



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA ELISA RAMOS

**CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA
2017

ANA ELISA RAMOS

**CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM, apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Viana Ramos

**TERESINA
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

R175c Ramos, Ana Elisa.

Conhecimento sobre aleitamento materno e alimentação complementar dos profissionais da estratégia saúde da família / Ana Elisa Ramos. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Profa. Dra. Carmen Viana Ramos. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

109. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

1. Aleitamento materno. 2. Alimentação complementar. 3. Estratégia Saúde da família. I.Título. II. Ramos, Carmen Viana.

CDD 649.33

ANA ELISA RAMOS

**CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM, apresentado
à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família.

Data: 10/05/2017

BANCA EXAMINADORA:

Carmen Viana Ramos

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - Presidente
(Centro Universitário UNINOVAFAPI)

Marize Melo dos Santos

Profa. Dra. Marize Melo dos Santos - 1ª Examinadora
(Universidade Federal do Piauí - UFPI)

Camila Almeida

Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landin Almeida - 2ª Examinadora
(Centro Universitário UNINOVAFAPI)

Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins - Suplente
(Centro Universitário UNINOVAFAPI/UFPI)

AGRADECIMENTOS

E hoje o sentimento é de muita gratidão; Com é bom sentir a presença de Deus na nossa vida, saber que Ele está sempre ao nosso lado nos amparando com a sua mão divina! Mesmo quando nos sentimos fracos e pequenos, o Senhor está conosco, mostrando a direção certa para seguirmos pelo melhor caminho! A cada vitória me sinto mais abençoada, mais amada e ainda mais protegida. A cada vitória tenho mais certeza que as próximas batalhas também serão vencidas e por isso quero agradecer inicialmente ao Senhor, Deus Pai Todo Poderoso, pelo amor infinito e misericordioso!

Um especial agradecimento à minha orientadora Professora Dra. Carmen Viana Ramos, pela grande oportunidade a mim concedida e por ter acreditado no meu trabalho. Uma profissional impecável, admirável por seu dinamismo extraordinário, um exemplo de dedicação ao trabalho e à docência. Muito obrigada por tudo o seu apoio e orientações foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Minha eterna gratidão.

Agradeço as professoras participantes da banca examinadora que dividiram comigo este momento tão importante e esperado: Profa. Dra. Marize Melo dos Santos e a Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida. Obrigada, pela disponibilidade e pelas contribuições fundamentais para o engrandecimento desta pesquisa.

Quero agradecer aqueles que, dentre todos, são os meus dois maiores exemplos de fé e coragem: meu pai, Francisco Joaquim e a minha mãe Maria Elisa. Mesmo diante de inúmeras dificuldades jamais deixaram de me proporcionar a melhor educação possível, que se doaram inteiros e renunciaram os próprios sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Ao meu amor Natã Rogério, obrigada por toda a sua paciência, compreensão, dedicação e por compartilhar com cumplicidade de todos os momentos de alegrias e dificuldades, sempre me incentivando. Sem o seu apoio incondicional não teria conseguido. Vocês são meu orgulho e minha razão de viver. Amo vocês!

Agradeço à minha família pelo incentivo e força nos momentos mais difíceis que passei durante esse tempo de dedicação aos estudos, em especial a minha prima Cleilda e o meu primo Marcos Vinicius, pela acolhida, atenção e carinho que tiveram comigo durante todo esse período.

Aos meus amigos e companheiros de jornada: Jadilson, Kaline, Leina, Rodrigo, Sabrina, Susiane e Tércio. Verdadeiros anjos que Deus colocou na minha vida, à vocês, o meu muito obrigada por tudo.

A toda equipe que compõe o Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, excelentes professores e funcionários que, com seu trabalho, valorizam e apoiam a busca do conhecimento científico. Agradeço em especial a coordenadora Profa. Dra. Eliana Campelo do Lago, e às colaboradoras Gelsemânia, Jaqueline e Samylle, pelo acolhimento afetuoso e sempre resolutivo.

“Mas os que esperam no Senhor renovarão as forças, subirão com asas como águias; correrão e não se cansarão, caminharão e não se fatigarão”.

Isaías 40:31

RESUMO

O aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) adequada até os dois primeiros anos de vida é essencial, visto que esse é um período caracterizado por rápido crescimento, desenvolvimento e formação dos hábitos alimentares que podem permanecer ao longo da vida. Este estudo teve como objetivos: analisar o nível de conhecimento a partir da prática em aleitamento materno e alimentação complementar saudável dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do Piauí; caracterizar a população estudada segundo os indicadores sociodemográficos e formação profissional; verificar associação entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde com as variáveis sociodemográficas e de formação; elaborar uma cartilha de orientações sobre o aleitamento materno e alimentação complementar saudável para os profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada com 168 profissionais da ESF, no período de junho a setembro de 2016. Na coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado sobre o AM e AC. Foram utilizados como critérios para classificação do nível de conhecimento: conhecimento bom, percentual de acertos entre 80% e 100%, regular, entre 50% e 79,9% e ruim abaixo de 50%. Os dados foram processados no software Action Stat, versão 3.0.2. Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento, utilizou-se o teste ANOVA one-way com *post hoc* de Tukey. Para verificar a existência de relação entre as variáveis foi aplicado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Os dados foram ainda analisados por meio do coeficiente de contingência C para o estudo da associação do nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional. Para todos os testes estatísticos foram fixados $\alpha = 0,05$, o nível para rejeição de nulidade entre as associações. Os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais obtiveram melhor desempenho nas questões sobre AM e pior desempenho quanto ao AC. Houve associação positiva entre nível de conhecimento dos profissionais em AM e a escolaridade ($p = 0,04$), profissão ($p = 0,05$) e se presta assistência em AM junto as mães lactantes ($p = 0,04$). De acordo com os valores de coeficiente de contingência C, essas três variáveis apresentaram associação moderada (0,1 a 0,3) com o desempenho dos participantes do estudo. Com relação ao nível de conhecimento em AC dos profissionais de saúde, conforme o CC, a variável escolaridade apresentou forte associação ($CC \geq 0,3$) com alto nível de significância estatística ($p < 0,01$). A variável se presta assistência em AC junto as mães lactantes, obteve associação moderada ($p = 0,04$). Deve-se destacar que os profissionais de saúde precisam melhorar os conhecimentos em AC, que refletirão na mudança dos hábitos alimentares, influenciando na qualidade de vida da população. Conclui-se que há necessidade de se viabilizar cursos, treinamentos e capacitações sobre o AM e principalmente sobre a AC, que qualifiquem os profissionais de saúde que prestam assistência a mulher e a criança. Foi elaborada uma cartilha de orientações sobre AM e AC para os profissionais da ESF.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alimentação complementar. Conhecimento dos profissionais. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Breastfeeding (AM) and adequate complementary feeding (CA) until the first two years of life is essential, as this is a period characterized by rapid growth, development and formation of eating habits that can remain throughout life. The objective of this study was to analyze the level of knowledge from the practice of breastfeeding and complementary healthy diet of the Family Health Strategy (FHT) professionals in a municipality of Piauí; Characterize the studied population according to socio-demographic indicators and professional training; To verify an association between the level of knowledge of health professionals with sociodemographic and training variables; Elaborate a primer on breastfeeding guidelines and healthy complementary feeding for health professionals. It is a field research, descriptive, with a cross-sectional design and quantitative approach, carried out with 168 professionals from the FHT, from June to September, 2016. A semi-structured questionnaire on AM and AC was used in the data collection. . The following criteria were used to classify the level of knowledge: good knowledge, percentage of correct answers between 80% and 100%, regular, between 50% and 79,9% and bad below 50%. The data were processed in Action Stat software, version 3.0.2. For the comparison between the means of level of knowledge, the one-way ANOVA test with post hoc of Tukey was used. To verify the existence of a relationship between the variables, the chi-square test or Fisher's exact test was applied. Data were also analyzed using the contingency coefficient C for the study of knowledge level association and sociodemographic and vocational training variables. For all the statistical tests were set $\alpha = 0.05$, the level for nullity rejection between the associations. The results showed that the majority of the professionals obtained better performance in the questions about AM and worse performance regarding CA. There was a positive association between the level of knowledge of the professionals in AM and schooling ($p = 0.04$), profession ($p = 0.05$) and assistance in AM among nursing mothers ($p = 0.04$). According to the C contingency coefficient values, these three variables had a moderate association (0.1 to 0.3) with the performance of the study participants. Regarding the level of knowledge in CA of health professionals, according to CC, the educational variable had a strong association ($CC \geq 0.3$) with a high level of statistical significance ($p < 0.01$). The variable was given assistance in AC Together with lactating mothers, had a moderate association ($p = 0.04$). It should be emphasized that health professionals need to improve their knowledge in CA, which will reflect on changing eating habits, influencing the quality of life of the population. It is concluded that there is a need to provide courses, training and training on MA and especially on CA, which qualify health professionals who provide assistance to women and children. A primer on MA and AC was developed for ESF professionals.

Keywords: Breastfeeding. Complementary Feeding. Knowledge of professionals. Family Health Strategy.

RESUMEN

La lactancia materna (AM) y la alimentación complementaria (AC) adecuada hasta los dos primeros años de vida es esencial, ya que es un período caracterizado por un rápido crecimiento, desarrollo y formación de los hábitos alimentarios que pueden permanecer a lo largo de la vida. Este estudio tuvo como objetivos: analizar el nivel de conocimiento a partir de la práctica en lactancia materna y alimentación complementaria saludable de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en un municipio de Piauí; Caracterizar a la población estudiada según los indicadores sociodemográficos y la formación profesional; La asociación entre el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud con las variables sociodemográficas y de formación; Elaborar una cartilla de orientaciones sobre la lactancia materna y una alimentación complementaria sana para los profesionales de la salud. Se trata de una investigación de campo, descriptiva, con delineamiento transversal y enfoque cuantitativo, realizada con 168 profesionales de la ESF, en el período de junio a septiembre de 2016. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado sobre el AM y AC. Se utilizaron como criterios para la clasificación del nivel de conocimiento: buen conocimiento, porcentaje de aciertos entre el 80% y el 100%, regular, entre el 50% y el 79,9% y el mal por debajo del 50%. Los datos se procesaron en el software Action Stat, versión 3.0.2. Para la comparación entre los promedios de nivel de conocimiento, se utilizó la prueba ANOVA de una forma con post hoc de Tukey. Para verificar la existencia de relación entre las variables se aplicó la prueba del chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Los datos fueron analizados por medio del coeficiente de contingencia C para el estudio de la asociación del nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas y de formación profesional. Para todas las pruebas estadísticas se fijaron $\alpha = 0,05$, el nivel de rechazo de nulidad entre las asociaciones. Los resultados demostraron que la mayoría de los profesionales obtuvieron mejor desempeño en las cuestiones de AM y peor desempeño en cuanto al AC. La asociación positiva entre nivel de conocimiento de los profesionales en AM y la escolaridad ($p = 0,04$), profesión ($p = 0,05$) y se presta asistencia en AM junto a las madres lactantes ($p = 0,04$). De acuerdo con los valores de coeficiente de contingencia C, estas tres variables presentaron asociación moderada (0,1 a 0,3) con el desempeño de los participantes del estudio. Con respecto al nivel de conocimiento en AC de los profesionales de salud, según el CC, la variable escolaridad presentó fuerte asociación ($CC \geq 0,3$) con alto nivel de significancia estadística ($p < 0,01$) La variable se presta asistencia en AC Junto a las madres lactantes, obtuvo una asociación moderada ($p = 0,04$). Se debe destacar que los profesionales de la salud necesitan mejorar los conocimientos en AC, que reflejará el cambio de los hábitos alimentarios, influenciando en la calidad de vida de la población. Se concluye que hay necesidad de viabilizar cursos, entrenamientos y capacitaciones sobre el AM y principalmente sobre la AC, que califiquen a los profesionales de salud que prestan asistencia a la mujer y al niño. Se elaboró una cartilla de orientaciones sobre AM y AC para los profesionales de la ESF.

Palabras-clave: Lactancia materna. Alimentación complementaria. El conocimiento de los profesionales. Estrategia de Salud familiar.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC - Alimentação Complementar

AM - Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

APS - Atenção Primária à Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar

ENPACS - Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional de Saúde de Nutrição

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização do problema	10
1.2 Objeto do estudo	12
1.3 Questão norteadora	13
1.4 Objetivos	13
1.5 Justificativa e relevância	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Aleitamento materno e alimentação complementar: importância e recomendação	15
2.2 Indicadores do aleitamento materno e alimentação complementar	18
2.3 Políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar	20
2.4 Estratégia Saúde da Família e a formação dos profissionais	23
3 METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local do estudo	26
3.3 Participantes do Estudo	26
3.4 Técnica e instrumento para produção de dados	27
3.5 Análise e interpretação dos dados	28
3.6 Elaboração do produto	29
3.7 Aspectos éticos e legais	29
4 RESULTADOS	31
4.1 Manuscrito - Conhecimento sobre Aleitamento Materno e Alimentação Complementar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família	31
4.2 Produto - Cartilha educativa contendo informações e orientações para profissionais da saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	87
ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A prática do aleitamento materno tem sido amplamente discutida no Brasil e no mundo. O Ministério da Saúde (MS) afirma que a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades, sendo o aleitamento materno a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS), preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois dessa idade, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem recebendo o leite materno até os dois anos ou mais (WHO, 2001; BRASIL, 2002).

A alimentação nos primeiros anos de vida está fortemente ligada à nutrição, saúde, desenvolvimento e crescimento infantil de modo que uma alimentação adequada é essencial para auxiliar no incremento da atividade vital da criança e têm repercussões ao longo de toda a sua vida (BRITO et al., 2014; CORREIA; PEREIRA; BRITO, 2013; TOLONI et al., 2011).

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e, após essa idade, o aleitamento materno até os dois anos ou mais, aliado à introdução oportuna da alimentação complementar (AC) balanceada e equilibrada, são enfatizados pela Organização Mundial da Saúde como medidas importantes de saúde pública, com impacto efetivo na redução do risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como: obesidade, hipertensão e diabetes mellitus (DATILLO et al., 2012).

Essa temática tem sido amplamente divulgada na literatura científica, tendo sido os seus benefícios claramente descritos, tais como proteção imunológica e nutricional com a inserção da prática do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, e complementado até dois anos de idade, sendo indispensável a promoção da saúde da criança a curto e longo prazos. Além disso, promove o vínculo mãe e filho visando estreitar as relações de cuidado, bem como, prevenir a morbimortalidade até o primeiro ano de vida (MONTEIRO et al., 2011; QUELUZ et al., 2012).

O conhecimento sobre a importância do aleitamento pela comunidade científica, e pelos próprios profissionais de saúde é inquestionável, contudo, a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil ainda é de 41% em menores de seis meses, conforme a última pesquisa realizada em 2008, nas capitais e Distrito Federal. Com relação a introdução de água, chás, sucos, outros leites e alimentos complementares, a pesquisa revela que ocorre precocemente, antes dos seis meses de vida, período no qual se faz fundamental a atuação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

No estado do Piauí, uma pesquisa sobre aleitamento materno, realizada com 1.963 crianças menores de um ano, revelou que o percentual de crianças em AME em menores de seis meses foi de 41,45% (RAMOS et al., 2008). Para a cidade de Teresina, a pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais, revelou uma prevalência de 43,7%, nesta mesma faixa de idade (BRASIL, 2009). Na cidade de picos, dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) revelaram um percentual de AME de 73% em menores de quatro meses para o ano de 2015 (SIAB, 2015). Ressalta-se que os dados coletados pelo SIAB se mostram limitados, visto que trabalham somente com as categorias de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno misto, em menores de quatro meses.

Embora haja um reconhecimento internacional sobre a melhoria dos indicadores de aleitamento no Brasil aliado a promoção de políticas públicas favoráveis a esta prática, conforme evidencia Victora et al (2016), há de se considerar que estamos longe de cumprir a recomendação da OMS/MS, ou seja, no mínimo 50% das crianças em aleitamento exclusivo (BRASIL, 2009).

Por esse motivo, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar se faz necessária, sendo dependente de esforços coletivos intersetoriais, que constitui um enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2015b).

As equipes de saúde da família têm dentre suas ações a assistência direcionada à saúde da criança e da mulher com destaque para a promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar (GRAÇA; FIGUEIREDO; & CONCEIÇÃO, 2011). Todavia, é importante destacar que o alcance desta meta torna-se possível se houver empenho dos profissionais de saúde no manejo de promoção da amamentação e ações de alimentação complementar saudável, considerando um importante desafio para os serviços de saúde, uma vez que, comprovadamente, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada se essas práticas fossem observadas rigorosamente (ARRUÉ et al. 2012).

Assim, no âmbito da Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde. Para isso, tem-se políticas e programas que norteiam as ações na saúde, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – 1999; a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – 2006; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – 2011; a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; a Rede Cegonha – 2011 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015b).

A promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável vem se tornando uma prioridade na agenda das políticas públicas de alimentação e saúde. Sendo no Brasil a mais recente ação no âmbito do SUS a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, lançada em 2012, 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 (BRASIL, 2013a).

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 compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica (BRASIL, 2013b).

Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado por outros alimentos até os dois anos de idade ou mais, sua duração ainda limitada e a influência dos profissionais de saúde para o sucesso desta prática, propôs-se a realização do presente estudo, que busca identificar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na promoção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, a partir da sua prática, de forma a possibilitar o estabelecimento de medidas adequadas para melhorar as condições de saúde da mulher e da criança na cidade de Picos-PI, sede do Território Vale do Rio Guaribas, que é referência para a saúde nessa região.

1.2 Objeto do estudo

O conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

1.3 Questão norteadora

Para o direcionamento desse estudo, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Qual o nível de conhecimento os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm sobre o aleitamento materno e alimentação complementar saudável?

1.4 Objetivos

Analisar o nível de conhecimento, a partir da prática em aleitamento materno e alimentação complementar saudável, dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Piauí.

Caracterizar a população estudada segundo os indicadores sociodemográficos e formação profissional;

Verificar associação entre o nível de conhecimento dos profissionais de saúde com as variáveis sociodemográficas e de formação;

Elaborar uma cartilha de orientações sobre o aleitamento materno e alimentação complementar saudável para os profissionais de saúde.

1.5 Justificativa e relevância

A alimentação adequada nos dois primeiros anos de vida é essencial, pois esse é um período caracterizado por rápido crescimento, desenvolvimento e formação dos hábitos alimentares que podem permanecer ao longo da vida (TOLONI et al., 2014).

O aleitamento materno subótimo e a alimentação complementar inadequada estão intimamente relacionados à morbimortalidade de crianças. Assim, torna-se de suma importância o investimento em ações que visem incentivar a promoção da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos, promovendo o aumento da prevalência do aleitamento materno e a melhoria dos indicadores de alimentação e de nutrição em crianças nessa faixa etária (BRASIL, 2015a).

O apoio dos serviços e profissionais de saúde é fundamental para que a amamentação e a adequada alimentação complementar tenham sucesso. Durante as ações educativas dirigidas à mulher e à criança, deve-se ressaltar a importância do aleitamento materno por dois anos ou mais, e exclusivo nos primeiros seis meses, e logo em seguida a importância de uma alimentação complementar saudável. O profissional de saúde torna-se promotor do

aleitamento materno e da alimentação saudável quando consegue traduzir, para a comunidade que assiste, os conceitos técnicos de forma prática e em linguagem simples e acessível (BRASIL, 2015a).

Neste contexto, o estudo do tema apresentado pode ser compreendido como de indiscutível relevância para a saúde pública, pois permitirá analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, e desta forma, espera-se que esses dados atuais possam contribuir para a melhoria das práticas nessa área e elevação dos indicadores de AME e AC utilizados por gestores, por profissionais de saúde e pela sociedade, fornecendo subsídios para o planejamento, avaliação e desenvolvimento de ações que melhorem os serviços de saúde no que se refere a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Além da relevância social o estudo também trará uma contribuição acadêmica e científica para essa área de conhecimento, que é assegurada pela utilidade do trabalho aos demais e pelo o aporte à superação de lacunas no conhecimento já existente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aleitamento materno e alimentação complementar: importância e recomendações

A importância do aleitamento Materno (AM) é indiscutível e inquestionável, tanto para o recém-nascido, quanto para a mulher que amamenta, compreendendo que a amamentação é o principal meio de fornecer alimento adequado e ideal, pois além de alimentar e nutrir, o leite materno promove o crescimento saudável, formação do vínculo afetivo e defesa contra as diversas doenças infecciosas da infância e doenças crônicas, da vida adulta (BRASIL, 2011a). A prática do aleitamento materno para a mulher contribui na retração uterina durante o período de pós-parto imediato e mediato, proteção contra o câncer de mama, auxílio no restabelecimento do peso pré-gestacional e ainda economia para a família (BRASIL, 2011a; MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

O leite materno é um alimento completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. O papel benéfico do aleitamento materno em várias patologias (obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2, colesterol e resistência insulínica) foi sugerido em muitos estudos, e, apesar de alguma controvérsia, há um consenso geral no sentido de recomendar o aleitamento materno, excetuando situações de doença da mãe (ABARIN et al., 2012).

O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebê: o leite materno previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tendo um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca, fazendo com os bebês tenham melhor adaptação a outros alimentos (MONTEIRO, 2015).

O leite materno fornece proteção significativa para doenças infecciosas no lactente, como infecções gastrointestinais (redução do risco em 64%), otites (redução do risco em 23-50%) e infecções respiratórias graves (redução do risco até 72%). Existe evidência do efeito protetor transitório do leite materno em relação ao risco de dermatite atópica, com redução de 42% do risco em lactentes de alto risco (familiar de primeiro grau com doença atópica confirmada). Em relação à asma, foi encontrada redução de 27% do risco nos indivíduos sem história familiar, alimentados com leite materno durante pelo menos três meses. Para o risco de leucemia linfocítica aguda, com o aleitamento materno prolongado a redução foi de 19% (AGUIAR; & SILVA, 2011).

No que diz respeito às vantagens para a mãe, tem-se registro de uma involução uterina mais precoce que associa-se a menor probabilidade de ter cancro da mama e ovários, diminui

o risco de hemorragia peri-parto, aumenta o vínculo entre a mãe e o filho, constitui o método mais econômico e seguro de alimentar os bebês e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez a curto prazo, dado que o estímulo da hipófise sobre os ovários, útero e mamas inibe a ovulação enquanto houver amamentação (UNICEF, 2008).

Para o cancro da mama, foi encontrada uma diminuição de 4.3% no risco das mulheres para cada doze meses que amamentem. Da mesma forma, para este período temporal foi constatada uma diminuição de 28% no risco de cancro do ovário. O efeito protetor foi atribuído à inibição parcial da ovulação. Também durações mais prolongadas de amamentação estão associadas a menor risco no desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Dois estudos longitudinais americanos, que incluíram mais de 150 mil mulheres parturientes sem história prévia de diabetes gestacional, encontraram, para cada ano adicional em que estas amamentaram, uma diminuição de 4% a 16% no risco do desenvolvimento futuro de diabetes mellitus tipo 2 (AGUIAR; & SILVA, 2011).

Os dois primeiros anos de vida da criança representam um período de grande vulnerabilidade aos agravos sociais, econômicos e ambientais e se caracteriza por crescimento acelerado e importantes aquisições no processo de desenvolvimento infantil (GOLIN et al., 2011). Condutas inadequadas e deficiências nutricionais relacionadas à prática alimentar nesse período podem favorecer os riscos de morbimortalidade, e o comprometimento do crescimento e desenvolvimento infantis (GARCIA et al., 2011). Até dois anos, o crescimento é reflexo de condições de vida intrauterina e de fatores ambientais, com destaque para o estado nutricional. Assim, alterações de crescimento nessa fase têm como causa provável o déficit nutricional pregresso ou atual (DIAS et al., 2010).

A precoce introdução de alimentos na infância promove diminuição ou abandono do aleitamento materno e favorece a exposição aos fatores que podem causar danos à saúde da criança, como consumo de alimentos manipulados inadequadamente e uso de utensílios como mamadeiras, que trazem maior chance de contaminação, aumentando o risco de doenças diarreicas (TAMASIA, 2013).

Após os seis meses, deve-se iniciar a introdução da alimentação complementar que deve ser rica em energia, proteínas e micronutrientes, isenta de contaminação e em quantidade apropriada para a criança (SILVA e GUBERT, 2010).

A alimentação complementar compreende uma composição equilibrada de alimentos com quantidade adequada de macro e micronutrientes (com destaque para ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e ácido fólico), livres de contaminação (biológica, química ou física),

de fácil consumo e aceitação, com custo aceitável e preparados a partir de alimentos habitualmente consumidos pela família (CAETANO et al., 2010).

A introdução de alimentos sólidos é um importante marco do desenvolvimento, podendo afetar a aceitação de alimentos na infância e, possivelmente, as preferências alimentares futuras (MENNELA; TRABULSI, 2012). Os hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida repercutem não só no estado nutricional e saúde das crianças nessa fase, mas também em outras etapas da vida (GARDEN et al., 2011; VITOLO et al., 2010; FALL et al., 2011).

Assim, priorizar o consumo alimentar adequado nessa fase favorece a formação de hábitos alimentares saudáveis, o que contribui para o enfrentamento da epidemia de excesso de peso observada no país. Por outro lado, a prática alimentar inadequada, principalmente nas populações menos favorecidas, está intimamente associada ao aumento da morbidade, representada por doenças infecciosas, desnutrição e carências nutricionais, particularmente ferro, zinco e vitamina A (GARDEN et al., 2011; MENNELA; TRABULSI, 2012).

No Brasil, verifica-se que embora a maioria das mulheres inicie o aleitamento materno logo após o parto, mais da metade das crianças já não se encontra em amamentação exclusiva no primeiro mês de vida. Apesar da tendência ascendente da prática da amamentação no país, estamos longe de cumprir a recomendação da OMS sobre a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a continuidade do aleitamento materno até o segundo ano de vida ou mais (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

A OMS recomenda que a alimentação complementar deva iniciar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumente, gradativamente, à medida que a criança cresce (WHO, 2001). A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos, entretanto é importante que a criança continue sendo amamentada até os 2 anos ou mais, tendo em vista que o leite materno continua alimentando e protegendo-a contra doenças. A partir dos 6 meses o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos, as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase e a criança desenvolve habilidade de sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher (BRASIL, 2010).

Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras). Entre os seis aos 12 meses de vida, a

criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia (BRASIL, 2015a).

A recomendação da OMS às mães/cuidadoras é de adotar a prática da alimentação responsiva, que se utiliza de princípios de cuidados psicossociais ao alimentar a criança menor que 2 anos. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de auto regulação do apetite da criança, ajudando-o a se alimentar até estar saciada, e requer sensibilidade da mãe/cuidador às indicações de fome e de saciedade da criança, alimentando-a lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais a forçando a comer (HURLEY; BLACK, 2011).

2.2 Indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar no Brasil

Até a década de 70 não existiam dados representativos que caracterizassem a situação de aleitamento materno no País. No entanto, a realização de algumas pesquisas isoladas demonstrava que esta prática tinha sofrido um considerável declínio. Em 1975 foi realizado o primeiro inquérito domiciliar, a pesquisa do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 55 mil domicílios do país. Apesar da estimativa da prevalência de aleitamento materno não fazer parte dos objetivos deste estudo, foi possível levantar dados acerca desta prática em crianças menores de um ano através do questionário aplicado. Os resultados mostraram que a mediana de aleitamento materno era de 2,5 meses (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1988).

A Pesquisa Nacional de Saúde de Nutrição (PNSN), realizada em 1989, demonstrou um aumento da mediana de aleitamento materno quando se compara ao resultado da pesquisa do ENDEF de 1975, chegando nesse estudo a 4,5 meses para o AM e 2,4 meses para o AME. Um dado importante revelado pela pesquisa refere-se aos contrastes inter-regionais no padrão de aleitamento materno exclusivo no país, mostrando que a melhor situação encontrada refere-se às regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, com duração mediana de aleitamento exclusivo de 92, 86 e 82 dias respectivamente, seguidas pela Região Norte, com 51 dias, e Nordeste, estimada em 41 dias (INAN, 1990).

A tendência de aumento do aleitamento materno total pode ser evidenciada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, entre crianças nascidas nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa. Os resultados mostraram que no geral, 92% de crianças são amamentadas, no entanto, somente 43,1% ainda permanecem recebendo

leite materno na faixa de idade de sete a nove meses. No que tange ao aleitamento materno exclusivo, somente 12,8% o faziam no intervalo de quatro a seis meses (BEMFAM, 1997).

No que diz respeito à Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM-CDF), realizada em 1999, os dados revelaram uma melhoria substancial na mediana de aleitamento materno total. A comparação deste com os outros estudos demonstra um aumento da mediana de aleitamento materno de forma progressiva, passando de 2,5 meses, em 1975, para 9,9 meses nesse último inquérito. O mesmo não pode ser constatado em relação ao aleitamento materno exclusivo, os resultados revelaram que somente 9,7% das crianças eram amamentadas exclusivamente na idade de seis meses em 1999 (BRASIL, 2001).

A PNDS de 2006 revelou que a duração mediana de aleitamento materno exclusivo subiu de 1,1 mês em 1996, para 2 meses em 2006, revelando que o Brasil ainda se encontra distante de cumprir a orientação de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, conforme preconizam os órgãos oficiais (BRASIL, 2008).

Com base na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal verificou-se uma queda acentuada da probabilidade de as crianças iniciarem o AME já nos primeiros dias de vida em todas as regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste, onde foi encontrada a pior situação, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 40%. Maiores probabilidades de AME no início da vida foram verificadas nas regiões Centro-Oeste e Norte (em torno de 80%). Chama a atenção, ainda, que aos 180 dias o comportamento das regiões foi semelhante, e a probabilidade de AME ficou em torno de 10%. No tocante às capitais, a estimativa de duração mediana do AME em Teresina foi de 61,89, um pouco acima da estimativa no conjunto das capitais brasileiras que foi de 54,11 dias (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado com 1.963 crianças menores de um ano no estado do Piauí, NO ano de 2006, possibilitou um diagnóstico da situação do aleitamento materno no estado. A análise dos dados obtidos nesta pesquisa, revelou maiores probabilidades de aleitamento materno exclusivo em todas as idades apresentadas, com uma variação de 2,9% maior na idade de 30 dias e de 35,6% maior na idade de 180 dias. Em relação à categoria aleitamento materno, os resultados encontrados foram menores em todas as idades, com variação de 1,4% menor na idade de 30 dias e 0,7% menor aos 361 dias (RAMOS et al., 2008).

Em relação a introdução dos alimentos complementares, com base na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, verificou-se introdução precoce de água com 13,6% das crianças recebendo esse líquido no primeiro mês

de vida. O consumo de chá tem introdução um pouco mais frequente no primeiro mês de vida quando comparado à água, uma vez que 15,3% das crianças tinham recebido chá nesse período de vida. Com relação ao suco (neste caso considerando suco natural ou industrializado), sua introdução ocorreu de forma mais acentuada a partir do terceiro mês de vida, sendo a frequência de 18,2%, na faixa de 90 a 120 dias. A introdução de outros leites também foi precoce, com 18% das crianças já recebendo outros leites no primeiro mês de vida, com tendência crescente nas faixas etárias subsequentes, chegando a 48,8%, entre 120 e 180 dias, quando se analisou o conjunto das capitais e DF. Observou-se introdução precoce da comida de sal, com 21% das crianças apresentando este consumo entre 3 e 6 meses de vida, contrariando as recomendações da OMS (BRASIL, 2009).

A introdução de frutas (em pedaço ou amassada) ocorreu precocemente no conjunto das crianças analisadas, com cerca de um quarto delas recebendo este alimento entre 3 e 6 meses de idade. Verificou-se introdução precoce de verduras/legumes, com 18,0% das crianças com registro de consumo entre 3 e 6 meses. Do mesmo modo, o consumo de alimentos não saudáveis foi precoce, constatando-se que o consumo de café foi mais expressivo na faixa etária entre 6 e 9 meses, na qual, em média, 4,9% das crianças receberam esse líquido. O consumo de refrigerantes foi de 4,9% entre as crianças de 6 e 9 meses, chegando a 11,6% na faixa etária de 9 a 12 meses, a introdução de bolachas/salgadinho é precoce, com 8,9% das crianças ingerindo esses produtos entre 3 e 6 meses de idade. Na faixa etária entre 6 e 9 meses, quase a metade das crianças (46,4%) consumiu este alimento, e 71,7% na faixa dos 9 a 12 meses, quando considerado o conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009).

Apesar dos avanços que vêm refletindo ao longo de três décadas nos resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Além disso, são necessárias intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida, pois nos últimos anos têm ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos (BRASIL, 2009).

2.3 Políticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar

Em 1981 foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que recebeu destaque internacional pela diversidade de ações, incluindo 11 campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento individualizado em amamentação, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, aprovação de leis que protegem a amamentação e o controle do marketing de leites artificiais (LINDBLOM, 1981).

Em 1987 foi renovada a coordenação do programa, o que resultou, em 1988, em diversas conquistas de importância, entre as quais: aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis; inclusão na Constituição de 1988 de pelo menos dois benefícios em prol da amamentação: o direito da trabalhadora a quatro meses de licença-maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença-paternidade (REA, 2003). Mais recentemente essa Norma foi transformada em lei (BRASIL, 2006) e a licença-maternidade foi ampliada para 6 meses em empresas que aderem a essa proposta, além de terem sido lançadas pelo Ministério da Saúde as Salas de Apoio à Amamentação nas empresas e outras propostas de ação para a rede básica (BRASIL, 2010).

Em 1991, foi lançada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de resgatar o direito de a mulher iniciar adequadamente o aleitamento materno a partir do pré-natal e da sala de parto, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. O Brasil foi um dos primeiros países a adotar a IHAC, que funciona como um processo de acreditação. Para ser acreditado, um hospital deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e não aceitar doação de substitutos do leite materno (BRASIL, 1994; BRASIL, 2004).

Em 1992, foi criada a Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (pró-AM), que se mostrou fundamental para incentivar a participação de profissionais e da população em geral na Semana Mundial de Aleitamento Materno, comemorada na primeira semana de agosto de cada ano, tratando de temas que instigam todos a refletirem sobre essa prática (WABA, 2016).

Em 2000, os 189 países-membros das Nações Unidas, entre os quais o Brasil, comprometeram-se a cumprir oito objetivos estabelecidos pela Cúpula do Milênio. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estava a redução de dois terços da mortalidade de crianças com menos de 5 anos, até 2015 (PNUD, 2004).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR) é outra ação de enorme importância realizada por nosso país, cuja tecnologia já vem sendo exportada a mais de 20 países. Em 2013, estavam em funcionamento 328 bancos de leite humano e mais 211 postos de coleta, segundo dados do Portal da Saúde, do Ministério da Saúde (BROCKVELD, 2013).

Em 2004, o Ministério da Saúde, considerando a gravidade da situação da mortalidade materna e neonatal e as desigualdades regionais do País, propôs o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que se tornou política de Estado em 2015, com monitoramento nacional (FRIAS et al., 2009).

No final da década de 2000 o Ministério da Saúde lançou duas propostas nacionais de trabalho com a rede básica: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção de Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), esta última para informar e educar sobre a alimentação saudável de crianças (BROCKVELD, 2013).

As políticas de promoção, proteção e apoio ao AM no Brasil eram voltadas para a atenção hospitalar, entre elas a adoção da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e do Método Canguru e a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Com vistas a preencher a falta de ações de incentivo ao AM na atenção básica, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção e o uso de metodologia crítico-reflexiva (BRASIL, 2013b).

Em 2011, foi instituída no âmbito do SUS a Rede Cegonha, fundamentando-se nos princípios da humanização e da assistência, que asseguram às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Em consonância com os princípios da Rede Cegonha, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil resultou da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS, que foram lançadas com a finalidade de promover a reflexão da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e a capacitação dos profissionais de saúde, por meio de atividades participativas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local (BRASIL, 2015b).

O principal objetivo da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, bem como aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A implementação da Estratégia é realizada por meio de ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da proposta, que são a formação de facilitadores, formação de tutores, realização de oficinas de trabalho nas UBS, acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS, monitoramento da implementação da Estratégia e certificação das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2015b).

Com base em dados de aleitamento materno de 153 países o Brasil aparece em posição de destaque em relação a outras nações como a China, Estados Unidos e Reino Unido. Em 1974, as crianças brasileiras eram amamentadas por 2,5 meses em média. Em 2006, esse número subiu para 14 meses. Em 1986, apenas 2% das crianças de até 6 meses recebiam exclusivamente leite materno. Em 2006, essa taxa saltou para 39%. Ao contrário do Brasil, a China teve redução de 5%. A evolução das taxas de amamentação no Brasil se devem a suas políticas integradas de incentivo à amamentação, destacando iniciativas brasileiras como regulamentação da lei de amamentação, licença maternidade, hospitais Amigos da Criança e rede de bancos de leite (VICTORA et al., 2016).

2.4 Estratégia Saúde da Família e a formação dos profissionais

O SUS, com seus princípios e diretrizes, universaliza o acesso à saúde e se organiza no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo implantado como Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, se propõe a transformar o modelo sanitário brasileiro mecanicista, biomédico e hospitalocêntrico em um modelo de saúde multiprofissional e coletivo, focando a família e a comunidade. O PSF democratiza e universaliza a saúde como um modelo integral, possibilitando às equipes de saúde da família, com base no usuário, compreender o processo saúde-doença e promover intervenções (COTTA et al, 2009).

O PSF foi materializado com nome de Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de atenção primária à saúde e se fundamenta na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. O foco da atenção incide sobre a família e sua inserção, no meio em que vive, valorizando o vínculo entre profissionais e população funciona como eixo reestruturante da Atenção Básica. Cada unidade de saúde da família é regionalizada, com clientela territorializada e adscrita (CAMPOS; MALIK, 2008).

Seguindo a Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011 do Ministério da Saúde a equipe da ESF é uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Todas as equipes de ESF deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, de modo que cada usuário seja acompanhado por 01 (um) agente comunitário de saúde, 01 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico generalista ou de família, mantendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011b).

A ESF tem como objetivo garantir a integralidade, universalidade, equidade, vínculo e responsabilização para a comunidade, a fim de garantir a melhoria da qualidade de vida através, principalmente, do trabalho em equipe e humanização (HOMANN; SOUZA, 2009).

Para que se consiga atingir estes objetivos, as Unidades de Saúde da Família (USF) desenvolvem principalmente ações de melhoria da qualidade de vida, promoção à saúde e prevenção de agravos. Dentre estas, se faz o acompanhamento pré-natal das gestantes e a puericultura dos bebês através de consultas médicas, consultas de enfermagem e grupos educativos. Nestes espaços, diversos assuntos importantes são trabalhados, e um deles é o aleitamento materno (NARDO, 2014).

Os serviços de nível primário são os de primeiro contato com o usuário e este contato inicial, sendo assim cabe ao profissional que presta assistência integral ao indivíduo e o acompanha ser o responsável pelo controle de referências para outras especialidades, direcionando o acesso ao melhor cuidado possível (PENA, 2012).

A OMS, no ano de 2000, identificou os problemas que mais afetavam o mundo e estabeleceu oito objetivos que deveriam ser atingidos até 2015 para modificar e melhorar as condições de vida dos povos. Um dos grandes problemas que emergiu foi a morte de crianças. Assim, foi estabelecido o Quarto Objetivo para o Desenvolvimento do Milênio que é a redução da mortalidade infantil (ONU, 2016).

As principais causas de morte são a falta de atenção adequada à gestação, ao parto, ao feto e ao bebê após o nascimento. A mortalidade infantil está associada também, às condições socioeconômicas dos pais, educação, renda familiar, acesso aos serviços de saúde, entre outras (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

Por outro lado, o declínio das mortes infantis está ligado a fatores como o aumento da cobertura vacinal e da assistência pré-natal, redução da fecundidade, aumento da escolaridade das mães e o AM. Por isto, o apoio e incentivo ao AM, principalmente, o exclusivo deve ter início ainda na gestação e ter continuidade no pós-parto (ONU, 2015).

Os profissionais de saúde são responsáveis por dar apoio à mãe, retirar dúvidas, dar suporte e acolher a nutriz, para isto precisam de conhecimento sobre o manejo clínico da amamentação, e conhecer o perfil sociodemográfico para conduzir o aconselhamento. Para que o profissional possa orientar as gestantes sobre a importância do aleitamento precisa ele mesmo acreditar nos benefícios do leite materno para a saúde e desenvolvimento do bebê, é fundamental, ainda, que conheça os obstáculos que se interpõem para a mãe nesta tarefa para conseguir ajudá-la (DODT et al., 2010).

Considerando que o conhecimento é importante na atuação dos profissionais de saúde em promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, sua falta pode representar um obstáculo à prática. Isso acontece quando são transmitidas por eles informações incorretas e com falta de consistência às nutrizes. O profissional deve estar preparado e demonstrar segurança para a mãe com dificuldades de amamentação, acolhendo-a em sua ansiedade e fornecendo-lhe informações consistente. (DODT et al., 2010).

Os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à puérpera, eles devem instrumentalizar-se com conhecimentos técnico-científicos atualizados. Em vista disso, os municípios, estados e federação devem investir na Educação Permanente em Saúde, incluindo efetivamente o aleitamento materno, a fim de que os profissionais tenham formação clínico-científica, saibam se comunicar com as mães e familiares, dialoguem sobre as suas necessidades, expectativas, ansiedades, escolhas e construam coletivamente novos saberes para lidarem com as peculiaridades do AM e, portanto, teçam uma reformulação criativa do seu processo de trabalho que efetivamente contribua para a promoção do AM (GONÇALVES, 2013).

A pesquisa descritiva é uma das classes da pesquisa não-experimental, que tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos da situação. No que se refere à dimensão temporal do estudo, este estudo tem delineamento transversal, isto é, envolve coleta de dados em um ponto no tempo e é especialmente apropriado para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que visa analisar o conhecimento na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Picos-PI.

3.2 Local do estudo

A pesquisa ocorreu no município de Picos-PI. A macrorregião de saúde Picos é a terceira mais importante, em termos populacionais e econômicos, dentre as onze que compõem todo o estado do Piauí. Formada por 42 municípios, apresenta uma população estimada de 368.877 habitantes para o ano de 2016 (IBGE, 2016).

O estudo foi realizado junto às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos, estado do Piauí. As ESF funcionam na zona urbana e rural e são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI, que se constitui como operacionalizador do SUS. O município dispõe de 36 (trinta e seis) equipes de saúde da família, 25 equipes na zona urbana e 11 na zona rural, com um total de 296 (duzentos e noventa e seis) profissionais da saúde dentre eles 36 médicos, 36 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem e 188 agentes comunitários de saúde. O período de realização do estudo foi de junho a setembro de 2016.

3.3 Participantes do estudo

A amostra foi proporcional ao percentual do quadro de profissionais das ESF do município de Picos-PI, totalizando 168 participantes, selecionados aleatoriamente entre os 296 profissionais. O cálculo amostral foi baseado na proporção populacional dos profissionais, com erro amostral de 0,05, seguindo a fórmula de Levin (1987).

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Na qual:

n = amostra calculada

N = população

$Z_{\alpha/2}$ = variável crítica que corresponde ao grau de confiança

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria

q = proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria

E = erro amostral

Foram considerados como critérios de inclusão para participar do estudo: ser profissional da ESF do município, ou seja, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde com pelo menos 1 (um) ano de atuação e que fizessem acompanhamento das mulheres com crianças menores de 2 anos.

Foram excluídos do estudo os profissionais que exerciam atividades voluntárias, os estagiários, os demais profissionais que compõem a ESF e todos aqueles que estiverem afastados por motivo de férias ou licença.

3.4 Técnica e instrumento para produção de dados

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Inicialmente, foi feito um contato prévio com cada um dos profissionais das ESF e logo em seguida foram agendadas as datas para aplicação dos questionários de forma presencial com cada um dos participantes em horário e local conveniente para cada um deles de maneira a não interferir em sua rotina de trabalho.

Na coleta de dados foi utilizado um instrumento para atender às necessidades desta pesquisa, construído e adaptado por meio de estudos anteriormente validados (MATOS, 2011; MARTINS, 2012; SILVESTRE, 2009). Trata-se de um questionário contendo quarenta e quatro questões, estruturado em duas partes, sendo que a primeira parte do questionário visa identificar o perfil dos profissionais de saúde e a segunda parte reportar aos seus conhecimentos em relação à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável (APÊNDICE A).

As variáveis relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo incluíram: sexo (masculino e feminino); idade (anos); tempo de serviço (anos e/ou meses); formação acadêmica e profissional (nível médio, graduação, especialização, mestrado,

outras); fez algum treinamento ou capacitação específica em aleitamento materno e alimentação complementar (não, sim/especificar).

Para subsidiar a análise dos conhecimentos relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar, as seguintes variáveis foram utilizadas: concordância com afirmativas relativas ao aconselhamento do AME (duração e frequência das mamadas); ingurgitamento mamário; promoção do AM e introdução de novos alimentos (preparação das refeições, consistência e repetições dos alimentos).

3.5 Análise e interpretação dos dados

Para análise dos dados, foi construído um banco no software Microsoft Office Excel 2016, na etapa seguinte o banco foi importado e analisado com a utilização do software Action Stat, versão 3.0.2. (EQUIPE ESTATCAMP, 2017). Os resultados encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Quanto à análise dos acertos sobre os conhecimentos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na promoção do AM e AC, foram tomadas como parâmetro as recomendações do manual Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

A escala utilizada para avaliar o nível de conhecimento sobre AM e AC foi desenvolvida por Silvestre et al. (2009). A análise dos dados considerou as frequências das respostas de todos os profissionais, a cada aspecto abordado das variáveis de conhecimentos em AM e AC. Foram utilizados como critérios para classificação: conhecimento bom, quando a porcentagem de acertos ficou entre 80% e 100%, regular, entre 50% e 79,9% e ruim abaixo de 50%.

Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento foi utilizado o teste ANOVA one-way com *post hoc* de Tukey. Para a categorização das variáveis explanatórias, utilizou-se a mediana dos resultados, assim tornando-as bicategorizadas para o estudo da dependência entre as médias destas variáveis e a variável resposta nível de conhecimento, empregando o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (se necessário). As variáveis explanatórias analisadas foram categorizadas da seguinte forma: idade (≤ 40 anos e > 40 anos); Sexo (masculino e feminino); tempo de serviço (< 15 anos e ≥ 15 anos); Escolaridade ($\leq$ Ensino Médio e $>$ ensino médio); profissão (técnicos de enfermagem + ACS e Médicos + enfermeiros); Presta assistência em AM (sim e não); fez treinamento/ capacitação em AM (sim e não); conhece a EAAB (sim e não). Os dados foram ainda analisados através do

coeficiente de contingência C para o estudo da associação do nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional de acordo com a natureza das questões (AM e AC). Assim, para todos os testes estatísticos foram fixados $\alpha = 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações.

3.6 Elaboração do produto

Foi elaborada uma cartilha de orientações sobre o aleitamento materno e alimentação complementar saudável para os profissionais de saúde. A primeira fase para a construção da cartilha consistiu na análise e seleção do conteúdo, levando em consideração às recomendações do Manual Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

Tal análise permitiu identificar dúvidas, perguntas e comentários mais frequentes dos profissionais de saúde. Consequentemente, identificaram-se as necessidades de aprendizado e temas de interesse para serem abordados, tais como: Importância do aleitamento materno, benefícios e recomendações; Técnica de amamentação; Situações em que a restrições ao aleitamento materno; Manutenção da amamentação (alimentação da nutriz e retorno da mãe ao trabalho); Importância da alimentação complementar (idade de introdução e frequência, consistência e composição, cuidados de higiene); Orientações importantes de acordo com a idade da criança; Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças.

Na segunda fase contou-se com o auxílio de um designer gráfico para a confecção das imagens, letras e cores, em folha A4 (210 mm X 297 mm) em formato de configuração “paisagem”, por meio do programa Corel DRAW Graphics Suite X5 versão 16.0. Dessa forma, foi desenvolvido um instrumento educacional utilizando-se muitas cores e ilustrações, acreditando na estimulação da memória visual, de forma que facilite a compreensão por parte dos profissionais. Por fim, realizou-se a diagramação da cartilha e composição do layout. A cartilha foi impressa no papel fotográfico dupla face 220g, na capa, e papel fotográfico dupla face 120g, no texto.

3.7 Aspectos éticos e legais

O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Picos. Após emitida a declaração de autorização da instituição coparticipante, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI com o parecer

1.541.108/2016 (ANEXO A). Conforme prever a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Os participantes receberam toda explicação verbal a respeito da caracterização e realização do estudo, e, em concordância com os objetivos e métodos da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), de acordo com o que consta na Resolução nº 466/12 do CNS/MS. Não houve recusas para participação do estudo.

Essa Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A mesma incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Os participantes deste estudo correram riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Ressalta-se, ainda, que a aplicação dos questionários foi previamente agendada, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficou à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não foi revelada.

Acredita-se que o estudo trará benefícios, pois possibilitou a construção de uma cartilha com orientações para os profissionais de saúde, que poderá contribuir como aprimoramento no processo da assistência aos pacientes envolvidos no município, trazendo assim melhorias nos recursos humanos da atenção básica. Pretende-se também contribuir para o aumento de evidências científicas nesta matéria e contribuir para a equipe rever constantemente as práticas e procurar novas e mais eficazes formas de implementá-las com maior sucesso, visando a saúde materno-infantil.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito - Conhecimento sobre aleitamento materno e alimentação complementar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Ana Elisa Ramos

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Rua Miguel Lidião, nº 3891, Junco, Picos, CEP: 64600-000, Piauí, Brasil. E-mail: anaelisa_alegrete@hotmail.com

Carmen Viana Ramos

Professora Doutora do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br

Marize Melo dos Santos

Professora Doutora do curso de Mestrado e Doutorado em Alimentos e Nutrição da Universidade Federal do Piauí. E-mail: marizesantos@ufpi.edu.br

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Professora Doutora do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: camilaapapila@hotmail.com

Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Professora Doutora do curso de Mestrado e Doutorado em Alimentos e Nutrição da Universidade Federal do Piauí. E-mail: carminhacmartins@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: analisar o nível de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, a partir da prática em aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC). **Método:** estudo transversal, com 168 profissionais, realizado entre junho a setembro de 2016. Utilizou-se o teste ANOVA one-way com post hoc de Tukey, para comparação entre os níveis de conhecimento e o teste de contingência para associação entre as variáveis. **Resultados:** os profissionais obtiveram melhor desempenho nas questões de AM em relação ao AC. Houve associação positiva entre nível de conhecimento dos profissionais em AM e escolaridade ($p = 0,04$), profissão ($p = 0,05$) e se presta assistência em AM ($p = 0,04$). Quanto ao nível de conhecimento em AC, houve associação com escolaridade ($p < 0,01$) e prestar assistência em

AC ($p = 0,04$). **Conclusão:** Se faz necessário melhorar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar.

Descritores: Aleitamento materno; Alimentação complementar; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno tem sido amplamente discutida no Brasil e no mundo. O Ministério da Saúde (MS) afirma que a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades, sendo o aleitamento materno a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil⁽¹⁾.

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses e, após essa idade, o Aleitamento Materno (AM) até os dois anos ou mais, aliado à introdução oportuna da Alimentação Complementar (AC) balanceada e equilibrada, são enfatizados pela Organização Mundial da Saúde como medidas importantes de saúde pública, com impacto efetivo na redução do risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como: obesidade, hipertensão e diabetes mellitus⁽²⁾.

Embora haja um reconhecimento internacional sobre a melhoria dos indicadores de aleitamento no Brasil aliado a promoção de públicas favoráveis a esta prática, conforme evidencia⁽³⁾, há de se considerar que estamos longe de cumprir a recomendação da OMS/MS, ou seja, no mínimo 50% das crianças em aleitamento exclusivo⁽⁴⁾. Por esse motivo, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar se faz necessária e depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada⁽¹⁾.

Assim, o conhecimento é importante na atuação dos profissionais de saúde em promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, sua falta pode representar um obstáculo à prática. Isso acontece quando são transmitidas por eles informações incorretas e com falta de consistência às nutrizes. O profissional deve estar preparado e demonstrar segurança para a mãe com dificuldades de amamentação, acolhendo-a em sua ansiedade e fornecendo-lhe informações consistente⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante na assistência à puérpera, eles devem instrumentalizar-se com conhecimentos técnico-científicos atualizados. Em vista disso, os municípios, estados e federação devem investir na Educação Permanente em Saúde, a fim de que os profissionais saibam se comunicar com as mães e familiares, dialoguem sobre as suas necessidades, expectativas, ansiedades e escolhas, que efetivamente contribua para a promoção do AM e AC⁽⁶⁾.

Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado por outros alimentos até os dois anos de idade ou mais, sua duração ainda limitada e a influência dos profissionais de saúde para o sucesso desta prática, o presente estudo teve como objetivo analisar o nível de conhecimento a partir da prática em aleitamento materno e alimentação complementar saudável dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI sob parecer nº 1.541.108/2016, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde, com data de aprovação em 11 de maio de 2016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que visa analisar o conhecimento na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Picos (PI), Brasil. A macrorregião de saúde Picos é a terceira mais importante, em termos populacionais e econômicos, dentre as onze que compõem todo o estado do Piauí. Formada por 42 municípios, apresenta uma população estimada de 368.877 habitantes para o ano de 2016, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁷⁾. O período de realização do estudo foi de junho a setembro de 2016.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi realizado junto às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos, estado do Piauí. As ESF funcionam na zona urbana e rural e são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Picos-PI, que se constitui como operacionalizador do Sistema Único de Saúde (SUS). O município dispõe de 36 (trinta e seis) equipes de saúde da família, 25 equipes na zona urbana e 11 na zona rural, com um total de 296 (duzentos e noventa e seis) profissionais da saúde dentre eles 36 médicos, 36 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem e 188 agentes comunitários de saúde.

A amostra foi proporcional ao percentual do quadro de profissionais das ESF do município de Picos-PI, totalizando 168 entrevistados, selecionados aleatoriamente entre os 296 profissionais. O cálculo amostral foi baseado na proporção populacional dos profissionais, com erro amostral de 0,05, seguindo a fórmula de Levin (1987).

Foram considerados como critérios de inclusão para participar do estudo: ser profissional da ESF do município, ou seja, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde com pelo menos 1 (um) ano de atuação e que trabalhem no acompanhamento das mulheres com crianças menores de 2 anos. Foram excluídos do estudo os profissionais que exerçam atividades voluntárias, os estagiários, os demais profissionais que compõem a ESF e todos aqueles que estiverem afastados por motivo de férias ou licença.

Protocolo do estudo

Na coleta de dados foi utilizado um instrumento para atender às necessidades desta pesquisa, construído e adaptado por meio de estudos anteriormente validados⁽⁸⁻¹⁰⁾. Trata-se de um questionário que contém quarenta e quatro questões, estruturado em duas partes, sendo que a primeira visa identificar o perfil dos profissionais de saúde e a segunda reportar aos seus conhecimentos em relação à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Análise dos resultados e estatística

Para análise dos dados, foi construído um banco no software Microsoft Office Excel 2016, na etapa seguinte o banco foi importado e analisado com a utilização do software Action Stat, versão 3.0.2.⁽¹¹⁾. Os resultados encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

A análise dos dados considerou as frequências das respostas de todos os profissionais, a cada aspecto abordado das variáveis de conhecimentos em AM e AC. Foram utilizados como critérios para classificação: conhecimento bom, quando a porcentagem de acertos ficou

entre 80% e 100%, regular, entre 50% e 79,9% e ruim abaixo de 50% ⁽¹⁰⁾. Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento foi utilizado o teste ANOVA one-way com *post hoc* de Tukey.

Quanto à análise dos acertos sobre os conhecimentos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na promoção do AM e AC, foram tomadas como parâmetro as recomendações do manual Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde⁽¹⁾.

Para a categorização das variáveis explanatórias, utilizou-se a mediana dos resultados, assim tornando-as bicategorizadas para o estudo da dependência entre as médias destas variáveis e a variável resposta nível de conhecimento, empregando o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (se necessário). As variáveis explanatórias analisadas foram categorizadas da seguinte forma: idade (≤ 40 anos e > 40 anos); Sexo (masculino e feminino); tempo de serviço (< 15 anos e ≥ 15 anos); Escolaridade ($\leq$ Ensino Médio e $>$ ensino médio); profissão (técnicos de enfermagem + ACS e Médicos + enfermeiros); Presta assistência em AM (sim e não); fez treinamento/ capacitação em AM (sim e não); conhece a EAAB (sim e não). Os dados foram ainda analisados através do coeficiente de contingência C para o estudo da associação do nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional de acordo com a natureza das questões (AM e AC). Assim, para todos os testes estatísticos foram fixados $\alpha = 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações.

RESULTADOS

Participaram do estudo 168 profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo 112 (66,67%) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 19 (11,31%) técnicos de enfermagem, 20 (11,90%) enfermeiros e 17 (10,12%) médicos. Com idade entre 23 a 63 anos, sendo 87,50% do sexo feminino e 12,50% do sexo masculino. Em relação ao tempo total de serviço, observou-se um predomínio de profissionais com mais de 10 anos de profissão (71,43%). No que se refere à escolaridade dos pesquisados, 53,57% concluíram o ensino médio e 46,43% tinham nível superior (Tabela 1).

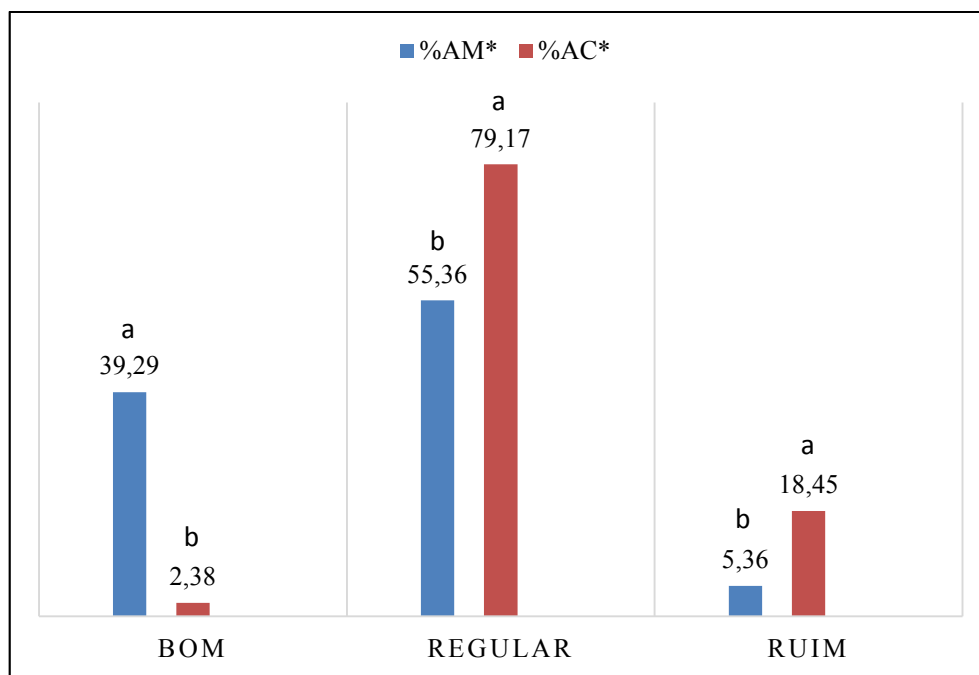
Quando questionados sobre a assistência em AM e AC, 78,57% dos pesquisados informaram prestar assistência em AM e 74,40% prestam assistência em AC. Quanto a participação em algum treinamento ou capacitação sobre AM e AC, 63,10% informaram que participaram de treinamento ou capacitação em AM e 42,26% participaram de treinamento ou capacitação em AC. Em relação ao conhecimento sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) 74,40% afirmaram não ter conhecimento sobre esse programa (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e atuação profissional na assistência ao AM e AC dos profissionais da ESF, Picos, Piauí, Brasil, 2016

VARIÁVEIS		N	%
Idade			
	20 a 30 anos	24	14,29
	31 a 40 anos	50	29,76
	41 a 50 anos	64	38,10
	≥ 51 anos	30	17,85
Sexo			
	Feminino	147	87,50
	Masculino	21	12,50
Tempo de serviço			
	< 5 anos	28	16,67
	5 a 9 anos	20	11,90
	10 a 14 anos	36	21,43
	15 a 19 anos	54	32,14
	≥ 20 anos	30	17,86
Escolaridade			
	Ensino Médio	90	53,57
	Graduação	28	16,67
	Especialização	39	23,21
	Mestrado	6	3,57
	Doutorado	5	2,98
Profissão			
	Médico	17	10,12
	Enfermeiro	20	11,90
	Técnico de enfermagem	19	11,31
	ACS	112	66,67
Presta assistência em AM junto as mães lactantes			
	Não	36	21,43
	Sim	132	78,57
Presta assistência em AC junto as mães lactantes			
	Não	43	25,60
	Sim	125	74,40
Fez treinamento/capacitação em AM			
	Não	62	36,90
	Sim	106	63,10
Fez treinamento/capacitação em AC			
	Não	97	57,74
	Sim	71	42,26
Conhece a EAAB			
	Não	125	74,40
	Sim	43	25,60

A figura 1, compara os percentuais de nível de conhecimento entre as temáticas das questões e as médias apresentaram diferenças significativas ao nível de 1% e se diferiram,

segundo o teste de Tukey, ou seja, a maioria dos profissionais de saúde tiveram melhor desempenho nas questões de AM e pior desempenho no conhecimento sobre AC. Contudo, há de se ressaltar que embora o conhecimento sobre AM tenha se mostrado significativamente maior em relação a AC, mesmo se assim pode ser considerado baixo, visto que foi inferior a 50%.



*diferença significativa ao nível de 1%, pela ANOVA

Letras diferentes, indicam diferenças entre as médias, pelo teste de Tukey.

Figura 1 - Percentual do nível de conhecimento em aleitamento materno (%AM) e alimentação complementar (%AC) dos profissionais da ESF

A tabela 2, mostra os resultados da análise de associação entre o nível de conhecimento em aleitamento materno e as variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais, houve associação positiva entre o nível de conhecimento dos profissionais e as seguintes variáveis: escolaridade ($p=0,04$), ou seja, os profissionais que tinham escolaridade acima do ensino médio, apresentaram nível de conhecimento melhor; profissão ($p=0,05$), médicos e enfermeiros tiveram melhor nível de conhecimento sobre AM do que os outros profissionais da equipe da ESF, e quem presta assistência em AM junto as mães lactantes tem melhor nível de conhecimento sobre AM ($p=0,04$). De acordo com os valores de coeficiente de contingência C, essas três variáveis apresentaram associação moderada (0,1 a 0,3) com o desempenho dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Coeficiente de contingência C (CC) e valores de p. segundo o nível de conhecimento sobre AM e as variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da ESF, Picos, Piauí, Brasil, 2016

VARIÁVEIS	BOM		REGULAR		RUIM		CC ¹	p ²
	N	%	N	%	N	%		
Idade								
≤ 40 anos	31	18,5	38	22,6	5	2,98		
> 40 anos	35	20,8	55	32,7	4	2,38	0,08	0,58
Sexo								
Feminino	59	35,1	81	48,2	7	4,17		
Masculino	7	4,17	12	7,14	2	1,19	0,07	0,6
Tempo de serviço								
< 15 anos	38	22,6	44	26,2	2	1,19		
≥ 15 anos	28	16,7	49	29,2	7	4,17	0,16	0,1
Escolaridade								
≤ Ensino Médio	28	16,7	55	32,7	7	4,17		
> Ensino Médio	38	22,6	38	22,6	2	1,19	0,19	0,04
Profissão*								
Tec. de enfermagem e ACS	46	35,11	76	58,02	9	6,87		
Médicos e Enfermeiros	20	54,05	17	45,95	0	0	0,18	0,05
Presta assistência em AM junto as mães lactantes								
Não	13	7,74	18	10,7	5	2,98		
Sim	53	31,5	75	44,6	4	2,38	0,19	0,04
Fez treinamento/capacitação AM								
Não	20	11,9	38	22,6	4	2,38		
Sim	46	27,4	55	32,7	5	2,98	0,11	0,35
Conhece a EAAB								
Não	45	26,8	72	42,9	8	4,76		
Sim	21	12,5	21	12,5	1	0,6	0,13	0,25

¹Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte

²valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$

*O percentual dos profissionais foi calculado proporcionalmente ao total de entrevistados por categoria da tabela

A tabela 3, exibe a associação entre as variáveis sociodemográficas e de formação com o nível de conhecimento em AC dos 168 profissionais de saúde. Conforme o CC, a variável escolaridade apresentou forte associação (CC=0,34) com alto nível de significância estatística ($p < 0,01$), os profissionais que tinham escolaridade acima do ensino médio, apresentaram nível de conhecimento melhor. E quem presta assistência em AC junto as mães lactantes tem melhor nível de conhecimento sobre AC, essa variável expôs associação moderada (CC=0,19) com p significativo ($p = 0,04$).

Tabela 3 - Coeficiente de contingência C (CC) e valores de p. segundo o nível de conhecimento sobre AC e as variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da ESF, Picos, Piauí, Brasil, 2016

VARIÁVEIS	BOM		REGULAR		RUIM		CC ¹	p ²
	N	%	N	%	N	%		
Idade								
≤ 40 anos	1	0,6	57	33,9	16	9,52		
> 40 anos	3	1,79	76	45,2	15	8,93	0,09	0,5
Sexo								
Feminino	3	1,79	119	70,8	25	14,9		
Masculino	1	0,6	14	8,33	6	3,57	0,12	0,3
Tempo de serviço								
< 15 anos	2	1,19	69	41,1	13	7,74		
≥ 15 anos	2	1,19	64	38,1	18	10,7	0,08	0,61
Escolaridade								
≤ Ensino Médio	1	0,6	65	38,7	24	14,3		
> Ensino Médio	3	1,79	68	40,5	7	4,17	0,34	<0,01
Profissão*								
Tec. de enfermagem e ACS	2	1,53	101	77,10	28	21,37		
Médicos e Enfermeiros	2	5,41	32	86,49	3	8,11	0,17	0,09
Presta assistência em AC junto as mães lactantes								
Não	0	0	30	17,9	13	7,74		
Sim	4	2,38	103	61,3	18	10,7	0,19	0,04
Fez treinamento/capacitação em AC								
Não	1	0,6	44	26,2	17	10,1		
Sim	3	1,79	89	53	14	8,33	0,17	0,07
Conhece a EAAB								
Não	4	2,38	96	57,1	25	14,9		
Sim	0	0	37	22	6	3,57	0,12	0,31

¹Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte

²valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$

*O percentual dos profissionais foi calculado proporcionalmente ao total de entrevistados por categoria da tabela

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo possibilitaram a análise sobre o nível de conhecimento em AM e AC dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família a partir da sua prática assistencial junto às mulheres e crianças.

A expressiva participação feminina encontrada mostra a feminização do trabalho em saúde, tendência do mercado de trabalho em saúde apontada em âmbito nacional nas últimas décadas em outros estudos^(8, 9). A distribuição dos profissionais com predominância na idade maior que 40 anos, ensino médio completo, 10 ou mais anos de profissão, também mostram semelhanças com proporções similares às que foram encontradas em estudos anteriores que

avaliaram o conhecimento de profissionais que atendiam lactentes nos serviços públicos de saúde^(10, 12).

A escolarização é uma característica relevante por estar diretamente relacionada aos conhecimentos por parte dos profissionais de saúde. A crescente escolarização dos profissionais de saúde contribui muito para o desempenho de suas funções, uma vez que atuam como mediadores nos processos que visam democratizar a informação e torná-la acessível à comunidade⁽¹³⁾.

O apoio dos serviços e a assistência dos profissionais de saúde é fundamental para que a amamentação e alimentação complementar tenha sucesso. Sendo assim, os profissionais de saúde devem estar preparados e capacitados para acompanhar o processo da amamentação e o crescimento e desenvolvimento da criança principalmente nos seus dois primeiros anos de vida, tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares, bem como, orientar as mulheres e seus familiares, quanto ao acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação e alimentação complementar. As mães querem suporte ativo (inclusive emocional), além de informações precisas, para se sentirem confiantes. O profissional de saúde precisa entender que tipo de apoio, informação e interação que as mães desejam, precisam ou esperam dele⁽¹⁾.

Outro dado levantado nesta pesquisa foi com relação ao conhecimento dos profissionais sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. O não conhecimento por parte dos profissionais sobre a EAAB pode ser um dado negativo no que se refere a promoção ao AM e a AC. Essa estratégia foi elaborada pelo MS desde 2012, trata-se do principal programa voltado para capacitação dos profissionais da atenção básica em AM e AC⁽¹⁾.

De acordo com os princípios da Rede Cegonha, a EAAB é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), sendo que a primeira foi lançada no ano de 2008 e a segunda em 2009, com o propósito de capacitar os profissionais de saúde a partir de atividades participativas e que permitam a troca de experiências e aquisição de conhecimento, levando-se em consideração a realidade local⁽¹⁴⁾.

A avaliação do nível de conhecimento vem ganhando espaço entre pesquisas científicas, nos últimos anos, em virtude do argumento de que o conhecimento sobre nutrição pode estar associado com práticas alimentares⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. No presente estudo observou-se que os profissionais possuem um maior nível de conhecimento sobre o aleitamento materno quando comparado ao nível de conhecimento sobre alimentação complementar, sendo que o maior conhecimento, em relação a essas duas temáticas, esteve associado ao maior nível de

escolaridade, ser profissional médico e de enfermagem, e ao fato de estarem prestando assistência as mães lactentes na rotina de trabalho da ESF. Este fato leva a crer que quanto maior a escolaridade, maiores condições terá o profissional de incorporar novos conhecimentos e habilidades para assistir as famílias sob sua responsabilidade.

Esse resultado, referente ao baixo nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, pode estar relacionado ao grande número de ACS contidos na amostra, pois a princípio, o Ministério da Saúde estabelecia como critérios de escolaridade mínimos a habilidade de ler e escrever, sem a exigência de um conhecimento mais técnico e científico. Conforme um estudo realizado em Uruburetama (Ceará), que caracterizou as ações realizadas pelos agentes de saúde a partir da categoria analítica: agente educador, foi evidenciado que em relação à nutrição e alimentação, os ACS detêm conhecimentos insuficientes para o enfrentamento dos problemas com os quais se deparam na sua rotina; possuem dificuldades que vão desde a prática do aleitamento materno, alimentação complementar até conhecimentos sobre quais alimentos a criança pode consumir no primeiro ano de vida. Contudo, foi constatado que os ACS com maior escolaridade apresentaram maior desembaraço na execução de suas funções⁽¹⁸⁾.

Foi relatado, em um estudo que avaliou e comparou o conhecimento e a qualidade do manejo do AM entre profissionais de saúde atuando na ESF e em unidades básicas de saúde (UBS) com modelo assistencial tradicional no Município de Rio Grande/RS, que os profissionais que realizaram a capacitação em AM obtiveram as maiores médias de acertos comparados com aqueles que não realizaram. Esse dado corrobora a importância da capacitação dos profissionais de saúde de modo a possibilitar o embasamento teórico das suas ações, tornando-as mais efetivas em prol do aleitamento⁽¹⁹⁾.

Em um outro estudo, realizado em 28 municípios brasileiros de grande porte sobre a efetivação de ações de educação permanente em alimentação e nutrição, com os profissionais da ESF, concluíram que a educação permanente é uma estratégia para potencializar o conhecimento e as práticas dirigidas à gestão e à atenção nas ações de alimentação e nutrição, constituindo-se de uma oportunidade capaz de contribuir com a reversão da lógica organizativa pautada somente na doença⁽²⁰⁾.

A educação permanente em saúde pode orientar na transformação das práticas de promoção à saúde, de forma a mudar a concepção hegemônica do modelo biomédico para uma concepção construtivista e problematizadora, a qual favorece a participação do sujeito nas ações de saúde e de mobilização social⁽²¹⁾.

Existe a necessidade de preparar melhor os profissionais de saúde para trabalhar as ações de alimentação e nutrição por meio de capacitações constantes e monitoramento contínuo dessas ações, identificando as dificuldades e fornecendo condições para superá-las, levando ao seu desenvolvimento de forma plena⁽²²⁾.

A transição entre o aleitamento materno exclusivo e a introdução de alimentos variados na alimentação da criança pode trazer intercorrências, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico⁽²³⁾. O início da alimentação complementar precocemente, ou seja, anteriormente ao sexto mês de vida da criança, relaciona-se ao aumento de risco e da frequência de infecções gastrointestinais, devido à diminuição dos fatores protetores do leite materno e à introdução de água e alimentos contaminados. Nesse período, a diarreia tem sua frequência aumentada e pode propiciar a desnutrição, comprometendo o sistema imunológico. O lactente desnutrido torna-se mais susceptível a adquirir outras enfermidades, estabelecendo-se um ciclo de desnutrição e infecção que aumenta a mortalidade infantil⁽²⁴⁾.

A proposta de atualização dos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos entre profissionais de saúde dos serviços de atenção primária na cidade de Porto Alegre pode ser uma estratégia para aumentar a prevalência de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, além de melhorar as práticas relacionadas à alimentação complementar na faixa etária de 6 a 9 meses⁽²⁵⁾.

A importância do planejamento das ações em equipe influenciará diretamente no alcance dos objetivos e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da prestação do serviço. Para tanto, se faz necessário que o planejamento de educação em saúde não seja individualizado, sendo primordial a integração da gestão, profissionais da saúde e comunidade, com o uso ferramentas e recursos variados.

Para a abordagem coletiva de práticas de promoção da alimentação adequada e saudável pelos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde lançou recentemente um instrumento com o objetivo de apoiar o planejamento e o desenvolvimento dessas ações na Atenção Básica, contemplando propostas de metodologias, além do suporte teórico e prático para o desenvolvimento destas. Outra ferramenta que pode ser utilizada pelos profissionais da saúde é o manual Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde, que aborda os princípios e as recomendações sobre o AM e a AC⁽¹⁾.

Contudo, as práticas educativas devem ser planejadas com o objetivo de empoderar seus participantes com relação à construção de hábitos alimentares saudáveis. Portanto, as ações propostas devem ser flexíveis, passíveis de adequação, de forma a melhor atender às

necessidades dos indivíduos. É necessário que os sujeitos se sintam parte da dinâmica de construção de novos hábitos e ressignificação de alguns conceitos consolidados em torno de sua saúde⁽²⁶⁾.

Deve-se destacar que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar necessita de estudos científicos mais aprofundados, sobretudo na busca de transformar o conhecimento científico dos profissionais, que refletirão na mudança de hábitos alimentares, influenciando diretamente na qualidade de vida da população.

Limitações do estudo

Este estudo possui algumas limitações. Teve um delineamento metodológico transversal, o que restringe a extensibilidade deste, trata-se da realidade de um município. É interessante a realização de pesquisas com outros desenhos metodológicos a fim de aprofundar a investigação sobre os conhecimentos sobre aleitamento materno e alimentação complementar dos profissionais de saúde e intervenções para que melhorem os seus níveis de conhecimento acerca desse assunto.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família, componentes-chave da Atenção Primária, bem como os gestores e a sociedade devem estar atentos para a análise do nível de conhecimento dos profissionais de saúde voltados para a nutrição infantil, com vistas na melhoria das práticas nessa área e elevação dos indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar saudável; e à promoção da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, verificou-se que estes profissionais possuem um maior conhecimento sobre aleitamento materno quando comparado ao conhecimento em alimentação complementar, e que um maior nível de conhecimento esteve associado a escolaridade e a assistência em AM e AC prestada pelos profissionais as mães lactentes. Deve-se ressaltar, que os profissionais de saúde precisam melhorar os conhecimentos em AM e AC, que refletirão na mudança dos hábitos alimentares e fortalecimento da qualidade de vida da população.

Dessa forma, há necessidade de se viabilizar cursos, treinamentos e capacitações sobre o AM e principalmente sobre a AC, que qualifiquem estes profissionais. Para tal,

sugere-se a realização de ações de educação permanente em saúde, em um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado das equipes. A exemplo disso, aconselha-se a implementação da EAAB no município para a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da ESF e para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar para crianças menores de dois anos no âmbito da Atenção Básica, para que os profissionais se sintam seguros no apoio às mães e cuidadores e assim, possam contribuir para o aumento da prevalência da amamentação e das boas práticas de alimentação complementar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2015.
2. Dattilo AM, Birch L, Krebs NF, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for early interventions in the prevention of pediatric overweight: a review and upcoming directions. *J Obes.* 2012; 1-18.
3. Victora, CG, Aluísio, J D, Barros, AJD, França, GVA et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387: 475–490
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Almeida PC, Ximenes LB. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. *Rev Enferm UERJ.* 2010; 18(3):345-351.
6. Gonçalves LC, Cortez EA, Cavalcanti ACD. Educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família: estudo descritivo-exploratório. *Online braz j nurs.* 2013; 12: 593-595.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada; 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm.
8. Matos RAC. Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

9. Martins ARA. Práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno [Dissertação]. Portugal: Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
10. Silvestre PK, Carvalhaes MA, Venâncio SI, Tonete VL, Parada CM. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009, 17(6):953-960.
11. Equipe Estatcamp. Software Action. Estatcamp - Consultoria em estatística e qualidade, São Carlos - SP, Brasil; 2017. Disponível em: <http://www.portalaction.com.br/>
12. Arantes CIS, Montrone AVG, Milioni DB. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. *Rev Eletr Enf*. 2008; 10(4): 933-944.
13. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):525-536.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1920, de 5 de setembro de 2013. Estabelece a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, Seção 1, 2013.
15. Castro NMG, Dáttilo M, Lopes LC. Avaliação do conhecimento nutricional de mulheres fisicamente ativas e sua associação com o estado nutricional. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2010; 32(1):161-172.
16. Nicastro H, Dattilo M, Santos TR, Padilha HVG, Zimberg IZ, Crispim CA, Stulbach TE. Aplicação da escala de conhecimento nutricional em atletas profissionais e amadores de atletismo. *Rev Bras Med Esporte* 2008;14(3):205-8.
17. Rastmanesh R, Taleban FA, Kimiagar M, Mehrabi Y, Salehi M. Nutritional knowledge and attitudes in athletes with physical disabilities. *J Athl Train*. 2007;42(1):99-105.
18. Avila MMM. O Programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):349-360.
19. Vasquez J, Dumith SC, Susin LR. O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15(2):181-192.
20. Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(1):209-218.

21. Alcides ECA. Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador [Dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia – UFBA; 2011.
22. Pimentel VRM. Caracterização das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
23. Vargas VS, Soares MCF. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2012 dez;37(3):269-80.
24. Ximenes LB, Moura JG, Oriá MOB, Martins MC, Almeida PC, Carneiro EP. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 abr-jun;14(2):377-85.
25. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(8):1695-1707.
26. Ministério da Saúde (BR). Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 168 p., 2016.

4.2 Produto - Cartilha educativa contendo informações e orientações para profissionais da saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar



Cartilha de Orientação

**DO ALEITAMENTO MATERNO
À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR:**

**ORIENTAÇÕES PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Teresina-PI
2017



Mestrado Profissional em Saúde da Família



Autores:

Ana Elisa Ramos

Carmen Viana Ramos

Colaboradores:

Marize Melo dos Santos

Camila Aparecida Pinheiro Landin Almeida

Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Design Gráfico

eduartes.entertainment.1980

FICHA CATALOGRÁFICA

R175d Ramos, Ana Elisa.

Do aleitamento materno à alimentação complementar: orientações para os profissionais de saúde/Ana Elisa Ramos, - Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Viana Ramos: Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, 2017.

28. p.; il. 23cm.

Cartilha Educativa (Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família) – UNINOVAFAPÍ, 2017.

1. Aleitamento Materno. 2. Alimentação Complementar. 3. Saúde Materno-Infantil. I. Título. II. Ramos, Carmen Viana.

CDD 616.39

Sumário

Apresentação.....	04
1 Importância do aleitamento materno, benefícios e recomendações.....	06
2 Técnica de amamentação.....	09
3 Situações em que há restrições ao aleitamento materno.....	12
4 Manutenção da amamentação.....	14
4.1 Alimentação da nutriz	14
4.2 Retorno da mãe ao trabalho	15
5 Importância da alimentação complementar.....	19
5.1 Idade de introdução e frequência.....	19
5.2 Consistência e composição.....	21
5.3 Cuidados de higiene.....	25
6 Orientações importantes de acordo com a idade da criança.....	26
7 Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças.....	27
Referência.....	28

Apresentação



Esta cartilha sobre Aleitamento Materno e Alimentação Complementar foi criada para você mamãe e profissional de saúde, essa publicação fala sobre a importância e os benefícios da amamentação e da alimentação complementar saudável.

Compreende-se, que a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas e os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.

Sendo assim, o aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.

Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública.

Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

Para tentar melhorar a qualidade de vida de nossas crianças, apresenta-se esta cartilha que tem como objetivo principal orientar os profissionais de saúde sobre aleitamento materno e alimentação complementar para auxiliá-los na assistência e apoio junto as mães.





01

Importância do aleitamento materno, benefícios e recomendações



Importância

Indiscutível e inquestionável é a importância do Aleitamento Materno, tanto para recém-nascido, quanto para a mulher que amamenta, compreendendo que a amamentação é o principal meio de fornecer alimento adequado e ideal, pois além de alimentar e nutrir, o leite materno promove o crescimento saudável, formação do vínculo afetivo e defesa contra as diversas doenças infecciosas da infância e doenças crônicas da vida adulta, bem como economia para a família.

Benefícios



Para a criança

- ✦ Para o bebê o leite materno previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tendo um efeito protetor sobre as alergias.
- ✦ Papel benéfico em várias patologias como obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2, colesterol e resistência insulínica.
- ✦ O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies.
- ✦ O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.
- ✦ Melhor desenvolvimento cognitivo.
- ✦ Desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária.
- ✦ Desenvolvimento motor-oral adequado, (funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala).

06

01

Importância do aleitamento materno, benefícios e recomendações

Para a mãe

- ◆ No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a menor probabilidade de ter cancro da mama e ovários, diminui o risco de hemorragia peri-parto, aumenta o vínculo entre a mãe e o filho.
- ◆ A amamentação é um excelente método anticoncepcional.
- ◆ Proteção contra: câncer de ovário, câncer de útero; hipercolesterolemia, hipertensão; diabetes tipo 2 e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto; e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto.
- ◆ Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Dependendo do tipo de fórmula infantil consumida pela criança, o gasto pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família.
- ◆ Traz benefícios psicológicos para a criança e para a mãe, além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, consequentemente, na qualidade de vida dessas famílias.



07

01

Importância do aleitamento materno, benefícios e recomendações

Recomendações

♦ A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a: Maior número de episódios de diarreia; Maior número de hospitalizações por doença respiratória; Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; Menor duração do aleitamento materno.

♦ No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas.

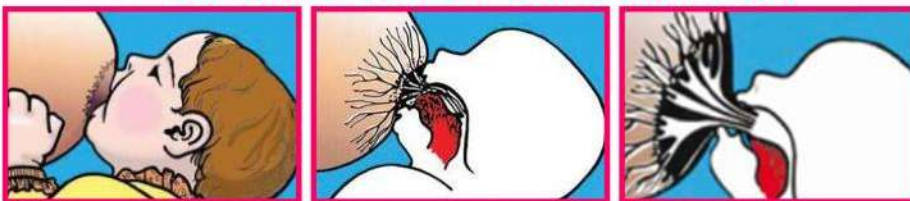


amar é
alimentar!!!

08

- ♦ A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos.
- ♦ Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, resultando no que se denomina de “má pega”.
- ♦ A má pega dificulta o esvaziamento da mama, podendo levar a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico.
- ♦ Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares.
- ♦ Todo profissional de saúde que faz assistência a mães e bebês deve saber observar criticamente uma mamada. A seguir são apresentados os diversos itens que os profissionais de saúde devem conferir na observação de uma mamada:

PEGA ADEQUADA OU BOA PEGA



✦ A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

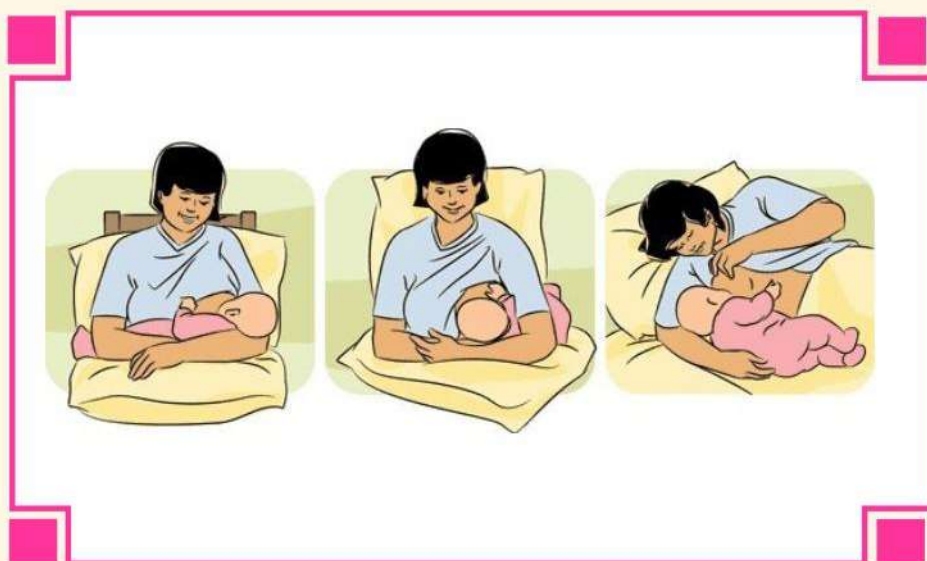
Pontos-chave do posicionamento adequado:

- 01 Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
- 02 Corpo do bebê próximo ao da mãe;
- 03 Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
- 04 Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada

- 01 Mais aréola visível acima da boca do bebê;
- 02 Boca bem aberta;
- 03 Lábio inferior virado para fora;
- 04 Queixo tocando a mama.

- ♦ As narinas do bebê estão livres?
- ♦ O bebê mantém a boca bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios?
- ♦ Os lábios do bebê estão curvados para fora, formando um lacre? Para visualizar o lábio inferior do bebê, muitas vezes é necessário pressionar a mama com as mãos.
- ♦ A língua do bebê encontra-se sobre a gengiva inferior? Algumas vezes a língua é visível; no entanto, na maioria das vezes, é necessário abaixar suavemente o lábio inferior para visualizar a língua.
- ♦ A língua do bebê está curvada para cima nas bordas laterais?
- ♦ O bebê mantém-se fixado à mama, sem escorregar ou largar o mamilo?
- ♦ As mandíbulas do bebê estão se movimentando?
- ♦ A deglutição é visível e/ou audível?
- ♦ É sempre útil lembrar a mãe de que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê.
- ♦ Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos.
- ♦ A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:



Situações em que há restrições ao aleitamento materno

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- ✦ Mães infectadas pelo HIV;
- ✦ Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- ✦ Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contra-indicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.
- ✦ Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação:

- ✦ Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- ✦ Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
- ✦ Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- ✦ Consumo de drogas de abuso: a Academia Americana de Pediatria (contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina.

Situações em que há restrições ao aleitamento materno

♦ A Organização Mundial da Saúde considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opióides não são contraindicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação.

♦ Em todos esses casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.



O leite materno É o melhor alimento para a criança! Se por algum motivo isso não for possível e depois de esgotadas todas as possibilidades de manter o aleitamento materno a mãe deve seguir as orientações dadas pelo médico ou nutricionista da Unidade de Saúde mais próxima da sua casa. A introdução de qualquer tipo de leite ou alimento deve ser sempre orientada pela equipe de saúde! Lembre-se dos benefícios da alimentação correta e adequada! Não coloque em risco a saúde do seu filho! Lembre-se dos benefícios da alimentação correta e adequada! Não coloque em risco a saúde do seu filho!

04

Manutenção da amamentação

4.1 - Alimentação da Nutriz

✦ Para a produção do leite, é necessária ingestão de calorias e de líquidos além do habitual. Por isso, durante o período de amamentação, costuma haver aumento do apetite e da sede da mulher e também algumas mudanças nas preferências alimentares.

✦ Acredita-se que um consumo extra de 500 calorias por dia seja o suficiente, pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2 kg a 4 kg para serem usados na lactação.

Fazem parte das recomendações para uma alimentação adequada durante a lactação os seguintes itens:

✦ Consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes;

✦ Consumir três ou mais porções de derivados do leite por dia;

✦ Esforçar-se para consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A;

✦ Certificar-se de que a sede está sendo saciada;

✦ Evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500 g por semana);

✦ Consumir com moderação café e outros produtos cafeinados. A alimentação ideal (variada e equilibrada) de uma nutriz pode não ser acessível para muitas mulheres de famílias com baixa renda, o que pode desestimulá-las a amamentar seus filhos. Por isso, a orientação alimentar de cada nutriz deve ser feita levando-se em consideração, além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos.

✦ As mulheres que amamentam devem ser encorajadas a ingerir líquidos em quantidades suficientes para saciar a sua sede. Entretanto, líquidos em excesso devem ser evitados, pois não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la.



Lembre-se:

Aleitamento materno não combina com bebida alcoólica, nem com cigarro. Não tome cerveja preta achando que irá aumentar a produção do seu leite. A cerveja, como qualquer outra bebida alcoólica, é prejudicial à saúde do seu bebê.

4.2 - Retorno da mãe ao trabalho

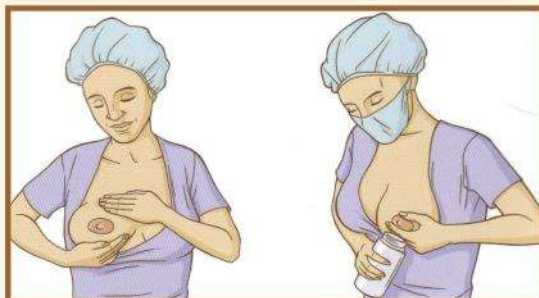
Para as mães manterem a lactação após retornarem ao trabalho, é importante que o profissional de saúde estimule os familiares, em especial o companheiro, quando presente, a dividir as tarefas domésticas com a nutriz e oriente a mãe trabalhadora quanto a algumas medidas que facilitam a manutenção do aleitamento materno, listadas a seguir:

- ✦ Quinze dias antes de retornar ao trabalho, a mãe poderá ir esgotando o excesso de leite do seu peito após cada mamada. Leia: PROCEDIMENTOS PARA ORDENHA.
- ✦ Quando a mãe estiver fora o bebê poderá receber o seu leite, que deverá ser dado a ele com uma colher ou com um copinho (de 50 ml) descartável, evitando mamadeira ou chupinha pelos motivos que você já conheceu até aqui.
- ✦ Mesmo depois de voltar a trabalhar, a mãe pode e deve continuar amamentando. Ofereça o peito sempre antes de sair para o trabalho e após seu retorno para casa, quantas vezes a criança quiser.
- ✦ Para amamentar o próprio filho, até que este complete seis meses de idade, a mãe tem direito, durante a jornada de trabalho, a dois descansos especiais, de meia hora cada um (CLT artigo 396).

Procedimentos para a ordenha



- 1º) Procurar um local tranquilo.
- 2º) Prender os cabelos e/ou usar touca.
- 3º) Lavar muito bem as mãos, até o cotovelo, com água e sabão.
- 4º) Acomodar-se em posição confortável, de preferência apoiando as costas.
- 5º) Massagear a aréola com movimentos circulares, na transição entre a pele escura e a pele clara.
- 6º) Apoiar a mama com a mão em concha, o polegar acima da aréola e o indicador abaixo desta.
- 7º) Fazer uma leve pressão para trás e para frente, com movimentos de aperta e solta. Dessa maneira, o leite vai sair em gotas e logo em seguida em jatos.
- 8º) Evitar falar durante a ordenha, para evitar contaminação do leite ordenhado.
- 9º) Armazenar o leite em um frasco de vidro, com tampa de plástico, sem rótulos e sem papelão sob a tampa e que foi esterilizado, isto é, lavado e fervido durante 20 minutos. Se for congelar o leite, deixe 2 cm de distância entre o leite e a tampa, para evitar que o frasco estoure.
- 10º) O frasco deverá ser etiquetado, contendo o nome do bebê e a data de início da coleta do leite.



Retirada do leite, o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição da aréola mama, em posição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos.

Lembre-se:



Durante o período em que estiver no trabalho, a mãe deve fazer a ordenha sempre que sentir que a mama está "cheia". Guardando o leite materno que esgotou em um recipiente esterilizado e armazene logo em seguida na geladeira. No horário de voltar para sua casa, retirar o frasco da geladeira, conferir se está bem fechado e colocar dentro de uma caixa de isopor (para conservar gelado). Ao chegar em casa colocar imediatamente na geladeira ou no freezer. Não esquecer de colocar a etiqueta com a data da coleta.

ARMAZENAMENTO DO LEITE RETIRADO

LEITE ORDENHADO	ARMAZENAMENTO
Para consumo do próprio filho	Geladeira por 12 horas Congelador por 15 dias
Para doação ao banco de leite humano	Congelador por 15 dias

Descongelando o LEITE MATERNO

Primeiro separe o leite que tiver a data de coleta mais antiga, depois siga os passos abaixo:

1º) Descongelar o leite materno em banho-maria (não deixe a água ferver), procurando observar o descongelamento. Assim que restar uma pequena bola de leite congelado no frasco, começar a girar o frasco delicadamente para que o leite descongele uniformemente.

2º) Separar a quantidade de leite que seu bebê irá tomar e aquecer em banho-maria. Se o bebê não tomar todo o leite que foi aquecido, não utilizar novamente – jogar fora o que sobrou.

3º) O restante do leite descongelado que não foi reaquecido tem validade de 12 horas e deve ficar armazenado dentro da geladeira (não colocar o leite materno na porta da geladeira). Após as 12 horas, se o leite não foi utilizado deverá ser desprezado.



05

Importância da alimentação complementar

- ♦ Como apresentado nos capítulos anteriores, o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê.
- ♦ Assim, a alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.
- ♦ O sucesso da alimentação complementar depende de paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase.

5.1 - Idade de introdução e frequência

- ♦ A definição do período adequado para iniciar a introdução dos alimentos deve levar em consideração a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança e as necessidades nutricionais.
- ♦ Até os quatro meses de idade, a criança ainda não atingiu o desenvolvimento fisiológico necessário para que possa receber alimentos sólidos.
- ♦ Por volta dos quatro a seis meses de vida a aceitação e tolerância da alimentação pastosa melhoram sensivelmente não só em função do desaparecimento do reflexo de protrusão da língua, como também pela maturação das funções gastrointestinal e renal e também do desenvolvimento neuromuscular.
- ♦ Por volta dos seis meses de vida, o grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório e, por sua vez, a criança vai se adaptando física e fisiologicamente para uma alimentação mais variada quanto a consistência e textura.

05

Importância da alimentação complementar

♦ Após os seis meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras).

♦ Entre os seis aos 12 meses de vida, a criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia.

♦ No quadro a seguir, apresenta-se uma proposta de esquema alimentar para crianças menores de dois anos de idade, elaborado a partir das recomendações atuais. Esse esquema não é rígido, é apenas um guia para a orientação das mães quanto à época e frequência de introdução da alimentação complementar.

QUADRO 1

ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS DE SEIS MESES
ATÉ DOIS ANOS DE IDADE QUE ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO

Ao completar seis meses	Ao completar sete meses	Ao completar 12 meses até 24 meses
Leite materno à livre demanda	Leite materno à livre demanda	Leite materno à livre demanda
Fruta (raspada\amassada)¹ + Refeição almoço² (amassada) + Fruta¹	Fruta (raspada\amassada)³ + Refeição almoço² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos) + Fruta (raspada\amassada\em pedaços bem pequenos)¹ + Refeição jantar² (amassada\em pedaços pequenos e bem cozidos)	Fruta ou Cereal ou Tubérculo + Frutas (em pedaços)¹ + Refeição da família² (almoço) + Frutas (em pedaços)¹ + Refeição da família² (jantar)

¹Recomenda-se que a fruta seja servida in natura, ao invés de sucos que possuem baixa densidade energética.

²A refeição deve conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos + leguminosas + legumes ou verduras + carne ou ovos).

♦ Nos primeiros dias da introdução dos alimentos complementares, não é preciso se preocupar com a quantidade de comida ingerida; o mais importante é proporcionar introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que a criança se acostume aos poucos.



5.2 - Consistência e composição

- ✦ Deve-se procurar variar ao máximo a alimentação para que a criança receba todos os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, além de evitar a monotonia alimentar.
- ✦ A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno, em países em desenvolvimento, é de aproximadamente 200kcal/dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses.
- ✦ No início os alimentos devem ser amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados.
- ✦ Os alimentos devem apresentar consistência de papas ou purês, pois apresentam maior densidade energética. Os termos sopas ou sopinhas não devem ser utilizados, pois transmitem a ideia de uma preparação mais líquida.
- ✦ A consistência dos alimentos deve respeitar o desenvolvimento das crianças. Aos 6 meses de vida as crianças precisam receber alimentos bem amassados. Assim que possível, os alimentos não precisam ser muito amassados, evitando-se, dessa forma, a administração de alimentos muito diluídos, propiciando oferta calórica adequada.
- ✦ Os alimentos devem ser cozidos em pouca água e amassados com o garfo, nunca liquidificados ou peneirados.

05

Importância da alimentação complementar

✦ Aos 8 meses as crianças aceitam alimentos picados ou em pedaços pequenos. Aos 12 meses a maioria das crianças já está apta a comer alimentos na consistência de adultos, desde que saudável.

✦ A tabela abaixo apresenta uma referência das quantidades adequadas de alimentos, de acordo com a idade da criança. Contudo, é necessário reforçar que algumas crianças aceitarão volumes maiores ou menores por refeição, sendo importante observar e respeitar os sinais de fome e saciedade da criança.

QUADRO 2

IDADE, TEXTURA E QUANTIDADE APROXIMADA RECOMENDADA		
Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos cortados ou levemente amassados	¾ de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos cortados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

✦ A primeira papa salgada deve ser oferecida após a criança completar seis meses de vida. Tal refeição deve conter alimentos de todos os grupos: cereais ou tubérculos, leguminosas, carnes e hortaliças (verduras e legumes).

✦ Carnes e ovos cozidos devem fazer parte das refeições desde os seis meses de idade.

✦ O óleo vegetal deve ser usado em pequena quantidade.

✦ As frutas devem ser oferecidas após os seis meses de idade, amassadas ou raspadas, sempre às colheradas.

✦ E após o aparecimento da dentição, em pedaços pequenos ou inteira, conforme a idade e o desenvolvimento da criança.

✦ O tipo de fruta a ser oferecido deve respeitar as características regionais, custo, estação do ano e o hábito alimentar da família e lembrando que nenhuma fruta é contraindicada.

✦ Os sucos naturais podem ser usados e não em substituição após as refeições principais, e não em substituição a elas, porém em uma dose pequena. Nos intervalos é preciso oferecer água tratada, filtrada ou fervida para a criança.

✦ A espécie humana necessita de dieta variada para garantir a nutrição adequada, pois os nutrientes estão distribuídos em quantidades diferentes nos alimentos. Então, além de consumir alimentos de todos os grupos, é importante a variedade de cada grupo. As refeições denominadas almoço e jantar devem conter um alimento de cada grupo, assim, em cada dia a mãe deverá escolher um alimento de cada grupo exemplificado no quadro abaixo:

QUADRO 3**GRUPOS DE ALIMENTOS QUE DEVEM COMPOR AS PAPAS DA CRIANÇA**

Grupos	Exemplos de alimentos
Cereais, raízes e tubérculos	Arroz, aipim/mandioca/macaxeira, milho, batata, batata doce, cará, inhame, fubá etc.
Legumes, verduras e frutas	Folhas verdes (espinafre, alface, rúcula, couve), beterraba, cenoura, abobrinha, abóbora, tomate, repolho, acelga, beldroega, laranja, banana, abacate, mamão, melancia, manga, limão, maçã, dentre outros.
Carnes e ovos	Frango, boi, peixe, porco, vísceras (miúdos) e ovos.
Feijões	Feijão, lentilha, ervilha, soja, grão de bico, etc.



Importante

Estimular o consumo de alimentação caseira, da família e:

Priorizar os alimentos regionais (arroz, feijão, batata, mandioca/macaxeira/aipim, legumes, frutas, carnes);

Introduzir a carne nas refeições, desde os seis meses de idade;

Estimular a utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro.

Boas opções de alimentos complementares são aqueles:

Alimentos comumente preparados e consumidos no domicílio como feijão, arroz, carnes, batata, legumes, dentre outros que são importantes fontes de energia, proteína e micronutrientes como ferro, zinco, cálcio, vitamina A, C e folato;

Pouco temperados ou salgados;

De fácil consumo para a criança;

Disponível e acessível localmente. Crianças a partir do 6º mês de vida precisam ser suplementadas com ferro para a prevenção da anemia. Veja o tópico sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e da Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS.

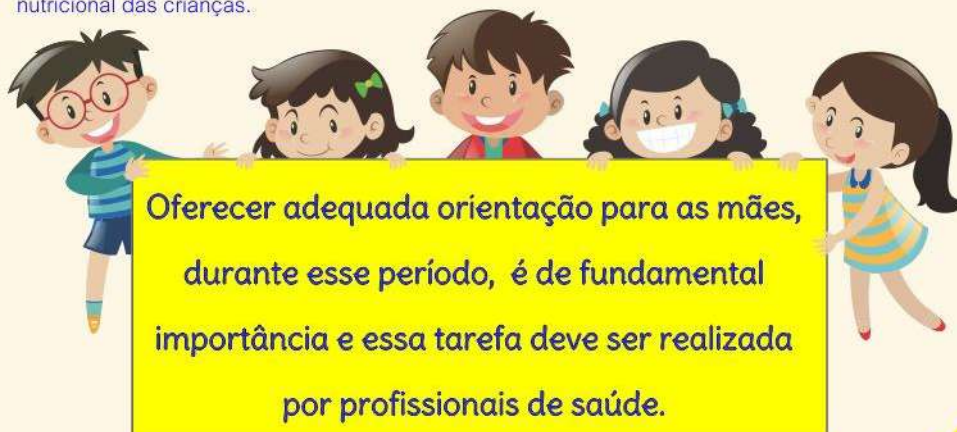
5.3 - Cuidados de higiene



♦ O período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido à manipulação ou preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e desnutrição.

♦ Práticas de higiene dos alimentos complementares são um importante componente para a prevenção e redução

da ocorrência das doenças diarreicas e suas consequentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças.



Oferecer adequada orientação para as mães, durante esse período, é de fundamental importância e essa tarefa deve ser realizada por profissionais de saúde.

Orientações importantes de acordo com a idade da criança

♦ A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida é fundamental para a prevenção de anemia, deficiência de vitamina A, sobrepeso e baixo peso.

♦ O quadro 4 sumariza as principais orientações e condutas que devem ser preconizadas de acordo com a idade da criança.

QUADRO 4

PRINCIPAIS CONDUTAS DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA

Até completar 6 meses de vida	Orientar, apoiar, promover e proteger as mães para o aleitamento materno exclusivo até que a criança complete 6 meses de vida. Desestimular a oferta de chás, água ou qualquer outro alimento nesse período.
Após completar 6 meses de vida	Orientar a introdução dos alimentos complementares. Orientar a introdução da água. Estimular a manutenção do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais. Orientar o consumo de alimentos que são ricos em Vitamina A e Ferro. Desestimular a oferta de alimentos com açúcar, ou a adição de açúcar, doces, chocolates, refrigerantes, frituras, salgadinhos e outras guloseimas. Fazer a orientação para uso de suplemento de ferro, em doses preventivas, para a prevenção da anemia. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, fornecer a megadose para as crianças a cada 6 meses. Orientar práticas de higiene no preparo da alimentação complementar.
Aos 9 meses de vida	Orientar que a partir dos oito meses de vida a criança já pode receber a comida preparada para a família, desde que sem excesso de óleo, sal e condimentos; Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais; Orientar o consumo de alimentos que são ricos em Vitamina A e Ferro. Desestimular a oferta de alimentos com açúcar, ou a adição de açúcar, doces, chocolates, refrigerantes, frituras, salgadinhos e outras guloseimas. Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificar se a criança recebeu a megadose depois de completar 6 meses.
Dos 12 aos 24 meses	Estimular a prática do aleitamento materno até dois anos de idade ou mais. Verificar se a criança está recebendo o suplemento de ferro. Em regiões e municípios cobertos pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificar a data da última dosagem. Se houve intervalo de seis meses ou mais, fornecer a megadose.

Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças

✦ Os profissionais e as Equipes de Atenção Básica podem estabelecer estratégias para sensibilizar e avaliar sua prática profissional, pensando na integralidade e interdisciplinaridade do cuidado e, ao mesmo tempo, ajudar a família a adotar os dez passos. Eis algumas orientações:

Passo 1:	Dica ao profissional e à equipe:
Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.	Rever se as orientações sobre aleitamento materno são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.
Passo 2:	Dica ao profissional e à equipe:
A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.	Antes de dar a orientação desse passo, perguntar à mãe/cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidá-la(o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.
Passo 3:	Dica ao profissional e à equipe:
Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.	Sugerir receitas de papas, oferecendo ideias em relação à proporcionalidade entre os grupos de alimentos, de forma prática e com linguagem simples.
Passo 4:	Dica ao profissional e à equipe:
A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.	Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.
Passo 5:	Dica ao profissional e à equipe:
A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/ purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.	Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.
Passo 6:	Dica ao profissional e à equipe:
Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.	Conversar sobre a estimulação dos sentidos enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e a família.
Passo 7:	Dica ao profissional e à equipe:
Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.	Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.
Passo 8:	Dica ao profissional e à equipe:
Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.
Passo 9:	Dica ao profissional e à equipe:
Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.	Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.
Passo 10:	Dica ao profissional e à equipe:
Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.	Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Referência

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





www.uninovafapi.edu.br

Rua: Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai

CEP: 64.073-505 - Teresina - Piauí

Email: secmestrado@uninovafapi.edu.br

Fone: 0** (86) 2106-0700

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar é de importância confirmada pelos inúmeros trabalhos efetuados. A promoção do aleitamento materno e alimentação complementar não se restringe apenas à saúde do binómio mãe/bebê, mas tem incontornáveis implicações a nível de saúde pública e desenvolvimento humano.

Os profissionais da saúde apresentam-se como educadores perante a comunidade, uma vez que é conhecedor dos problemas enfrentados pela mesma, e seu trabalho visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida de toda a comunidade. Contudo, é fundamental que se apropriem de conhecimentos relacionados ao aleitamento materno e a alimentação complementar, tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família é, sem dúvida, um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de apoio, incentivo e promoção do aleitamento materno e alimentação complementar.

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, verificou-se que estes profissionais possuem um maior conhecimento sobre aleitamento materno quando comparado ao conhecimento em alimentação complementar, e que um maior nível de conhecimento esteve associado a escolaridade e a assistência em AM e AC prestada pelos profissionais as mães lactentes.

Os resultados evidenciam, que o grande desafio do profissional de saúde é apoiar adequadamente o processo de introdução de alimentos complementares, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança, nas suas necessidades e da criança, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, êxitos e conhecimentos prévios, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação saudável.

Deve-se ressaltar, que o período de introdução da alimentação complementar é de elevado risco para a criança, tanto pela oferta de alimentos inadequados, quanto pelo risco de sua contaminação devido à manipulação ou preparo inadequados, favorecendo a ocorrência de doença diarreica e suas consequentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças como a desnutrição. Oferecer adequada orientação para as mães, durante esse período, é de fundamental importância e essa tarefa deve ser realizada por profissionais de saúde.

Sendo assim, o profissional de saúde torna-se promotor da alimentação saudável quando consegue traduzir, para a comunidade que assiste, os conceitos técnicos de forma prática, em linguagem simples e acessível, como por exemplo, as técnicas adequadas de

preparo, noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento.

Dessa forma o estudo apontou de forma objetiva para questões a serem trabalhadas no sentido de melhorar os serviços de apoio e assistência ao aleitamento materno e alimentação complementar. Diante disso, merecem ênfase: a educação permanente através de cursos, treinamentos e capacitações para a melhoria do conhecimento técnico sobre o AM e AC. E ainda, definição de um processo contínuo de monitoramento e avaliação que permita a adoção de medidas corretivas sempre que for preciso.

A educação em saúde constitui-se em uma das principais ações dos profissionais da ESF e, considerando a relevância do apoio, incentivo e promoção do aleitamento materno e alimentação complementar para a promoção da saúde, é imprescindível que eles estejam qualificados para exercer a função de assistir integralmente o usuário.

Espera-se que este estudo possa colaborar na superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, levando-os a adotarem uma postura crítica e reflexiva, na tentativa de alcançar uma melhor assistência à população voltada ao aleitamento materno e alimentação complementar. Como um dos resultados do estudo, tem-se a cartilha com informações sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, que visa contribuir como aprimoramento no processo da assistência às mães lactentes.

Conclui-se que há necessidade de se viabilizar cursos, treinamentos e capacitações sobre o aleitamento materno e principalmente sobre a alimentação complementar, que qualifiquem estes profissionais. Para tal, sugere-se a realização de ações de educação permanente em saúde, sob co-responsabilização/execução inter e extra institucional, em um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado das equipes, para que possam desempenhar suas atividades profissionais relacionadas ao AM e a AC com a qualidade devida e necessária a essa essencial prática de saúde. Sendo assim, investir na capacitação dos profissionais é sinônimo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ABARIN, T. W. Y. The impact of breastfeeding on FTO-related BMI growth trajectories: an application to the Raine pregnancy cohort study. **International journal of epidemiology**, v. 41, n. 6, p. 1650–1660, 2012.

AGUIAR, H., & SILVA, A. Aleitamento Materno. A Importância de Intervir. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, n. 2, p. 889–896, 2011.

ALCIDES, E. C. A. **Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador, Bahia**. 2011. 134p. Dissertação (Mestrado do Programa de pós-graduação em Nutrição) Escola de Nutrição – Universidade Federal da Bahia, Salvador: UFBA, 2011.

ARANTES, C. I. S.; MONTRONE, A. V. G.; MILIONI, D. B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 933-944, 2008.

ARRUÉ, A. M. et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 86-92, 2012.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

BEMFAM. Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional de demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 168 p., 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1920, de 5 de setembro de 2013**. Estabelece a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 756**. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. Diário Oficial da União. Brasília DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.107, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 155**. Estabelece diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança. Diário Oficial da união. Brasília DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, DF, 1991.

BRITO, R.S. et al. Conhecimento de profissionais de saúde acerca da distribuição do leite humano pasteurizado. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.1, p. 261- 270, 2014.

BROCKVELD, L. S. M. **Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na última década (2002-2012) no município de Embu das Artes, SP**. 2013. 92p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2013.

CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **J Pediatr.**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP (rev de administração pública)**, v. 42, n. 2, mar/abril, Rio de Janeiro, 2008.

CASTRO, N. M. G.; DATTILO, M.; LOPES, L. C. Avaliação do conhecimento nutricional de mulheres fisicamente ativas e sua associação com o estado nutricional. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 161-172, 2010.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C. C. Factors associated with duration of breastfeeding. **J Pediatr (Rio J)**. v. 83, n.1, p. 241-246, 2007.

CORREIA, P.P; PEREIRA, S.M.P.D; BRITO, L.A.M.H. Alimentação de transição infantil: conhecer para educar. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 85-93, 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de saúde da Família no município de Teixeiras. MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

DATILLO, A. M. et al. Need for early interventions in the prevention of pediatric overweight: a review and upcoming directions. **J Obes**, p. 1-18, 2012.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S. FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23. n. 3. p. 475-486, 2010.

DODT, R. C. M. et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 3, p. 345-351, 2010.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF, 2009.

GALVÃO, D. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 308-314, 2011.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Complementary feeding and nutritional status of 6-24-month-old children in Acrelândia, Acre State, Western Brazilian Amazon. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 305-316, 2011.

GARDEN, F. L. et al. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v.65, n.4, p. 454-462, 2011.

GONÇALVES, L. C. et al. Educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família: estudo descritivo-exploratório. **Online brazj nurs**. v. 12, p. 593-595, 2013.

GOLIN, C. K. et al. Dietary erros in the diet of children attending nurseries of public daycare centers in São Paulo city, Brazil. **Rev. Paul Pediatr**, v. 29, n. 1, p. 35-40, 2011.

GRAÇA, L. A. C., FIGUEIREDO, M. C. B., & CONCEIÇÃO, M. T. C. C. Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.2, p. 429-436, 2011.

HOMANN, E. M.; SOUZA, M. F. “Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?” **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

HURLEY, K. M.; BLACK, M. M. Introduction to a Supplement on Responsive Feeding: Promoting Healthy Growth and Development for Infants and Toddlers. **The Journal of Nutrition**, p. 489, 2011.

INAN. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Aspectos de Saúde e Nutrição no Brasil 1989. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**. Brasília: INAN, 1990.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W. V.; MENDES, A. C. G. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2163-2176, 2012.

MATOS, R. A. C. **Alimentação complementar em lactentes após aleitamento materno exclusivo: práticas e orientações**. 2011. 80p. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2011.

MARQUES, E. S. et al. Practices and perceptions about breastfeeding: Consensus and dissensus in the daily care in a Family Health Unit. **Physis**, v. 19, n. 2, p. 439-55, 2009.

MARTINS, A. R. A. **Práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno**, Portugal. 2012. 123p. Dissertação (Mestrado em Enf. de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, 2012.

MENNELLA, J. A.; TRABULSI, J. C. Complementary foods and flavor experiences: setting the foundation. **Ann. Nutri. Metab.**, v. 60, n. 2, p. 40-50, 2012.

MONTEIRO, J. C. S. et al. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 359-67, 2011.

MONTEIRO, J. G. A. **Prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade: associação com o índice de massa corporal**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Lisboa, 2015.

MUSSE, J. O. et al. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Os oito objetivos para o desenvolvimento do milênio**. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acesso em 07 mar. 2016.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 3135-3144, 2012.

PEREIRA, M. J. B. et al. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 1, p. 36-43, 2004.

PIMENTEL, V. R. M. **Caracterização das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes**. 2011. 199 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: objetivos de desenvolvimento do milênio, 2004**. [homepage na internet]. Disponível em: www.pnud.org.br/odm. Acesso em 02 mar. 2016.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2004.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.3, p. 537-543, 2012.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saude Publica**, 2003.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 209-218, 2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **DATASUS Informação de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSPI.def>. Acesso em: 06 mar. 2016.

SILVA, R. Q. GUBERT, M. B. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em sites brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 3, p. 331-340, 2010.

SILVESTRE, P. K. et al. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 953-960, 2009.

TAMASIA, G. A. **Perfil da Amamentação e Alimentação Complementar no Município de Registro – SP**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TOLONI, M. H. A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 61-70, 2011.

TOLONI, M. H. A. et al. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, p. 37-43, 2014.

UNICEF. **Manual de Aleitamento Materno Comitê Português para a UNICEF – Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês**. Lisboa, p. 45, 2008.

VASQUEZ, J.; DUMITH, S. C.; SUSIN, L. R. O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 15, n. 2, p. 181-192, 2015.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, p. 40-49, 1988.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Breastfeeding Series Group**. v. 387, n. 10017, p.475-490, 2016.

VITOLO, M. A. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695-1707, 2014.

VITOLO, M. R. Maternal dietary counseling in the first year of life is associated with a higher healthy eating index in childhood. **J. Nutr.**, v.140, n.11, p. 2002-2007, 2010.

WABA. **World Alliance for Breastfeeding Action** [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.waba.org.br>. Acesso em 04 mar. 2016.

WHO. Word Health Organization. **Guinding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: WHO, 2001.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO “CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO
MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA:

CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1ª PARTE

I - Caracterização sócio profissional

1- Idade

1.1 () 20-30Anos

1.2 () 31-40Anos

1.3 () 41-50Anos

1.4 () $\geq$ 51Anos

2- Qual seu sexo?

2.1 () Feminino

2.2 () Masculino

3 - Tempo Total de Serviço

3.1 () < 5 anos

3.2 () 5 — 10 anos

3.3 () 10 — 15 anos

3.4 () 15 — 20 anos

3.5 () $\geq$ 20 anos

4 - Formação Acadêmica e Profissional

4.1 () Nível médio

4.2 () Graduação (especificar) _____

4.3 () Especialização (especificar) _____

4.4 () Mestrado(especificar) _____

4.5 () Outra (especificar) _____

5- Está envolvido diretamente na assistência em aleitamento materno junto às mães lactantes?

5.1 () Não

5.2 () Sim. Há quanto tempo _____

6- Está envolvido diretamente na assistência em alimentação complementar junto as mães lactantes?

6.1 () Não

6.2 () Sim. Há quanto tempo _____

7 - Fez algum treinamento ou capacitação específica?

7.1 Em aleitamento materno:

7.1.1 () Não

7.1.2 () Sim (especificar) _____

7.2 Em alimentação complementar:

7.2.1 () Não

7.2.2 () Sim (especificar) _____

8 - Tem conhecimento sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil?

8.1 () Não

8.2 () Sim. Realizou treinamento para este programa? _____

2ª PARTE

II – Conhecimentos sobre Aleitamento Materno

9 - Até que idade aconselha o Aleitamento Materno Exclusivo?

9.1 () 4 Meses

9.2 () 6 Meses

9.3 () 12 Meses

9.4 () 24 Meses ou mais

10- Perante o ingurgitamento mamário dos primeiros dias que medidas toma?

10.1 () Aplicar calor húmido

10.2 () Extrair leite com extrator

10.3 () Aconselha mamadas frequentes

10.4 () Suspender a amamentação

10.5 () Outro (especificar) _____

11 - Perante que situação desaconselha ou não recomenda o Aleitamento Materno?

11.1 () Lesão ativa do herpes da mama

11.2 () Mãe portadora de HIV

11.3 () Mãe trabalha fora e não há creche próxima

11.4 () Outro (especificar) _____

12 - Na promoção do aleitamento materno integra os denominados “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno”?

12.1 () Sim

12.2 () Não

12.3 () Apenas alguns passos

Justifique _____

13 - Quando efetua ensinios sobre amamentação aceita/respeita o que a mãe pensa ou sente?

13.1 () Nunca ou raramente

13.2 () Algumas vezes

13.3 () A maioria das vezes

14 - Ensina a mãe sobre a importância e os sinais da pega correta da mama pelo bebê?

14.1 () Nunca ou raramente

14.2 () Algumas vezes

14.3 () A maioria das vezes

15 - Quando observa à mamada qual das seguintes práticas lhe revela que existe uma boa adaptação entre a boca do bebê e a mama da mãe (boa pega)?

15.1 () O queixo do bebê toca a mama

15.2 () As bochechas do bebê fazem “covinhas”

15.3 () A boca do bebê não apanha a maior parte da aréola e pode ver-se a mesma quantidade de aréola acima e abaixo da boca do bebê

16 - Informa a mãe sobre os seus direitos em relação à amamentação?

16.1 () Nunca ou raramente

16.2 () Algumas vezes

16.3 () A maioria das vezes

17 - Durante as visitas quando efetua ensinios, que conselhos dá em relação ao horário das mamadas?

17.1 () Em horário rígido

17.2 () Só quando chora

17.3 () Quando mostra sinais de fome (livre demanda)

18 - Desaconselha o uso de chupeta até a lactação estar estabelecida?

18.1 () Nunca ou raramente

18.2 () Algumas vezes

18.3 () A maioria das vezes

19 - Durante as visitas informa sobre as vantagens do Aleitamento Materno?

19.1 () Nunca ou raramente

19.2 () Algumas vezes

19.3 () A maioria das vezes

Justifique _____

20 - Qual a sua postura quando faz ensinios sobre as mamadas?

20.1 () Mantém a cabeça ao mesmo nível da mãe

20.2 () Mantêm-se de pé ao lado da mãe

20.3 () Não se preocupa com este aspecto

21 - Na comunicação que estabelece tem em conta o contato visual e o tom de voz?

21.1 () Nunca ou raramente

21.2 () Algumas vezes

21.3 () A maioria das vezes

22 - Reconhece e elogia quando a mãe está a proceder de forma correta durante a mamada?

22.1 () Nunca ou raramente

22.2 () Algumas vezes

22.3 () A maioria das vezes

23 - Demonstra às mães disponibilidade, atenção e apoio durante as mamadas?

23.1 () Nunca ou raramente

23.2 () Algumas vezes

23.3 () A maioria das vezes

Justifique _____

24 - Tem preocupação com a reserva da intimidade da mulher, tentando não tocar na mãe nem no bebê quando ajuda nas mamadas?

24.1 () Nunca ou raramente

24.2 () Algumas vezes

24.3 () A maioria das vezes

Justifique _____

25 - Você recomenda a retirada de algum alimento da dieta da nutriz?

25.1 () Não

25.2 () Sim. Quais? _____

26 - Você recomenda a leitura de algum livro ou material sobre alimentação infantil para os pais/cuidadores?

26.1 () Não

26.2 () Sim. Qual? _____

III – Conhecimentos sobre Alimentação Complementar

27 - Se a amamentação não ocorrer de forma exclusiva, há recomendação do uso de:

27.1 () Leite de vaca

27.2 () Fórmula infantil. Qual? _____

28 - Coloque a ordem de introdução de grupos de alimentos que recomenda aos seus pacientes. Se recomenda dois grupos ao mesmo tempo, coloque a mesma numeração.

28.1 () Não sigo ordem alguma

28.2 () Frutas

28.3 () Legumes e verduras

28.4 () Cereais

28.5 () Leguminosas

- 28.6 () Aves
28.7 () Carne bovina
28.8 () Carne suína
28.9 () Peixe
28.10 () Ovo
28.11 () Leite de vaca
28.12 () Leite de soja
28.13 () Outro. Qual? _____

29 - Quantas repetições de um mesmo alimento, você recomenda antes da introdução de um novo alimento?

- 29.1 () Não recomendo repetição
29.2 () 2
29.3 () 3
29.4 () 4
29.5 () 5
29.6 () 8 ou mais

30 - Que instrumento (s) você recomenda para a preparação das refeições?

- 30.1 () Liquidificador
30.2 () Peneira
30.3 () *Mixer*
30.4 () Garfo
30.5 () Outro. Especifique: _____

31 - Você faz alguma relação com a evolução da consistência e a dentição?

- 31.1 () Não
31.2 () Sim

32 - Você recomenda a utilização de sucos a partir dos 6 meses?

- 32.1 () Não
32.2 () Sim
32.3 () Sim, mas com restrições. Quais? _____

33 - Faz alguma recomendação quanto ao uso de cereais integrais?

- 33.1 () Não recomendo cereais integrais
33.2 () Deixo livre de acordo com a preferência dos pais
33.3 () Sim. Qual? _____

34 - Qual sua orientação quanto ao uso do feijão?

- 34.1 () Não restrinjo o uso de feijões (uso completo)
34.2 () Recomendo a introdução do caldo primeiro e depois os grãos amassados
34.3 () Recomendo a introdução do caldo primeiro e depois os grãos passados na peneira
34.4 () Recomendo o caldo e o grão juntos, mas passados na peneira

35 - A partir de que mês de vida da criança você recomenda a introdução dos alimentos abaixo citados?

- 35.1 Carnes vermelhas: _____
35.2 Carnes brancas: _____
35.3 Peixes: _____

- 35.4 Frutos do mar: _____
35.5 Visceras: _____
35.6 Clara de ovo: _____
35.7 Gema de ovo: _____
35.8 Oleaginosas (amendoim, castanhas, avelãs): _____
35.9 Cereais: _____
35.9.1 Trigo (especificamente): _____

36 - Qual sua recomendação quanto à água?

- 36.1 () Apenas quando começa a utilizar outro leite que não o materno
36.2 () Desde o início da vida, mesmo com aleitamento materno
36.3 () Apenas com a introdução de novos alimentos (incluindo o leite formulado)

37 - Quando recomenda o uso da água?

- 37.1 () Durante as refeições
37.2 () Após as refeições
37.3 () No intervalo entre as refeições

38 - Você recomenda a utilização de água de coco até 1 ano de idade?

- 38.1 () Não
38.2 () Sim

39 - Qual sua recomendação quanto à cocção das verduras e legumes?

- 39.1 () Não oriento quanto à isso
39.2 () Com pouca água
39.3 () Com muita água

40 - Quais temperos você sugere para o preparo da refeição?

- 40.1 () Cebola
40.2 () Alho
40.3 () Temperos frescos (salsinha, cebolinha, etc.)
40.4 () Temperos secos
40.5 () Caldos de carne, galinha, etc (industrializados em geral)

41 - Qual a recomendação quanto ao uso de sal até 1 ano de idade?

- 41.1 () Não utilizar
41.2 () Deixo a quantidade livre de acordo com hábito da família
41.3 () Recomendo utilizar, mas em pouca quantidade.

42 - Você recomenda a utilização de papas industrializadas?

- 42.1 () Não
42.2 () Sim. Quais? _____

43 - Você orienta que se faça algum tipo de teste ou observação na criança ao introduzir um novo alimento?

- 43.1 () Não
43.2 () Sim

44 - Você faz alguma orientação quanto à forma de preparo dos alimentos a serem introduzidos?

44.1 () Não

44.2 () Sim

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário da pesquisa **CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**, desenvolvida por **Ana Elisa Ramos**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora **Carmen Viana Ramos**.

O Objetivo desta pesquisa é Analisar os conhecimentos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável em um município do Piauí. O Senhor (a) está sendo convidado, pois é um (a) profissional que compõe a Estratégia Saúde da Família na cidade de Picos-PI e com pelo menos 1 (um) ano de atuação e que trabalha no acompanhamento das mulheres com crianças menores de 2 anos.

Ressaltamos que sua participação é fundamental para a realização dessa pesquisa, pois é através dela que se conseguem informações necessárias no sentido de atender aos objetivos desse estudo. Portanto, sua participação é muito importante.

Esse trabalho se justifica por trazer uma nova perspectiva que aborda a prática e conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na promoção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, e desta forma, espera-se que esses dados sejam conhecidos e utilizados por gestores, por profissionais de saúde e pela sociedade, fornecendo subsídios para o planejamento, avaliação e desenvolvimento de ações que melhorem os serviços de saúde.

O Senhor (a) irá responder um questionário estruturado em duas partes, sendo que a primeira tem em vista identificar o perfil dos profissionais de saúde e a segunda reportar aos seus conhecimentos em relação à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Esse estudo traz como benefícios diretos, a construção de uma cartilha que poderá contribuir como aprimoramento no processo da assistência aos pacientes envolvidos e aos profissionais do município. E como benefício indireto pretende-se também contribuir para o aumento de evidências científicas nesta matéria e também contribuir para a equipe rever constantemente as práticas e procurar novas e mais eficazes formas de implementá-las com maior sucesso, visando a saúde materno-infantil.

É importante destacar, que essa pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos para os participantes desse estudo, tais como o constrangimento na abordagem, a insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, as aplicações dos questionários serão realizadas respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada, pois usaremos código numérico.

A aplicação do questionário deverá ser realizada em sala reservada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI. O Senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não como participante da pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão, o

senhor terá um tempo para pensar. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. O tempo de duração da aplicação do questionário é de aproximadamente trinta minutos. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Se, por participar da pesquisa, o senhor (a) sofrer qualquer tipo de dano, além do direito a assistência integral, terá direito a indenização.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina - Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, no caso de decidir participar da mesma, assine duas vias deste documento, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Carmen Viana Ramos

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos
Pesquisadora responsável
CPF: 386.902.843-20

Ana Elisa Ramos

Ana Elisa Ramos
Pesquisador participante
CPF: 027.416.753-09

Contato com a pesquisadora responsável: Carmen Viana Ramos, endereço: UNINOVAFAPÍ, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina - Piauí - Tel: (86) 9986 5410 - e-mail: cvramos@uninovafapi.edu.br

Teresina, ____ de ____ de 2016.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante: _____

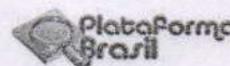
RG: _____ CPF: _____

all
ARM

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54792516.8.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.541.108

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal e quantitativa, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde com os profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Picos-Piauí. O instrumento para a coleta dos dados será um questionário estruturado sobre o perfil dos profissionais de saúde e seus conhecimentos em relação à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. De posse dos dados, serão realizadas análises estatísticas descritivas para classificação das variáveis. A amostra será composta por 168 profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, selecionados aleatoriamente entre os 296 profissionais. Os dados serão coletados após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, respeitando a Resolução 466/12 do CNS/MS.

Objetivo da Pesquisa:

O conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:*** RISCOS:**

Os participantes correrão riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores.

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.541.108

Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Ressalta-se, ainda, que a aplicação dos questionários será previamente agendada, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. A aplicação do questionário será realizada em sala reservada.

*** BENEFÍCIOS:**

O estudo trará benefícios direto à construção de um manual que poderá contribuir como aprimoramento no processo da assistência aos usuários e aos profissionais do município.

Como benefícios indiretos pretende-se contribuir para o aumento de evidências científicas nesta matéria e também contribuir para a equipe rever constantemente as práticas e procurar novas e mais eficazes formas de implementá-las com maior sucesso, visando a saúde materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância social e científica, pois visa investigar sobre o conhecimento de profissionais da atenção básica sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar, importantes elementos para garantir a saúde e a nutrição adequadas das crianças.

Apresenta viabilidade temporal, financeira e operacional e a pesquisadora responsável é dotada de muito conhecimento e experiência na área e sobre o objeto a ser estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo consta de todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta adequações à Res. 466/12 do CNS, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_688297.pdf	30/04/2016 11:08:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	30/04/2016 11:07:43	Ana	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/04/2016	Ana	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.541.108

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16:42:05	Ana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattescarmen.pdf	01/04/2016 10:33:19	Ana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattesanaelisa.pdf	01/04/2016 10:33:08	Ana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.pdf	01/04/2016 10:32:58	Ana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	instrumento.pdf	01/04/2016 10:32:47	Ana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	01/04/2016 10:32:26	Ana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	01/04/2016 10:32:14	Ana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	01/04/2016 10:31:27	Ana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

TERESINA, 11 de Maio de 2016

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenador de CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B - NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - REBEn

12/04/2017

Rev Bras Enferm - Instruções aos autores



ISSN 0034-7167 versão impressa
ISSN 1984-0446 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política Editorial](#)
- [Categorias de Manuscritos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos](#)
- [Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos](#)
- [Taxas de Submissão e de Editoração](#)

Política Editorial

A **REBEn** é atualmente na versão eletrônica. Tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para manuscritos aceitos para publicação redigidos em português, será solicitada a tradução da versão final para o inglês, que será disponibilizada na versão eletrônica.

Além de seis fascículos regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista.

• Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

Para a publicação, a **REBEn** considera condição *sine qua non* que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e / ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals* (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de

Experimentação Animal – COBEA, disponível em: <www.cobea.org.br>), de 1991. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <<http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A Revista Brasileira de Enfermagem adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **duas referências**, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse

para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda:

Autor convidado - Manuscrito elaborado por autor convidado. Deve conter **no máximo 15 páginas**, incluindo resumos e **até 30 referências**;

Resenha - de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn, deve conter **no máximo 2 páginas**, incluindo 2 referências, se houver;

Carta ao Editor - máximo **1 página**.

Resposta do autor - máximo 250 palavras

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors* - ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urms_main.html.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma: salvo em arquivo do *Microsoft® Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências.
- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, o mesmo procedimento deve ser adotado.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾,]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾;]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5),].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que

corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à **REBEn** deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Independentemente da categoria, os manuscritos devem incluir:

a) Documento com página de identificação (Title page)

É um documento que deve conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 12 palavras**) em português (ou na língua original do manuscrito); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência.

b) Documento principal

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

1) **Título do artigo:** no máximo de 12 palavras em português.

2) **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**.

Logo abaixo do resumo incluir, respectivamente, três descritores, três *palavras chave* do DeCS <<http://decs.bvs.br>> e três *key words* do MeSH <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>;

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, o resumo em português deverá ser traduzido para a versão em inglês (Abstract) e

espanhol (Resumen). A estrutura em inglês deve ser: *Objective, Method, Results, Conclusion* (ou *Final Considerations*). Em espanhol: *Introducción, Método, Resultados e Conclusión* (ou *Consideraciones Finales*).

3) Corpo do texto: Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Opcionalmente, devem ser colocados agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores.

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine - NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos a REBEn por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*.

Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn. O preenchimento completo dos metadados na submissão é obrigatório.

O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: página de título; documento principal, Declaração de ciência dos autores sobre as instruções de publicação da REBEn ([Modelo de Declaração de Ciência de Instruções](#)); carta ao editor; comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; comprovante de pagamento de taxa de submissão e Declaração de responsabilidade pela autoria, exclusividade de envio do manuscrito à REBEn, transferência de Direitos Autorais e ausência de conflito de interesses ([Modelo de Declaração de Autoria](#)).

Um *check list* para auxiliar os autores está disponível.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: 000001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo *Vancouver* na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os *DeCS* (*Descritores em Ciências da Saúde*) e *MeSH* (*Medical Subject Headings*); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

Revisão técnica de língua portuguesa e tradução dos manuscritos

A revisão técnica de linguagem, tradução do resumo para a versão em espanhol e inglês e a tradução dos manuscritos para a versão em Inglês deverá ser providenciada pelos autores, conforme orientação da Secretaria da REBEn. O não cumprimento dessa exigência ocasionará o arquivamento do manuscrito.

Taxas de Submissão e de Editoração

Ao submeter um manuscrito para publicação na REBEn, é necessário realizar o pagamento de **TAXA DE SUBMISSÃO**, no valor de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais).

Em caso de o artigo ser aceito, é obrigatório o pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO**, no valor de R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais).

Essas taxas deverão ser pagas por meio de depósito bancário, em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no Banco do Brasil, Agência: 3475-4, Conta Corrente: 220.482-7.

Para depósito internacional, o usuário deverá usar o código SWIFT - BRASBRRJBSA e IBAN (International Bank Account Number) - BR4800000000034750002204827C1 - Banco do Brasil - em nome da Associação Brasileira de Enfermagem.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE SUBMISSÃO** deve ser inserido no sistema, no momento da submissão do manuscrito, como Documento Suplementar. No processo inicial de checagem inicial da documentação submetida, serão arquivados automaticamente manuscritos que não estiverem acompanhados da comprovação do pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO. Ao ser efetivada a submissão e verificada a conformidade do manuscrito às normas de publicação, prossegue-se o processo de editoração. Finalizado o processo de avaliação, não se devolve a taxa de submissão caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da **TAXA DE EDITORAÇÃO** deverá ser encaminhado ao e-mail reben@abennacional.org.br, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. **O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.**

12/04/2017

Rev Bras Enferm - instruções aos autores

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn
SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte
CEP 70830-102 Brasília-DF, Brasil
Tel.: (55 61) 3226-0653



reben@abennacional.org.br