/não lembra	20. presspre...
21. No pré-natal, a sra recebeu orientação sobre como evitar filhos após o parto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	21. grievef...
22. Quanto ganhou de peso nessa gravidez? Kg [99] Não sabe/não lembra	22. ganhopos...
23. Durante a gravidez, recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde? (pode assinalar mais de uma resposta) [0] Não [1] Sim, ACS [2] Sim, enfermeiro [3] Sim, médico [4] Sim, nutricionista [5] Sim, psicólogo [6] Sim, outro [9] Não sabe/não lembra [8] Não se aplica	23. visitao...
24. A sra fuma? [0] Não → pule para a questão nº 29 [1] Sim	24. fuma...
25. Há quantos anos a sra fuma? anos [99] Não sabe/não lembra	25. tempofum...
26. Quantos cigarros por dia? cigarros [99] Não sabe/não lembra	26. ncigdia...
27. Fumou durante a gravidez? [0] Não → pule para a questão nº 29 [1] Sim [9] Não lembra/não sabe	27. fumog...
28. Quantos cigarros por dia fumava na gravidez? cigarros [99] Não sabe/não lembra	28. fumodiag...
29. A sra tomou bebida alcoólica durante a gravidez? [0] Não bebe, nunca bebeu [1] Sim, sempre [2] Sim, algumas vezes [9] Não sabe/não lembra	29. alcog...
30. Durante a gravidez a sra teve: (Pode assinalar várias respostas) [1] Anemia [2] Infecção urinária [3] Pressão alta [4] Diabetes gestacional [5] Hemorragia [6] Internação por qualquer motivo [7] Outro: [0] Nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	30. doencas...
31. Durante a gravidez a sra tomou: Sulfato Ferroso Tempo de uso: meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou	31. sulfato...
32. Ácido Fólico Tempo de uso: meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou	32. acido...
33. Qual foi o tipo de parto de (nome da criança)? [1] Normal [2] Cesárea [3] Fórceps	33. tipoparto...
34. Em que lugar (nome da criança) nasceu? [1] Em casa → pule para a questão nº 37 [2] Hospital público [3] Hospital particular/convênio [9] Não sabe/não lembra	34. nascloca...

35. Na maternidade (nome da criança) ficou junto com a <u>sra</u> no quarto? [0] Não [1] Sim, o tempo todo [2] Sim, parte do tempo [9] Não sabe/não lembra	35. nascuat
36. (Nome da criança) saiu de alta da maternidade junto com a <u>sra</u> ? [1] Sim [0] Não Motivo: _____ [9] Não sabe/não lembra	36. altajunt
37. Durante o parto ou nos primeiros dias após o parto a <u>sra</u> ou (nome da criança) tiveram algum problema? [0] Não [2] Sim, mãe Qual problema? _____ [9] Não sabe/não lembra [3] Sim, bebê Qual problema? _____	37. probnasc
38. A <u>sra</u> teve alguma <u>consulta</u> nos primeiros 42 dias após o parto (no posto de saúde, hospital ou recebeu visita domiciliar do médico ou enfermeiro)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	38. conspuer

BLOCO 3. Características da criança

- ✓ Ao fazer as perguntas utilize sempre o nome da criança;

3. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA		
39. Com quanto de peso (nome da criança) nasceu? (Se necessário, anote da caderneta ou prontuário) _____ gramas [0] Sem informação		39. nascpr
40. Com qual tamanho (nome da criança) nasceu? (Se necessário, anote da caderneta ou prontuário) _____ cm [0] Sem informação		40. nascalt
41. (Nome da criança) frequenta creche? [0] Não → pule para a questão nº 44		41. frequcre
42. Com qual idade (nome da criança) entrou na creche? _____ anos _____ meses		42. entrcre
43. Em qual período (nome da criança) fica na creche? [1] Integral [2] parcial		43. percre
44. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, onde (nome da criança) fica? [1] Em casa [2] Com os Avós [3] Outro familiar [4] Na Vizinha [5] com Crecheira		44. crific
45. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, quem cuida de (nome da criança) a maior parte do dia? (pode assinalar mais de uma resposta) [1] Mãe [2] Pai [3] Avó [4] Avô [5] Familiar < 10 anos [6] Familiar > 10 anos [7] Empregada [8] Crecheira [11] Outros, quem?		45. quancuida
46. (Nome da criança) está inscrita em algum desses programas? [1] Bolsa família [2] Leve Leite [3] Pastoral da criança [4] Outros [0] Não [9] Não sabe/não lembra		46. inscprog
47. (Nome da criança) recebe algum medicamento/vitamina como suplemento: [1] Sulfato Ferroso [2] Adipil (Vitamina A+D) [3] Polivit [9] Não		47. medsup
48. Quanto ao uso de chupeta, (Nome da criança): [0] Nunca usou [1] Usou [2] Ainda usa chupeta		48. usochup
49. (Nome da criança) já teve anemia ou diagnóstico de anemia em algum momento? [0] Não → pule para a questão nº 51 [1] Sim		49. tevean
50. Como a <u>sra</u> tratou a anemia de (nome da criança)? [0] Não tratou [1] Tratou com uso de ferro [2] Tratou com alimentos Quais? _____ [9] Não sabe/não lembra		50. tratemia
51. (Nome da criança) teve, nos últimos 15 dias: (pode assinalar mais que uma resposta) [1] febre [2] tosse/problema respiratório [3] problema de garganta [4] diarreia... Outro: _____ [0] Não teve nenhum problema [9] Não sabe/não lembra		51. doendr
52. (Nome da criança) foi internada alguma vez? [0] Não → pule para a questão nº 55 [1] Sim [9] Não sabe/não lembra		52. intern
Se SIM, qual o motivo e o período da última internação?		53. motint
54. Período: _____		54. perint
55. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme por dia? [0] Não dorme durante o dia [99] Não sabe		55. sonndia
56. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme por noite? [0] Não dorme durante a noite [99] Não sabe		56. sonnoite
ATIVIDADES PARA CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO		
Assinale as atividades de lazer de (nome da criança) e quantas horas por dia ou vezes por semana?		
57. Videogame: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não		57. atvtdig
58. Boneca/carrinho/joguinhos: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não		58. atvbun
59. Jogar bola/andar de triciclo/bicicleta: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não		59. atvbol
60. Natação/Bolotas: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não		60. atvnat
61. Brincar na rua/playground/parque: _____ horas/dia e _____ vezes/semana [0] Não		61. atvrua
62. Outros: _____ horas/dia e _____ vezes/semana		62. atvout

Atenção

Nas questões abertas
use as próprias
palavras da mãe

Atenção

Especifique a
atividade, as
hs/dia e as
vezes/sem

BLOCO 4. História alimentar da criança

4. HISTÓRIA ALIMENTAR DA CRIANÇA		
63. O (nome da criança) mama no peito? [0] Não [1] Sim → pule para a questão nº 65		63. mampeit
64. Por que a senhora não amamentou ou deixou de amamentar o (nome da criança)? (pode assinalar mais que uma resposta) [1] Problemas mamários [2] Problemas durante o parto/puerpério [3] Retorno ao trabalho [4] Nova gravidez [5] Orientação profissional [6] Opção própria [7] Maior de 2 anos Outros: _____		64. naomam
65. Quantas vezes por dia o (nome da criança) mama no peito? _____		65. mampait
66. A senhora amamenta no período noturno? [0] Não [1] Sim		66. mamnot
67. Durante o pré-natal a senhora recebeu alguma orientação e/ou incentivo para a amamentação? [0] Não → pule para a questão nº 70 [1] Sim [9] Não lembra/não sabe		67. oriomam
68. Quais profissionais forneceram orientação e/ou incentivo sobre amamentação? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos [4] Outros _____		68. proforie
69. Como foi realizada essa orientação e/ou incentivo à amamentação? [1] Individual [2] Grupo/Curso [3] Outros _____		69. oriomam
70. O (nome da criança) mamou no peito logo que nasceu (na 1ª hora após o parto)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra		70. peitnasc
71. Na maternidade (nome da criança) mamou no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente no peito [2] Sim, mas recebeu outros alimentos também (água glicoseada, fórmulas lácteas) [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra		71. matmam
72. Na maternidade a senhora recebeu orientação e/ou ajuda para amamentar? [0] Não → pule para a questão nº 74 [1] Sim [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra		72. orimatmam
73. Quem forneceu essa orientação e/ou ajuda na maternidade? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos Outros: _____ [9] Não sabe/não lembra		73. profm
74. Logo que chegou em casa, a senhora deu de mamar no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente o peito [2] Sim, mas deu outros alimentos também (água, chá, fórmulas lácteas) [9] Não sabe/não lembra		74. cas
75. A senhora teve alguma dificuldade ou problema para amamentar em casa? (pode assinalar mais que uma resposta) [0] Não [1] Sim Qual? _____ [9] Não sabe/não lembra		75. grs
76. A senhora amamentou o filho anterior? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica		76. filmam
77. A senhora tinha o desejo de amamentar o (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra		77. desmam
78. Até que idade o (nome da criança) recebeu só leite materno, sem nenhum outro alimento (nem água ou chás)? _____ dias [0] Nunca mamou no peito [99] Não sabe/não lembra [88] Ainda recebe só leite materno (sem água ou chá) → pule para a questão nº 105		78. iddpei

Se AINDA MAMA no peito, recebe outro alimento que não o leite materno?				79. <u>agua</u>
79. Água	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe	80. <u>cha</u>
80. Chá	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe	81. <u>leite vac</u>
81. Leite de vaca	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe	82. <u>leite po</u>
82. Leite em pó	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe	83. _____
83. Outros: _____				84. <u>outro lm</u>
84. Com que idade começou a receber leite diferente do leite materno? _____ dias OU _____ meses				85. <u>garou lm</u>
[999] Não sabe/não lembra				
85. Com que idade deixou de receber o leite materno?				
_____ dias OU _____ meses [999] Não sabe/não lembra				
86. Quanto ao uso de mamadeira: [0] Nunca usou → pule para a questão nº 89 [1] Já usou e ainda usa				86. <u>mamde</u>
[2] Já usou e não usa mais [9] Não sabe/não lembra				
87. Com qual idade iniciou o uso da mamadeira? _____ dias OU _____ meses				87. <u>idmadei</u>
88. Com qual idade deixou de usar a mamadeira? _____ dias OU _____ meses [999] Não se aplica				88. <u>semadei</u>
89. Com que idade (nome da criança) começou a receber papa (frutas amassadas, alimentação pastosa)?				
_____ dias OU _____ meses [88] Ainda só recebe leite/líquidos [99] Não sabe/não lembra				89. <u>pastosa</u>
90. Com que idade a (nome da criança) iniciou a alimentação sólida (comida de panela/da família)?				
_____ dias OU _____ meses [88] Ainda só recebe leite/líquidos [99] Não sabe/não lembra				90. <u>solida</u>
91. (Somente para os maiores de 1 ano) O (nome da criança) costuma comer assistindo televisão?				91. <u>comtv</u>
[0] Não [1] Sim sempre [3] Sim às vezes				

BLOCO 5. Consumo alimentar habitual da criança

- ✓ Pergunte para a mãe sobre tudo o que a criança costuma comer e beber num dia comum, desde que acorda até o horário em que vai dormir.
- ✓ Anote detalhadamente o horário, a quantidade e o alimento ingerido. Ex: se a criança tomou uma mamadeira, pergunte: quantos ml da mamadeira a criança tomou? O que tinha na mamadeira (tipo de leite, engrossante tipo e quantidade, uso de açúcar e quantidade, outros).
- ✓ Caso a criança fique em creche, pergunte o que a criança costuma comer quando está em casa.

[illegible]

[illegible]

Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)					Idade (anos)				
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	Anda sozinha, raramente cai										
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário										
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras										
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista										
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão										
	Corre e/ou sobe degraus baixos										
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente										
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu										
	Veste-se com auxílio										
	Fica sobre um pé, momentaneamente										
	Usa frases										
	Começa o controle esfinteriano										
	Reconhece mais de duas cores										
	Pula sobre um pé só										
	Brinca com outras crianças										
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)										
	Veste-se sozinha										
	Pula alternadamente com um e outro pé										
	Alterna momentos cooperativos com agressivos										
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias										

Período em que 90% das crianças adquirem o marco
P = presente; A = ausente; NV = não verificado
Elaborado por: Basso, L. B. C.; Almeida, R. M. e Tavares, C. M. C.

BLOCO 8. Acompanhamento da criança pelos profissionais de saúde

8. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
103. A <u>sra</u> faz acompanhamento de (nome da criança) com médico ou enfermeiro?	[0] Não → pule para a questão nº 105	[1] Sim, com que frequência?	103. <u>acompanhamento</u>
104. Em que serviço de saúde costuma levar (nome da criança)?	[1] Centro/Posto de Saúde	[2] Médico do convênio/particular	[9] Não sabe/não lembra
105. Quando (nome da criança) tem consulta, a <u>sra</u> leva a caderneta de saúde?	[0] Não	[1] Sim	[3] Às vezes
106. A <u>sra</u> foi orientada a trazer a caderneta de saúde nas consultas de (nome da criança)?	[0] Não	[1] Sim	[9] Não lembra
107. O profissional de saúde faz anotações na caderneta de (nome da criança)?	[0] Não	[1] Sim	[3] Às vezes
108. O profissional de saúde fala sobre o ganho de peso e do tamanho de (nome da criança)?	[0] Não	[1] Sim	[3] Às vezes
109. A <u>sra</u> está com a caderneta de saúde de (nome da criança) em mãos?	[0] Não → pule para a questão nº 117	[1] Sim	
Verificar o Cartão da Criança e anotar:			
110. Identificação da criança	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
111. Dados do nascimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
112. Acompanhamento do crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
113. Registro de peso no gráfico de crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
114. Registro de altura no gráfico de crescimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
115. Registro no gráfico de desenvolvimento	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
116. Vacinação	[0] Sem preenchimento	[1] Completo	[2] Incompleto
117. O profissional de saúde costuma orientar a <u>sra</u> sobre como alimentar (nome da criança)?	[0] Não → pule para a questão nº 120	[1] Sim	[3] Às vezes
118. A <u>sra</u> consegue se lembrar das orientações sobre alimentação?	[0] Não	[1] Sim	[3] Às vezes
119. A <u>sra</u> costuma seguir as orientações fornecidas?	[0] Não	[1] Sim	[3] Quando possível

BLOCO 9. Percepção materna

- Mostrar as figuras para a mãe e deixar que ela indique com qual figura seu filho se parece e com qual gostaria que parecesse.

9 PERCEPÇÃO MATERNA	
120. Como a <u>sra</u> avalia o estado nutricional de (nome da criança)?	120. <u>perceção</u>
121. Você acha que (nome da criança) tem anemia?	121. <u>perceção</u>
122. Por que você acha que (nome da criança) tem anemia?	122. <u>perceção</u>
Somente para as crianças maiores de 1 ano.	
123. Com qual dessas figuras a <u>sra</u> acha que (nome da criança) se parece? Nº	123. <u>perceção</u>
124. Com qual dessas figuras a <u>sra</u> gostaria que (nome da criança) se parecesse? Nº	124. <u>perceção</u>

Anotar a escolha da mãe aqui

BLOCO 10. Características das formas de viver e trabalhar da família

- ✓ Explique à mãe que agora você precisa fazer umas perguntas sobre a família que mora junto com a criança na casa.

[illegible]

- ✓ **Q125:** Pergunte e anote o primeiro nome das pessoas que moram com mãe e a criança na casa; marque com um “X” quem é o chefe da família;
- ✓ **Q126:** Faça a relação dos integrantes da família com a criança entrevistada; considerando “[3] Cr1” a criança pesquisada. Ofereça à mãe todas as opções, uma a uma, e anote na coluna em frente aos nomes;
- ✓ Nas **Q129, 130, 131, 132 e 133:** Anotar somente informações referentes aos pais da criança e do chefe da família, caso esse não corresponda nem ao pai nem à mãe da criança;
- ✓ Quanto ao registro em carteira, considere *SIM* também para as pessoas que possuem contrato formal de trabalho e aposentados.

(As perguntas devem ser feitas mesmo que as pessoas não estejam trabalhando no momento)					
134. Chefe da família fez curso preparatório para o trabalho?	[0] Não	[1] Sim	[8] Não se aplica	[9] Não sabe/não lembra	134.curschef
135. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho do chefe da família:	[8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra				135.ocupchef
136. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho da mãe:	[8] Não se aplica				136.ocupmae
137. Mãe fez curso preparatório para o trabalho?	[0] Não	[1] Sim	[8] Não se aplica		137.cursmae
138. Outros rendimentos?	[0] Não	[1] Aluguel	[2] Aposentadoria	[3] Pensão	138.outsrend
[4] Donativos	[5] Outros:	RS			
139. Propriedade do domicílio:	[0] Cedida/Outros	[1] Alugada	[2] Financiada		139.propdom
[3] Própria regular/irregular	[9] Não sabe				
140. Paga IPTU?	[0] Não	[1] Sim	[2] Isento	[9] Não sabe	140.iptu
141. Recebe conta de água?	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe		141.contagua
142. Recebe conta de luz?	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe		142.contaluz
143. Acesso ao serviço público de esgoto?	[0] Não	[1] Sim	[9] Não sabe		143.esgoto
144. Quantos cômodos possui para dormir?	[0] Nenhum	[1] Um	[2] Dois	[3] Três ou +	144.comodos
145. Algum membro da família frequenta cultos religiosos?	[0] Não	[1] Sim			145.cultost
146. Qual a principal atividade de lazer da família?	[1] TV/vídeo	[2] esporte	[3] Parque		146.outlazer
[4] Shopping	[5] videogame	[9] Outra:			
147. Alguma pessoa da família participa de algum grupo/associação/sindicato ligado a (pode ter mais de uma resposta):	[0] Não	[1] Escola	[2] Igreja	[3] Bairro	147.partgrup
[4] Trabalho	[5] Trabalho voluntário	[9] Não sabe			

- ✓ **Q135 e 136:** Anote exatamente a atividade da pessoa. Identifique, de acordo com o que cada um faz no trabalho, se é doméstico, empregador, etc., conforme o quadro abaixo. Se houver necessidade, esclareça com perguntas diretas (Possui empregado? Trabalha para alguma empresa ou por conta própria?).

Condição de atividade e qualificação da ocupação	Valores quantificadores
Bico, desempregado em ocupação mal definida	1
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação mal definida	2
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação mal definida	3
Bico, desempregado em ocupação do tipo não operacional/apoio	4

Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação do tipo não operacional/apoio	5
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação do tipo não operacional/apoio	6
Bico, desempregado em ocupação de serviço de escritório	7
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação de serviços de escritório	8
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação de serviços de escritório	9
Bico, desempregado em ocupação de serviços gerais	10
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação de serviços gerais	11
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação de serviços gerais	12
Bico, desempregado em ocupação não qualificada na execução	13
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação não qualificada na execução	14
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação não qualificada na execução	15
Bico, desempregado em ocupação semi-qualificada na execução	16
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação semi-qualificada na execução	17
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação semi-qualificada na execução	18
Trabalhador familiar, autônomo ou assalariado sem carteira em ocupação qualificada na execução	19
Aposentado, pensionista, afastado do trabalho e empregador ou assalariado com carteira em ocupação qualificada na execução	20
Planejamento e organização	21
Empresário, direção e gerência	22

BLOCO 11. Estado nutricional da criança e da mãe

- ✓ Nesse bloco, você terá que verificar o peso e a estatura da mãe e da criança, além de colher o sangue para verificar o nível de hemoglobina.
- ✓ Na questão 153 calcular o IMC da seguinte forma: $\text{Peso}/\text{altura}/\text{altura}$.

11. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DAS MÃES	
CRIANÇA:	
148. Peso (em gramas): _____ gr	148. <u>pesocr</u> _____
149. Comprimento (em centímetros): _____ cm	149. <u>compcr</u> _____
150. Hemoglobina: _____ mg/dL	150. <u>Hbcr</u> _____
MÃE	
151. Peso (em gramas): _____ kg	151. <u>pesomae</u> _____
152. Altura (em centímetros): _____ cm	152. <u>alturmae</u> _____
153. IMC: _____	153. <u>IMC</u> _____
154. Hemoglobina: _____ mg/dL	154. <u>Hb</u> _____

APENDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃES

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César

São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br

Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar de um estudo científico realizado por profissionais da área de saúde, interessados em conhecer e avaliar as condições de saúde, nutrição e desenvolvimento das crianças menores de 3 anos do Município de Itupeva.

Para participar da pesquisa necessitamos que a Sra. responda a algumas perguntas sobre sua família, você e seu filho. Além disso, que autorize a verificação de seu peso e da altura e a de seu filho, bem como, a realização do exame de anemia realizado através da coleta de uma gota de sangue do dedo médio de seu filho ou, no caso de bebês com menos de 4 meses, do calcanhar. A coleta de sangue será feita por pessoas da área da saúde devidamente treinadas e não implicará em risco para a criança, uma vez que todo o material utilizado será estéril e descartável. Ao final da entrevista, a Sra. receberá os resultados dos exames e as devidas informações e orientações sobre os achados e, caso seja necessário, o devido encaminhamento.

A participação da Sra. e a de seu filho será confidencial e as informações obtidas só serão de conhecimento dos profissionais envolvidos na pesquisa e os resultados coletivos serão apenas divulgados nos meios científicos. Caso a Sra. não queira participar da pesquisa, sua desistência não acarretará em nenhum tipo de prejuízo e/ou constrangimento.

Eu, _____, voluntariamente, após ter recebido todas as informações necessárias de forma clara concordo em participar da pesquisa “Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil” e autorizo a participação de meu filho.

ITUPEVA, ____/____/ 201_.

Assinatura da Mãe

APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando a **segunda etapa da pesquisa** “Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil”. Essa etapa compreende a capacitação dos profissionais da atenção básica do município de Itupeva sobre o “aconselhamento nutricional” e como forma de avaliação da capacitação serão realizados grupos focais, que serão gravados e posteriormente transcritos e analisados.

Garantimos o fornecimento de todas as informações que se fizerem necessárias, ou caso tenha alguma dúvida, reclamação ou necessite algum tipo de esclarecimento adicional, entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof.^a Dra. Elizabeth Fujimori (11) 3061 7652 ou (11) 99835 9399 ou se for relacionado aos aspectos éticos, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP no fone (11) 3061-7548.

Os dados obtidos serão confidenciais e somente serão divulgados nos meios científicos. Caso não queira participar da pesquisa, ou queira desistir em qualquer momento, garantimos que não sofrerá nenhum tipo de prejuízo e/ou constrangimento. É importante saber que seu consentimento também poderá ser retirado a qualquer momento da pesquisa sem que isso implique em penalização.

Eu, _____,
voluntariamente, após ter recebido de forma clara todas as informações necessárias, concordo em participar dessa pesquisa.

ITUPEVA, ____/____/ 2013.

Assinatura do Profissional de saúde

APENDICE J - FICHA DE RESULTADOS/ENCAMINHAMENTOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.br
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

PESQUISA: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, ESTADO DE NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

FICHA DE RESULTADOS/ENCAMINHAMENTOS

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Hb: _____

Encaminhamento ☐ Não ☐ Sim Motivo: _____

Nome da criança: _____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ Hb: _____

Encaminhamento ☐ Não ☐ Sim Motivo: _____

ITUPEVA, _____ de _____ de 201_.

Carimbo e assinatura do profissional responsável: